

A Mentális Egészséggel Összefüggő Életminőség Kérdőív (MHQoL) magyar adaptációjának bemutatása

PRIBULA VIKTÓRIA¹, ELEK LÍVIA PRIYANKA^{2,3}, SEKERES TAMÁS⁴, RENKÓ TAMARA ANIKÓ^{2,3},
RUSCSÁK PÉTER¹, VIZIN GABRIELLA⁵, GONDA XÉNIA²

¹ Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pszichológiai Intézet, Budapest

² Semmelweis Egyetem, Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest

³ Semmelweis Egyetem, Klinikai Pszichológia Tanszék, Budapest

⁴ Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Onkológiai Profil, Budapest

⁵ Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pszichológiai Intézet, Klinikai Pszichológia és Addiktológia Tanszék, Budapest

Tanulmányunk a Mentális Egészséggel Összefüggő Életminőség Kérdőív (MHQoL) magyar verziójának hazai adaptálását mutatja be. **Elméleti háttér:** Az elmúlt évtizedekben elmozdulás figyelhető meg az egészségügyben az életminőség megítélése tekintetében, hiszen a beavatkozások végső célja már nem csupán a tünetek csökkentése, és az élettartam meghosszabbítása, hanem ugyanannyira az életminőség javítása is. Az életminőség mérésére több mérőeszközt is kidolgoztak, többségük azonban kizárólag a testi-fizikai egészségre összpontosít, és nem fed le teljes mértékben azokat a dimenziókat, amelyek a mentális problémákkal küzdő emberek életminősége szempontjából fontosak. Van Krugten és mtsai. (2021) kidolgozták a mentális egészséggel kapcsolatos életminőség hét legfontosabb dimenzióját lefedő MHQoL (Mental Health Quality of Life – Mentális Egészséggel Összefüggő Életminőség) kérdőívet. **Célkitűzések:** Kutatásunknak két fő célja volt, először is, az MHQoL kérdőív magyar adaptációjának megvalósítása, másodsor, célunk volt az egészséges és a diagnosztizált pszichiátriai zavarokkal küzdő személyek eredményeinek összehasonlítása. **Módszer:** A kérdőíves vizsgálatban 189 fő vett részt (157 fő pszichiátriai szempontból egészséges, 32 fő valamilyen mentális zavarral küzdő személy, akik közül 20 fő akut pszichiátriai osztályos, 12 fő pedig ambuláns ellátásban részesül). Az adatokat megerősítő faktoranalízissel, reliabilitásvizsgálattal, valamint független mintás t-próbával elemeztük. **Eredmények:** Megerősítő faktorelemzésünk alapján mind a hét tétel jó illeszkedést mutatott a modellel, az egyes tételek faktorsúlya 0,45 és 0,79 közöttinek bizonyult. Az MHQoL reliabilitásvizsgálata során kapott Cronbach- α mutató kiváló belső megbízhatóságot mutat: értéke 0,81, a tételenkénti reliabilitás értékek 0,76-0,81 közötti tartományban helyezkednek el. A pszichiátriai diagnózissal rendelkező és pszichiátriai diagnózissal nem rendelkező kitöltők átlagának összevetését független mintás t-próbával végeztük. A két csoport átlagaiban szignifikáns különbség adódott a jövőkép, a hangulat, a kapcsolatok, és a testi egészség tételek mentén, valamint az MHQoL összpontszáma és a pszichológiai jóllét átlagértékeinek összehasonlításakor. A legtöbb változó közepes hatásmérettel különbözik egymástól. **Következtetések:** Eddigi eredményeink alátámasztják, hogy az MHQoL magyar változata a pszichometriai mutatók alapján megfelelően differenciál a pszichiátriai betegséggel élő, és a pszichiátrailag egészséges populáció között, illetve fontos információt szolgáltat arról, hogy a pszichiátriai betegségek mely területeken rontják leginkább a páciensek életminőségét. Jövőbeli célkitűzésünk az MHQoL kérdőív további validálása annak reményében, hogy eredményeink hozzájárulhatnak a tünetek megszüntetése mellett az életminőség javítására is koncentráló egészségügyi ellátás koncepciójához.

(*Neuropsychopharmacol Hung* 2024; 26(2): 76–85)

Kulcsszavak: életminőség, mentális egészség, mentális zavarok, MHQoL, magyar adaptáció

AZ ÉLETMINŐSÉG VIZSGÁLATÁNAK JELENTŐSÉGE

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) 1948-as definíciója szerint az egészség nem csupán a betegség hiányát, hanem a testi, lelki, és szociális jóllétet is jelenti, ennek megfelelően pedig az életminőség, és annak kutatása egyre fontosabbá vált az egészségügyben (Kaplan, 2003; Karimi és Brazier, 2016; Bakas és mtsai., 2012). Az orvostudomány fejlődésével fokozatosan nyilvánvalóvá vált, hogy az egészségügyi beavatkozások végső célja nem pusztán az élet meghosszabbítása, hanem ugyanannyira az életminőség javítása is (Basu, 2004). Korábban a kezelések a tünetek enyhítésére összpontosítottak, azonban a tünetek csökkentése önmagában nem feltétlenül eredményez észrevehető javulást az életminőségben (Mirin és Namerow, 1991). A korábbi beavatkozások kisebb hangsúlyt fektettek azokra a tényezőkre, melyeket ma már elengedhetetlen fontosságúnak gondolunk az egészségügyi beavatkozások értékelésekor, mint például a felépülés gyorsasága és minősége, a társas-szociális funkció, a jóllét, és az életminőség (Connell és mtsai., 2014; Hogan, 2003; Department of Health, 2011).

A MENTÁLIS EGÉSZSÉGGEL / MENTÁLIS ZAVAROKKAL ÖSSZEFÜGGŐ ÉLETMINŐSÉG

A fentieknek megfelelően az elmúlt évtizedekben a beavatkozások célja az egészségügy szinte minden területén – így a mentális egészségügyben is – átfogalmazódott, melynek eredményeképpen az életminőség javítása kiemelt jelentőséget kapott. Az életminőség felmérése mára a terápiás vizsgálatok kutatási protokolljainak lényeges részét képezi számos országban (Basu, 2004). A mentális egészségügyben az életminőség felmérése különösen fontos a következők tekintetében: a betegség súlyosságának felmérése; a kezelés hatékonyságának és eredményességének értékelése; a veszélyeztetett populáció azonosítása; a pszichoszociális terápiák és a rehabilitáció céljainak meghatározása; és végül az egészségnevelés, a prevenció és az irányelv-alkotás tekintetében (Basu, 2004; Goodinson és Singleton, 1989; Brown és Brown, 2005).

Az életminőség mérését leggyakrabban a kezelések végén, azok kimenetének értékelésekor alkalmazzák. Ezt a módszertant alkalmazva egyes kutatások megállapították például, hogy a pszichiátriai és pszichoterápiás beavatkozások és a kezelési környezet jelentősen befolyásolják a kezelések kimenetelét (Kemmler és mtsai., 1999; Lauer, 1997; Lauer, 1998; Leiße és Kallert, 2003; Lenz és Demal, 2000). Egyes esetekben

azonban az életminőség felmérése a kezelés megtervezésében is segítséget nyújthat annak meghatározásában, hogy az egészségügyi szolgáltatásokat igénybe vevő személyek mely területeken tapasztalnak funkciókárosodást vagy mely területekkel nem elégedettek. Ezek felméréseivel a terápiák személyre szabottabbak és fókuszáltabbak lehetnek az életminőséget negatívan befolyásoló tényezők kezelésére (Frisch, 1992; Koch, 2000; Basu, 2004).

AZ ÉLETMINŐSÉG VIZSGÁLATÁRA KIDOLGOZOTT MÉRŐESZKÖZÖK

Az életminőség mérésére több mérőeszközt is kidolgoztak, azonban ezek főként az egészségügyben dolgozó szakemberek szerint fontosnak ítélt életminőség-aspektusokat ragadták meg. Többségük kizárólag a testi-fizikai egészségre összpontosít, nem fedik le teljes mértékben azokat a dimenziókat, amelyek a mentális problémákkal küzdő emberek életminősége szempontjából fontosak (Connell és mtsai., 2012). Következésképp ezen mérőeszközök alkalmassága megkérdőjelezhető a mentális egészségügyi problémákkal küzdő páciensek életminőségének értékelésében.

Connell és munkatársai szisztematikus kutatást végeztek a mentális betegségekkel küzdő emberek életminőségére vonatkozóan, és a későbbi kutatásaikban az életminőség hat területét azonosították: jóllét és betegség; kapcsolatok és az összetartozás érzése; aktivitás; önértékelés; autonómia, remény és reménytelenség; és fizikai egészség (Connell és mtsai., 2012; Connell és mtsai., 2014). Van Krugten és munkatársai (Van Krugten és mtsai., 2022) a fenti kutatások eredményei alapján dolgozták ki a mentális egészséggel kapcsolatos életminőség hét legfontosabb dimenzióját lefedő MHQoL (Mental Health Quality of Life – Mentális Egészséggel Összefüggő Életminőség) kérdőívet.

A MENTAL HEALTH QUALITY OF LIFE – MENTÁLIS EGÉSZSÉGGEL ÖSSZEFÜGGŐ ÉLETMINŐSÉG (MHQOL) KÉRDŐÍV

A Mentális Egészséggel Összefüggő Életminőség kérdőív (MHQoL; Mental Health Quality of Life) önbevallásos mérőeszköz, amely a mentális egészségi problémákkal küzdő emberek életminőségével kapcsolatos dimenziók vizsgálatát teszi lehetővé. A tételek alapján két alskála definiálható, az MHQoL-7D és az MHQoL-VAS. Az MHQoL-7D hét különböző életminőség dimenziót vizsgál, a vizuális analóg skála (MHQoL-VAS) pedig a pszichológiai jóllét felmérését teszi lehetővé.

1. táblázat A demográfiai jellemzők leíró statisztikája

nem		iskolai végzettség	
nő	157 fő	általános iskola	1 fő
férfi	28 fő	nem befejezett középiskola	3 fő
non-bináris	4 fő	szakmunkás, szakiskola	5 fő
életkor		érettségi	28 fő
átlag	38,45 év	érettségi utáni szakképesítés	18 fő
SD	14,89 év	félbehagyott egyetem	8 fő
min.	18 év	főiskola	41 fő
max.	78 év	egyetem	56 fő
családi állapot		posztgraduális	21 fő
egyedülálló	52 fő	jelenleg dolgozik-e?	
kapcsolatban	45 fő	igen	131
házas / élettársi kapcsolat	78 fő	nem	56
elvált	6 fő	van valamilyen testi betegsége?	
özvegy	6 fő	igen	121
		nem	67

A mérőeszközt hét európai országban validálták, a vizsgálatok alapján jó pszichometriai tulajdonságokkal és konvergens validitással rendelkezik (Enzing és mtsai., 2022; Van Krugten és mtsai., 2022).

A KÉRDŐÍV MAGYAR FORDÍTÁSA ÉS ADAPTÁCIÓJA

Célkitűzések

Kutatásunk célja a Mental Health Quality of Life - Mentális Egészséggel Összefüggő Életminőség (MHQoL) kérdőív magyar adaptációjának elkészítése és vizsgálata, illetve az egészséges és a pszichiátriai zavarokkal küzdő személyek eredményeinek összehasonlítása.

Módszerek

Résztvevők

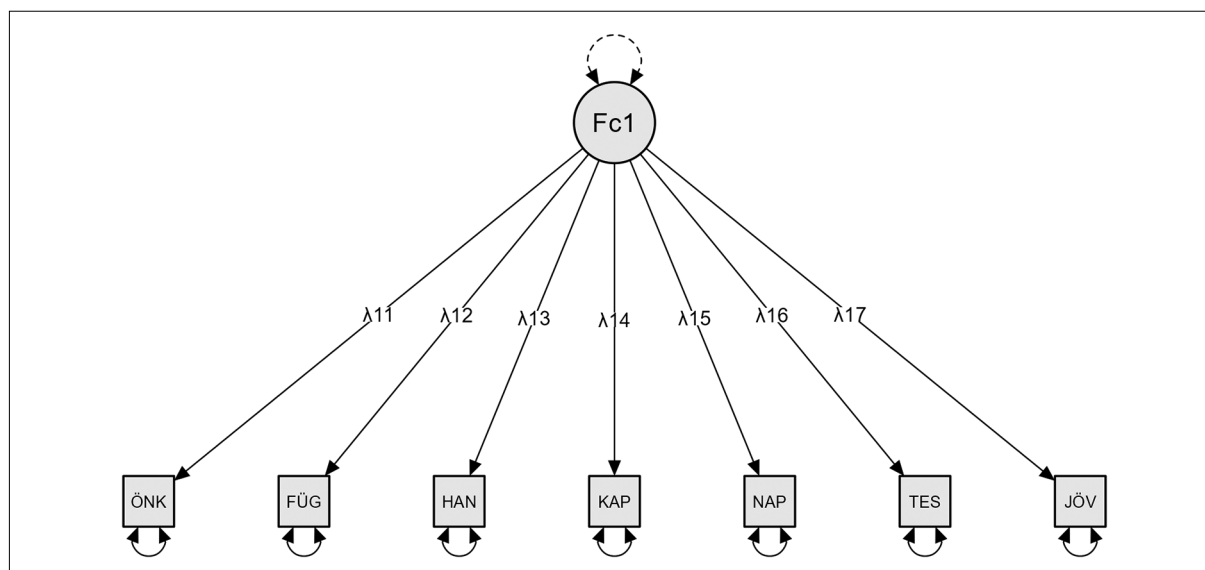
Keresztmetszeti, kérdőíves vizsgálatunk során a mintaválasztás nem valószínűségi, hozzáférhetőségi alapú kényelmi mintavétel volt: pszichiátriai osztályon, illetve online, egy közösségi média felületen keresztül értük el a vizsgálati személyeket. A mintába való beválasztási kritériumot a betöltött 18. életév adta, a kizárási kritériumot a skizofrénia és egyéb pszichotikus zavarokra vonatkozó diagnózisok jelentették. Az adatgyűjtés 2024. 01. 16. és 2024. 01. 28. között zajlott.

A vizsgálatot az Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutatásetikai Bizottság hagyta jóvá. A végső mintát alkotó kérdőívet 189-en töltötték ki, nemi eloszlás tekintetében 157 nő, 28 férfi, és 4 non-bináris személy. A kitöltők 80%-a (n=157) pszichiátriai szempontból egészséges, 17%-a (n=32) valamilyen mentális zavarral küzd. 20 személy (10,5%) pszichiátriai osztályos kezelésben részesült a kitöltés idején. A kitöltők átlagéletkora 37,5 év (terjedelem: 18-78 év). A demográfiai adatokat az 1. táblázat foglalja össze.

Mérőeszközök

A Mentális Egészséggel Összefüggő Életminőség (MHQoL - Mental Health Quality of Life) kérdőív standardizált, önkitöltős kérdőív, ami a szubklinikai és klinikai szintű mentális zavarok életminőségre gyakorolt hatását méri. Az első, leíró rész (MHQoL-7D) hét itemet tartalmaz, mely az életminőség hét tárgykörének (énkép, függetlenség, hangulat, kapcsolatok, napi tevékenység, testi egészség, jövőkép) felmérését teszi lehetővé egy 0-3-ig terjedő Likert skálán (3 = nagyon elégedett, 2 = elégedett, 1 = elégedetlen, 0 = nagyon elégedetlen). A kérdőív nem tartalmaz fordított tételek. A skála értékelése alapján az egyes tételek összeadásából adódó összesített pontszám 0-21 között alakul, a magasabb pontérték a magasabb fokú elégedettségnek felel meg. A második rész, az MHQoL-VAS a válaszadó által megítélt általános pszichológiai jóllétet méri egy vizuális analóg skálán, amely 0-tól

1. ábra A Mentális Egészséggel Összefüggő Életminőség (MHQoL-Mental Health Quality of Life) kérdőív beágyazott faktorstruktúrája



Rövidítések: JÖV: jövőkép, FÜG: függetlenség, HAN: hangulat, KAP: kapcsolatok, NAP: napi tevékenység, TES: testi egészség, ÖNK: önkép

(„elképzelhető legrosszabb pszichológiai jóllét”) 10-ig („elképzelhető legjobb pszichológiai jóllét”) terjed (Van Krugten és mtsai., 2021).

Alkalmazott statisztikai elemzések

Az adatelemzés eredményeit két lépésben szemléltetjük. Első lépésben a kérdőív pontos faktorszerkezetét megerősítő faktoranalízissel (CFA) vizsgáltuk, a próbához szükséges minimum mintaelemszám feltétele (Gie és Pearce, 2013) teljesült, az illeszkedést pedig akkor tekintjük adekvátnak, ha a CFI (Comparative Fit Index) és a TLI (Tucker-Lewis Index) $> 0,9$ és a RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation) $< 0,06$, valamint a CFI $>$ TLI (Byrne, 1994). A második lépés során a szubklinikai és klinikai szintű mentális zavarok életminőségre gyakorolt hatását vizsgáló 7 tételes kérdőív (MHQoL, Mental Health Quality of Life) reliabilitását teszteltük, és a mérőeszköz egyes skáláinak Cronbach α értékeit adtuk közre.

Ezt követően az MHQoL leíró statisztikáit vizsgáltuk meg, továbbá két-változós elemzések keretében teszteltük a pszichiátriai diagnózis változókkal való kapcsolatát. A csoportok közötti különbség meghatározása a normalitás vizsgálatok függvényében Mann-Whitney próbával történt. A hatásméret meghatározására az átlagok különbségén alapuló Cohen-féle d-mutatót használtuk. Ennek értéke 0,20 esetében kicsi hatásra, 0,50 esetében közepes erősségű hatásra, 0,80 felett pedig nagymértékű hatásra utal (Cohen,

1988). A statisztikai elemzéseket SPSS 23 (IBM Corp., 2013) és JASP (JASP Team, 2024) programokkal végeztük.

Eredmények

A Mentális Egészséggel Összefüggő Életminőség (MHQoL-Mental Health Quality of Life) kérdőív magyar változatának megerősítő faktorelemzése

Az elemzés célja az életminőség, mint egyetlen faktor itemei közötti statisztikai összefüggés felmérése volt. A kérdőív szerkezetét konfirmátoros faktoranalízissel ellenőriztük, mely feltételeinek teljesüléséhez a Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) Tesztet és a Bartlett Tesztet használtuk. A 0,8 fölötti KMO érték esetén a minta faktoranalízisre alkalmas, az egyes itemek által magyarázott közös varianciája kellően magas. A Bartlett teszt alapján, mely az itemek teljes függetlenségét teszteli, feltételezhetjük, hogy az itemek között megfelelően erősek a korrelációk χ^2 (df=21 N=189) = 386,419, $p < 0,001$, KMO = 0,854.

A szubklinikai és klinikai szintű mentális zavarok életminőségre gyakorolt hatását vizsgáló 7 tételes kérdőív (MHQoL, Mental Health Quality of Life) unidimenziós modelljének illeszkedése kitűnő illeszkedést mutat ($\chi^2 = 422,120$, df = 63; $p < 0,05$; CMIN/DF = 1,549; CFI = 0,932; TLI = 0,979; RMSEA = 0,054; RMSEA CI90 = 0,000–0,096. Ez alapján megállapítható, hogy a CMIN/DF értéke 10 alatt van (CMIN/

2. táblázat Az MHQoL kérdőív egyes itemeinek faktorsúlya és a tételekhez tartozó egyedi variancia értékek és reliabilitás mutatók

Életminőség	Faktorsúly	Egyedi variancia	Cronbach α item elhagyás
Jövőkép	0,798	0,363	0,781
Hangulat	0,772	0,404	0,795
Önkép	0,685	0,530	0,762
Kapcsolatok	0,589	0,653	0,789
Függetlenség	0,554	0,693	0,803
Napi tevékenység	0,503	0,747	0,812
Testi egészség	0,449	0,798	0,763

DF = 1,549), mely az elvárt (≤ 3) érték alatti megfelelő illeszkedést jelzi, továbbá az illeszkedési mutatók közül a TLI (0,969) és a CFI (0,979) a kívánt 0,95%-os értékhez közelít, valamint a CFI nagyobb, mint a TLI, továbbá az RMSEA értékei is kisebbek, mint 0,06 (RMSEA = 0,054).

A 2. táblázat szemlélteti az MHQoL kérdőív faktorszerkezetét. A táblázat utolsó oszlopában az egyedi variancia mutatókat tüntettük fel, amely a főfaktor által nem magyarázott, egyedi tételekre jellemző variancia arányát fejezi ki - vagyis a változó azon varianciáját, ami nem közös a többi változóval. Az egyes tételek faktorsúlya 0,45 és 0,79 közöttinek bizonyult. Mivel egyik item törlése sem növelte lényegesen a reliabilitást, ezért az összes tétel megtartása mellett döntöttünk (2. számú táblázat). A Mental Health Quality of Life (MHQoL) kérdőív magyar verziójának reliabilitásvizsgálata során kapott Cronbach- α mutató kiváló belső megbízhatóságot mutat: értéke 0,81 (Tavakol és Dennick, 2011), a tételenkénti reliabilitás értékek 0,76-0,81 közötti tartományban helyezkednek el.

A Mentális Egészséggel Összefüggő Életminőség (MHQoL-Mental Health Quality of Life) vizsgálata egészséges és pszichiátriai diagnózissal rendelkező csoportokban

A kérdőívet pszichiátriai diagnózissal nem rendelkező és pszichiátriai diagnózissal rendelkező résztvevők töltötték ki, utóbbiak 62%-a ($n=20$) pszichiátriai osztályos kezelésben részesült. Az egészséges, pszichiátriai diagnózissal rendelkező, de osztályos kezelést nem igénylő, és a kitöltés idején pszichiátriai osztályos kezelésben részesülő páciensek MHQoL eredményeit a 3. táblázat foglalja össze.

Az osztályos kezelésben részesülő és ambuláns kezelet között kezelt páciensek egyes tételeken elért

átlagainak összevetésére független mintás t-próbát alkalmaztunk. A kis elemszámra tekintettel, a normális eloszlástól való eltérés miatt non-parametrikus eljárást választottunk, mely eredményei a 3. számú táblázat szemlélteti. Látható, hogy a két csoport átlagai csak a testi egészségre vonatkozó item mentén különböznek szignifikánsan. Ennek megfelelően a következő elemzésben a pszichiátriai diagnózissal rendelkező résztvevőket egy csoportként kezeltük, függetlenül az ellátás jellegétől.

A pszichiátriai diagnózissal rendelkező és pszichiátriai diagnózissal nem rendelkező kitöltők átlagainak összevetését független mintás t-próbával végeztük. A normális eloszlás és szóráshomogenitás előfeltételek sérülése miatt non-parametrikus eljárást választottunk. Az eredményeket a 3. táblázat szemlélteti. A két csoport átlagaiban szignifikánsan különbség adódott a jövőkép, a hangulat, a kapcsolatok és a testi egészség tételek mentén, valamint az MHQoL összpontszáma és a vizuális analóg skálával mért pszichológiai jóllét átlagértékeinek összehasonlításakor. A legtöbb változó közepes hatásmérettel különbözik egymástól.

Diszkusszió

Vizsgálatunk jelenlegi fázisában elkészítettük a Mental Health Quality of Life - Mentális Egészséggel Összefüggő Életminőség (MHQoL) kérdőív első magyar fordítását, visszafordítottuk, majd a kérdőív eredeti változatának szerzőivel elvégeztük a szükséges módosításokat, és kialakítottuk a végleges, hivatalos magyar verziót (1. melléklet). Ezt követően átlagpopulációs mintán, illetve egy jelenleg még kis elemszámú főként személyiségzavaros betegmintán elkezdjük a pszichometriai elemzéshez szükséges első lépéseket. Eddigi eredményeink alátámasztják, hogy az MHQoL magyar változata a pszichometriai mutatók alapján megfelelően differenciál a pszichiátriai betegséggel

3. táblázat Az MHQoL kérdőív tételein kapott átlagértékek és az elvégzett statisztikai próbák eredményei

Életminőség	Egészséges		Ambulánsan kezelt		Oszályos kezelés alatt áll		Hospitalizált és ambuláns keretek között kezelés alatt álló, pszichiátriai diagnózissal rendelkező kítöltők átlagainak összehasonlítása			Egészséges és pszichiátriai diagnózissal rendelkező kítöltők átlagainak összehasonlítása		
	átlag	SD	átlag	SD	átlag	SD	U	p	Cohen-d	U	p	Cohen-d
Jövőkép	1,975	0,620	1,583	0,900	1,600	0,754	124,5	0,865	0,038	3167	0,007*	0,261
Hangulat	2,210	0,707	1,750	1,055	1,500	0,946	139	0,452	0,158	3408	<0,001**	0,357
Önkép	1,879	0,535	1,417	0,996	1,900	0,788	90,5	0,231	-0,246	2771,5	0,112	0,103
Kapcsolatok	2,045	0,673	1,667	0,985	1,300	0,865	150	0,227	0,250	3499	<0,001**	0,393
Függetlenség	1,930	0,642	1,583	0,669	1,600	0,754	123,5	0,897	0,029	3136	0,112	0,248
Napi tevékenység	1,771	0,587	1,583	0,793	1,900	0,852	95	0,306	-0,208	2469	0,862	-0,017
Testi egészség	2,331	0,593	2,083	0,669	0,950	0,686	207	<0,001**	0,725	4003,5	<0,001**	0,594
Összpontszám	14,140	2,916	11,667	5,123	10,750	3,492	153,5	0,196	0,279	3638,5	<0,001**	0,448
VAS	7,076	1,651	5,667	1,775	4,675	2,284	157,5	0,147	0,313	3923	<0,001**	0,562

Megjegyzés: * $p < 0,05$; ** $p < 0,001$

élő és a pszichiátriaiilag egészséges populáció között, illetve fontos információt szolgáltat arról, hogy a pszichiátriai betegségek mely területeken rontják leginkább a páciensek életminőségét.

Eredményeink kezdetlegeseek, és jelen formában nem általánosíthatók nagy populációkra, jelen cikkünk célja a kérdőív közreadása és előzetes bemutatása. Így kutatásunk számos limitációját kell említenünk. A legfontosabb a minta alacsony elemszáma (189 fő, melyből 157 fő pszichiátriai szempontból egészséges, 32 fő pedig valamilyen mentális zavarral küzd). A mintában a mentális zavarral küzdő személyek főként valamilyen személyiségzavar diagnózissal rendelkeznek, (azonban előfordultak más diagnózissal, például hangulat- és/vagy szorongásos zavarral küzdő személyek) így a minta nem homogén a mentális zavarok szempontjából. A mentális zavarral küzdő személyekkel akut pszichiátriai kezelésük során vettük fel a kérdőívet. Akut pszichiátriai- vagy krízisállapotban a páciensek életminőségüket negatívabban értékelhetik, mint azt a mindennapi körülményeik között tennék, ami torzíthatja az eredményeket. További limitációt jelent, hogy mindkét mintából csak egyszeri alkalommal gyűjtöttünk adatokat, nem

vetettük össze őket egy későbbi időpontban felvett értékekkel, így sem a teszt-reteszt validitást nem tudtuk vizsgálni, sem az eredményeket befolyásoló lehetséges látens faktor hatását nem tudtuk kizárni. Limitációt jelent továbbá, hogy a tesztkitöltési környezet jelentősen eltért a két mintában. A pszichiátriaiilag egészséges mintában a személyek online kérdőívet töltöttek ki, a diagnózissal rendelkezők pedig papír-ceruza tesztet kaptak. A felvilágosítás és a tájékozott beleegyezés ellenére páciensek feltetelezhették, hogy a kérdőív által gyűjtött adatok összekapcsolódnak személyükkel, befolyásolva kezelésüket, ami torzíthatja a válaszadási ösztönzést. A fentebbiek figyelembevételével eredményeink kutatásunk jelen fázisában fenntartásokkal értelmezhetők és általánosíthatóak.

Összességében elmondható, hogy kutatásunk klinikai hasznossága potenciálisan nagy, hiszen jelenleg nem áll rendelkezésre olyan magyar nyelvű mérőeszköz, mely kifejezetten mentális zavarokban szenvedő páciensek esetében alkalmas az életminőség vizsgálatára. Az MHQoL a korábbi nemzetközi és saját előzetes eredményeink szerint alkalmas a mentális egészséghez kapcsolódó életminőség mérésére.

Kutatásunk további szakaszában nagyobb, egészséges minta mellett számos homogén pszichiátriai betegcsoportban, illetve pszichés zavarokkal nem küzdő szomatikus betegek között is tervezzük vizsgálni a kérdőív használhatóságát és pszichometriai jellemzőit. További célkitűzéseink közé tartozik a konvergencia validitás vizsgálata is, mely során az MHQoL-t más, az életminőség vizsgálatára széles körben alkalmazott mérőeszközökkel (SF-6D, EQ-5D, PHQ-4, WBI-5) összehasonlítva tervezzük vizsgálni. Hosszabb távon a mérőeszközt a pszicho- és farmakoterápiák tervezése során is szeretnénk vizsgálni a terápiás célpontok meghatározásában. Ezáltal ez a mérőeszköz is hozzájárulhat ahhoz, hogy az egészségügyi beavatkozások során ne csak a páciensek tüneteinek megszüntetése legyen a cél, hanem életminőségük javítása, helyreállítása is.

Az MHQoL ELÉRHETŐSÉGE: Az angol, német és holland nyelvű MHQoL, a pontozási kézikönyv és a felhasználói feltételek a <https://www.imta.nl/mhqol/> oldalon található. Az Erasmus School of Health Policy & Management, Erasmus University Rotterdam, Rotterdam, Hollandia, a Mental Health Quality of Life Questionnaire (MHQoL) szerzői jogtulajdonosa.

LEVELEZŐ SZERZŐ: Gonda Xénia
E-mail: gonda.xenia@semmelweis.hu

IRODALOM

- Bakas, T., McLennon, S. M., Carpenter, J. S., Buelow, J. M., Otte, J. L., Hanna, K. M., ... & Welch, J. L. (2012). Systematic review of health-related quality of life models. *Health and quality of life outcomes*, 10, 1-12.
- Basu, D. (2004). Quality-of-life issues in mental health care: Past, present, and future. *German Journal of Psychiatry*, 7(3), 35-43.
- Brown, R. I., & Brown, I. (2005). The application of quality of life. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(10), 718-727.
- Brüggemann, B. R., Garlipp, P., Haltenhof, H., & Seidler, K. P. (2007). Quality of life and social support as outcome characteristics of a psychiatric day hospital. *German Journal of psychiatry*, 10(3), 58-68.
- Brüggemann, B. R., Garlipp, P., Haltenhof, H., & Seidler, K. P. (2007). Quality of life and social support as outcome characteristics of a psychiatric day hospital. *German Journal of psychiatry*, 10(3), 58-68.
- Byrne, B. M. Structural equation modeling with EQS and EQS/Windows: Basic concepts, applications, and programming. 1994; Thousand Oaks, CA: Sage.
- Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). Lawrence Erlbaum: New Jersey
- Connell, J., Brazier, J., O'Cathain, A., Lloyd-Jones, M., & Paisley, S. (2012). Quality of life of people with mental health problems: a synthesis of qualitative research. *Health and quality of life outcomes*, 10, 1-16.
- Connell, J., O'Cathain, A., & Brazier, J. (2014). Measuring quality of life in mental health: are we asking the right questions?. *Social science & medicine*, 120, 12-20.
- Department of Health. (2011). Healthy lives, healthy people: update and way forward (Vol. 8134). The Stationery Office.
- Enzing, J. J., van Krugten, F. C., Sabat, I., Neumann-Böhme, S., Boer, B., Knies, S., ... & ECOS consortium Barros Pedro P. van Exel Job Schreyögg Jonas Stargardt Tom Torbica Aleksandra. (2022). Psychometric evaluation of the Mental Health Quality of Life (MHQoL) instrument in seven European countries. *Health and Quality of Life Outcomes*, 20(1), 129.
- Evans, S., Banerjee, S., Leese, M., & Huxley, P. (2007). The impact of mental illness on quality of life: A comparison of severe mental illness, common mental disorder and healthy population samples. *Quality of life research*, 16, 17-29.
- Frisch, M. B. (1992). Use of the Quality of Life Inventory in problem assessment and treatment planning for cognitive therapy of depression. In *Comprehensive casebook of cognitive therapy* (pp. 27-52). Boston, MA: Springer US.
- Goodinson, S. M., & Singleton, J. (1989). Quality of life: a critical review of current concepts, measures and their clinical implications. *International Journal of Nursing Studies*, 26(4), 327-341.
- Gie Y, A. Pearce, S. A. Beginner's Guide to Factor Analysis: Focusing on Exploratory Factor Analysis. *Tutor. Quant. Methods Psychol.* 2013; 9, 79-94.
- Gilbody, S. M., House, A. O., & Sheldon, T. A. (2002). Psychiatrists in the UK do not use outcomes measures: National survey. *The British Journal of Psychiatry*, 180(2), 101-103.
- Hansson, L. (2006). Determinants of quality of life in people with severe mental illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 46-50.
- Hogan, R. E., Garnett, W. R., Thadani, V. M., & Carbatrol Study Group. (2003). Tolerability and effects on quality of life of twice-daily extended-release carbamazepine in adults with seizure disorders: an open-label, 12-to 36-month continuation study. *Clinical therapeutics*, 25(10), 2586-2596.
- IBM Corp. (2013). IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0. Armonk, NY: IBM Corp
- JASP Team (2024). JASP (Version 0.18.3) [Computer software].
- Kaplan, R. M. (2003). The significance of quality of life in health care. *Quality of life research*, 12, 3-16.
- Karimi, M., & Brazier, J. (2016). Health, health-related quality of life, and quality of life: what is the difference?. *Pharmacoeconomics*, 34, 645-649.
- Kemmler, G., Holzner, B., Kopp, M., Dünser, M., Margreiter, R., Greil, R., & Sperner-Unterwieser, B. (1999). Comparison of two quality-of-life instruments for cancer patients: the functional assessment of cancer therapy-general and the European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire-C30. *Journal of Clinical Oncology*, 17(9), 2932-2932.
- Koch, T. (2000). Life quality vs the 'quality of life': assumptions underlying prospective quality of life instruments in health care planning. *Social Science & Medicine*, 51(3), 419-427.
- Lauer, M. S., & Topol, E. J. (2003). Clinical trials—multiple treatments, multiple end points, and multiple lessons. *Jama*, 289(19), 2575-2577.

26. Lauer, S. J., Camitta, B. M., Leventhal, B. G., Mahoney Jr, D., Shuster, J. J., Kiefer, G., ... & Kamen, B. (1998). Intensive alternating drug pairs after remission induction for treatment of infants with acute lymphoblastic leukemia: a Pediatric Oncology Group pilot study. *Journal of pediatric hematology/oncology*, 20(3), 229-233.
27. Leïße, M., & Kallert, T. W. (2003). Normative needs for community-based psychiatric care of patients with schizophrenia in different residential settings. *Psychiatry research*, 118(3), 223-233.
28. Lenz, G., & Demal, U. (2000). Quality of life in depression and anxiety disorders: an exploratory followup study after intensive inpatient cognitive behaviour therapy. *Psychopathology*, 33(6), 297-302.
29. Mirin, S. M., & Namerow, M. J. (1991). Why study treatment outcome?. *Psychiatric Services*, 42(10), 1007-1013.
30. Shepherd, G., Boardman, J., Rinaldi, M., & Roberts, G. (2014). Supporting recovery in mental health services: Quality and outcomes. London: Implementing Recovery Through Organisational Change.
31. Susánszky, É., Konkoly Thege, B., Stauder, A., & Kopp, M. (2006). A WHO Jól-lét Kérdőív rövidített (WBI-5) magyar változatának validálása a Hungarostudy 2002 országos lakossági egészségfelmérés alapján. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 7(3), 247-255.
32. Tavakol, M., & Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *International journal of medical education*, 2, 53.
33. Van Krugten, F. C. W., Busschbach, J. J. V., Versteegh, M. M., Hakkaart-van Roijen, L., & Brouwer, W. B. F. (2021). The Mental Health Quality of Life Questionnaire (MHQoL): development and first psychometric evaluation of a new measure to assess quality of life in people with mental health problems. *Quality of Life Research*, 1-11.
34. Van Krugten, F. C. W., Feskens, K., Busschbach, J. J. V., Hakkaart-van Roijen, L., & Brouwer, W. B. F. (2021). Instruments to assess quality of life in people with mental health problems: a systematic review and dimension analysis of generic, domain- and disease-specific instruments. *Health and Quality of Life Outcomes*, 19, 1-13.
35. Wang, J., Wang, R., Zhao, P., Han, T., Li, M., He, Y., & Liu, Y. (2023). Cross-cultural adaptation and validation of the Mental Health Quality of Life (MHQoL) questionnaire in a Chinese-speaking population with chronic musculoskeletal pain. *BMC psychology*, 11(1), 435.
36. World Health Organization. (1995). Constitution of the world health organization. Handbook of basic documents. 5th ed. Geneva: Palais des Nations, 1952:3-20.

1. melléklet MHQoL - Mentális Egészséggel Összefüggő Életminőség Kérdőív magyar változata

Kérjük, jelölje be az alábbiakban, hogy mely állítás jellemzi legjobban, hogy **MA** milyen állapotban van. A hét témakör mindegyike esetében **EGY** négyzetet jelöljön be.

ÖNKÉP

- Nagyon pozitívan gondolkodom magamra ☐
- Pozitívan gondolkodom magamra ☐
- Negatívan gondolkodom magamra ☐
- Nagyon negatívan gondolkodom magamra ☐

FÜGGETLENSÉG *Például: választás szabadsága, pénzügyi, közös döntési lehetőségek*

- Nagyon elégedett vagyok a függetlenségem mértékével ☐
- Elégedett vagyok a függetlenségem mértékével ☐
- Elégedetlen vagyok a függetlenségem mértékével ☐
- Nagyon elégedetlen vagyok a függetlenségem mértékével ☐

HANGULAT

- Nem szorongok, nem vagyok borúlátó vagy lehangolt ☐
- Kicsit szorongok, kicsit borúlátó és lehangolt vagyok ☐
- Szorongok, borúlátó és lehangolt vagyok ☐
- Nagyon szorongok, nagyon borúlátó és lehangolt vagyok ☐

KAPCSOLATOK *Például: partner, gyerekek, család, barátok*

- Nagyon elégedett vagyok a kapcsolataimmal ☐
- Elégedett vagyok a kapcsolataimmal ☐
- Elégedetlen vagyok a kapcsolataimmal ☐
- Nagyon elégedetlen vagyok a kapcsolataimmal ☐

NAPI TEVÉKENYSÉGEK *Például: munka, tanulás, háztartás, szabadidős tevékenységek*

- Nagyon elégedett vagyok a mindennapi tevékenységeimmel ☐
- Elégedett vagyok a mindennapi tevékenységeimmel ☐
- Elégedetlen vagyok a mindennapi tevékenységeimmel ☐
- Nagyon elégedetlen vagyok a mindennapi tevékenységeimmel ☐

TESTI EGÉSZSÉG

- Nincs problémám a testi egészségemmel ☐
- Van néhány testi egészségügyi problémám ☐
- Sok problémám van a testi egészségemmel ☐
- Nagyon sok testi egészségügyi problémám van ☐

JÖVŐKÉP

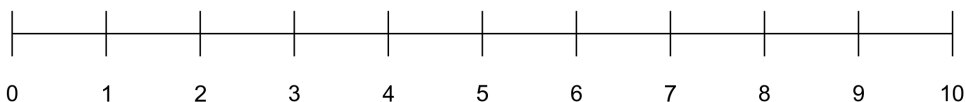
- Nagyon optimista vagyok a jövőmet illetően ☐
- Optimista vagyok a jövőmet illetően ☐
- Borúlátó vagyok a jövőmet illetően ☐
- Nagyon borúlátó vagyok a jövőmet illetően ☐

PSZICHOLÓGIAI JÓLLÉT

Kérjük, jelölje X-szel az alábbi skálán, hogyan értékeli pszichológiai jólétét. A 0 az elképzelhető legrosszabb pszichológiai közérzetet, míg a 10 az elképzelhető legjobb pszichológiai közérzetet jelenti.

Az elképzelhető legrosszabb
pszichológiai közérzet

Az elképzelhető legjobb
pszichológiai közérzet



The Hungarian adaptation of the Mental Health Quality of Life Questionnaire (MHQoL)

Our study presents the Hungarian adaptation of the Mental Health Quality of Life Questionnaire (MHQoL). **Background:** In recent decades, there has been a shift in the field of healthcare, with a notable change in the ultimate goal of health interventions. Rather than merely reducing symptoms and prolonging life, the objective of health interventions is now to improve quality of life. A number of measures of quality of life have been developed, but the majority of these focus exclusively on physical health and do not fully cover the dimensions that are relevant to the quality of life of people with mental health problems. Van Krugten et al. have developed the Mental Health Quality of Life (MHQoL) questionnaire, which covers the seven most important dimensions of mental health-related quality of life. **Objectives:** Our research had the following two main aims. Firstly, it aimed to develop and test a Hungarian adaptation of the Mental Health Quality of Life (MHQoL) questionnaire. Secondly, it aimed to compare the results of healthy individuals and those with diagnosed psychiatric disorders. **Methods:** A total of 189 individuals participated in the survey, with 157 classified as psychiatrically healthy and 32 diagnosed with a mental disorder, of which 20 were in acute psychiatric care and 12 were in outpatient care. The data were analysed using confirmatory factor analysis, reliability analysis and independent samples t-test. **Results:** Our confirmatory factor analysis indicated that all items show a good fit with the model. The factor weights for each item were observed to range from 0.45 to 0.79. The Cronbach's α index obtained in our reliability analysis of the MHQoL demonstrated exceptional internal reliability: an index value of 0.81, with individual item-specific reliability coefficients ranging from 0.7 to 0.81. Independent samples t-tests were conducted to assess the statistical significance of differences in mean scores between respondents with and without a psychiatric diagnosis. The results indicated that there were significant differences in the means of the two groups for items pertaining to future vision, mood, relationships and physical health, as well as when comparing the mean scores of the MHQoL total score and the mean scores of psychological well-being. The majority of variables exhibited statistically significant differences from each other, with medium effect sizes. **Conclusions:** The results thus far indicate that the Hungarian version of the MHQoL is an effective instrument for differentiating between individuals with and without mental illness, based on psychometric indicators. Furthermore, it provides valuable insights into the domains in which psychiatric illnesses have the greatest impact on patients' quality of life. The objective of our future research is to further validate the MHQoL questionnaire in order to contribute to the concept of healthcare that focuses not only on eliminating symptoms but also on improving quality of life.

Keywords: quality of life, mental health, mental disorders, MHQoL, Hungarian adaptation