



YAŞAM KALİTESİNİN SAĞLIK DENETİM ODAĞI, FİZİKSEL BELİRTİ VE ÖZYETERLİK ALGISI AÇISINDAN İNCELENMESİ

Öğr.Gör. İsmail SANBERK^{a*}; Prof.Dr. Banu YAZGAN İNANÇ^a

^a Çukurova Üniversitesi Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Bölümü Adana/Türkiye

ÖZET

Bu çalışmanın amacı fiziksel semptomların, sağlıkla ilişkili denetim odağının ve algılanan sağlık yeterliliğinin sağlık ilişkili yaşam kalitesi alanlarına etki edip etmediğini incelemektir. Çalışmanın örneklemini 229 üniversite öğrencisinden oluşturulmuştur. Araştırmada “WHOQOL-Bref”, “Çok Boyutlu Sağlık Denetim Odağı Ölçeği”, “Bedensel Rahatsızlık Tarama Ölçeği” ve “Algılanan Sağlık Yeterliliği Ölçeği” kullanılmıştır. Varyans analizi sonuçlarına göre üniversite öğrencilerinin sağlık ilişkili yaşam kaliteleri, fiziksel belirtilerin sıklığı ve algılanan sağlık yeterliliği tarafından etkilenmektedir. Ancak denetim odağı değişkeni, sağlık ilişkili yaşam kalitesi üzerinde anlamlı bir farklılık göstermediği bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Yaşam Kalitesi, Fiziksel Belirtiler, Algılanan Sağlık Yeterliliği, Denetim Odağı

ABSTRACT

The aim of this study was to investigate the effects of physical symptoms, health-related locus of control and perceived health competence on the health-related quality of life domains. Sample for this study consisted of 229 university students. Students completed “WHOQOL-Bref”, “Multidimensional Health Locus of Control Scale”, “Physical Symptom Checklist”, “Perceived Health Competence Scale”. Results of variance analyses showed that students health-related quality of life is effected by the frequency physical symptom and the perceived health competence. However, the locus of control was not found as significant variable on health-related quality of life.

Key words: Quality of Life, Physical Symptoms, Perceived Health Competence, Locus of Control

GİRİŞ

Yaşam kalitesi, yaşamı karakterize eden atıfların pozitif veya negatif olmasını tayin eden bireysel yönde yapılan açıklamalardır (Grant, Padilla, Farell ve Rhiner, 1990; Hadorn ve Hays, 1991). Young ve Longman (1983) ise, yaşam kalitesini algılanan yaşam koşullarından memnun olma derecesi olarak tanımlamışlardır.

Katschnig (1996), yaşam kalitesi kavramının çok geniş bir içeriğinin olduğundan bahsetmekte ve üç başlıkta ele almaktadır. (a) Bir insanın hayatının gidişatı ve hayat olanaklarından öznel doyum elde etmesi, (b) kişinin sosyal rollerinde nesnel fonksiyonelliğinin olması ve (c) dışsal

* **Yazar:** isanberk@cu.edu.tr

kaynakların bulunması, örneğin; araçsal ve finansal çerçeve koşullarının ve sosyal destek olanaklarının bulunmasıdır. Ferrans (1990) ise yaşam kalitesi tanımlarını (1) normal bir yaşam sürdürmedeki beceri, (2) mutluluk ve memnuniyet, (3) kişisel hedeflere ulaşabilme, (4) sosyal açıdan “yararlı” bir yaşam sürdürebilmedeki beceri ve (5) bedensel ve/veya ruhsal beceriler olmak üzere beş farklı sınıflandırma içerisinde ele alınabileceğini ifade etmektedir.

Son yirmi yıl içerisinde yapılan çalışmalarda yaşam kalitesini, bireysel temelli bir anlayış çerçevesinde yorumlamak bir eğilim olarak güçlenmiştir. Yapılan çalışmaların önemli bir kısmı ise sağlık ilişkili yaşam kalitesi (Health-Related Quality of Life, HRQOL) üzerine yoğunlaşmıştır (Schumacher, Klaiberg ve Brähler; 2003; Radoschewski 2000). Yaşam kalitesi, bugün tıpta mevcut bir değerlendirme kriteridir ve merkezi olarak da psikoloji disiplininin bir araştırma konusudur (Bullinger, 2002). Bugün tıptaki hasta ile ilgili değerlendirme ve müdahale ölçütleri, sadece hastaların klinik semptomları ve yaşam sürelerini uzatmak için değil, aynı zamanda hastaların hastalık durumları ile öznel yaşantıları ve gündelik aktivitelerinde bu durum ile baş etme ve sosyal ilişkiler üzerindeki etkilerine de eğilmektedir (Herschbach; 2002). Konu sağlık ekonomisi açısından ele alındığında Wagstaff (1991) hedefin artık yaşam süresinin tıbbi müdahale ile uzatılmasından, hastanın yaşam kalitesini maksimum boyutlara taşıma ve yaşam kalitesinin hesaba alındığı yıllardaki bir artışı sağlamaya (costs per quality adjusted life year-QUALY) doğru kaydığını belirtmektedir.

Mattejat ve Remschmidt (1998) geleneksel tıp anlayışının tıbbi bakımın sonuç ve etkilerini, somatik belirtiler (örneğin, hastalığın derecesi/önemliliği) ve ölüm oranları (örneğin, yaşam süresinin uzatılması) çerçevesinde ele aldığını, ancak zaman içerisinde başka ölçütlerin de devreye girmiş olduğunu belirtmektedir; bunlar, hastaların işlevsel becerileri ve öznel hazır bulunuşluğudur. Burada yanıtı aranan temel soru, hastaların gündelik yaşam içerisindeki aktiviteleri ne derece yerine getirebildikleri, kendileri ne denli iyi hissettikleri ve bununla birlikte sağlık ve yaşam durumlarına ilişkin memnuniyetleridir. Tıbbi müdahalelere yönelik geleneksel bakış açısı ile birlikte, bu yeni ölçütlerin ön plana alınması “yaşam kalitesi” anahtar kavramı içerisinde ifadesini bulmaktadır (Mattejat ve Remschmidt, 1998).

Denetim Odağı Ve Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesinin öznel bir değerlendirme süreci olduğu dikkate alınacak olursa, kişilerin gündelik yaşam içerisinde yaptıkları atıfların onların yaşam kaliteleri üzerinde etkili olduğu sonucuna ulaşılabilir. Nitekim Cheng ve Furnham (2001) atıf tarzlarının, mutluluk ve psikolojik sağlıklılıkta önemli yordayıcı değişkenlerden biri olduğunu ortaya koymuşlardır. Daha açık bir anlatımla yapılan yüklemlemelerin optimist, pesimist ya da depresif olması yaşam kalitesinin öznel açıdan değerlendirilmesini etkilemektedir. Yine Bullinger, Kohlmann, Morfeld ve Böhmer (2002) rehabilitasyon hizmetlerinin değerlendirilmesinde sağlıkla ilişkili denetim odağının ve yaşam kalitesinin ölçüt olma özelliği üzerinde durmuşlardır.

Dağ (1992), iç kontrol odağı inancının, daha iyi bir duygusal uyumla, bir başka değişle, psikolojik sorunların azlığıyla, öznel iyilik haliyle ve stresle daha iyi başa çıkabilmeyle ilişkili olduğunu belirtmektedir.

Suominen (1993), yaşamlarını kontrol etme duygusu güçlü olarak algılama ile iyi sağlık durumu, yüksek düzeyde sosyal entegrasyon, sosyo-ekonomik veya eğitimsel başarı, bol boş zaman etkinlikleri ve daha düşük düzeyde algılanan üzüntü arasında bir ilişki bulgulamıştır. Ayrıca birçok çalışmada sağlıkla ilgili davranışlar ile kontrol arasında anlamlı ilişkiler belirlenmiştir (Kennedy, Probart ve Dorman, 1991; Cenkseven, 2001). Dalgard ve arkadaşları (1996), depresyonun gelişimini tetikleyen olumsuz yaşam olaylarının karşısında dışsal denetim odağına sahip kimselere sosyal destek sağlamanın koruyucu işlevi olduğunu ortaya koymuştur.

Lundby çalışması (Cederblad, Dahlin, Hagnell ve Hansson, 1995), içsel denetim odağının çocuklukta geliştirilen bir kişilik mizacı olduğunu ve yetişkinlikteki olumlu ruh sağlığını etkilediğini ortaya koymuştur.

Fiziksel Belirtiler Ve Yaşam Kalitesi

Fiziksel belirtilerin türü, yoğunluğu ve bunun yol açacağı ağrılar kuşkusuz bireylerin yaşam kalitelerini doğrudan etkileyebilmektedir (Bellach, Ellert ve Radoschewski, 2000). Fiziksel belirtilerin sık ve yoğun olduğu kişiler gündelik yaşamlarında gerekli olan fonksiyonelliklerini yitirebilmektedir. Nitekim Carlsson, Larsson ve Mark (1996), baş ağrısı olan öğrencilerin daha fazla somatik yakınma, stres ve psikolojik belirti gösterdiklerini ve buna bağlı olarak okula devam etmede güçlük yaşadıklarını belirtmişlerdir. Bu tarz problemi olan kişiler, bireysel ve çevresel uyum problemleri yaşamaktadırlar; ancak yine de bu semptomların kişileri rahatsız etme düzeyleri bazı değişkenler tarafından etkilenebilmektedirler. Rhee (2003), çocuk ve gençlerin yaş, cinsiyet, ergen gelişimi, etnik kökeni gibi demografik faktörlerden; özellikle benlik saygısı, depresyon, kaygı gibi psikolojik ve davranışsal faktörlerin fiziksel semptomlarla ilişkisinde farklılık doğurabileceğini belirtmektedir. Buna ek olarak aile, ebeveyn, akran grubu, okul ve hatta toplum ekolojisinin fiziksel semptom yakınmaları üzerinde etkili olduğu söylenebilmektedir (Rhee, 2003).

Birçok araştırma sonuçları fiziksel belirtilerin frekansı ve şiddeti ile yaşam kalitesi arasında ilişkinin olduğunu ortaya koymaktadır. Ancak bu çalışmaların çoğunluğu kronik hastalığı olan kişilerin fiziksel belirtileri ve yol açtığı sorunlar üzerinde yürütülmüştür. Fiziksel belirtinin kapsam ve içeriğinin “hasta olma durumuyla” ilişkili olduğu düşünülecek olursa bunun nedeni kolaylıkla anlaşılabilir. Bu nedenle kronik hastalık, fiziksel belirti ve yaşam kalitesini inceleyen bazı araştırmalara yer verilmiştir.

Yapılan bir araştırmada, yorgunluk belirtisi gösteren bir grup AIDS hastasıyla, bu belirtiyi göstermeyen AIDS hastalarının yaşam kaliteleri fiziksel semptomlar açısından kıyaslanmıştır. Yorgunluk belirtisi olan gruptaki hastaların fiziksel semptomları artıkça, bir başka değişle fiziksel işlev yeterliliği zayıfladıkça yaşam kaliteleri düşmektedir (Breitbart, McDonald, Rosenfeld, Monkman ve Passik, 1998).

Chang, Hwang, Feuerman ve Kasimis (2000), kanser hastaları üzerinde yürüttükleri çalışmada hastaların fiziksel belirtilerin sayısal çokluğu ve şiddeti ile yaşam kalitesi düzeyinin yüksek ya da düşük olmasında rol oynayabileceğini belirtmişlerdir. AIDS hastaları üzerine yürütülen bir başka çalışmada, semptomların sayısı ve bunların yol açtığı stres düzeyi ile yaşam kalitesi arasında yüksek ilişkiler kaydedilmiştir (Vogl, Rosenfeld, Breitbart, Thaler, Passik, McDonald ve Portenoy, 1999).

Yine bir başka araştırmada tedavi gören tümörlü hastalarda ortaya çıkan bir dizi semptomun (hazımsızlık, yutkunmada güçlük, bulantı, kusma, kabızlık ve ishal) ve bu belirtilere eşlik edebilen nefes darlığı, yorgunluk, uykusuzluk, bedensel gücün değişmesi, sersemlik ve ağrı gibi daha birçok denetim dışı belirti yaşam kalitesini büyük ölçüde olumsuz etkilemektedir (Ferrell, Grant, Padilla, Vermuri ve Rhiner, 1991).

Özyeterlik Algısı Ve Yaşam Kalitesi

Bir diğer önemli değişken bireyin sağlık konusundaki özyeterlik algısıdır. Sağlık özyeterlik algısı yüksek olan kişilerin yaşam kalitelerinin veya iyi olma düzeylerinin yüksek olduğuna ilişkin bir çok araştırma sonucu vardır (Cunningham, Lockwood ve Cunningham, 1991; Leung ve Zhan, 2000; Mayer, Trommsdorff ve Kim, 2002). Satow ve Bäsler (1998), özyeterlilik algısı yüksek düzeyde olan gençlerin daha az fiziksel belirti gösterdiklerini ve sağlık statülerinin daha

yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Sağlık özyeterlik algısı yaşam kalitesini önemli ölçüde yordayan değişkenlerden biridir (Fuhrer ve Born, 2001; Salyer, Flattery, Joyner ve Elswick, 2003).

Bandura (1988), kalp rahatsızlığı olan erkek hastaların yaşam doyum puanlarının yeterlilik duygusu, öznel sağlık algısı ve görece kararlı sosyo-çevresel koşullar tarafından belirlendiğini ifade etmektedir (Akt: Hampton, 2000).

Bu araştırmanın genel amacı üniversite öğrencilerinin yaşam kalitesi alanlarından elde edilen puanların denetim odağı, rapor edilen fiziksel belirti ve algılanan sağlık özyeterliklerine göre anlamlı bir farklılaşma olup olmadığını ortaya koymaktır. Bu genel amaç doğrultusunda aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır:

1. Fiziksel belirti gösterme sıklığı farklı olan üniversite öğrencilerinin bedensel, psikolojik, sosyal, çevre ve çevre (TR) yaşam kalitesi alanları arasında anlamlı bir fark var mıdır?
2. Dış denetim odağına göre üniversite öğrencilerinin bedensel, psikolojik, sosyal, çevre ve çevre (TR) yaşam kalitesi alanları arasında anlamlı bir fark var mıdır?
3. Algılanan sağlık yeterliğine göre üniversite öğrencilerinin bedensel, psikolojik, sosyal, çevre ve çevre (TR) yaşam kalitesi alanları arasında anlamlı bir fark var mıdır?

YÖNTEM

Örnekleme

Araştırmanın örneklemini, Çukurova Üniversitesi Eğitim Fakültesinde öğrenimine devam etmekte olan ve rastlantısal yöntemle seçilen, 18-34 yaş arası 229 kişi oluşturmuştur. Örneklemin yaş ortalaması 22.18 (S = 2.34) dir. Örneklemdaki gençler, eğitim fakültesindeki 8 farklı bölümdeki üniversite öğrencileri arasından, seçkisiz yöntem ile belirlenmiştir. Örneklemdaki öğrencilerin %41'ini ilköğretim, %19'unu yabancı diller, %15'ini ortaöğretim sosyal alanlar öğretmenliği, %17'sini eğitim bilimleri ve %8'ini bilgisayar ve öğretim teknolojileri eğitimi bölümlerindeki öğrenciler oluşturmuştur. Ayrıca cinsiyet açısından bakıldığında örnekleme yer alan 229 üniversite öğrencinin 83'ü (%36.2) erkek, 146'sı (%63.8) kızdır.

Veri Toplama Araçları

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçme Aracı (WHOQOL-BREF): WHO'ya (1993) göre yaşam kalitesi içinde yaşanan ve hedefleri, beklentileri, standartlarıyla ilişkili kültürün ve değerler sisteminin bireysel olarak nasıl algılandığıyla ilgilidir. WHOQOL-BREF Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilmiş olan WHOQOL-100'ün kısa bir formudur. WHOQOL-BREF, WHOQOL-100'den elde edilen 26 maddeden oluşmaktadır. Ölçek beşli bir derecelendirmeye sahiptir (1-5). Yüksek puan yaşam kalitesinin yüksekliğine işaret eder. Ölçeğin uyarlanması Eser, Fidaner, Fidaner, Yalçın Eser, Elbi ve Göker (1999) tarafından gerçekleştirilmiştir. WHOQOL-BREF, bedensel, ruhsal, sosyal ve çevre olmak üzere dört farklı alan puanı vermektedir. Ayrıca 2 madde yaşam kalitesi (overall) ve genel sağlık puanını vermektedir. Ölçek, hasta örneklem grubuna uygulanabileceği gibi sağlıklı gruba da uygulanabilmektedir. Ölçeğin iç-tutarlılık katsayıları oldukça yüksek düzeyde bulunmuştur. Bedensel alan için hasta grupta .79, sağlıklı örnekleme .76; ruhsal alan için hasta grupta .63, sağlıklı grupta .67; sosyal alan için hasta grupta .53, sağlıklı grupta .56; çevre alan için hasta grupta .73, sağlıklı grupta .74 olarak bulunmuştur. WHOQOL-BREF'in test-tekrar test katsayısı .51 ve .81 arasında değişmektedir. WHOQOL-BREF'in doldurulması 10-15 dakika kadar sürmektedir.

Çok Boyutlu Sağlık Denetim Odağı: Çok Boyutlu Sağlık Denetim Odağı Ölçeği (Multidimensional Health Locus of Control Scale-MHLC) Walltson tarafından geliştirilmiştir. Sağlık denetim odağı sağlık bakımıyla ilgili atıfları içerir. MHLC'nin, A, B ve C formları vardır. C formu, spesifik bir sağlık problemleri (örneğin; arthritis, diyabet, ağrı vb.) olan hastaların sağlık durumlarına ilişkin atıflarıyla ilgilidir. Ölçeğin en sık kullanılan formu A'dır (Akt: Üstündağ-Budak, 1999). Ölçek, Üstündağ-Budak (1999) tarafından uyarlanmıştır. Ölçeğin güvenilirliği ve geçerliği ODTÜ'de öğrenime devam eden 345 öğrenci üzerinde yapılmıştır. MHLC, dört alt ölçekten oluşmaktadır. Ayrıca tek bir toplam puan üzerinden, kişilerin dış ve iç denetim düzeyleri ölçülebilmektedir. Ölçekte yer alan maddelerin faktör yükleri .41 ile .79 arasındadır. Açıklanan toplam varyans 47.4'dür. MHLC'nin iç-tutarlılık katsayısı .63 olarak bulunmuştur. Alt ölçekler ise sırasıyla .68, .59, .66 ve .39 olarak rapor edilmiştir. Test-tekrar test katsayısı: .70 (4 hafta arayla). Onsekiz maddeden oluşan MHLC'den alınabilecek puanlar 0 ile 90 arasında değişmektedir. Ölçekten alınabilecek toplam puanın yüksekliği dış denetime (CHLC-PHLC-FHLC), düşüklüğü ise iç denetime (IHLC) işaret etmektedir.

Bedensel Rahatsızlık Tarama Ölçeği: Bedensel Rahatsızlık Tarama Ölçeği (Physical Symptom Checklist), Scheier ve Carver (1987) tarafından geliştirilmiştir (Akt: Aydın ve Tezer, 1991). Türk kültürüne uyarlamasını Aydın ve Tezer (1991) yapmıştır. "Bedensel Rahatsızlık Tarama Ölçeği-BRTÖ" genel olarak herkes tarafından hissedilebilen başağrısı, sırt ağrısı, kabızlık, mide şikayetleri vb. gibi çeşitli bedensel rahatsızlık belirtilerinin sıralandığı 38 maddeden oluşmaktadır. Deneklerden geçen dört hafta içinde, her bir maddede belirtilen problem veya rahatsızlıkları ne kadar hissettiklerini, her maddenin karşısında verilen "1-Hiç", "2-Çok az", "3-Orta", "4-Oldukça" ve "5-Çok fazla" seçeneklerinden kendilerine en uygun olan birini işaretleyerek belirtmeleri istenmektedir. BRTÖ'den deneklerin işaretledikleri seçeneklerin sayısal değerleri toplanarak her denek için tek bir puan elde edilmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 38, en yüksek puan ise 190'dır. BRTÖ'nin İngilizce formu Orta Doğu Teknik Üniversitesi Eğitim Fakültesinde görev yapmakta olan Ölçme ve Değerlendirme, Psikoloji ve Psikolojik Danışma alanlarında eğitim görmüş dört uzmana verilerek kendilerinden ölçeği Türkçe'ye çevirmeleri istenmiştir. Daha sonra bu dört değişik çeviri karşılaştırmalı olarak incelenerek tek bir çeviri haline getirilmiş, hazırlanan bu Türkçe form yurtdışında öğrenim görmüş ve uzun yıllar İngilizce Öğretimi alanında görev yapmış diğer üç öğretim üyesine verilerek ölçeğin tekrar Türkçe'den İngilizce'ye çevrilmesi sağlanmıştır. Son olarak taslak form araştırmacılar tarafından incelenmiş, uzmanların da görüşleri alınarak her bir maddeyi en iyi temsil ettiği düşünülen çeviri benimsenmiştir. Öğrencilerin sağlıklı ve sağlıklı olarak gruplanmalarında BRTÖ'den aldıkları medyan puanı olan 65 kesme noktası olarak benimsenmiş, 65 puan ve altında puan alan denekler sağlıklı, 66 puan ve üzerinde puan alan denekler ise sağlıklı grubuna ayrılmışlardır

Algılanan Sağlık Yeterliği Ölçeği: Orijinal adı "Perceived Health Competence Scale" olan ölçek Smith, Walltson ve Smith (1995) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek, özgül olarak bireyin sağlık çıktıları/sonuçlarını (outcomes) etkili yönetebilmesinde uzman olup olmasına ilişkin duygularını ölçer. Özyeterlilik algısını ölçen 8 maddelik bu ölçekte yer alan maddeler sonuç ve davranışsal beklentilerini içermektedir. Ölçek 6'lı Likert olarak (kesinlikle katılıyorum=5; kesinlikle katılmıyorum=0) düzenlenmiştir. 2, 3, 6 ve 7 maddeler negatif olarak yazılmıştır ve dönüştürülerek puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek puanlar 0 ile 48 arasında değişmektedir. Güvenirlik ve geçerlik çalışmaları Smith, Walltson ve Smith (1995) tarafından elde edilmiştir. Sonuçlar göstermiştir ki, PHCS'nin iç-tutarlılık katsayısı çapraz örneklemeler üzerinde hesaplandı ve değerler .82 ve .90 olarak kaydedilmiştir. Test tekrar test güvenilirliği .89 olarak hesaplanmıştır (Akt: Üstündağ-Budak, 1999). Ölçeğin çeviri çalışmaları MHLC'deki işlemlerle aynı paralellikte yürütülmüştür. Yine aynı şekilde PHCS'nin güvenirlik ve geçerlik

çalışmaları MHLC ile aynı örneklem üzerinde yürütülmüştür. Algılanan sağlık yeterliği ölçeğinin test-tekrar test katsayısı .71 ve iç tutarlık katsayısı .75 olarak hesaplanmıştır. Ölçekte yer alan maddelerin faktör yükü ranjı .82 ile .41'dir ve açıklanan varyans oranı .44 olarak hesaplanmıştır (Üstündağ-Budak, 1999).

Verilerin Çözümlemesi

Toplanan verilerin analizi için SPSS 11.5 paket programı kullanılmıştır. Denetim odağı, fiziksel belirti ve algılanan sağlık öz yeterlik düzeyleri açısından ortalama puanları ve standart sapmaları dikkate alınarak bağımlı değişken olan yaşam kalitesi alanlarının anlamlı bir oranda farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla tek yönlü varyans analizi tekniği kullanılmıştır. Gerekli durumlarda Sheffe-F testinden yararlanılmıştır.

BULGULAR

Bu bölümde, uygulanan istatistiksel analizler sonucunda elde edilen bulgular ve açıklamaları araştırma amaçlarının sırasına göre verilmiştir.

Fiziksel Belirti Gösterme Sıklığı Farklı Olan Üniversite Öğrencilerinin Bedensel, Psikolojik, Sosyal, Çevre ve Çevre (TR) Yaşam Kalitesi Alanlarına İlişkin Bulgular

Üniversite öğrencilerinin ifade etmiş oldukları fiziksel belirtilere göre yaşam kalitesi alan puanlarına ilişkin aritmetik ortalama ve standart sapmalar Tablo-1'de, varyans analizi sonuçları ise Tablo-2'de verilmiştir.

Fiziksel belirtilerin sıklığına göre öğrencilerin WHOQOL-BREF'ten aldıkları puanlar arasında anlamlı bir fark olup olmadığını incelemek için uygulanan varyans analizi sonucunda; öğrencilerin yaşam kalitesi bedensel ($F=18.50$; $p<.05$), psikolojik ($F=10.87$; $p<.05$), sosyal ($F=6.19$; $p<.05$), çevresel ($F=4.54$; $p<.05$) ve çevre (TR) ($F=5.12$; $p<.05$) alan puanları arasında fiziksel belirtilerin sıklığına göre anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir. Farkın yönüne bakıldığında hiç veya çok az fiziksel belirti rapor edenlerin, genel olarak yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Bedensel yaşam kalitesi alan puanları, fiziksel belirtilerin azalmasıyla doğrusal olumlu yönde bir anlamlılık göstermektedir. Diğer bir değişle fiziksel belirtiler azaldıkça bedensel yaşam kalitesi puanları artmaktadır. Yine aynı şekilde hiç veya az fiziksel belirti rapor edenlerin psikolojik yaşam kaliteleri orta ve oldukça/çok fazla belirti rapor edenlerinkinden daha yüksek bulunmuştur. Ancak bedensel yaşam kalitesinden farklı olarak psikolojik yaşam kalitesinde orta ve oldukça/çok fazla fiziksel belirti puanları arasında anlamlı bir farklılık ortaya çıkmamıştır. Sosyal yaşam kalitesi alanında ise hiç-az fiziksel belirti rapor edenler ile oldukça/çok fazla belirti rapor edenler arasında, hiç-az belirtisi olanlar lehine anlamlı bir farklılık ortaya çıkmıştır. Buna karşın hiç-az fiziksel belirti gösterenler ile orta düzeyde belirti gösterenler arasında anlamlı bir farklılık kaydedilmemiştir. Ancak orta ile oldukça/çok fazla fiziksel belirti rapor edenler arasında sosyal yaşam kalitesi alan puanları açısından orta düzeyde belirti gösterenler lehine anlamlı bir farklılık ortaya çıkmıştır. Çevresel yaşam kalitesi alanında ise anlamlı fark yine hiç-az fiziksel belirti gösterenler lehine çıkmıştır; fakat orta ile oldukça/çok fazla belirti rapor edenler arasında anlamlı bir farklılaşma gözlenmemiştir. Çevre (TR) yaşam kalitesi alanında ise hiç-az ile orta düzey arasında anlamlı bir farklılık gözlenmezken, hiç-az ile oldukça/çok fazla arasında hiç-az belirti gösterenler lehine bir farklılık ortaya çıkmıştır (Tablo-2).

Tablo-1: Rapor Edilen Fiziksel Belirtilerin Sıklığına Göre Öğrencilerin WHOQOL-BREF Bedensel, Psikolojik, Sosyal, Çevresel ve Çevre (TR) Yaşam Kalitesi Alanı Puanlarının n, X, Ss Değerleri

WHOQOL-Bref	Fiziksel Belirti Hiç- Az			Fiziksel Belirti Orta			Fiziksel Belirti Oldukça-Çok Fazla			Toplam		
	n	X	Ss	n	X	Ss	N	X	Ss	n	X	Ss
Bedensel Yaşam Kalitesi Alanı	22	16.75	1.73	132	15.14	2.20	31	13.12	2.48	185	14.99	2.40
Psikolojik Yaşam Kalitesi Alanı	22	16.21	1.65	132	14.44	2.10	31	13.48	2.44	185	14.49	2.22
Sosyal Yaşam Kalitesi Alanı	22	14.82	2.08	132	14.11	3.10	31	12.19	3.32	185	13.87	3.12
Çevresel Yaşam Kalitesi Alanı	22	14.29	2.16	132	13.04	2.18	31	12.49	2.21	185	13.10	2.22
Çevre (TR) Yaşam Kalitesi Alanı	22	14.32	1.92	132	13.19	2.12	31	12.47	1.99	185	13.20	2.13

Tablo-2: Rapor Edilen Fiziksel Belirtilerin Sıklığına Göre Öğrencilerin WHOQOL-BREF Bedensel, Psikolojik, Sosyal, Çevresel ve Çevre (TR) Yaşam Kalitesi Alanı Puanlarının Varyans Analizi Sonuçları

	Bedensel YK Alanı	Psikolojik YK Alanı	Sosyal YK Alanı	Çevresel YK Alanı	Çevre (TR) YK Alanı
Fiziksel Belirti Sıklığı	18.50***	10.87***	6.19**	4.54**	5.12**

Sd=2 ; ***p<.001, **p<.01.

Sağlık Denetim Odağına Göre Üniversite Öğrencilerinin Bedensel, Psikolojik, Sosyal, Çevre ve Çevre (TR) Yaşam Kalitesi Alanlarına İlişkin Bulgular

Üniversite öğrencilerinin Çok Boyutlu Sağlık Denetim Ölçeği Puanları ile yaşam kalitesi alan puanlarına ilişkin aritmetik ortalama ve standart sapmalar Tablo-3’de, varyans analizi sonuçları ise Tablo-4’de verilmiştir.

Tablo-4 incelendiğinde, öğrencilerin sağlık denetim odağı puanları arasında yaşam kalitesi alan puanlarına göre anlamlı bir farklılık gözlenmemektedir.

Tablo-3: Sağlık Denetim Odağına Göre Öğrencilerin WHOQOL-BREF Bedensel, Psikolojik, Sosyal, Çevresel ve Çevre (TR) Yaşam Kalitesi Alanı Puanlarının n, X, Ss Değerleri

WHOQOL-Bref	Kontrol Odağı Düşük			Kontrol Odağı Orta			Kontrol Odağı Yüksek			Toplam		
	n	X	Ss	n	X	Ss	N	X	Ss	n	X	Ss
Bedensel Yaşam Kalitesi Alanı	32	14.95	2.01	154	14.95	2.40	31	14.55	2.44	217	14.89	2.35
Psikolojik Yaşam Kalitesi Alanı	32	14.14	2.16	154	14.57	2.15	31	14.09	2.01	217	14.44	2.13
Sosyal Yaşam Kalitesi Alanı	32	13.85	2.70	154	14.02	3.11	31	13.63	3.37	217	13.94	3.08
Çevresel Yaşam Kalitesi Alanı	32	12.73	2.10	154	12.93	2.32	31	13.39	2.16	217	12.97	2.26
Çevre (TR) Yaşam Kalitesi Alanı	32	12.90	1.93	154	13.08	2.22	31	13.35	1.89	217	13.09	2.13

Tablo-4: Sağlık Denetim Odağına Göre Öğrencilerin WHOQOL-BREF Bedensel, Psikolojik, Sosyal, Çevresel ve Çevre (TR) Yaşam Kalitesi Alanı Puanlarının Varyans Analizi Sonuçları

	Bedensel YK Alanı	Psikolojik YK Alanı	Sosyal YK Alanı	Çevresel YK Alanı	Çevre (TR) YK Alanı
Sağlık Denetim Odağı	.37	1.02	.21	.73	.36

Sd=2

Algılanan Sağlık Yeterliğine Göre Üniversite Öğrencilerinin Bedensel, Psikolojik, Sosyal, Çevre ve Çevre (TR) Yaşam Kalitesi Alanlarına İlişkin Bulgular

Algılanan sağlık yeterliğine göre üniversite öğrencilerinin yaşam kalitesi alan puanlarının aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri Tablo-5'de, varyans analizi sonuçları ise Tablo-6'da yer almaktadır.

Tablo-6'da görüldüğü üzere, algılanan sağlık yeterliği düzeylerine göre öğrencilerin WHOQOL-Bref yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir fark belirlenmiştir. Farkın yönüne bakıldığında yaşam kalitesi bedensel alanda algılanan sağlık yeterliği yüksek kimselerin puanlarının, düşük ve orta düzeyde algılanan sağlık yeterliliği olanlara göre daha yüksek kaydedilmiştir. Başka bir deyişle algılanan sağlık yeterliği arttıkça

yaşam kalitesinin bedensel alanı da artmaktadır. Yaşam kalitesi psikolojik alanda düşük ve orta algılanan sağlık yeterliği puanları arasında anlamlı bir farklılık olmamasına karşın, yüksek algılanan sağlık yeterliği puanları hem düşük hem de orta düzeyde algılanan sağlık yeterliği puanları ile anlamlı bir farklılık göstermiştir. Bu farklılık yüksek algılanan sağlık yeterliği lehinedir. Yaşam kalitesi sosyal, çevresel ve çevre (TR) alanlarında ise yüksek ile düşük düzeyde algılanan sağlık yeterliği arasında, yüksek düzey lehine anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Fakat orta düzeyde algılanan sağlık yeterliği, yüksek düzey ile her üç alanda da anlamlılık göstermemiştir. Buna karşın sosyal, çevresel ve çevre (TR) yaşam kalitesi alanları, düşük ile orta düzeyde algılanan sağlık yeterliği ile anlamlılık göstermiştir.

Tablo-5: Algılanan Sağlık Yeterliğine (PHCS*) Göre Öğrencilerin WHOQOL-BREF Bedensel, Psikolojik, Sosyal, Çevresel ve Çevre (TR) Yaşam Kalitesi Alanı Puanlarının n, X, Ss Değerleri

WHOQOL-Bref	PHCS Düşük			PHCS Orta			PHCS Yüksek			Toplam		
	N	X	Ss	n	X	Ss	n	X	Ss	n	X	Ss
Bedensel Yaşam Kalitesi Alanı	33	13,26	2,57	158	14,99	2,19	30	16,17	1,99	221	14,90	2,35
Psikolojik Yaşam Kalitesi Alanı	33	13,92	2,39	158	14,37	2,06	30	15,64	1,84	221	14,47	2,13
Sosyal Yaşam Kalitesi Alanı	33	12,34	4,14	158	14,08	2,72	30	15,22	2,77	221	13,98	3,06
Çevresel Yaşam Kalitesi Alanı	33	11,64	2,41	158	13,06	2,04	30	13,98	2,29	221	12,97	2,22
Çevre (TR) Yaşam Kalitesi Alanı	33	11,79	2,32	158	13,20	1,88	30	14,00	2,30	221	13,10	2,09

*Perceived Health Competence Scale

Tablo-6: Algılanan Sağlık Yeterliğine (PHCS) Göre Öğrencilerin WHOQOL-BREF Bedensel, Psikolojik, Sosyal, Çevresel ve Çevre (TR) Yaşam Kalitesi Alanı Puanlarının Varyans Analizi Sonuçları

	Bedensel YK Alanı	Psikolojik YK Alanı	Sosyal YK Alanı	Çevresel YK Alanı	Çevre (TR) YK Alanı
Algılanan Sağlık Yeterliğine	13.97**	6.08*	7.70**	9.87**	10.16**

Sd=2 ; *p<.01, **p<.001

TARTIŞMA

Yaşam kalitesi araştırmalarının gerek hasta gerekse de hasta olmayan bireylerin sağlık davranışları hakkında oldukça işlevsel ve değerli bilgiler sunduğu birçok araştırma ile ortaya konmuştur (Strine, Chapman, Balluz ve Mokdad; 2008). Yaşam kalitesi modellerinde, fonksiyonel beceriler ve bunun gündelik yaşama olan yansımaları ağırlıklı olarak ele almır. Bir kimse fiziksel belirtilerin sıklığı ve şiddetinden ötürü her zamanki faaliyetlerini yürütmekte güçlük çekmesi yaşam kalitesini ve doyumunu aşağıya çekecektir. Fiziksel belirtilerden ve sonuçlarından yaşam kalitesinin bedensel alanının etkileneceğinin düşünülmesi akla yatkındır. Peki, psikolojik-sosyal ve çevresel yaşam kalitesi alanları ile fiziksel belirtiler arasında anlamlı düzeylerde ilişkinin olmasını ne şekilde açıklayacağız?

Yaşam kalitesi alanları her ne kadar birbirinden ayırt edilmişse de, bu alanlar arasında dinamik bir etkileşim söz konusudur. Bedensel durumun bozulması/rahatsız olması ve ortaya çıkan fiziksel belirtiler yaşam kalitesini düşürmektedir; belirtilerin kontrol edilemiyor olması veya bedensel işlevin azalması kişinin ruhsal iyiliğini zedeleyebilmektedir. Böylesi bir durum danışanın büyük ölçüde kaygı, depresyon ve engellenmişlik duygusu yaşamasına neden olmaktadır.

Fiziksel belirtiler domino etkisi göstererek danışanın ailesi ve arkadaşlarıyla olan ilişkisini de olumsuz yönde etkileyebilmektedir; dolayısıyla danışanın iyilik durumu bu alanlarda da (aile-arkadaş) olumsuz bir seyir gösterebilmektedir. Üstelik kişinin belirtileri ile baş edebilmesinde aile ve arkadaş gibi bakımda yardımcı olabilecek sosyal destek grupları önemlidir (Ferrell, Rhiner, Cohen ve Grant, 1991). Ayrıca fiziksel belirtilerin şiddetine bağlı olarak, sosyal yaşam içerisinde daha önce üstlenilen rollerdeki bir düzensizlik veya aksama doyumun azalmasında etkili olabilmektedir.

Yine aynı şekilde bu semptomlarla baş etme veya uyum sağlama konusunda güçlükler söz konusu ise yaşam kalitesi düşük olacaktır. Bir başka deyişle bir kimsenin kendini böyle bir durum karşısında yeterli görmesi –yetkinlik beklentisinin yüksek olması- hastalığa ve belirtilerine ilişkin atıflarını da olumlu yönde etkileyecektir. Bu da doğal olarak yaşamın daha kaliteli olarak algılanmasına neden olacaktır.

Ancak sağlıkla ilgili denetim odağına göre yaşam kalitesi alanlarının anlamlı oranda farklılaşmadığı görülmüştür. Elde edilen bu bulgu birçok araştırma sonucu ile çelişmektedir (Lachman ve Weaver 1998; Dağ, 1992), ancak yine de bu araştırma sonucunu destekleyecek bulgular da yok değildir (DeNeve ve Cooper, 1998; Klonowicz, 2001). Yani her iki yöndeki bulgulara rastlamak mümkündür.

Beklenilenin tersi bulgular elde edilmesi, bu çalışmanın görece sağlık durumu iyi olan örneklem üzerinde yürütülmüş olmasından kaynaklanmış olabilir. İç denetimli olan veya iç denetimi yüksek olan kimselerin, kendi başlarına gelebilecek yaşam olaylarını kontrol etme inançları yüksektir. Bu kimseler verdikleri kararlarda sorumluluk üstlenirler; dış denetimlilerden farklı olarak genellikle mutlu olmaları, doyum elde etmeleri kendi davranışlarının sonucunda gerçekleşir. Dış denetimlilerin ise mutlu olmaları, doyum elde etmeleri daha çok sosyal ve çevresel koşullarla ilintilidir. Dolayısıyla iç ve dış denetim odağına sahip kimselerin mutluluk ve doyumlarını (yaşam kalitelerini), iki farklı kaynağa genellediğimizde denetim odağı açısından anlamlı bir farklılığın çıkmamış olması doğal görünebilir.

Bu araştırmada sağlıkla ilgili iki değişken –bunlar fiziksel belirti ve algılanan sağlıklılık yeterliğidir- beklenildiği üzere sonuç vermiştir. Fiziksel belirti rapor etmeyen veya az eden üniversite öğrencilerinin yaşam kalitesi puanları genelde orta ve yüksek düzeyde ifade edenlere göre yüksek çıkmıştır. Yine aynı şekilde kişinin sağlıkla ilgili özyeterliliği yaşam kalitesi puanlarının yüksek çıkmasına neden olmuştur. Nitekim yurtdışında ilgili araştırmalar gözden geçirildiğinde paralel bulgular ortaya konmuştur.

KAYNAKÇA

- Aydın G ve Tezer E (1991). İyimserlik, Sağlık Sorunları ve Akademik Başarı İlişkisi, *Psikoloji Dergisi*, Cilt: 7, Sayı:26, Ankara.
- Bellach, B.M., Ellert, U. ve Radoschewski, M. (2000). Epidemiologie des Schmerzes – Ergebnisse des Bundes- Gesundheitssurveys 1998. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschungen-Gesundheitsschutz*, 43.424–431.
- Bullinger, M. (2002). “Und wie geht es Ihnen?” Die Lebensqualität der Patienten als Psychologisches Forschungsthema in der Medizin. In E. Brähler ve B. Strauss (Hrsg.). *Handlungsfelder der psychosozialen Medizin*. (s.308-329). Göttingen: Hogrefe.
- Bullinger M, Kohlmann T, Morfeld M, Böhmer S. Patientennahe Evaluation in der Rehabilitation: Eine Studie zur projektübergreifenden Standardisierung und Analyse von Prognose und Outcome-Kriterien. Abschlussbericht. Hamburg: Abteilung für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg–Eppendorf, 2002
- Breitbart W, McDonald MV, Rosenfeld B, Monkman ND ve Passik S. (1998). Fatigue in ambulatory AIDS patients. *J Pain Symptom Manage*. Mar; 15(3): 159–67. .
- Carlsson J., Larsson B. ve Mark A. (1996). Psychosocial functioning in schoolchildren with recurrent headaches. *Headache*. Feb; 36(2): 77–82.
- Cederblad, M., Dahlin, L., Hagnell, O., ve Hansson, K. (1995) Coping with life span crises in a group at risk of mental and behavioral disorders: from the Lundby study. *Acta Psychiatrica Scandinavica* Vol. 91 Issue 5 Page 322
- Cenkseven, F. (2001). Sigara İçme Durumlarına Göre Üniversite Öğrencilerinin Kontrol Odağı ve Öğrenilmiş Güçlülük Düzeylerinin Karşılaştırılması. *Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2 (21): 8-16.
- Cheng, H. and A. Furnham: 2001, ‘Attributional style and personality as predictors of happiness and mental health’, *Journal of Happiness Studies* 2, pp. 307–327.
- Cunnigham, AJ., Lockwood GA. ve Cunningham JA. (1991). A relationship between perceived self-efficacy and quality of life in cancer patients. *Patient Educ. Couns*. 17(1):71–78.
- Dağ İ (1992) Kontrol odağı, öğrenilmiş güçlülük ve psikopatoloji ilişkileri. *Psikoloji Dergisi*, 7 (27):1-9.
- Dalgard, O. S., Sørensen, T., Sandanger, I., Brevik, J. I.: Psychiatric interventions for prevention of mental disorders. *Intern. J. Techn. Ass. Health Care* 12 (1996) 604 – 617
- DeNeve, K.M. ve Cooper, H. (1998). The happy personality: A meta-analysis of 137 personality traits and subjective well-being, *Psychological Bulletin*, 124, 2, 197–229.
- Eser E., Fidaner H., Fidaner C., Yalçın Eser S., Elbi H. ve Göker E. (1999). “WHOQOL -100 ve WHOQOL-Bref ‘in Psikometrik Özellikleri” 3 P (*Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji*) *Dergisi*, 7(ek2): 23-40.
- Eser Y. S., Fidaner H., Fidaner C., Elbi H., Eser E. ve Göker E. (1999). Yaşam Kalitesinin Ölçülmesi, WHOQOL-100 ve WHOQOL-Bref. 3 P (*Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji*) *Dergisi*, 7(ek2): 5-13.

- Ferrell B, Grant M, Padilla G, Vemuri S, Rhiner M, (1991). The experience of pain and perceptions of quality of life: validation of a conceptual model. *The Hosp. Journal*; Vol. 7 (3), pp. 9-24.
- Ferrell B., Rhiner M., Cohen MZ., Grant M. (1991). Pain as a metaphor for illness. Part I: Impact of cancer pain on family caregivers. *Oncology Nursing Forum [Oncol Nurs Forum]*, Nov-Dec; Vol. 18 (8), pp. 1303-9.
- Fuhrer, U. ve Born A. (2001). Bewältigung, Wohlbefinden und Identitätsstatus Ost- und Westdeutscher sieben Jahre nach der Wende. *Magdeburger Arbeiten zur Psychologie*. Band 3, Heft 2.
- Grant M, Padilla GV, Farrell BR, Rhiner M. Assessment of quality of life with a single instrument. *Oncol Nurs* 1990;6:260–70.
- Hadorn, D. C. & Hays, R. D. (1991). Multitrait-Multimethod Analysis of Health-Related Quality-of-Life Measures. *Medical Care*, 29 (9), 829–840.
- Hampton, N.Z. (2000). Culture, Gender, Self-Efficacy, and Life Satisfaction: A Comparison Between Americans and Chinese People with Spinal Cord Injuries. *Journal of Rehabilitation*
- Herschbach, P. (2002). Das „Zufriedenheitsparadox“ in der Lebensqualitätsforschung. Wovon hängt unser Wohlbefinden ab? *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 52, 141-150.
- Katschnig, H. (1996). Von der Qualitätssicherung zur Lebensqualität. *Vortrag auf dem Symposium Von der Qualitätssicherung zur Lebensqualität in der Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Frankfurt.
- Kennedy, C.J., Probart, C.K. ve Dorman, S.M. (1991). The relationship between radon knowledge, concern and behavior, and health values, health locus of control, and preventive health behaviors, *Health Education Quarterly*, 18, 3, 319–329.
- Klonowicz, T. (2001). Discontented people: Reactivity and locus of control as determinants of subjective well-being, *European Journal of Personality*, 15, 29–47.
- Lachman ME ve Weaver SL, (1998). The sense of control as a moderator of social class differences in health and well-being. *J Pers Soc Psychol.*, Mar; Vol. 74 (3), pp. 763-73.
- Leung, J.P. ve Zhang, L. (2000). Modelling life satisfaction of Chinese adolescents. *International Journal of Behavioral Development*. 24, 99–104.
- Mattejat, F. ve Remschmidt, H. (1998). Zur Erfassung der Lebensqualität bei psychisch gestörten Kindern und Jugendlichen – Eine Übersicht. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 26, 183–196.
- Mayer, B., Trommsdorff, G. ve Kim, U. (2002). Einfluss sozialer Unterstützung und Selbstwirksamkeit auf die Lebenszufriedenheit deutscher und koreanischer Jugendlicher. *43. Kongress der Deutschen Gessellschaft für Psychologie*, Berlin.
- Radoschewski, M. (2000). Gesundheitsbezogene Lebensqualität - Konzepte und Masse. Entwicklungen und Stand im Überblick. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschungen-Gesundheitsschutz*, 43: 165-189.
- Rhee H., (2003). Physical symptoms in children and adolescents. *Annu Rev Nurs Res.*; 21: 95-121.
- Üstündağ-Budak, M. (1999). *The role of personality variables in predicting the reported physical health symptoms of male and female college students*. Unpublished Master's Thesis, Middle East Technical University, Ankara.
- Salyer, J., Flattery, M.P., Joyner P.L. ve Elswick, R.K. (2003). Lifestyle and quality of life in long-term cardiac transplant recipients. *The Journal of Hearth and Lung Transplantation*; 22 (3): 309–321.
- Satow, L ve Bäßler, J. (1998). Selbstwirksamkeit und Körperliches Befinden Jugendlicher. *Unterrichtswissenschaft*, 26, 127–139.

- Schumacher, J., Klaiberg, A. ve Brähler, E. (Hrsg.) (2003). *Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden*. Göttingen: Hogrefe.
- Strine, T.W., Chapman, D. P., Balluz, L. ve Mokdad, A. H. (2008). Health-related quality of life and health behaviors by social and emotional support. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*; Vol. 43 Issue 2, p151-159, 9p, 5 charts.
- Suominen, H. Bone mineral density and long term exercise. An overview of cross-sectional athletes studies. *Sports Med* 16 (1993) 316–30
- Vogl D, Rosenfeld B, Breitbart W, Thaler H, Passik S, McDonald M ve Portenoy RK. (1999). Symptom prevalence, characteristics, and distress in AIDS outpatients. *J Pain Symptom Manage*. Oct; 18(4): 253–62.
- Young and Longman (1983). K.J. Young and A.J. Longman, Quality of life and persons with melanoma: a pilot study. *Cancer Nursing* 7 (1983), pp. 219–225.
- Wagstaff, A. (1991). QALYs and the equity-efficiency trade-off. *Journal of Health Economics*, 10, 21–41.