

A MENTÁLIS EGÉSZSÉG KONTINUUM SKÁLA RÖVID VÁLTOZATÁNAK HAZAI VALIDÁCIÓJA

REINHARDT MELINDA^{1,2} – HORVÁTH ZSOLT^{1,3} – TÓTH LÁSZLÓ⁴ –
KÖKÖNYEI GYÖNGYI^{1,5,6}

¹Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pszichológiai Intézet

²Zuglói Egészségügyi Szolgálat, Gyermek- és Serdülőpszichiátria

³ELTE PPK Pszichológiai Doktori Iskola

⁴Testnevelési Egyetem, Gazdaság- és Társadalomtudományi Intézet, Pszichológia
és Sportpszichológia Tanszék

⁵SE-NAP 2 Genetikai Agyi Képző Működés Migrén Kutatócsoport, MTA, SE

⁶Semmelweis Egyetem, Gyógyszerhatástani Intézet

E-mail: reinhardt.melinda@ppk.elte.hu

Benyújtva: 2020. február 18. – Elfogadva: 2020. május 27.

Háttér és célkitűzések: A Mentális Egészség Két-kontinuum Modellje a mentális egészség pozitív összetevőit, a szubjektív jóllét komponenseit összegzi. Vizsgálatunkban a modell alapján létrehozott Mentális Egészség Kontinuum Skála rövid változatának (rövid MEKS) pszichometriai mutatóit és faktorszerkezetét teszteltük hazai felnőtt egyetemista mintán.

Módszer: 552 egyetemista (71,5% nő, átlagéletkor = 22,09 év, szórás = 3,66) vett részt a keresztmetszeti elrendezésű vizsgálatban, akiket a következő kérdőívek kitöltésére kértünk: Mentális Egészség Kontinuum Skála – rövid változat; Majdnem Tökéletes Skála – rövid változat; Depresszió, Szorongás és Stressz Kérdőív – rövid változat (DASS-21); Kognitív Érzelem Reguláció Kérdőív – rövid változat és Big Five Személyiség-leltár-2 (BFI-2).

Eredmények: A Mentális Egészség Kontinuum Skála rövid változatának a tételek keresztöltéseit is megengedő (Exploratory Structural Equation Modeling, ESEM) bifaktoros szerkezetét erősítettük meg: a globális szubjektív jóllét faktor erős jelenléte mellett az eredeti szerző, Corey L. M. Keyes által leírt három specifikus (érzelmi, pszichológiai és társas) jóllét faktor is megerősítést nyert. A bifaktoros ESEM modell nemi invarianciáját is sikerült igazolnunk. A mérőeszköz megbízhatósági eredményei kiválóak ($\omega = 0,79–0,92$ között), ahogyan validitása is bizonyítást nyert: az elvártaknak megfelelően a pozitív mentális egészség mutatók (teljes rövid MEKS és alszkálái) a depresszív, a szorongásos és a stressz tünetekkel, valamint az önkritikus, maladaptív perfekcionizmussal fordított irányú együtt járást mutatnak, míg az adaptív kognitív érzelemregulációs stratégiákkal és az alkalmazkodást segítő személyiségvonásokkal (barátságosság, lelkiismeretesség, érzelmi stabilitás, extraverzió) pozitív kapcsolatban állnak.

Következtetések: Eredményeink szerint egy valid, a szubjektív jóllét szintet globálisan és annak egyes területeit is megbízhatóan mérő önkitalós kérdőívet tudunk bevezetni a magyar testállományba.

Kulcsszavak: szubjektív jóllét, Mentális Egészség Kontinuum Skála rövid változat, validáció, faktorszerkezet

BEVEZETÉS

A mentális egészséget leíró kurrens elméletek kivétel nélkül amellet foglalnak állást, hogy az jóval többet jelent a mentális betegség tünetek egyszerű hiányánál. Részben ebből a szemléletből következik, hogy a mentális egészség különböző aspektusainak feltárására helyezik a hangsúlyt (Wang, Zhang és Wang, 2011).

A mentális egészség vizsgálata ugyan nem új keletű fókuszpont a lélektanban, hiszen a mentális betegségek, tünetek fogalmi tisztázása mindig is magában foglalta azt, hogy mi számít lelki értelemben „normatívnak”, ilyen értelemben egészségesnek. Mégis, a mentális egészség a maga szó szerinti, tehát pozitív értelmében sokáig nem jelent meg a pszichiátriában és a pszichológiában, illetve általában a mentális betegség tünetek hiányát értették alatta. Bár az 1970-es évektől megindultak a jelenség konceptualizálására és felmérési lehetőségeinek kidolgozására tett első kísérletek (Vaillant, 2003), a mentális egészség empirikus igényű megközelítése csak később, a pozitív pszichológia megjelenésétől indult dinamikus fejlődésnek. Az ezredfordulón körvonalazódó pozitív pszichológia ugyanis az új irányzat célját annak vizsgálatában határozta meg, hogy mely humán képességek segítik az egyént és a társadalmat abban, hogy fejlődjön, sőt virágozzon (Seligman és Csikszentmihályi, 2000). Bevezették a pozitív mentális egészség fogalmát, amely egy olyan definiálható és mérhető állapot, amely a testi, a szubjektív és a mindennapi kiváló működés kombinációjaként határozható meg (Seligman, 2008). Érdemes kiemelnünk azt is, hogy a Csikszentmihályi Mihály által leírt flow jelenség pozitív hatással bír a szubjektív jóllét és így a mentális egészség alakulására. Az autotelikus személyiséggel jellemezhető, azaz az átlagosnál több flow-élményt átélő személyek például magasabb pszichológiai jóllétről számoltak be egy longitudinális utánkövetés során (Csikszentmihályi és Csikszentmihályi, 1988). Hazánkban a szubjektív jóllét (pl. Oláh, 2012; Oláh és Kapitány-Fövény, 2012) és tágabb keretben a személyiség pozitív erőforrásainak (pl. Kiss, 2015) kutatása és nemzetközi teoretikus modelljeinek bevezetése főként Oláh Attila és Kiss Enikő kutatócsoportjainak munkásságához fűződik.

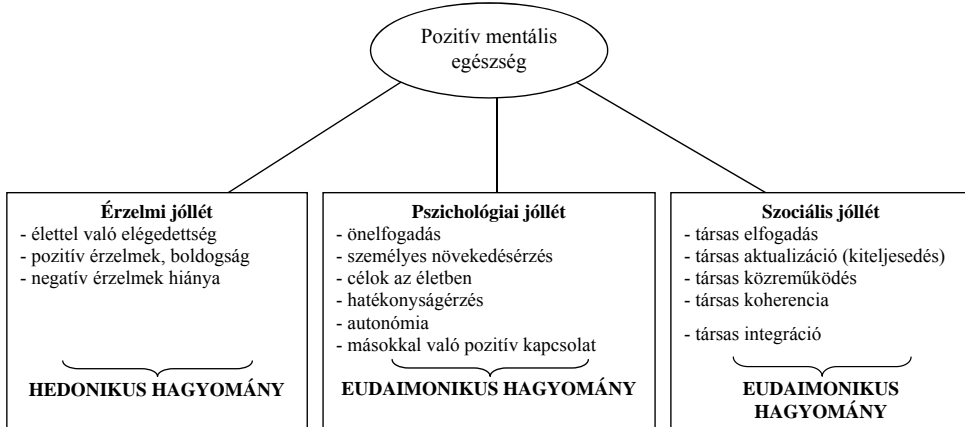
A 21. század első évtizedében több olyan komplex modell is megjelent, amelyek a pozitív lelki egészség konstruktumát kívánták operacionalizálni, egyben annak a mentális betegség tünetekkel való viszonyát tisztázni (pl. Ryff és Singer, 2002: a pszichológiai jóllét eudaimonikus megközelítése; Seligman, 2002: az autentikus életöröm elmélete; Peterson és Seligman, 2004: a karaktererősségek rendszere; Fredrickson és Losada, 2005: az ún. broaden-and-build model a pozitív emóciók adaptívásáról; Suldo és Shaffer, 2008: a mentális egészség kétfaktoros modellje; Durayappah, 2011: a szubjektív jóllét 3P modellje; Seligman, 2011: a virágzás [flourishing] elmélete). Ezek közül a modellek közül összetettségében és elméleti megalapozottságában, valamint empirikus teszteltségében is kiemelkedik a Corey L. M. Keyes által megalkotott Mentális Egészség Két-kontinuum Modell (Two Continua Model of Mental Health vagy Dual-Continua Model of Mental Health; Keyes, 2002a, 2002b).

A Mentális Egészség Két-kontinuum Modellje

A Mentális Egészség Két-kontinuum Modellje (Keyes, 2002a; Keyes és Haidt, 2002; Keyes és Waterman, 2003) a mentális egészséget és a mentális betegség tüneteket nem egymás ellentétes tartalmú jelenségeinek és nem egy képzeletbeli egyenes két végpontján elhelyezkedő állapotoknak tekinti, hanem két külön kontinuummal – mentális egészség kontinuum és mentális betegség kontinuum – és az azokból felépülő kategóriákkal számol, amikor a lelki egészségről beszél.

A modell másik újdonsága, hogy a mentális egészséget – a mentális betegség kategóriák analógiájára – egy olyan „szindrómaként” (syndrome) írja le, amely „tünetek” (symptoms) meghatározott időtartamon át jelen lévő jellegzetes konstellációjából épül fel. A „tünetek” a szubjektív jóllét egyes aspektusait jelentik, maga a „tünetegyüttes” pedig magas fokú kognitív és társas működési szinttel jár együtt (Keyes, 2013).

Keyes az 1990-es évek közepétől kezdte el szisztematikusan tanulmányozni a boldogságra és a lelki jóllétre vonatkozó filozófiai, etikai és lélektani munkákat az antikvitástól napjainkig. Integratív és multidimenzionális jóllét modellje ezzel a szubjektív jóllét kutatások mindkét irányvonalát egyesíteni tudta, hiszen a pozitív mentális egészséget mind a hedonikus (érzelmi jóllét), mind az eudaimonikus (pszichológiai és szociális) jóllét aspektusaiban leírja (Keyes és Waterman, 2003, 1. ábra). Fontos hangsúlyozni, hogy Keyes (2002a) a szubjektív jóllét társas vonatkozásait is beemeli modelljébe, rámutatva ezzel, hogy optimális funkcionálás csakis a szociális jóllét aspektusokkal együtt lehetséges.



1. ábra. A pozitív mentális egészség összetevői (Keyes és Waterman, 2003, 482–484. alapján)

Az érzelmi jóllét a pozitív érzelmek (pl. jó hangulat, öröm) jelenlétét, a negatívak (pl. reménytelenség) hiányát, valamint a saját élet minőségének érzelmi alapú becslését (élettel való elégedettség) összegzi (Diener, 1984).

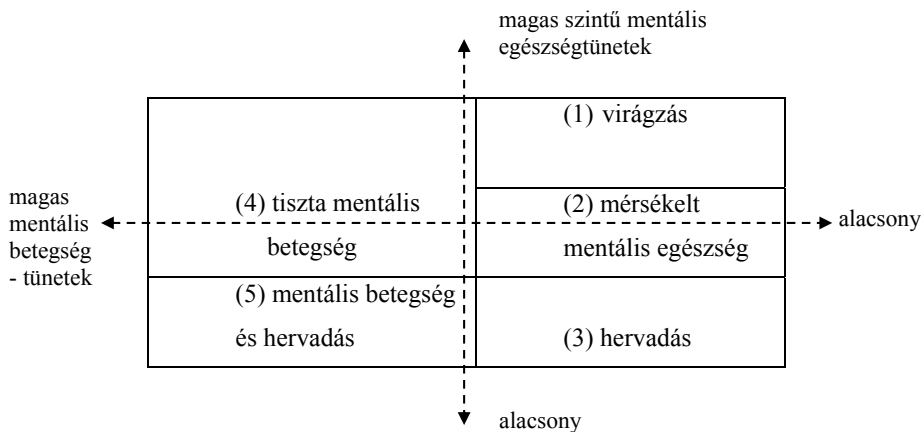
A pszichológiai jóllét Carol Ryff pozitív funkcionálás modelljéhez (Ryff, 1989) nyúl vissza, s az abban azonosított hat dimenziót veszi át, melyek a következők (magyarul részletesen ld. Reinhardt, 2014):

1. **Önellfogadás (self-acceptance):** a saját szelf felé irányuló pozitív attitűdök és a saját múlttal kapcsolatos pozitív érzelmek.
2. **Másokkal való pozitív kapcsolatok (positive relations with others):** meleg, kielégítő, megbízható kötelékek, intimitásra, ragaszkodásra és empátiára való képesség, mások jólétével való törődés.
3. **Autonómia (autonomy):** a szabad akarat és függetlenség érzete, a társas nyomásnak való ellenállás képessége; intrinzik motivált cselekedetek, az én személyes standardok alapján való értékelése.
4. **A környezettel kapcsolatos hatékonyságérzés (environmental mastery):** a környezet kezelésével kapcsolatos hatékonyság- és kompetenciaérzés, a felmerülő lehetőségek hatékony kiaknázása és az arra való képesség, hogy a személyes szükségleteinknek és értékeinknek megfelelő környezetet válasszunk vagy alakítsunk ki.
5. **Célok (purpose in life):** célok megléte és kialakítási képessége, annak az érzése, hogy képesek vagyunk irányítani az életünket, és jelenbeli, illetve múltbeli létezésünknek értelme van.
6. **Személyes növekedés (personal growth):** a folyamatos fejlődésre való képesség érzete, nyitottság az új tapasztalatokra, képesség a lehetőségek kibontakoztatására, az önismeret és az énhatékonyság növekedésének átélése.

A szubjektív jóllét a keyesi felfogásban (Keyes, 1998) az életterületek „közfadatait” is magában foglalja. A társas jóllét ebben a keretben annak becslését jelenti, hogy valakinek milyenek a társas körülményei és hogyan működik közösségi szinteken. A szociálisan integrált személyt az alábbiak jellemzik (magyarul részletesen ld. Reinhardt, 2014):

1. **Társas integráció (social integration):** az egészséges személyek úgy érzik, hogy a társadalom szerves részeként élnek közösségükben, különböző csoportokkal (pl. család, iskolai, munkahelyi, baráti) egy közösséget alkotnak, képesek a kollektív részvételre.
2. **Társas elfogadás (social acceptance):** másokba vetett bizalom, abban való hit, hogy a többi ember képes arra, hogy kedves, szorgalmas és megbízható legyen.
3. **Társas részvétel/társas közreműködés (social contribution):** az abban való hit, hogy valaki értékes és aktív tagja a társadalomnak. Keyes (1998) hasonló konstrukciónak tartja az énhatékonysághoz és a felelősségvállaláshoz.
4. **Társas aktualizáció, kiteljesedés (social actualization):** a társas, társadalmi lehetőségek kibontakoztatásának képessége, valamint az abban való hit, hogy a közösségek fejlődni tudnak.
5. **Társas koherencia (social coherence):** képesség és igény annak megértésére, hogy mi történik a minket körülvevő társas térben, és az hogyan szerveződik és működik.

Keyes (2005a) a mentális egészség és a mentális betegség elkülönülő, bár kapcsolódó dimenzióiból egy olyan modellt is felépített, amely a pszichoszociális működésmód teljes spektrumát árnyalt kategóriákban ragadja meg. A mentális egészség kontinuumát a – tőle részben független – mentális betegség kontinuum jelenléte vagy hiánya befolyásolja, ami fordítva is érvényes (Keyes, Shmotkin és Ryff, 2002). A két dimenziót ha egymásra merőlegesen helyezük el, a mentális egészség három fokozata és a mentális betegség két állapota rajzolódik ki (2. ábra).

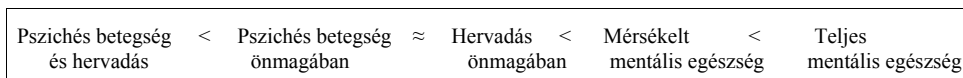


2. ábra. A teljes mentális egészség modell és annak diagnosztikai kategóriái Keyes (2002b, 302) alapján

A legkiválóbb pszichés működésmóddal jellemezhető személyek az érzelmi, a pszichológiai, és a társas jóllét magas szintjét élik meg, miközben mentesek a mentális betegségtünetektől. Ennek az optimális állapotnak, a teljes mentális egészségnek (complete mental health) a leírására Keyes (2002a) a (1) virágzás (flourishing) fogalmát vezette be. Ezzel ellentétben az alacsony emocionális, pszichológiai és szociális jólléttel rendelkezők hiányos mentális egészséggel jellemezhetők, ők egy másik keyesi metaforával élve a (3) hervadók (languishing). A virágzás és a hervadás között a (2) mérsékelt mentális egészség (moderate mental health) állapota található. Akik ebbe a kategóriába sorolhatók, szintén mentesek a mentális betegségtünetektől, azonban mindhárom jóllétterületen közepes, átlagos értékeket érnek el.

Előfordulhat, hogy jelen lévő mentális betegségtünetek mellett a szubjektív jóllét egyes szintjei átlagos vagy magas értékeket vesznek fel. Ebben az esetben (4) tiszta mentális betegségről (pure mental illness) beszélhetünk. Végül lehetséges, hogy a (5) mentális betegség tüneteinek a hervadás elemei társulnak (mental illness and languishing) (Keyes, 2005a): az ebbe a csoportba tartozók nem tudnak a hiányzó érzelmi, pszichológiai és társas jóllét forrásaikból védőfaktorokat mozgósítani lelki problémáik leküzdéséhez. Mivel ez a csoport bír a legrosszabb prognózissal, őket Keyes és Lopez (2002) metaforikusan tehetetlenül vergődőknek (floundering) nevezték el.

A fenti mentális állapotok a pszichoszociális funkcionálás különböző minőségeit képviselik, melyekben a lelki egészséget és betegséget együttesen becsülik meg. Mind ezt a 3. ábra összegzi, ahol balról jobbra haladva az egyre magasabb szintű pszichoszociális működésmód állapotai jelennek meg.



3. ábra. A pszichoszociális működésmód becslése a Mentális Egészség Két-kontinuum Modellje szerint (Keyes, 2005a, 541)

*A Mentális Egészség Kontinuum Skála rövid változatának bemutatása
és pszichometriai jellemzői*

A Mentális Egészség Két-kontinuum Modelljére alapozva a mentális egészség átfogó, valamint az azt felépítő három szubjektív jóllét terület – az érzelmi, a pszichológiai és a szociális jóllét – kérdőíves felmérésére alakította ki Keyes (2002a) a Mentális Egészség Kontinuum Skálát. Folyamatos empirikus munkát követően, 2008-ban egy 40 tételű változathoz 14 tételre rövidített skálát adott közre (Keyes, Wissing, Potgieter, Temane, Kruger és Van Rooy, 2008), amelyet Mental Health Continuum – Short Form-nak (MHC-SF) nevezett el. Ezzel párhuzamosan a mérőeszköz serdülő változata is elkészült (Adolescent Mental Health Continuum – Short Form, A-MHC-SF; Keyes, 2006, 2009a). Az angol nyelvű kérdőívet számos nyelvre lefordították (pl. kanadai franciára, koreaira, kínaira, japánra, hollandra, norvégra, svédre, finnre, magyarra).

Az MHC-SF 14 tételű korábbi, 40 tételű változat legprototipikusabb tégeit őrizte meg. A kitöltőnek arra kell választ adnia, hogy az elmúlt egy hónapban milyen gyakran élte át azt az érzést vagy folyamatot, amelyet az egyes tételek megfogalmaznak. A válaszok egy 5-fokú skálán a „sohá”-tól (0) a „minden nap”-ig (5) terjednek. A kérdőív összességében a válaszadó szubjektív jóllétét globálisan írja le, míg három skálája az egyes jóllétterületeket külön-külön összegzi. Az első 3 tétel az érzelmi jóllétet méri fel (pl. 3. tétel: *Az elmúlt egy hónapban milyen gyakran érezte azt, hogy: elégedett volt az életével?*). A 4–8. tétel a szociális jóllét területét tapogatja le (pl. 7. tétel: *Az elmúlt egy hónapban milyen gyakran érezte azt, hogy: az emberek alapvetően jók?*). Az utolsó hat tétel (9–14.) pedig a pszichológiai jóllétet összegzi (pl. 12. tétel: *Az elmúlt egy hónapban milyen gyakran érezte azt, hogy: a személyisége legtöbb részét szereti, elfogadta?*). Fordított tétel nincs, a válaszok összegzése két módon történhet. (I) Meghatározható a teljes kérdőívén és az egyes skálákon elért összpontszám, előbbi 0 és 70 pont közé eshet. A magasabb pontszám minden esetben jobb jóllétértéket jelez. (II) Lehetőség nyílik egy kategoriális besorolásra is, amikor a mentális egészségtünetek megélési gyakoriságát vesszük alapul. A „virágzók” az érzelmi jóllét 3 tünete közül legalább egyet majdnem minden nap vagy minden nap átélnek, valamint a pszichológiai és a társas jóllét 11 tünetéből legalább hatot szintén minden nap vagy majdnem minden nap megtapasztalnak. Ezzel ellentétben a „hervadók” az érzelmi jóllét 3 tünete közül az egyiket az elmúlt egy hónapban soha vagy csak egyszer-kétszer tapasztalták, ahogyan a pszichológiai és a társas jóllét 11 szimptomájából minimum hatot soha vagy csak egyszer-kétszer éltek át. A mérsékelt mentális egészség kategóriájába azokat soroljuk, akik nem tartoznak sem a virágzókhoz, sem a hervadókhöz (Keyes és mtsai, 2008).

Az MHC-SF tesztelése során rendre kiváló pszichometriai eredményeket hozott (pl. Keyes és Waterman, 2003; Keyes és mtsai, 2008; Keyes és Michalec, 2010; Westerhof és Keyes, 2010; Yin, He és Fu, 2013). Számos nemzeti mintán a kérdőív megbízhatónak és validnak bizonyult. A Cronbach-alfa-értékek minden esetben 0,80 felettiéek voltak, ez alól kivételt csak az egyiptomi változat (Salama-Younes, 2011) jelentett. A teszt-reteszt reliabilitás 3 hónap után 0,68, 9 hónap után pedig 0,65 volt (Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, Klooster és Keyes, 2011). A skála továbbá megfelelő diszkrimináns (a mentális betegségtünetekkel szignifikáns negatív korrelációban áll) és konvergens validitással bír (az emocionális jóllét például a pozitív affektivitással mutat szoros kap-

csolatot, míg a pszichés jóllét az önbecsülést felmérő skálákkal) (pl. Lamers és mtsai, 2011). A három skála egymással közepesen vagy erősen korrelál. Lamers, Westerhof, Kovács és Bohlmeijer (2012) vizsgálatában az érzelmi és a pszichés jóllét között például 0,58, az érzelmi és a társas jóllét között 0,50, valamint a pszichológiai és a társas jóllét között 0,70 volt a korreláció.

Az elmúlt évtizedben számos tanulmány tesztelte az MHC-SF faktorstruktúráját is. Az egy- és a kétdimenziós struktúrát a kutatások elvetették (kivéve Machado és Bandeira, 2015). Néhány tanulmány az eredeti háromfaktoros struktúrát (érzelmi, pszichés és társas jóllét) erősítette meg mind felnőtt (pl. Robitschek és Keyes, 2009; Lamers és mtsai, 2011, Joshanloo, 2017), mind serdülő mintán (pl. Lim, 2014; Guo, Tomson, Guo, Li, Keller és Söderqvist, 2015; Orpana, Vachon, Dykxhoorn és Jayaraman, 2017). Más kutatások a bifaktoros megoldást támogatták (pl. De Bruin és Du Plessis, 2015; Lamborn, Cramer és Riderby, 2018; Rogoza, Truong Thi, Rózycka-Tran, Piotrowski és Żemojtel-Piotrowska, 2018), amely egy általános szubjektív jóllét faktor és egyidejűleg a három jóllét alfaktor (érzelmi, pszichológiai és társas) jelenlétét erősíti meg. Megint mások mind a háromfaktoros, mind a bifaktoros szerveződést jól illeszkedőnek írták le (pl. Doré, O’Loughlin, Sabiston és Fournier, 2017; Peña Contreras és mtsai, 2017). A bifaktormodell megerősítése azért is különösen fontos, mert azt jelzi, hogy mind az egyes well-being faktorok (emocionális, pszichológiai és szociális), mind ezek kombinációja, azaz a globális well-being érvényes interpretációval bírnak. A kutatások továbbá szinte kivétel nélkül a mérőeszköz nem (pl. Petrillo, Capone, Caso és Keyes, 2014; Sampaio de Carvalho, Salgado Pereira, Marques Pinto és Maroco, 2016), életkor (pl. Lupano Perugini, De la Iglesia, Solano és Keyes, 2017; Rogoza és mtsai, 2018) és kulturális csoportok (pl. Joshanloo, Wissing, Khumalo és Lamers, 2013) szerinti invarianciáját is rögzítették. Ezek az eredmények azt jelzik, hogy a kérdőívet a különböző életkorú, nemű és kultúrához tartozó személyek ugyanúgy értelmezik. Reprezentatív magyar serdülő mintában is megerősítést nyert a kérdőív bifaktoros struktúrája, valamint nemi és életkori invarianciája (Reinhardt, Horváth, Morgan és Kökönyei, 2020).

A Mentális Egészség Kontinuum Skála összefüggései a mentális és testi betegség tünetekkel és bizonyos személyiségvonásokkal

A Mentális Egészség Kontinuum Skálával végzett alapvizsgálat (Keyes, 2002a) szerint a lelki egészség dimenziói (a szubjektív jóllét mutatók) egyértelműen elkülöníthetők a lelki betegség tüneteitől. Ugyanakkor a vizsgálat arra is rámutatott, hogy a hervadók 28%-a major depresszióban szenvedett a felmérést megelőző évben. Keyes egy másik, 2005-ös publikációjának eredményei szerint a krónikus egészségügyi problémák száma azok között az idős amerikaiak között volt a legmagasabb, akiknél a több depresszív tünet hervadással kombinálódott. A legkevesebb pszichés és krónikus testi betegség tünettől a virágzó 65 év felettiak bírtak (Keyes, 2005b). Egy másik vizsgálatban a virágzó személyek nagyobb valószínűséggel alkalmaztak adaptív érzelmszabályozó stratégiákat, míg a hervadók inkább maladaptív emócióregulációs módokat (Basson és Rothman, 2018). Az egyes szubjektív jóllét területek és a globális jóllét mutató az eddigi vizsgálatok szerint a depresszív és a szorongásos tünetekkel fordított, közepes

erősségű kapcsolatban állnak (pl. Luijten, Kuppens, Van de Bongardt és Nieboer, 2019). A vizsgálatok azt is egyértelműen megerősítik, hogy más személyiségvonások köthetők a pozitív mentális egészséghez, mint a mentális betegségtünetekhez. Az extroverzió, a barátságosság és a lelkiismeretesség – a demográfiai változók kontrollja mellett is – rendre a mentális egészség pozitív tartományát jelzik előre, míg az érzelmi instabilitás (neuroticizmus) a fennálló pszichopatológiai tüneteket (pl. Joshanloo és Nosratabadi, 2009; Lamers és mtsai, 2012).

Jelen vizsgálat célkitűzései

Vizsgálatunk elsődleges célja magyar felnőtt mintában validálni az MHC-SF magyar változatát, a Mentális Egészség Kontinuum Skála rövid változatát (MEKS). A skála reliabilitás, valamint konvergens és diszkrimináns validitás mutatóinak elemzésén túl ennek a folyamatnak a skála megerősítő faktorelemzése is a része. A faktorelemzés során versengő modellek (egy-, két-, három-, valamint bifaktoros megoldás) közül választjuk ki a pszichometriailag legjobban illeszkedő faktorszerkezetet. Vizsgáljuk továbbá a MEKS invarianciáját a nem tekintetében, annak érdekében, hogy ellenőrizzük, a magyar változat egyes tételeit az eltérő nemű felnőtt személyek hasonlóképpen értelmezik-e. Végül célul tűztük ki a kategoriális felosztás három csoportjának – virágzó, mérsékelt mentális egészséggel bírók, hervadók – összehasonlítását az adaptív és a maladaptív kognitív érzelemszabályozó stratégiák és bizonyos személyiségvonások (Big Five és perfekcionizmus) tekintetében. Hipotézisünk szerint a legkiválóbb jóllétszinttel jellemezhető virágzó személyek írhatók le a legadaptívabb érzelmregulációs stratégiákkal és személyiségjellemzőkkel.

MÓDSZER

Minta

A mintát 552 egyetemista felnőtt alkotta. Átlagéletkoruk 22,09 év (szórás: 3,66, terjedelem = 18–48 év), 71,4%-uk (N = 394) nő, 28,6%-uk (N = 158) férfi volt. A férfiak és a nők sem életkori átlagukban, sem az elvégzett szemeszterek átlagos számában, sem lakóhelyük típusának eloszlásában nem különböztek egymástól, ahogyan szubjektíven megítélt életszínvonaluk és fizikai egészségi állapotuk sem mutatott eltérést. A mért demográfiai változók tekintetében egyedül a családi állapot eloszlásában jelent meg nemi különbség: kevesebb férfi él párkapcsolatban, mint nő. A minta alapadatait részletesen az 1. táblázat tartalmazza.

Eszközök

A kérdőívcsomagban a demográfiai kérdések (pl. nem, kor, családi állapot, szak, elvégzett szemeszterek száma, legutóbbi félév tanulmányi átlaga) mellett összesen hat kérdőív szerepelt. Az alábbiakban a validációs folyamat szempontjából fontos öt mérőeszközt mutatjuk be.

1. táblázat. A minta leíró adatai összesítve és nemi bontásban

	Teljes minta N = 552	Férfiak N = 158	Nők N = 394	A két nem összehasonlítása (statisztikai próba értéke)
<i>Életkor (M [SD])</i> [terjedelem]	22,09 év (3,66) [18–48 év]	21,91 év (2,95) [18–38 év]	22,16 év (3,91) [18–48 év]	$t(550) = 0,74$; $p = 0,462$
<i>Elvégzett szemeszterek</i>	3,99 félév (2,52) [0–16 félév]	3,92 félév (2,80) [0–16 félév]	4,02 félév (2,41) [0–14 félév]	$t(508) = 0,40$; $p = 0,693$
<i>Lakhely</i>				
főváros	39,3% (N = 217)	42,4% (N = 67)	38,1% (N = 150)	$\chi^2(2) = 2,73$; $p = 0,255$
más város	43,3% (N = 239)	44,3% (N = 70)	42,9% (N = 169)	
község, falu	17,4% (N = 96)	13,3% (N = 21)	19,0% (N = 75)	
<i>Családi állapot</i>				
hajadon/nőtlen	55,3% (N = 305)	63,9% (N = 101)	51,8% (N = 204)	$\chi^2(1) = 6,73$; $p = 0,009$
kapcsolatban él	44,7% (N = 247)	36,1% (N = 57)	48,2% (N = 190)	
<i>Szubjektív életszínvonal</i>				
jelentősen átlag felett	2,2% (N = 12)	3,2% (N = 5)	1,8% (N = 7)	$\chi^2(4) = 9,18$; $p = 0,057$
átlag felett	24,5% (N = 135)	29,7% (N = 47)	22,3% (N = 88)	
átlagos	47,8% (N = 264)	38,6% (N = 61)	51,5% (N = 203)	
átlag alatt	19,7% (N = 109)	23,4% (N = 37)	18,3% (N = 72)	
jelentősen átlag alatt	5,8% (N = 32)	5,1% (N = 8)	6,1% (N = 24)	
<i>Fizikai egészség</i>				
kitűnő	25,4% (N = 140)	26,6% (N = 42)	24,9% (N = 98)	$\chi^2(3) = 5,51$; $p = 0,138$
jó	54,5% (N = 301)	58,9% (N = 93)	52,8% (N = 208)	
megfelelő	17,8% (N = 98)	13,9% (N = 22)	19,3% (N = 76)	
rossz	2,4% (N = 13)	0,6% (N = 1)	3,0% (N = 12)	

A Mentális Egészség Kontinuum Skála – rövid változat (MEKS) magyarra fordításának folyamata

Az eredeti angol nyelvű mérőeszközt, annak leírását és pontos kiértékelését tartalmazó kéziratot (Keyes, 2009b) Corey L. M. Keyes bocsátotta Reinhardt Melinda rendelkezésére, egyben megadta számára a kérdőív magyar adaptációjához és használatához szükséges engedélyt is. A magyar változatot – szabályos fordítási folyamattal, visszafordítással is kiegészítve – Reinhardt Melinda és Kökönyei Gyöngyi készítették el 2011-ben. A magyar nyelvű kérdőívet, mely megtalálható a függelékben, Mentális Egészség Kontinuum Skála – rövid változatnak (MEKS) neveztük el. A MEKS mind szerkezetében, mind tartalmában megegyezik az eredeti változattal, az MHC-SF-fel. Az MHC-SF részletes leírását az elméleti bevezető tartalmazza. Kutatási célokra az eredeti amerikai és a magyar változat egyaránt szabadon felhasználható.

Majdnem Tökéletes Skála – rövid változat

A Majdnem Tökéletes Skála rövidített változata (Short Almost Perfect Scale, SAPS; Rice, Richardson és Tueller, 2014) a vonásszintű perfekcionizmust és annak két jól elkülöníthető – adaptív és maladaptív – formáját méri fel. A 8 tételes kérdőív két alskálája a Standardok (Törekvések), amely a magas személyes teljesítményelvárásokra utal, és a Diszkrepancia, amely a személyes standardoktól való észlelt távolságot és az ezzel kapcsolatos aggodalmakat összegzi. Előbbi skála a perfekcionizmus adaptív jellemzőit tükrözi, utóbbi az alkalmazkodást nehezítő jellegét. A tétéleket egy hétfokozatú skálán értékeli 1-től (*Egyáltalán nem értek egyet*) 7-ig (*Teljes mértékben egyetértek*) a kitöltő, fordított tétel nincs. A teljes kérdőíven elérhető minimum pontszám 8, a maximum 56 pont. A Standardok és a Diszkrepancia alskálákon egyaránt minimum 4, maximum 28 pont szerezhető. A két alskála között az együtt járás a vizsgálatok alapján fordított irányú, de nem szignifikáns (pl. Rice és mtsai, 2014). A skála pszichometriai szempontból kiváló mutatókkal bír: a magas reliabilitás- és megfelelő validitáseredmények mellett a megerősítő faktorelemzés (Factor mixture modeling, FMMs) és a látens klaszterezés is egy kétfaktoros (Standardok és Diszkrepancia) és háromosztályos (adaptív, maladaptív és nem perfekcionista csoportok) modellt tudott megerősíteni (Rice és mtsai, 2014). A mérőeszköz mind serdülő (Reinhardt, Tóth és Rice, 2019), mind felnőtt (Reinhardt, Rice és Tóth, 2019) magyar mintákon hasonlóan jó pszichometriai jellemzőket mutatott, mint az eredeti amerikai változat. A kérdőívet magyarra az eredeti szerzők engedélyével Reinhardt Melinda és Tóth László fordította 2016-ban.

Depresszió, Szorongás és Stressz Kérdőív (Depression Anxiety Stress Scales, DASS-21)

A DASS-21 (Henry és Crawford, 2005) a 42 tételes Depression Anxiety Stress Scales (DASS; Lovibond és Lovibond, 1995) rövidített, 21 tételes változata. A kérdőív három skálája önjellemzéses alapon hét-hét tétellel méri fel a depresszív (pl. diszfóriás hangulat, reménytelenség), a szorongásos (pl. vegetatív arousal, helyzeti szorongás) és a stressz (pl. irritabilitás, kikapcsolódás nehézsége) tüneteket, azonban ezek diagnosztizálására önmagában nem alkalmas. A tüneteket négy fokozat (0 = *Egyáltalán nem alkalmazható* és 3 = *Nagyon gyakran alkalmazható*) és az elmúlt egy hét alapján kell megítélnie a kitöltőnek. Az egyes skálákon minimum 0, maximálisan 21 pont érhető el. A mérőeszköz megbízhatósága kiváló, ahogyan validitása is igazolást nyert (pl. Henry és Crawford, 2005; Szabó, 2010). Henry és Crawford (2005) az eredeti DASS háromfaktoros struktúráját erősítette meg a DASS-21 esetében is egy átfogó, másodrendű pszichológiai distressz faktor jelenlétével együtt. A magyar változatot Szabó Marianna készítette el (Szabó, 2010).

Kognitív Érzelem Reguláció Kérdőív – rövid változat

A Kognitív Érzelem Reguláció Kérdőív rövid formája (Short version of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire, CERQ-short; Garnefski és Kraaij, 2006) 18 tételből áll. Megőrizte az eredeti kérdőív (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire, CERQ; Garnefski, Kraaij és Spinhoven, 2001) 9 skáláját, azonban a rövid formában az

egyes skálák már csak két-két tételt tartalmaznak. A mérőeszköz azokat a kognitív folyamatokat térképezi fel, melyeket a személyek a stresszes élethelyzetekben kiváltódó érzelmeik szabályozására alkalmazhatnak. A kilenc skála közül öt adaptív érzelmenregulációs stratégiákat mér fel: elfogadás; pozitív fókuszváltás; tervezés; átértékelés; perspektívába helyezés, míg négy skála az érzelmszabályozás maladaptív formáit méri: önvád; rumináció; katasztrófizálás; mások hibáztatása. A tételeket egy 5-fokú skálán értékelik a kitöltők (1 = *szinte soha* és 5 = *szinte mindig*). Mind az eredeti hosszú (Garnefski és mtsai, 2001), mind a rövid változat (Garnefski és Kraaij, 2006) pszichometriailag jól működő skálák. A rövid változatot bevezető tanulmányban (Garnefski és Kraaij, 2006) az egyes alskálák Cronbach-alfa mutatói 0,62 és 0,85 között változtak. A gyengébb reliabilitásmutatók összefüggésben állhatnak azzal, hogy az egyes alskálákat kevés, csupán két-két tétel építi fel. Az eredeti változat (CERQ) magyar adaptációja Miklósi és munkatársai (Miklósi, Martos, Kocsis-Bogár és Perczel Forintos, 2011) munkája, melynek során a mérőeszköz hazai alkalmazhatóságát egyértelműen alátámasztották. Vizsgálatukban a 9 alskála reliabilitási adatai ($Cr-\alpha$) 0,68 és 0,88 között mozogtak.

Big Five Személyiséglettár-2 (Big Five Inventory-2)

A Big Five személyiségvonások (extraverzió, barátságosság, lelkiismeretesség, érzelmi instabilitás, nyitottság) mérésére alkalmas Big Five Inventory-2 (BFI-2, Soto és John, 2017) egy 60 tételű mérőeszköz. A tételeket egy 5-fokú skálán értékelik a kitöltők (1 = *egyáltalán nem értek egyet* és 5 = *teljesen egyetértek*). A BFI-2 a BFI (John, 1989) jelentős és szigorú revíziója nyomán jött létre. A kutatók célja egy statisztikai szempontból robusztusabb Big Five mérőeszköz létrehozása volt. A BFI-2 kiváló pszichometriai tulajdonságokkal rendelkezik (Soto és John, 2017). A magyar fordítást Kun Ágota és Vass Zoltán készítette.

Eljárás

A keresztmetszeti kutatás során 2018 és 2019 márciusa között kényelmi mintavétellel, online toborzással hazai felsőoktatási intézményekben tanulmányokat folytató hallgatókat értünk el. Az anonim kutatásban való részvételt – bármiféle jutalom vagy javadalmazás nélkül – önkéntesen vállaló egyetemisták egy interneten keresztül elérhető, hat kérdőívűből álló tesztcsomagot töltöttek ki.

Statisztikai elemzés

A mérőeszközök alapadatainak (skálaátlag és szórás) és a demográfiai adatok megadása mellett azokat független mintás t-próbával és Khí-négyzet próbával hasonlítottuk össze a férfiak és a nők csoportjában. Az összefüggések erősségét Cohen-d hatásméretmutatóval (Cohen, 1992) becsültük. A kérdőívek belső konzisztenciáját a Cronbach-alfa mutatóval adtuk meg. A tanulmányban validálni kívánt skála (MEKS) konvergens és diszkrimináns validitását Pearson-féle korrelációs elemzéssel, Bonferroni-korrekción

óval kiegészítve teszteltük. A MEKS kérdőív alapján azonosított három szubjektív jóllét csoportot (virágzók, mérsékelt mentális egészséggel bírók, hervadók, Keyes, 2002a) egyszempontos ANOVA-val, η^2 hatásmeret-mutatóval kiegészítve hasonlítottuk össze a mentális betegség tünetek, az adaptív és a maladaptív kognitív érzelemszabályozó stratégiák és bizonyos személyiségvonások (Big Five és perfekcionizmus) mentén. Ezeket az elemzéseket az SPSS 26.0 statisztikai programmal végeztük el.

A validációs folyamat részeként a MEKS kérdőív megerősítő faktorelemzését (Confirmatory Factor Analysis, CFA és Exploratory Structural Equation Modeling, ESEM), a legjobban illeszkedő faktorszerkezet kiválasztását, valamint a nem és életkor szerinti skaláris, metrikus és konfigurális invariancia tesztelését is elvégeztük. Míg a CFA esetében a keresztöltéseket 0-ban rögzítjük, addig az ESEM keretrendszerében – az a priori modellek tesztelése mellett – a keresztöltéseket előzetesen 0-hoz közelítve specifikáljuk (target rotation), az ESEM alkalmazásával így az egyes, CFA-val becsült szubjektív jóllét faktorok közötti esetleges magas korreláció csökkenhet. Az ESEM használatát az is támogatta, hogy az egyes szubjektív jóllét faktorok összefügghetnek (pl. az érzelmi és a pszichológiai jóllét) (ld. pl. Rogoza és mtsai, 2018), s tételeik nem feltétlen csak egyetlen faktorra töltődnek erőteljesebben. Az ESEM eljárással így realisabb kép rajzolódhat ki a faktorszerkezetről. A maximum likelihood becslési eljárás normális eloszlás előfeltételének sérülésére annak robusztus alternatív becslési eljárását – maximum likelihood robust to non-normality (MLR) – használtuk. Az egyes modellek illeszkedését többféle illeszkedési mutatóval teszteltük. A Comparative Fit Index (CFI) és a Tucker-Lewis Index (TLI) esetében a 0,95 vagy az afölötti értéket, míg a Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) mutató esetében a 0,05 vagy az annál kisebb értéket tekintettük megfelelőnek. Ezeket az elemzéseket az Mplus 8.0 (Muthén és Muthén 1998–2017) statisztikai programcsomaggal hajtottuk végre.

A szignifikanciaszintet általánosságban 95%-os megbízhatósági szinten határoztuk meg, korrelációs elemzések esetében pedig Bonferroni-korrekció alapján.

Etikai vonatkozások

A tanulmányban bemutatott kutatás etikai engedélyét az Eötvös Loránd Tudományegyetem Pedagógiai és Pszichológiai Kar Kutatásetikai Bizottsága adta ki 2018-ban. A kutatást a vizsgálatvezetők a Helsinki Nyilatkozat (WHO, 2001) etikai alapelveivel összhangban tervezték meg és hajtották végre. Ennek megfelelően a tesztsomagot csak azok a 18 éven felüli, felsőoktatásban tanuló hallgatók tölthették ki, akik a kérdőívcsomag kitöltésének megkezdése előtt írásos informált beleegyezésüket adták a vizsgálatban való részvételükhöz. A kérdőívek kitöltése önkéntes alapon és névtelenül zajlott.

EREDMÉNYEK

A vizsgálat alapstatisztikája

A felhasznált mérőeszközök alapstatisztikáit, valamint a nemi különbségeket tesztelő próbastatisztikákat a 2. táblázatban mutatjuk be. Mindegyik kérdőív belső konzisztenciája teljesíti az elvárt 0,70-es szintet (Nunnally, 1978), a CERQ Tervezés alskálájának kivételével, mely csak közelíti azt. Az utóbbi alskálával kapott eredményeket ezért óvatossággal szükséges kezelni az értelmezés során.

Az egyes skálaértékek csoportátlagainak nemenkénti összehasonlítása szerint a férfiak és a nők nem különböznek a pozitív mentális egészség mutatói (MEKS skálaátlagok) tekintetében. Hasonlóképpen nincs nemi különbség a depressziós és szorongásos tünetek átlagában sem, ugyanakkor a nők magasabb stressz-szintet jeleztek. Az adaptív kognitív érzelemregulációs technikák alkalmazásában csak a perspektívába helyezés tekintetében van eltérés, a nők azt kifejezettebben alkalmazzák. A maladaptív érzelemregulációs módok tekintetében a nők magasabb rumináció- és katasztrofizálásértékekkel jellemezhetők, mint a férfiak, ugyanakkor kevésbé hajlamosak mások hibáztatására. A nők továbbá szignifikánsan magasabb perfekcionizmusszinttel jellemezhetők a férfiakhoz képest: mind a vonásszintű perfekcionizmust összességében, mind annak két összetevőjét (Standardok és Diszkrepancia) tekintve. Végül, a Big Five személyiségvonások tekintetében a nők általánosságban barátságosabbnak, lelkiismeretesebbnek és nyitottabbnak bizonyultak, mint a férfiak, ugyanakkor neuroticizmuspontszámuk is szignifikánsan magasabb, mint a férfiaké. A nemi különbségek tesztelésénél a hatás méret-mutatók egyik esetben sem érték el a közepes erősségű szintet, azaz a nemek közötti különbség kimutatható ugyan, de nem markáns (2. táblázat).

A megerősítő faktorelemzés eredményei

A legjobban illeszkedő faktorszerkezet kiválasztása érdekében hat modellt vizsgáltunk: (1) egy CFA-val tesztelt egyfaktoros megoldást; (2) egy CFA-val tesztelt kétfaktoros megoldást; (3) egy CFA-val tesztelt háromfaktoros megoldást, amely az eredeti Keyes-féle faktorszerkezettel azonos (Keyes, 2002a); (4) egy háromfaktoros megoldást ESEM-elemzéssel, melyben a tételek keresztöltéseit is becsülni tudjuk; (5) egy CFA-val tesztelt bifaktoros modellt és végül (6) egy ESEM-elemzéssel tesztelt bifaktoros modellt. A versengő modellekhez tartozó illeszkedési mutatókat a 3. táblázat foglalja össze. A modellek összehasonlítása alapján a bifaktoros ESEM-modell megtartása javasolt, mert a Khí-négyzet különbségteszt alapján ez a modell mutatja a legkiválóbb illeszkedést a háromfaktoros ESEM- és a bifaktoros CFA-megoldásokhoz képest. Az egy-, a két- és a háromfaktoros CFA-megoldások illeszkedési mutatói nem voltak megfelelők (3. táblázat).

A bifaktoros ESEM-modellhez tartozó faktortöltések és reliabilitásmutatók (4. táblázat) egy domináns, általános szubjektív jóllét faktor jelenlétét jelzik. Mind a 14 tétel jelentős faktortöltéssel súlyozódik erre az általános faktorra. Kirajzolódik továbbá a három nagy szubjektív jóllét kör, azonban az érzelmi jóllét kivételével a specifikus

2. táblázat. A vizsgálatban szereplő skálák és alskálák megbízhatósági és leíró statisztikai mutatói és összehasonlításuk a nemek tekintetében

Változó	Teljes minta N = 552 Átlag (SD)	Férfiak N = 158 Átlag (SD)	Nők N = 394 Átlag (SD)	A csoportok közötti különbséget jelző próbataszitika	Cohen-d	Cr- α
MHC össz	40,92 (12,03)	41,19 (13,07)	40,82 (11,60)	$t_{(550)} = 0,33; p = 0,742$	0,03	0,89
MHC Érzelmi jóllét	9,47 (3,22)	9,35 (3,35)	9,52 (3,17)	$t_{(550)} = 0,54; p = 0,590$	0,05	0,87
MHC Pszichés jóllét	19,73 (5,89)	19,68 (6,34)	19,75 (5,71)	$t_{(550)} = 0,13; p = 0,898$	0,01	0,84
MHC Társas jóllét	11,72 (4,87)	12,16 (5,23)	11,55 (4,72)	$t_{(550)} = 1,32; p = 0,186$	0,13	0,72
DASS Depresszió	5,70 (5,14)	5,69 (5,10)	5,70 (5,16)	$t_{(550)} = 0,02; p = 0,982$	0	0,91
DASS Szorongás	4,68 (4,38)	4,30 (4,05)	4,84 (4,51)	$t_{(550)} = 1,30; p = 0,193$	0,12	0,83
DASS Stressz	8,01 (4,95)	6,73 (4,40)	8,52 (5,07)	$t_{(550)} = 3,87***$	0,37	0,86
CERQ Elfogadás	6,58 (2,09)	6,51 (2,06)	6,61 (2,11)	$t_{(550)} = 0,52; p = 0,602$	0,05	0,81
CERQ Pozitív fókuszváltás	4,88 (2,17)	4,95 (2,20)	4,85 (2,15)	$t_{(550)} = 0,50; p = 0,618$	0,05	0,87
CERQ Tervezés	6,91 (1,80)	6,81 (1,73)	6,96 (1,83)	$t_{(550)} = 0,87; p = 0,388$	0,08	0,63
CERQ Átértékelés	6,83 (2,11)	6,74 (1,96)	6,87 (2,17)	$t_{(550)} = 0,63; p = 0,529$	0,06	0,75
CERQ Perspektíva	6,10 (2,09)	5,70 (2,07)	6,26 (2,07)	$t_{(550)} = 2,87**$	0,28	0,72
CERQ Önvád	5,70 (2,05)	5,56 (1,97)	5,76 (2,07)	$t_{(550)} = 1,06; p = 0,289$	0,10	0,69
CERQ Rumináció	6,89 (2,22)	6,16 (2,32)	7,19 (2,11)	$t_{(550)} = 5,01***$	0,47	0,86
CERQ Katasztrófi- zálás	4,63 (2,16)	4,26 (2,06)	4,78 (2,18)	$t_{(550)} = 2,58**$	0,24	0,86
CERQ Mások hibáztatása	3,86 (1,64)	4,17 (1,80)	3,73 (1,55)	$t_{(550)} = 2,89**$	0,27	0,79
SAPS össz	38,88 (9,20)	36,20 (9,25)	39,96 (8,97)	$t_{(550)} = 4,41***$	0,42	0,86
SAPS Standardok	22,00 (4,68)	20,68 (4,97)	22,53 (4,45)	$t_{(550)} = 4,28***$	0,40	0,86
SAPS Diszkrepancia	17,43 (5,96)	15,53 (5,78)	17,43 (5,95)	$t_{(550)} = 3,42**$	0,32	0,85
BFI2 Extraverzió	39,77 (8,70)	39,73 (8,38)	39,78 (8,84)	$t_{(535)} = 0,07; p = 0,948$	0,01	0,87
BFI2 Barátságosság	42,87 (6,88)	41,09 (6,87)	43,57 (6,77)	$t_{(535)} = 3,82***$	0,37	0,80
BFI2 Lelkiismeret- esség	41,10 (7,54)	38,86 (6,96)	41,98 (7,59)	$t_{(535)} = 4,40***$	0,42	0,83
BFI2 Érzelmi instabilitás	36,85 (8,58)	34,02 (8,35)	37,97 (8,42)	$t_{(535)} = 4,91***$	0,47	0,87
BFI2 Nyitottság	45,43 (7,95)	43,97 (8,41)	46,00 (7,69)	$t_{(535)} = 2,68**$	0,26	0,85

Megjegyzés: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,0001$.

A hatásméret mutató (Cohen-d) értékeit Cohen (1992) alapján az alábbiak szerint értelmeztük: 0,20: kis hatás, 0,50: közepes hatás, 0,80: nagy mértékű hatás. Cr- α = Cronbach- α .

MHC = Mental Health Continuum-Short Form, Mentális Egészség Kontinuum Skála. DASS = Depression Anxiety Stress Scales 21 itemes változat. CERQ = CERQ-short, Cognitive Emotion Regulation Questionnaire-short; Kognitív Érzelem-Reguláció Kérdőív rövid formája. SAPS = Short Almost Perfect Scale, Majdnem Tökéletes Skála rövidített változata. BFI2 = Big Five Inventory-2.

3. táblázat. Illeszkedési mutatók és mérési invariancia tesztelése a MEKS versengő modelljei között

	χ^2	df	p	RMSEA	Cfit of RMSEA (p)	CFI	TLI	$\Delta\chi^2$	Δdf	p	$\Delta RMSEA$	ΔCFI	ΔTLI
Az egyes mérési modellek illeszkedési mutatói													
<i>Modell 1:</i> Egyfaktoros megoldás (CFA)	522,91	77	<0,00001	0,102	<0,001	0,829	0,798						
<i>Modell 2:</i> Kétfaktoros megoldás (CFA)	361,93	76	<0,00001	0,082	<0,001	0,890	0,869						
<i>Modell 3:</i> Háromfaktoros megoldás (CFA)	289,68	74	<0,00001	0,073	<0,001	0,917	0,898						
<i>Modell 4:</i> Háromfaktoros megoldás (ESEM)	145,71	52	<0,00001	0,057	0,138	0,964	0,937						
<i>Modell 5:</i> Bifaktoros megoldás (CFA)	174,80	64	<0,00001	0,056	0,156	0,958	0,940						
<i>Modell 6:</i> Bifaktoros megoldás (ESEM)	113,15	41	<0,00001	0,056	0,187	0,972	0,939						
A mérési modellek összehasonlítása													
Modell 5 versus Modell 4								28,29	12	0,005	0,001	0,006	-0,003
Modell 5 versus Modell 6								61,42	23	<0,001	0,000	0,014	-0,001
Modell 4 versus Modell 6								32,81	11	0,001	-0,001	0,008	0,002
Illeszkedési mutatók a két csoportban (Modell 6)													
Férfiak (N = 158)	65,05	41	0,0098	0,061	0,246	0,972	0,937						
Nők (N = 394)	95,50	41	<0,00001	0,058	0,183	0,970	0,934						
Mérési invariancia tesztelés (Modell 6)													
Konfigurális invariancia	162,44	82	<0,00001	0,060	0,119	0,970	0,933						
Metrikus invariancia	212,20	122	<0,00001	0,052	0,393	0,966	0,950						
Skaláris invariancia	232,51	132	<0,00001	0,052	0,347	0,963	,0948						
Konfigurális versus metrikus invariancia								50,06	40	0,132	0,008	-0,004	0,017
Metrikus versus skaláris invariancia								20,43	10	0,025	0,000	-0,003	-0,002

Megjegyzés: χ^2 = Khi-négyzet teszt; RMSEA = Root Mean Squared Error of Approximation; Cfit of RMSEA = Az RMSEA-értékhez kapcsolódó Closeness of fit test értéke; CFI = Comparative Fit Index; TLI = Tucker-Lewis Index; $\Delta\chi^2$ = Khi-négyzet különbség teszt. A Khi-négyzet és a Kfi-négyzet különbség teszt minimum $p < 0,05$ szinten szignifikáns; ARMSEA = az összehasonlított modellek RMSEA különbsége; ΔCFI = az összehasonlított modellek CFI különbsége; ΔTLI = az összehasonlított modellek TLI különbsége.

faktorokon (pszichológiai és társas jóllét) előfordul, hogy egy-egy tétel esetében alacsony vagy egy esetben (4. tétel) nem szignifikáns faktortöltés is megjelenik. A modellalapú reliabilitásmutatók (hierarchikus ómega és relatív ómega) is alátámasztják az általános faktor erős hatását. Abban az esetben ugyanis, ha egyszerre vesszük figyelembe az általános és a specifikus faktorokat (ómegaérték), akkor megfelelően kirajzolódik a három specifikus faktor. Amennyiben azonban kiszűrjük az általános faktor hatását, akkor a reliabilitásértékek (hierarchikus ómega) csökkennek. A specifikus faktorok értékei tehát az általános faktor hatásától kevésbé függetlenek (relatív ómegaértékek).

A legjobban illeszkedő modell (bifaktoros ESEM-modell) esetében a nemi invarianciát is teszteltük. Az egyes invarianciamodellek külön-külön is megfelelő illeszkedést mutatnak. Eredményeink szerint a két nem között elfogadható a skaláris invariancia feltétele, tehát a faktorszerkezet, a faktortöltések és az átlagok is hasonlóak a két nem esetében (4. táblázat).

4. táblázat. Standardizált faktortöltések és reliabilitásadatok a bifaktoros ESEM megoldás (Modell 6) esetén

Tétel	GWB ^a	EWB ^b	SWB ^c	PWB ^d
1	0,65	0,47	-0,02	0,13
2	0,65	0,53	-0,01	-0,01
3	0,72	0,46	0,01	0,06
4	0,72	-0,20	-0,04	-0,24
5	0,54	0,04	0,13	0,19
6	0,56	-0,06	0,49	-0,13
7	0,38	0,07	0,71	0,00
8	0,32	-0,12	0,40	0,06
9	0,65	0,13	0,07	0,34
10	0,57	0,13	-0,08	0,26
11	0,55	0,10	0,05	0,35
12	0,65	-0,05	0,06	0,16
13	0,64	-0,10	-0,09	0,40
14	0,69	0,08	-0,01	0,24
Omega	0,92	0,87	0,79	0,85
Hierarchikus Omega	0,82	0,30	0,26	0,15
Relatív Omega ^c	89,15%	34,56%	33,23%	17,85%

Megjegyzés. A $p < 0,05$ szinten szignifikáns faktortöltések félkövérrel szedve. A jelentős (0,30 feletti) faktortöltésű tételek szürke háttérrel megjelenítettek. ^aÁltalános jóllét. ^bÉrzelmi jóllét. ^cSzociális jóllét. ^dPszichológiai jóllét. ^eRelatív Omega = Hierarchikus Omega / Omega.

A vizsgált változók együtt járásai – A MEKS validitási adatai

A teljes MEKS-sel annak alszámai (érzelmi, pszichológiai és társas jóllét) erős korrelációt mutatnak. Az egyes alszámai egymással közepes erősséggel járnak együtt (5. táblázat).

5. táblázat. A MEKS skálák korrelációi a teljes mintában

	2.	3.	4.
1. MHC össz	0,810***	0,913***	0,828***
2. MHC Érzelmi jóllét	–	0,692***	0,503***
3. MHC Pszichés jóllét		–	0,588***
4. MHC Társas jóllét			–

Megjegyzés. N=552. MHC = Mental Health Continuum–Short Form, Mentális Egészség Kontinuum Skála.
* p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001.

Az elvártaknak megfelelően a pozitív mentális egészség mutatók (teljes MEKS és alszkálái) a depresszív, a szorongásos és a stressztünetekkel közepes mértékben, fordított irányban járnak együtt. Kivétel ez alól a társas jóllét területe, mely a mentális betegségtünetekkel gyenge negatív korrelációt mutat. A perfekcionista törekvésekkel (Standardok) egyik szubjektív jóllét skála sincs kapcsolatban, ugyanakkor a perfekcionista törekvések és a teljesítmény között észlelt távolság (Diszkrepancia) mind a négy szubjektív jóllét mutatóval gyengén, fordított irányban korrelál. A Big Five személyiségvonások tekintetében a szubjektív jóllét területei mind az öt nagy személyiségjellemzővel gyenge vagy közepes kapcsolatban vannak. Összességében elmondhatjuk, minél kifejezettebb a szubjektív jóllét (és annak összetevői), annál extravertáltabb, barátságosabb, lelkiismeretesebb, nyitottabb, emocionálisan pedig stabilabb a személy és fordítva. Ez alól kivételt az érzelmi jóllét és a nyitottság kapcsolatának hiánya jelent (6. táblázat).

Általánosságban a szubjektív jóllét mutatók és az adaptív érzelemregulációs mechanizmusok szintén gyenge vagy közepes, pozitív együtt járást mutatnak. A társas jóllét azonban az érzelmek elfogadásával és a tervezéssel nincs kapcsolatban. Szintén az elvártaknak megfelelően a maladaptív érzelemregulációs stratégiákkal a szubjek-

6. táblázat. A MEKS skálák összefüggései a mentális betegségtünetekkel és bizonyos személyiségvonásokkal a teljes mintában

	DASS Depresszió	DASS Szorongás	DASS Stressz	SAPS Standardok	SAPS Disz- krepancia	BFI2 Extraverzió	BFI2 Barátság- osság	BFI2 Lelkiismeretesség	BFI2 Érzelmi in- stabilitás	BFI2 Nyitott- ság
MHC össz	-0,588***	-0,360***	-0,364***	0,047	-0,325***	0,451***	0,277**	0,301**	-0,557***	0,191**
MHC Érzelmi jóllét	-0,587***	-0,377***	-0,409***	-0,019	-0,349***	0,286***	0,199**	0,248**	-0,530***	0,100*
MHC Pszichés jóllét	-0,597***	-0,373***	-0,340***	0,083	-0,343***	0,499***	0,251**	0,354**	-0,541***	0,230**
MHC Társas jóllét	-0,341***	-0,188***	-0,217***	0,028	-0,156***	0,318***	0,247**	0,150**	-0,367***	0,126**

Megjegyzés. N = 552. MHC = Mental Health Continuum–Short Form, Mentális Egészség Kontinuum Skála. DASS = Depression Anxiety Stress Scales 21 ítemes változat. SAPS = Short Almost Perfect Scale, Majdnem Tökéletes Skála rövidített változata. BFI2 = Big Five Inventory-2. * p < 0,05; ** p < 0,01; ***p < 0,001. Vastaggal szedve a Bonferroni-korrekciót (p < 0,0035) követően is szignifikáns értékek.

7. táblázat. A MEKS skálák összefüggései a kognitív érzelmszabályozás stratégiáival a teljes mintában

	CERQ El- fogadás	CERQ Pozitív fókusz- váltás	CERQ Tervezés	CERQ Át- értékelés	CERQ Perspek- tíva	CERQ Önvád	CERQ Rumi- náció	CERQ Katasztro- fizálás	CERQ Mások hi- báztatása
MHC össz	0,138***	0,196***	0,184***	0,381***	0,253***	-0,328***	-0,202***	-0,340***	-0,132**
MHC Érzelmi jóllét	0,129**	0,181***	0,139***	0,272***	0,232***	-0,308***	-0,206***	-0,359***	-0,147***
MHC Pszichés jóllét	0,144***	0,160***	0,226***	0,404***	0,261***	-0,331***	-0,186***	-0,335***	-0,133**
MHC Társas jóllét	0,081	0,171***	0,089*	0,271***	0,156***	-0,206***	-0,138***	-0,197***	-0,067

Megjegyzés. N = 552. MHC = Mental Health Continuum–Short Form, Mentális Egészség Kontinuum Skála. CERQ = CERQ–short, Cognitive Emotion Regulation Questionnaire–short; Kognitív Érzelem-Reguláció Kérdőív rövid formája. *p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001. Vastaggal szedve a Bonferroni-korrekciót (p < 0,0038) követően is szignifikáns értékek.

tív jóllét területei gyenge, de fordított irányú korrelációt mutatnak fel. A társas jóllét területe azonban nincsen kapcsolatban a másokat hibáztató érzelmszabályozó attitűddel (7. táblázat).

A mentális egészség kategóriális felosztásának (Keyes, 2002a) eredményei

Keyes (2002a) alapján elvégeztük a mentális egészség dimenzionális vizsgálatát is a magyar egyetemista mintán. A teljes minta közel egyharmada (30,1%) a legkiválóbb szubjektív jóllét szinttel jellemezte magát, ők az ún. virágzók. Az egyetemista csoport gerincét (62,1%) a mérsékelt mentális egészséggel bírók adják, míg 7,8%-uk kifejezetten alacsony szubjektív jóllét értékekkel bír, azaz ún. hervadók. Nemi különbség nem mutatható ki a pozitív mentális egészség kategóriáinak eloszlásában (8. táblázat).

A pozitív mentális egészség három kategóriáját (virágzók, mérsékelt mentális egészségűek és hervadók) összehasonlítottuk a mentális betegségtünetek, az érzelmszabályozás és bizonyos személyiségvonások mentén (9. táblázat). Az elvártaknak megfelelően a legkevesebb mentális betegségtünetet (depresszív, szorongásos és stressztünetek) a virágzó egyének mutatják, őket követik a mérsékelt mentális egészséggel bírók, majd a hervadók. Itt a hatásméret-mutatók közepes, illetve erős összefüggéseket jeleznek. Érdeemes megjegyezni, hogy a hervadók átlagosan több mint négyszer annyi depresszív és majdnem háromszor annyi szorongásos tünetet észlelnek maguknál, mint a virágzók. Az érzelmszabályozást tekintve az elfogadás kognitív stratégiájában a csoportok

8. táblázat. A mentális egészség kategóriái a teljes mintában és a két nem esetében

Változó*	Teljes minta N = 552 % (n)	Férfiak N = 158 % (n)	Nők N = 394 % (n)	A csoportok közötti különbséget jelző próbastatisztika
Virágzók	30,1 (166)	31,0 (49)	29,7 (117)	$\chi^2(2)=1,99; p = 0,368$
Mérsékelt mentális egészségűek	62,1 (343)	58,9 (93)	63,5 (250)	
Hervadók	7,8 (43)	10,1 (16)	6,9 (27)	

Megjegyzés: *A mentális egészség kategóriái Keyes (2002a) felosztása alapján.

9. táblázat. A mentális egészségkategóriák összehasonlítása a felmért változók tekintetében

Változó	Virágzók (N=166)	Mérsékelt mentális egészségűek (N=343)	Hervadók (N=43)	Statistikai próba értéke (p); hatásméret mutató	Csoportok közötti különbsé- gek*
DASS Depresszió	2,89 (3,44)	6,11 (4,70)	13,26 (5,34)	F(2)=97,98 (<0,0001) $\eta^2=0,26$	V<M<H
DASS Szorongás	3,21 (4,07)	4,89 (4,07)	8,72 (5,14)	F(2)=31,03 (<0,0001) $\eta^2=0,10$	V<M<H
DASS Stressz	6,23 (4,89)	8,37 (4,66)	11,93 (4,62)	F(2)=27,58 (<0,0001) $\eta^2=0,09$	V<M<H
CERQ Elfogadás	6,87 (2,13)	6,50 (2,07)	6,12 (2,07)	F(2)=2,99 (=0,051) $\eta^2=0,01$	V=M=H
CERQ Pozitív fókuszváltás	5,16 (2,30)	4,86 (2,10)	3,93 (1,90)	F(2)=5,60 (<0,01) $\eta^2=0,02$	V=M>H
CERQ Tervezés	7,29 (1,93)	6,83 (1,73)	6,16 (1,54)	F(2)=7,92 (<0,0001) $\eta^2=0,03$	V>M=H
CERQ Átértékelés	7,81 (1,93)	6,57 (2,04)	5,14 (1,61)	F(2)=39,05 (<0,0001) $\eta^2=0,13$	V>M>H
CERQ Perspektíva	6,58 (2,05)	6,02 (2,07)	4,88 (1,75)	F(2)=12,40 (<0,0001) $\eta^2=0,04$	V>M>H
CERQ Önvád	4,86 (1,90)	5,94 (1,93)	7,07 (2,25)	F(2)=28,86 (<0,0001) $\eta^2=0,10$	V<M<H
CERQ Rumináció	6,20 (2,34)	7,17 (2,05)	7,37 (2,46)	F(2)=12,35 (<0,0001) $\eta^2=0,04$	V<M=H
CERQ Katasztrófizálás	3,86 (1,88)	4,78 (2,09)	6,40 (2,42)	F(2)=28,32 (<0,0001) $\eta^2=0,09$	V<M<H
CERQ Mások hibáztatása	3,65 (1,61)	3,90 (1,58)	4,30 (2,03)	F(2)=3,04 (=0,048) $\eta^2=0,01$	V=M=H
SAPS Standardok	21,95 (5,13)	22,14 (4,30)	21,09 (5,69)	F(2)=0,97 (=0,378) $\eta^2=0,004$	V=M=H
SAPS Diszkrepancia	14,44 (5,93)	17,73 (5,55)	19,60 (6,35)	F(2)=23,66 (<0,0001) $\eta^2=0,08$	V<M=H
BFI2 Extraverzió	44,31 (7,53)	38,57 (8,31)	32,00 (7,34)	F(2)=49,21 (<0,0001) $\eta^2=0,16$	V>M>H
BFI2 Barátságosság	44,75 (6,58)	42,54 (6,75)	38,36 (6,74)	F(2)=16,26 (<0,0001) $\eta^2=0,06$	V>M>H
BFI2 Lelkiismeretesség	43,51 (6,77)	40,37 (7,55)	37,79 (7,93)	F(2)=14,48 (<0,0001) $\eta^2=0,06$	V>M=H
BFI2 Érzelmi instabilitás	31,60 (7,06)	38,20 (7,82)	46,10 (7,77)	F(2)=74,56 (<0,0001) $\eta^2=0,22$	V<M<H
BFI2 Nyitottság	47,10 (7,42)	45,04 (7,95)	42,12 (8,58)	F(2)=7,77 (<0,0001) $\eta^2=0,03$	V>M>H

Megjegyzés: *A jelzett csoportok közötti különbségek minimum $p < 0,05$ szinten szignifikánsak. η^2 = hatásméret mutató; 0,040-ig kis hatásméret; 0,060 és 0,110 között közepes hatásméret; 0,140-tól erős hatásméret. V = Virágzók, M = Mérsékelt mentális egészséggel bírók, H = Hervadók. DASS = Depression Anxiety Stress Scales 21 ítemes változat. CERQ = CERQ-short, Cognitive Emotion Regulation Questionnaire-short; Kognitív Érzelem-Reguláció Kérdőív rövid formája. SAPS = Short Almost Perfect Scale, Majdnem Tökéletes Skála rövidített változata. BFI2 = Big Five Inventory-2.

között nincsen számottevő különbség. A tervezés, a helyzetek átértékelése és perspektívába helyezése esetében a virágzók érik el a legmagasabb pontszámokat. A maladaptív érzelemregulációs módoknál a virágzók a legalacsonyabb értékeket mutatják fel, kivéve a mások hibáztatásának stratégiáját, ahol az egyes szubjektív jóllét csoportok között nem mutatható ki különbség. Az egyes személyiségvonásokat tekintve a perfekcionizmus maladaptív vonulatával azonosítható Diszkrepancia esetében a legalacsonyabb értékeket a virágzók mutatják, a mérsékelték és a hervadók között nincs különbség. A virágzók továbbá a legextravertáltabbak, a legbarátságosabbak, a legelkiismeretesebbek, a legnyitottabbak és érzelmileg a legstabilabbak (9. táblázat).

MEGBESZÉLÉS

A Mentális Egészség Két-kontinuum Modelljére, mint teoretikus bázisra alapozva Keyes (2002a) az egyéni szubjektív jóllét szint felmérését célozta meg. Fontosnak tartotta, hogy a szubjektív jóllétet, azaz a pozitív mentális egészséget ne csupán egy osztatlan képződményként képezze le, hanem annak összetevőit is mérhetővé tegye: így az érzelmi, a pszichológiai és a társas jóllét aspektusait külön-külön is összegezze.

Vizsgálatunkban a Mentális Egészség Két-kontinuum Modellje (Keyes, 2002a) alapján létrehozott Mentális Egészség Kontinuum Skála (Keyes és mtsai, 2008) pszichometriai mutatóit és faktorszerkezetét teszteltük hazai felnőtt egyetemista mintán. Ezzel egy valid, a szubjektív jóllét szintet megbízhatóan mérő önkitöltős kérdőívet kívántunk bevezetni a magyar tesztállományba.

A kérdőív magyar változatán a tételek kereszttöltéseit is megengedő (ESEM) bifaktoros szerkezetet erősítettünk meg. Mindez azt jelzi, hogy jelen van egy általános szubjektív jóllét faktor, amely mellett a három nagy szubjektív jóllét terület (érzelmi, pszichológiai és társas jóllét) mint specifikus faktorok körvonalazódnak. Azaz az eredeti, Keyes (2002a) által feltételezett struktúra (érzelmi, pszichológiai és társas jóllét) is érvényes interpretációval bír. Ugyanakkor ezek „kombinációja”, egy globális jóllét faktor is jelen van. Ráadásul az általános jóllét faktornak igen erős a hatása, ami azt mutatja, hogy a három specifikus faktor az általános faktor hatásától erősen függ. Az a variancia, amelyet tehát az egyes specifikus faktorok eredményeiben látunk, inkább a főfaktor – jelen esetben a globális jóllét mutató – hatása. A mérőeszköz ugyan nem egyfaktoros szerkezetű, mégis a három szubjektív jóllét faktort a globális szubjektív jóllét mutató jelentősen befolyásolja. Ezt mindenképpen érdemes figyelembe venni a mérőeszközzel nyert eredmények későbbi interpretációja során: az általános faktorhoz kapcsolódó értékek nyújtják a legmegbízhatóbb mérést. Az elmúlt évtizedben több külföldi vizsgálat is tesztelte az MHC-SF faktorstruktúráját, melyek kivétel nélkül – ahogy saját kutatásunk is – elvetették az egy- és a kétdimenziós faktorszerkezetet (pl. Machado és Bandeira, 2015). A nemzeti mintákon vagy az eredeti háromfaktoros (pl. Lamers és mtsai, 2011; Joshanloo, 2017) vagy a bifaktoros struktúrát (pl. Lamborn és mtsai, 2018; Rogoza és mtsai, 2018; Reinhardt és mtsai, 2020) igazolták. Utóbbi erősítik jelen vizsgálati eredményeink is felnőtt mintán. Azt is megerősítettük vizsgálatunkban, hogy a kérdőív faktorszerkezetének vizsgálatakor az ESEM-alapú modellek

jobb illeszkedést mutatnak, mint a CFA-alapúak, ami szintén egybevág az utóbbi évek több vizsgálatával (pl. De Bruin és Du Plessis, 2015; Rogoza és mtsai, 2018).

Lényeges megemlíteni a MEKS magyar változatának 4. tételét („valami fontossal járult hozzá a társadalomhoz”), amely a globális jóllét faktorra ugyan erős faktortöltést mutat, azonban „eredeti” skálájához, a társas jóllét faktorhoz nem kapcsolódik. Ennek háttere lehet az eredeti kérdőívben („that you had something important to contribute to society”) és így a magyar fordításban is benne lévő „fontos” jelző, amelyhez a saját társadalmi hasznosság jelentősebb tetteit asszociálhatja a kitöltő, s így kevésbé érezheti önmagára jellemzőnek. Ugyanakkor Keyes (1998) a tételhez tartozó jelenség leírásakor – bár az a személy társas/társadalmi közreműködésére (social contribution) vonatkozik – olyan mindennapi cselekedetekkel jellemzi ennek a területnek a tartalmát, mint mások segítése egy hasznos tanáccsal vagy a másik meghallgatásával. Ugyanakkor a kérdőív 4. tételében ez kevésbé fejeződik ki, inkább a szociális értékesség „grandiózusabb” elemeit hívja elő, és nem a generativitás mindennapi, bárki által megélhető formáit. Javaslataink szerint a 4. tételt azzal lehetne egyértelműbbé tenni, hogy zárójelben megemlítsük a mindennapi társas hozzájárulás egy-két formáját („valami fontossal járult hozzá a társadalomhoz, pl. segített másokon”).

Fontos, hogy a mérőeszköz felnőtt egyetemista mintánkon a nemek tekintetében invariáns, azaz hasonló mérést biztosít mind a férfiak, mind a nők körében, a tételket mindkét nem képviselői ugyanúgy értelmezik. Ez az eredmény is harmóniában van az eddigi nemzetközi kutatásokkal (pl. Petrillo és mtsai, 2014 vagy Sampaio de Carvalho és mtsai, 2016).

A MEKS kategoriális kiértékelése alapján a magyar egyetemista minta 30%-a kiváló szubjektív jólléttel jellemezhető (virágzók), kicsit több mint 60%-uk közepes jóllét-értékekkel bír (mérsékelt mentális egészségűek), és közel 8%-uk alacsony szubjektív jóllétet jelez. Ezek az eredmények tendenciájukban hasonlóak a felnőtt (25 és 74 év közötti) amerikai (Keyes, Dhingra és Simoes, 2010) adatokhoz, ahol a virágzók közel 20%-át, a mérsékeltet 64%-át, a hervadók pedig 17%-át tették ki a vizsgált populációnak. Az amerikai serdülők körében pedig 38% virágzót, 56% mérsékelt mentális egészséggel bírót és 6% hervadót detektáltak (Keyes, 2006). A hazai egyetemista adatok az amerikai serdülőpopulációéhoz állnak közelebb.

Eredményeink szerint a magyar egyetemista férfiak és nők átlagosan hasonló globális, érzelmi, pszichológiai és társas szubjektív jóllét szinttel jellemezhetők. Mindez megegyezik a korábbi külföldi vizsgálatokban (pl. Robitschek és Keyes, 2009) kapott eredményekkel, ahol leggyakrabban nem mutatkozott nemi eltérés a pozitív mentális egészség mutatói tekintetében felnőtt mintában. Hasonlóképpen nem jelent meg eltérés a nemek között a pozitív mentális egészség dimenzionális felosztását tekintve sem, azaz közel ugyanannyi nő és férfi számít virágzónak, mérsékelt mentális egészségűnek és hervadónak (vö. pl. Khumalo, Temane és Wissing, 2012).

A MEKS-en alapuló eddigi vizsgálatokkal (pl. Keyes, 2002a; Keyes és mtsai, 2008) összhangban a mentális betegségtünetek jelenlétével szemben a virágzók a legvéde-
tebbek, körükben nagyon alacsony depressziós, szorongásos és stressztünet szintet láthatunk. A hervadóknál a virágzókhoz képest 2-4-szer annyi neurotikus tünet jelenik meg, így ők különösen veszélyeztetettek a hangulatzavarok kialakulása tekintetében.

A hervadás leginkább a stagnálással, az üresség- és reménytelenségérzéssel írható le (Keyes, 2005a), hiszen az ebbe a csoportba tartozók nagyon kevés érzelmi, pszichológiai és társas jóllét komponenssel élnek meg, azaz például alacsony autonómiaszintet, hatékonyságérzést, célállítási képességet – mind az egyéni, mind a szociális színtereken. Ezek a jellemzők a depresszió tekintetében rizikófaktorként jelennek meg. Ezt erősíti meg Keyes, Dhingra és Simoes (2010) longitudinális vizsgálata, melyben a kezdetben „tiszán hervadók” (hervadók mentális betegségtünetek nélkül) hétszer nagyobb eséllyel kerültek a lelki betegség valamilyen diagnosztikai kategóriájába a kutatás tíz éve alatt, mint a mérsékelték vagy a virágzók.

Eredményeink szerint a virágzók mozgósítják a legtöbb adaptív érzelemszabályozó mechanizmust: a stresszes, negatív érzelmeket kiváltó helyzeteket a leginkább ők képesek pozitív módon átalakítani. Például azzal, hogy az adott helyzet megoldására valamilyen viselkedési stratégiát dolgoznak ki, vagy azt pozitív jelentéssel ruházzák fel, vagy más, korábbi élményeikkel vetik össze azt. A virágzók továbbá kevés maladaptív érzelemszabályozó folyamatot alkalmaznak: a negatív helyzetekért kevésbé teszik magukat felelőssé, kevesebbet rágódnak természetlenül azokon, valamint kevésbé nagyítják fel a szituációk negatív aspektusait. A hervadók az érzelemregulációs stratégiák alkalmazásában éppen a virágzó csoporttal ellentétes képet mutatnak.

A személyiségvonások tekintetében is a virágzók jellemezhetőek a legadaptívabb tulajdonságokkal. A virágzók úgy törekednek a személyes standardjaik betöltésére, hogy ahhoz kevés önmagukkal kapcsolatos elégedetlenség, önkritika társul. Másrészt a legjobb szociális képességekkel (extraverzió, barátságosság), felelősségérzettel (lelkiismeretesség), érzelmi kiegyensúlyozottsággal bírnak, és magas körökben az élményekre való nyitottság is. A hervadók mindennek az ellenkezőjét mutatják. Ezek az eredmények megerősítik a korábbi vizsgálatokban kapottakat (pl. Lamers és mtsai, 2012), és a kérdőív megfelelő validitása mellett szólnak.

Mindennek gyakorlati konzekvenciái is vannak. Minél mélyebben megértjük ugyanis a virágzók erősségeinek természetét és eredetét, annál aktívabban fel tudjuk azt használni a hervadó és/vagy a pszichésen beteg személyek kezelésében és az intervenciót célzó programok kialakításában (Keyes, 2007). A pszichés betegségek vizsgálata, a pszichés betegségtünetek felmérése során ezért érdemes volna a szubjektív jóllét tényezőit is szondázni. A mentális egészség fejlesztése a protektív faktorok vizsgálata, a szalutogenikus alapelvek (Keyes és Lopez, 2002; Provencher és Keyes, 2013) figyelembevétele nélkül ugyanis csak részlegesen lehetséges. A terápiás fókuszunk a tünetcsökkentésen túl az optimális humán működésre kell irányulnia. Utóbbi csakis a pozitív mentális egészség „tüneteinek” (Keyes, 2002a) azonosításával és fejlesztésével lehetséges. Az előbbihez kínál egy eszközt a Mentális Egészség Kontinuum Skála.

A MEKS konvergens és diszkrimináns validitásának adatai is megerősítik a kérdőív alkalmasságát a szubjektív jóllét mérésére. A mentális betegségtünetekkel egyértelmű a globális jóllét mutató és az egyes alskálák (érzelmi, pszichológiai és társas jóllét) negatív kapcsolata, ahogyan a Big Five neuroticizmus dimenziójával, a maladaptív érzelemszabályozási módokkal és a maladaptív perfekcionista működésmóddal való negatív összefüggés is kirajzolódott. A helyzetekhez hatékonyan illeszkedő, adaptív érzelemszabályozással és a Big Five extraverzió, barátságosság, lelkiismeretesség, valamint nyitottság dimenzióival a szubjektív jóllét mutatók – az elvártaknak megfele-

lően – pozitív kapcsolatot mutattak. Mindezek a korábbi eredményeket erősítik (pl. Keyes és mtsai, 2008; Lamers és mtsai, 2012).

Vizsgálatunk több korlással is bír: a keresztmetszeti elrendezés miatt ok-okozati viszonyokra nem következtethetünk adatainkból, és a tesztelt kérdőív faktorainak időbeli stabilitását sem tudtuk emiatt vizsgálni. A kényelmi, nem reprezentatív mintavétel pedig korlátozza azt, hogy eredményeinket a teljes felnőtt populációra vonatkoztatassuk.

KÖVETKEZTETÉSEK

Eredményeink szerint a Mentális Egészség Kontinuum Skála magyar változata (MEKS) normatív – fiatal – felnőtt populációban jól alkalmazható, pszichometriailag valid és megbízható mérőeszköz. A skála képes a mentális egészség spektrumának felmérését árnyalni: rámutatva arra, hogy a mentális betegségtünetek mellett a kitöltő életében jelen vannak-e és milyen mintázatban a pszichés egészséget támogató szubjektív jóllét tényezők.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Reinhardt Melindát a Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Hivatal (NKFIH) a PD 128332 számmal elnyert pályázat keretében támogatja. Horváth Zsoltot a Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Hivatal (NKFIH) a 1157-8/2019-DT számú pályázattal támogatja. Kökönyei Gyöngyi a Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Hivatal (NKFIH) az FK 128614 számú pályázatának keretében, illetve a Nemzeti Agykutatási Program (2017-1.2.1-NKP-2017-00002) keretében részesül támogatásban.

IRODALOM

- Basson, M. J., & Rothman, S. (2018). Flourishing: Positive emotion regulation strategies of pharmacy students. *International Journal of Pharmacy Practice*, 26(5), 458–464.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155–159.
- Csikszentmihályi, M., & Csikszentmihályi, I. S. (Eds), (1988). *Optimal experience: Psychological studies of flow in consciousness*. Cambridge University Press.
- De Bruin, G. P., & Du Plessis, G. A. (2015). Bifactor analysis of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF). *Psychological Reports: Measures and Statistics*, 116(2), 438–446. <https://dx.doi.org/10.2466/03.02.PR0.116k20w6>
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542–575.
- Doré, I., O’Loughlin, J. L., Sabiston, C. M., & Fournier, L. (2017). Psychometric evaluation of the Mental Health Continuum-Short Form in French Canadian young adults. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 62(4), 286–294. <https://dx.doi.org/10.1177/0706743716675855>
- Durayappah, A. (2011). The 3P Model. A General Theory of Subjective Well-Being. *Journal of Happiness Studies*, 12(4), 681–716.

- Fredrickson, B. L., & Losada, M. F. (2005). Positive Affect and the Complex Dynamics of Human Flourishing. *American Psychologist*, *60*(7), 678–686.
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Cognitive emotion regulation questionnaire – development of a short 18-item version (CERQ-short). *Personality and Individual Differences*, *41*, 1045–1053.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and depression. *Personality and Individual Differences*, *30*(8), 1311–1327.
- Guo, C., Tomson, G., Guo, J., Li, X., Keller, C., & Söderqvist, F. (2015). Psychometric evaluation of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF) in Chinese adolescents – a methodological study. *Health and Quality of Life Outcomes*, *13*, 198. <https://dx.doi.org/10.1186/s12955-015-0394-2>
- Henry, J. D., & Crawford, J. R. (2005). The short-form version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): Construct validity and normative data in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, *44*, 227–239.
- John, O. P. (1989). Towards a taxonomy of personality descriptors. In D. M. Buss, & N. Cantor (Eds), *Personality psychology: Recent trends and emerging directions* (pp. 261–271.). New York, NY: Springer. http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4684-0634-4_20
- Joshanloo, M. (2017). Factor structure and measurement invariance of the MHC-SF in the USA. *European Journal of Psychological Assessment*. <https://dx.doi.org/10.1027/1015-5759/a000425>
- Joshanloo, M., & Nosratabadi, M. (2009). Levels of Mental Health Continuum and Personality Traits. *Social Indicators Research*, *90*(2), 211–224.
- Joshanloo, M., Wissing, M. P., Khumalo, I. P., & Lamers, S. M. A. (2013). Measurement invariance of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF) across three cultural groups. *Personality and Individual Differences*, *55*(7), 755–759. <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2013.06.002>
- Keyes, C. L. M. (1998). Social Well-Being. *Social Psychology Quarterly*, *61*(2), 121–140.
- Keyes, C. L. M. (2002a). The Mental Health Continuum: From Languishing to Flourishing in Life. *Journal of Health and Social Behavior*, *43*(2), 207–222. <http://www.jstor.org/stable/3090197>
- Keyes, C. L. M. (2002b). Complete Mental Health: An Agenda for the 21st Century. In C. L. M. Keyes, & J. Haidt, J. (Eds), *Flourishing: Positive Psychology and the Life Well-lived* (pp. 293–312.). Washington DC: American Psychological Association.
- Keyes, C. L. M. (2005a). Mental Illness and/or Mental Health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *73*(3), 539–548.
- Keyes, C. L. M. (2005b). Chronic Physical Conditions and Aging: Is Mental Health a Potential Protective Factor? *Ageing International*, *30*(1), 88–104.
- Keyes, C. L. M. (2006). Mental Health in Adolescence: Is America's Youth Flourishing? *American Journal of Orthopsychiatry*, *76*(3), 395–402.
- Keyes, C. L. M. (2009a). The Nature and Importance of Positive Mental Health in America's Adolescents. In R. Gilman, E. S. Huebner, & M. J. Furlong (Eds), *Handbook of Positive Psychology in Schools* (pp. 9–23.). New York: Routledge.
- Keyes, C. L. M. (2009b). *Brief description of the mental health continuum short form (MHC-SF)*. Manuscript. Atlanta.
- Keyes, C. L. M. (2013). Promoting and Protecting Positive Mental Health: Early and Often Throughout the Lifespan. In C. L. M. Keyes (Ed), *Mental Well-Being. International Contributions to the Study of Positive Mental health* (pp. 3–28). New York: Springer.
- Keyes, C. L. M., Dhingra, S. S., & Simoes, E. J. (2010). Change in Level of Positive Mental Health as a Predictor of Future Risk of Mental Illness. *American Journal of Public Health*, *100*(12), 2366–2371.

- Keyes, C. L. M., & Haidt, J. (2002). Introduction: Human Flourishing – The Study of That Which Makes Life Worthwhile. In C. L. M. Keyes, & J. Haidt (Eds), *Flourishing. Positive Psychology and the Life Well-lived* (pp. 3–12). Washington DC: American Psychological Association.
- Keyes, C. L. M., & Lopez, S. J. (2002). Toward a Science of Mental Health: Positive Directions in Diagnosis and Interventions. In C. R. Snyder, & S. J. Lopez (Eds), *Handbook of Positive Psychology* (pp. 45–59). New York: Oxford University Press.
- Keyes, C. L. M., & Michalec, B. (2010). Viewing Mental Health from the Complete State Paradigm. In T. L. Scheidt, & T. N. Brown (Eds), *A Handbook for the Study of Mental Health* (pp. 125–134). New York: Cambridge University Press.
- Keyes, C. L. M., Shmotkin, D., & Ryff, C. D. (2002). Optimizing Well-Being: The Empirical Encounter of Two Traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 1007–1022.
- Keyes, C. L. M., & Waterman, M. B. (2003). Dimensions of Well-Being and Mental Health in Adulthood. In M. Bornstein, L. Davidson, C. L. M. Keyes, & K. Moore (Eds), *Well-Being: Positive Development Across the Life Course* (pp. 477–497). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Keyes, C. L. M., Wissing, M., Potgieter, J. P., Temane, M., Kruger, A., & Van Rooy, S. (2008). Evaluation of the Mental Health Continuum–Short Form (MHC–SF) in Setswana-Speaking South Africans. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15(3), 181–192.
- Khumalo, I. P., Temane, Q. M., & Wissing, M. P. (2012). Socio-Demographic Variables, General Psychological Well-Being and the Mental Health Continuum in an African Context. *Social Indicators Research*, 105(3), 419–442.
- Kiss, E. Cs. (2015). Protektív személyiségfaktorok. In Kiss, E. Cs., & Sz. Makó, H. (szerk.), *Gyász, krízis, trauma és a megküzdés lélektana* (pp. 338–351). Pécs: Pro Pannónia Kiadói Alapítvány.
- Lamborn, P., Cramer, K. M., & Riderby, A. (2018). The structural validity and measurement invariance of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF) in a large Canadian sample. *Journal of Well-Being Assessment*, 2, 1–19. <https://dx.doi.org/10.1007/s41543-018-0007-z>
- Lamers, S. M. A., Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E. T., Ten Klooster, P. M., & Keyes, C. L. M. (2011). Evaluating the Psychometric Properties of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF). *Journal of Clinical Psychology*, 67(1), 99–110. <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.20741>
- Lamers, S. M. A., Westerhof, G. J., Kovács, V., & Bohlmeijer, E. T. (2012). Differential relationships in the association of the Big Five personality traits with positive mental health and psychopathology. *Journal of Research in Personality*, 46, 517–524. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jrp.2012.05.012>
- Lim, Y. (2014). Psychometric characteristics of the Korean Mental Health Continuum-Short Form in an adolescent sample. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 32(4), 356–364. <http://dx.doi.org/10.1177/0734282913511431>
- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety & Stress Scales*. 2nd Edition. Sydney: Psychology Foundation. <http://www2.psy.unsw.edu.au/DASS/>
- Luijten, C. C., Kuppens, S., Van de Bongardt, D., & Nieboer, A. N. (2019). Evaluating the psychometric properties of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF) in Dutch adolescents. *Health and Quality of Life Outcomes*, 17, 157. <https://doi.org/10.1186/s12955-019-1221-y>
- Lupano Perugini, M. L., De la Iglesia, G., Solano, A. J., & Keyes, C. L. M. (2017). The Mental Health Continuum-Short Form in the Argentinian context: Confirmatory factor analysis and measurement invariance. *Europe's Journal of Psychology*, 13, 93–108. <https://dx.doi.org/10.5964/ejop.v13i1.1163>

- Machado, W. L., & Bandeira, D. L. (2015). Positive mental health scale: Validation of the Mental Health Continuum-Short Form. *Psico-USF, Braganca Paulista*, 20, 259–274. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-82712015200207>
- Miklósi, M., Martos, T., Kocsis-Bogár, K., & Perczel Forintos, D. (2011). A Kognitív Érzelem-Reguláció Kérdőív magyar változatának pszichometriai jellemzői. *Psychiatria Hungarica*, 26(2), 102–111.
- Muthén, L. K., & Muthén, B. O. (1998–2017). *Mplus User's Guide*. Eighth Edition. Los Angeles, CA: Muthén & Muthén.
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric Theory*. 2nd edition. New York: McGraw-Hill.
- Oláh A. (2012) (szerk.). *A pozitív pszichológia világa*. Akadémiai Kiadó: Budapest.
- Oláh A., & Kapitány-Fövény M. (2012). A pozitív pszichológia tíz éve. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 67(1), 19–45.
- Orpana, H., Vachon, J., Dykxhoorn, J., & Jayaraman, G. (2017). Measuring positive mental health in Canada: construct validation of the Mental Health Continuum-Short Form. *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada*, 37, 123–130. <https://dx.doi.org/10.24095/hpcdp.37.4.03>
- Peña Contreras, E. K., Lima Castro, S. E., Bueno Pacheco, G. A., Aguilar Sizer, M. E., Keyes, C. L. M., & Arias Medina, W. P. (2017). Reliability and validity of the Mental Health Continuum (MHC-SF) in the Ecuadorian contexts. *Ciencias Psicológicas*, 11, 223–232. <https://dx.doi.org/10.22235/cp.v11i2.1499>
- Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (2004). *Character Strength and Virtues. A Handbook and Classification*. New York: Oxford University Press.
- Petrillo, G., Capone, V., Caso, D., & Keyes, C. L. M. (2014). The Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF) as a measure of well-being in the Italian context. *Social Indicators Research*, 121, 291–312. <https://dx.doi.org/10.1007/s11205-014-0629-3>
- Provencher, H. L., & Keyes, C. L. M. (2013). Recovery: A Complete Mental Health Perspective. In C. L. M. Keyes (Ed), *Mental Well-Being. International Contributions to the Study of Positive Mental health* (pp. 277–297.). New York: Springer.
- Reinhardt, M. (2014). Szubjektív jóllétünk érzelmi, pszichológiai és társas mozaikdarabkái – A mentális egészség kétkontinuum-modellje. In Fülöp, J., Mirnics, Zs., & Vassányi, M. (Szerk.), *Kapcsolatban – Istennel és emberrel* (pp. 15–31.). Budapest: L'Harmattan Kiadó.
- Reinhardt, M., Horváth, Zs., Morgan, A., & Kökönyei, Gy. (2020). Well-being profiles in adolescence: Psychometric properties and Latent Profile Analysis of the Mental Health Continuum Model. *Health and Quality of Life Outcomes*, 18(95). <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01332-0>
- Reinhardt, M., Rice, K. G., & Tóth, L. (2019). Latent profiles of perfectionism, mental health and stress in American and Hungarian undergraduates. *40th STAR Conference of the Stress and Anxiety Research Society*, Palma de Mallorca, Spanyolország, 2019. július 9–12.
- Reinhardt M., Tóth L., & Rice, K. G. (2019). Perfekcionista csoportok pozitív mentális egészsége – A perfekcionizmus, az érzelemszabályozás és a szubjektív jóllét mintázódása fiatal élsportolók körében. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 74(3/3), 301–325. DOI: 10.1556/0016.2019.74.3.3
- Rice, K. G., Richardson, C. M. E., & Tueller, S. (2014). The Short Form of the Revised Almost Perfect Scale. *Journal of Personality Assessment*, 96(3), 368–379.
- Robitschek, C., & Keyes, C. L. M. (2009). Keyes's Model of Mental Health With Personal Growth Initiative as a Parsimonious Predictor. *Journal of Counseling Psychology*, 56(2), 321–329. <https://dx.doi.org/10.1037/a0013954>
- Rogoza, R., Truong Thi, K. H., Rózycka-Tran, J., Piotrowski, J., & Źemojtel-Piotrowska, M. (2018). Psychometric properties of the MHC-SF: An integration of the existing measure-

- ment approaches. *Journal of Clinical Psychology*, 74(10), 1–17. <https://dx.doi.org/10.1002/jclp.22626>
- Ryff, C. D. (1989). Happiness Is Everything, or Is It? Explorations on the Meaning of Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069–1081.
- Ryff, C. D., & Singer, B. H. (2008). Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9, 13–39.
- Salama-Younes, M. (2011). Validation of the Mental Health Continuum Short Form and Subjective Vitality Scale with Egyptian Adolescent Athletes. In I. Brdar (Ed), *The Human Pursuit of Well-Being. A Cultural Approach* (pp. 221–234.). New York: Springer.
- Sampaio de Carvalho, J., Salgado Pereira, N., Marques Pinto, A., & Maroco, J. (2016). Psychometric properties of the Mental Health Continuum-Short Form: A study of Portuguese speaking children/youth. *Journal of Child and Family Studies*, 25, 2141–2154. <http://dx.doi.org/10.1007/s10826-016-0396-7>
- Seligman, M. E. P. (2002). *Authentic Happiness: Using the New Positive Psychology to Realize Your Potential for Lasting Fulfillment*. New York: Free Press.
- Seligman, M. E. P. (2008). Positive Health. *Applied Psychology: An International Review*, 57, 3–18.
- Seligman, M. E. P. (2011). *Flourish. A Visionary New Understanding of Happiness and Well-being*. New York: Free Press.
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology. An Introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5–14.
- Soto, C. J., & John, O. P. (2017). The Next Big Five Inventory (BFI-2): Developing and Assessing a Hierarchical Model with 15 Facets to Enhance Bandwidth, Fidelity, and Predictive Power. *Journal of Personality and Social Psychology*, 113(1), 117–143.
- Suldo, S. M., & Shaffer, E. J. (2008). Looking beyond psychopathology: The dual-factor model of mental health in youth. *School Psychology Review*, 37(1), 52–68.
- Szabó, M. (2010). The short version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): Factor structure in a young adolescent sample. *Journal of Adolescence*, 33(1), 1–8.
- Vaillant, G. E. (2003). Mental Health. *American Journal of Psychiatry*, 160(8), 1373–1384.
- Wang, X., Zhang, D., & Wang, J. (2011). Dual-Factor Model of Mental Health: Surpass the Traditional Mental Health Model. *Psychology*, 2(8), 767–772.
- Westerhof, G. J., & Keyes, C. L. M. (2010). Mental Illness and Mental Health: The Two Continua Model Across the Lifespan. *Journal of Adult Development*, 17, 110–119.
- World Health Organization (WHO) (2001). Declaration of Helsinki. *Bulletin of the World Health Organization*, 79(4), 373–374.
- Yin, K. L., He, J. M., & Fu, Y. F. (2013). Positive Mental Health: Measurement, Prevalence, and Correlates in a Chinese Cultural Context. In C. L. M. Keyes (Ed), *Mental Well-Being. International Contributions to the Study of Positive Mental health* (pp. 111–132). New York: Springer.

A cikk a Creative Commons Attribution 4.0 International License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>) feltételei szerint publikált Open Access közlemény, melynek szellemében a cikk bármilyen médiumban szabadon felhasználható, megosztható és újraközölhető, feltéve, hogy az eredeti szerző és a közlés helye, illetve a CC License linkje és az esetlegesen végrehajtott módosítások feltüntetésre kerülnek. (SID_1)

VALIDATION OF THE HUNGARIAN MENTAL HEALTH
CONTINUUM-SHORT FORMREINHARDT MELINDA – HORVÁTH ZSOLT – TÓTH LÁSZLÓ –
KÖKÖNYEI GYÖNGYI

Background and aims: *The Two Continua Model of Mental Health summarizes the positive components of mental health. Our aim was to test the psychometric characteristics and the factor structure of the Hungarian version of the Mental Health Continuum–Short Form (MHC-SF), a measurement based on the Two Continua Model of Mental Health, among Hungarian university students.*

Methods: *552 university students (71.5% women, mean age = 22.09, SD = 3,66) took part in the cross-sectional research. Respondents filled out the following questionnaires: Hungarian version of the MHC-SF; the Short Form of the Revised Almost Perfect Scale; the Depression Anxiety and Stress Scales (DASS-21), the short version of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire; the Big Five Inventory-2.*

Results: *We strengthened the bifactor structure of the Hungarian version of the MHC-SF in Exploratory Structural Equation Modeling (ESEM) framework, which allows the cross-loadings of the items. Beside the strong global subjective well-being factor specific (emotional, psychological, and social) well-being factors emerged. Measurement invariance across gender is also demonstrated. The reliability of the Hungarian MHC-SF is excellent ($\omega = 0.79-0.92$), as well as its validity. As it was expected, indicators of positive mental health associated negatively with depressive, anxiety, and stress symptoms, furthermore self-critical and maladaptive perfectionism. In contrast, global and specific components of subjective well-being were in positive association with adaptive cognitive emotion regulation strategies and certain personality traits, like agreeableness, conscientiousness, emotional stability, and extraversion.*

Conclusions: *According to our results a valid questionnaire was introduced into the Hungarian test system, which can reliably measure global subjective well-being, as well as its specific components.*

Keywords: *subjective well-being, Mental Health Continuum-Short Form, validation, factor structure*

FÜGGELÉK

MENTÁLIS EGÉSZSÉG KONTINUUM SKÁLA – RÖVID VÁLTOZAT (MHC-SF)

Kérjük, válaszoljon a következő kérdésekre, amelyek arra vonatkoznak, hogy *ÖN hogyan érezte magát az elmúlt egy hónapban*. Jelölje be mindegyik sorban azt a négyzetet, amelyik a legjobban kifejezi, hogy milyen gyakran tapasztalta vagy érezte az alábbiakat:

Az elmúlt egy hónapban milyen gyakran érezte azt, hogy:	SOHA	EGYSZER VAGY KÉTSZER	KB. HETENTE EGYSZER	KB. HETENTE KÉTSZER VAGY HÁROMSZOR	MAJD NEM MINDEN NAP	MINDEN-NAP
1. boldog volt						
2. megelégedett volt						
3. elégedett volt az életével						
4. valami fontosal járult hozzá a társadalomhoz (pl. segített másokon)						
5. tartozik egy közösséghez (pl. egy társadalmi csoporthoz vagy a lakóközösségben élőkhez)						
6. a társadalmunk minden ember számára egy jó hely vagy hogy egyre jobb helyé válik						
7. az emberek alapvetően jók						
8. az a mód, ahogy a társadalmunk működik, megérthető (értelmezhető)						
9. a személyisége legtöbb részét szereti, elfogadta						
10. a mindennapi élettel kapcsolatos kötelezettségeit jól ellátta						
11. másokkal meleg (szeretetteljes) és bizalomteli kapcsolatai voltak						

12. olyan élményei voltak, amelyek fejlődésre és arra ösztönözték, hogy jobb emberré váljon						
13. magabiztos volt ahhoz, hogy a saját véleményét és elképzeléseit kialakítsa és kifejezze						
14. az élete határozott iránnyal vagy értelemmel bír						