

Multidimenzionális Egészségkontroll Kérdőív C formája (Form C of the Multidimensional Health Locus of Control Scale, MHLC-C)

Rafael Beatrix¹, Mányai Adrienn² és Magyar Kornélia¹

¹ SZTE BTK Pszichológiai Intézet

² SZTE ÁOK Klinikai Központ Arc-, Állcsont, és Szájsebészeti Klinika

A kérdőív elméleti háttere

Az egészséggel kapcsolatos kontrollérzet a személy azzal kapcsolatos vélekedése, hogy milyen tényezők lehetnek befolyással a saját egészségére: külső okok, mint például a szerencse, a sors, vagy más személyek; esetleg belső okok, mint a saját viselkedése (Wallston, Stein és Smith, 1994; Wallston, Wallston, Kaplan és Maides, 1976). Wallston és munkatársai (1976) a konstruktumot Rotter (1966) szociálistanulás-elméletéből kiindulva hozták létre. Rotter elmélete alapján az egyének különböző erősségű ok-okozati összefüggést látnak a saját viselkedésük és az azt követő események között. Ennek mentén Rotter megkülönböztette a belsőkontrollhely-hitet, amikor az egyén saját viselkedése következményének látja a jutalmat vagy megerősítést, illetve a külsőkontrollhely-hitet, amikor saját viselkedésétől függetlennek látja az egyén a jutalmat vagy megerősítést.

Azaz személyenként eltérő lehet, hogy egy esemény bekövetkeztét vagy a cselekvésük következményét milyen okoknak tulajdonítják. Ez az általános kontrollorientáció érvényes lehet egy olyan specifikus tényezőre is, mint az egészség. Azt mondhatjuk, hogy az egészséggel kapcsolatos kontrollhit befolyással van az egyén egészség-magatartására, valamint az előbbin keresztül az egészségi állapotára is. Kiemelendő azonban, hogy az említett faktorok között a kapcsolat kétirányú: az egészségi állapot is visszahat az egészségkontroll-orientációra (Rafael, Konkoly Thege, Kovács és Balog, 2015; Wallston és mtsai., 1994). Számos tanulmány eredményei alapján elmondható, hogy az egészséggel összefüggő kontrollhit több más pszichológiai konstruktummal mutat kapcsolatot, például az egészséggel kapcsolatos attitűddel, vagy az észlelt éhhatékonyssággal.

Célkitűzés

Az egészséggel összefüggő kontrollhit mérésére szolgáló skála annak érdekében jött létre, hogy a speciális mérőeszköz segítségével hatékonyabban bejósolhatóvá váljon a belső kontroll és az egyén olyan specifikus viselkedése közötti kapcsolat, mint amilyen az egészség-magatartás. A későbbiekben az eredeti egészségkontrollt mérő A és B skála mellé szükségessé vált a Multidimenzionális Egészségkontroll Kérdőív C formájának (Form C of the Multidimensional Health Locus of Control Scale, MHLC-C) kialakítása is (Wallston és munkatársai, 1976, 1994; Wallston,

Wallston és DeVellis, 1978). Az ezáltal létrejött állapot-specifikus skála lehetővé tette olyan alanyok egészséggel kapcsolatos kontrollhitének felmérését, akik valamilyen krónikus betegséggel küzdenek. Számukra korábban nehézséget okozott az általános egészségkontroll skála kitöltése (MHLC A és B verzió). Így az MHLC-C skála segítségével feltérképezhetőek a speciális egészségügyi állapotban élő egyének kontrollorientációi. Azaz a vélekedésük arról, milyen faktorok vagy milyen személyek határozzák meg az egészségüket (Wallston és mtsai., 1994).

A kérdőív bemutatása

Az egészséggel kapcsolatos kontrollhitet mérő kérdőívet eredetileg Wallston és munkatársai (1976) dolgozták ki, elsőként egydimenziós mérőeszközt létrehozva.

A skála első formája egy személy arról való vélekedését vizsgálja, hogy saját viselkedése hatással van-e az egészségre. Az egészségkontroll-dimenzió két végpontján a

külső és a belső kontrollhitet különíti el egymástól. A külső kontroll esetén az egyén úgy hiszi, olyan külső okok befolyásolják az egészségét, mint a szerencse, a sors, vagy más személyek. Belső kontroll esetén pedig a személy az egészségét saját viselkedésének függvényeként értelmezi. Később felmerült a kontrollhit multidimenzionalitása, így Wallston és munkatársai (1978) létrehozták az első multidimenzionális, egészséggel kapcsolatos kontrollhitet mérő kérdőívet, amelyben Levenson (1973) elmélete alapján három dimenziót alkalmaztak: a belső, a véletlen külső, valamint a társas külső kontrollt. A multidimenzionális egészségkontroll-skálák A és B verziója az általános egészséggel kapcsolatos kontrollhitet hivatott mérni, így Wallston és munkatársai (1994) később kialakítottak egy harmadik, C verziót is, amely azonban már specifikusan, a krónikus betegségben szenvedő személyek egészségkontrollhitét is képes vizsgálni. A szerzők ez utóbbi kérdőívet elérhetővé és szabadon felhasználhatóvá tették más kutatók számára, azt remélve, hogy minél több populációban, valamint minél több feltétel mellett kipróbálásra kerül, tesztelve ezáltal a mérőeszköz adaptálhatóságát és megbízhatóságát (Wallston és mtsai., 1994).

E legutóbbi mérőeszköz magyar adaptációját Konkoly Thege, Rafael és Rohánszky (2014) végezte. A kérdőív összesen 18 tételt tartalmaz, amelyek a hazai verzióban három dimenzióba illeszkednek: belső kontroll (6 tétel; például: „Kifejezetten felelős vagyok az állapotom romlásáért vagy javulásáért.”), véletlen külső kontroll (6 tétel; például: „A legtöbb dolog, ami hatással van az állapotomra, véletlenszerűen történik.”), társas külső kontroll (6 tétel; például: „Bármikor rosszabbodik az állapotom, fel kell keresnem egy egészségügyi szakembert.”). A válaszadóknak egy hatfokozatú skálán kell jelölniük az egyetértésüket a kérdőív állításaival az egészségi állapotukkal kapcsolatosan: egyáltalán nem értek egyet (1) – teljesen egyetértek (6). Az egyes alskálán minimum 6, maximum 36 pont érhető el. Így a kitöltőre annál jellemzőbb az adott, egészséggel kapcsolatos kontrollhit, minél magasabb pontszámot ér el az adott alskálán. A mérőeszköz egyszerű felvételéből adódóan jól alkalmazható egészségügyi problémákkal élő felnőttek és serdülők körében is (Wallston és mtsai., 1994). A szerzők a kérdőív magyar adaptációját teljes terjedelmében elérhetővé tették (Konkoly Thege és mtsai., 2014).

Pszichometriai jellemzők

A kérdőív eredeti faktorszerkezete négy dimenzióra bomlik: belső kontroll, véletlen külső kontroll, orvosok és más személyek (Wallston és mtsai., 1994). Több későbbi vizsgálatban az eredetihez hasonlóan a négyfaktoros megoldást találták a legmegfelelőbbnek (Castarlenas és mtsai., 2018; Lundgren, Eurenus, Olausson és Opava, 2007; Ubbiali és mtsai., 2008). Konkoly Thege és munkatársai (2014) a magyar pszichometriai vizsgálatokat végezve azonban nem találtak mintájukon megfelelő illeszkedést a négyfaktoros modell esetében. Továbbá hozzájuk hasonlóan mások sem javasolták az eredeti faktorszerkezet elfogadását (Jomeen és Martin, 2005). A magyar vizsgálatban főkomponens-elemzéssel a háromfaktoros modellt sikerült alátámasztani, amely a teljes variancia 48,6%-át magyarázza. Az első komponenst a véletlen külső kontroll tételei, a második komponenst a belső kontroll tételei alkotják. A harmadik komponens az orvosok és a más személyek dimenziótételeiből tevődik össze, és képezi ezzel a társas külső kontroll faktort. Így összességében az eredetihez hasonló faktorstruktúráról beszélhetünk, azzal a különbséggel, hogy a két rövidebb alskála tételei egy közös komponenst alkotnak a magyar minta esetében (Konkoly Thege és mtsai., 2014).

Több hazai mintán végzett vizsgálat alapján elmondható, hogy a kérdőív megfelelő mértékű belső konzisztenciát mutatott a belső kontroll és a véletlen külső kontroll alskálán. A társas külső kontroll alskála belső konzisztenciája elfogadható mértékű volt az elemzések alapján (Konkoly Thege és mtsai., 2014; Rafael és mtsai., 2015). Mindhárom alskála esetében közepes erősségű item-totál korrelációt tapasztalhatunk (belső kontroll: $r = 0,52 - 0,63$; véletlen külső kontroll: $r = 0,36 - 0,66$; társas külső kontroll: $r = 0,35 - 0,51$) (Konkoly Thege és mtsai., 2014).

A Multidimenzionális Egészségkontroll Kérdőív C formáját a hazai kutatásokban többféle mérőeszkőzzel vetették össze, ezzel alátámasztva a skála konvergens és diszkrimináns validitását. Az eredmények alapján elmondható, hogy a kérdőív alskálái pozitív irányú összefüggésben voltak a nekik megfelelő Levenson-féle Kontrollhely Skála (1973) faktorokkal ($r = 0,26 - 0,65$). Ezen túl az MHLC-C véletlen külső kontroll alskálája egyenes irányú kapcsolatban állt a Levenson-skála társas külső kontroll alskálájával ($r = 0,43$), valamint az MHLC-C társas külső kontroll alskálája és a Levenson-skála két másik faktora (belső, véletlen külső) között is pozitív korreláció volt megfigyelhető ($r = 0,23 - 0,30$). Az MHLC-C belső kontroll

alskálája továbbá fordított irányú kapcsolatban volt a szorongással, depresszióval, valamint a betegség terhével ($r = -0,19 - -0,15$), azonban pozitívan járt együtt az énhatékonysággal, valamint az egészségi állapot szubjektív becslésével ($r = 0,18 - 0,21$). A véletlen külső kontroll MHLC-C alskála egyenes irányú kapcsolatot mutatott a szorongással és a depresszióval ($r = 0,15 - 0,17$). Végül az MHLC-C társas külső kontroll faktora pozitívan függött össze az énhatékonysággal, a betegség terhével, valamint az orvosi figyelem keresésének erősebb hajlandóságával ($r = 0,12 - 0,26$) (Konkolý

Thege és mtsai., 2014). Rafael és munkatársai (2015) vizsgálatában az MHLC-C belső kontroll gyenge pozitív együttjárást mutat a rendszeres testmozgással ($r = 0,24$), a társas külső kontroll pedig gyenge pozitív együttjárást mutat az orvosi segítségkérésre való hajlammal ($r = 0,30$), azaz nagyobb eséllyel keresik fel orvosukat, amikor betegségre gyanakodnak. Az egészségmagatartás további mutatói (egészséges táplálkozás, fogak védelme, alkoholfogyasztás és dohányzás) és az MHLC-C alskálái között nem mutatkozott szignifikáns kapcsolat (Rafael és mtsai., 2015).

További információk

Előbbieken túl Wallston és munkatársai (1999) létrehozták a „God Locus of Health Control” alskálát azzal a céllal, hogy a szerencse, illetve a hatalommal bíró mások mellett „isten” fogalmának beemelésével a külső egészségkontrollhely harmadik fajtája is detektálható legyen. Ezzel is szélesítve a tartalmi validitást, illetve reagálva a „Bible belt” Amerikájának skálával kapcsolatos hiányérzetére. Wallston (2005) arra azonban felhívja a figyelmet, hogy egyik skáláról sem mondható el, hogy lefedi az egészségkontrollhit teljes spektrumát, így például a genetika, mint kontrollhely nem jelenik meg a skálákban.

Stevens, Hamilton és Wallston (2011) az MHLC-C verzióját alapul véve létrehozták a vajúdással és szüléssel kapcsolatos egészségkontrollhit mérésére szolgáló tesztbattériát (Multidimensional Health Locus of Control Scales for Labour and Delivery; MHLC-LD). A 12 tételből álló skála faktoranalízise háromfaktoros modellt tárt fel, ahol a három alskála belső konzisztenciája megfelelő volt. Konkolý Thege, Sallay, Rafael és Martos (2018) továbbfejlesztették előbbi skálát (MHLC-LD-R), többek között azért, mert az eredeti skála a krónikus betegségek esetén használatos MHLC-C verzióját vette alapul, és így a medikális megközelítés nem feltétlenül illeszkedik a szülés/vajúadás természetes folyamataihoz. A felülvizsgálat során a 18 tételt 12-re szűkítették, a faktoranalízis pedig három faktort tárt fel, melyek belső konzisztenciája megfelelő. Ip és Martin (2006) átalakítás nélkül, de kínai nyelvre átültetve alkalmazta várandós kínai nők körében az MHLC-C skálát (C-MHLC-C). A megerősítő faktoranalízis leginkább egy 4 faktoros modell illeszkedését igazolta, de belső konzisztenciája olyan alacsony lett az alskáláknak, hogy összességében a szerzők arra jutottak, hogy nem lehet valid és megbízható tesztbattériaként alkalmazni, míg a teljes fordítási és validálási folyamat meg nem történik. Arra felhívták a figyelmet, hogy kulturális külön-

bözőségek az egészségkontrollhit és a terhesség/szülés szempontjából fontosak lehetnek, tekintettel arra, hogy Hong Kongban a szülés medikális modellben történik, a szülő nőnek kevés mozgástere van az események meghatározásában, a folyamatokat teljes mértékben az orvosok kontrollálják (Ip és Martin, 2006).

Pereira, Araújo, Sampaio és Haddad (2011) megalkotta az MHLC-C brazil (azaz portugál nyelvű) változatát a kontrollhelyhit és a krónikus fájdalom, illetve kezelésének kapcsolatára vonatkozóan idősek körében (PLOC-C). A feltáró faktoranalízis (ortogonális varimax-rotáció) hat faktort azonosított, melyből az első négy faktor a teljes variancia 48,7%-át magyarázta. Az eredeti szerzőkkel konzultálva az 1-es, 2-es, 4-es és 6-os tétel kivétele után 4 faktor született, mely faktorszerkezet a teljes variancia 62,4%-át magyarázta. Mind az intra-rater, mind az inter-rater reliabilitás a 14 tételes verzió esetén magasabb, mint a 18 tételes verzióban ($r = 0,60$ és $0,93$; $r = 0,80$ és $0,92$).

Devecsery, Hausz és Csabai (2008) kutatása az allergiával kapcsolatos reprezentációk és a kontroll-ézelés módozatai között talált összefüggést. Az eredeti MHLC-skálát és interjúk alapján készített kategóriarendszert használva a vizsgálatban arra jutottak, hogy az allergiás személyek körében az allergia kontrollhelye (interjúk alapján létrehozott kategória) és az általános betegség-kontrollhely (MHLC-alskálák) között különbség van, amelynek az lehet a magyarázata, hogy az allergia speciális helyet foglal el a betegségek körében, szakemberek között is nagy a bizonytalanság az okokat és a kezelést illetően, ami pedig hat a laikus reprezentációra és kontrollhely-ézelésre is.

A kérdőív validitását illetően Wallston (2005) felidőzi Steptoe és Wardle (2001) kritikáját, miszerint inkonzisztens vagy kicsi az asszociáció az MHLC és az egészségviselkedés között, mellyel kapcsolatban Wallston arra mutat rá, hogy amikor a szerzők Pearson-féle kor-

relációs együtttható helyett többváltozós logisztikus regresszióval számoltak, akkor nagyobb különbséget találtak a skálán alacsonyabb és magasabb pontszá-

mot elérték között. Összességében Wallston (2005) úgy fogalmaz, hogy az MHLC-skálák érvényességét illetően csak szerény bizonyítékaink vannak.

Melléklet

Multidimenzionális Egészségkontroll Kérdőív C formája

Az alábbiakban olvasható minden mondat egy, az Ön egészségi állapotával kapcsolatos állítást tartalmaz, melyekről el kell döntenie, hogy egyetért-e velük, vagy sem. Minden egyes állítás mellett talál egy skálát, ahol az „1” azt jelenti, hogy egyáltalán nem ért egyet, a „6” pedig, hogy teljesen egyetért. Arra kérjük, hogy minden állítással kapcsolatban karikázza be azt a számot, amely leginkább tükrözi egyetértése mértékét! Minél inkább egyetért tehát az adott kijelentéssel, annál nagyobb számot karikázzon be; és minél kevésbé ért egyet egy állítással, annál kisebb értéket jelöljön meg! Kérjük, figyeljen arra, hogy MINDEN EGYES ÁLLÍTÁSNÁL válasszon, és hogy CSAK EGY számot karikázzon be! A teszt az Ön személyes véleményét méri, ezért természetesen nincsenek jó vagy rossz válaszok!

1 = Egyáltalán nem értek egyet

2 = Inkább nem értek egyet

3 = Valamelyest nem értek egyet

4 = Valamelyest egyetértek

5 = Inkább egyetértek

6 = Teljesen egyetértek

1.	Ha az állapotom romlik, rajtam múlik, hogy milyen hamar érzem ismét jobban magam.	1	2	3	4	5	6
2.	Ami az állapotomat illeti: lesz, ami lesz.	1	2	3	4	5	6
3.	Ha rendszeresen látogatom az orvosomat, kevesebb problémám lesz az egészségi állapotommal.	1	2	3	4	5	6
4.	A legtöbb dolog, ami hatással van az állapotomra, véletlenszerűen történik.	1	2	3	4	5	6
5.	Bármikor rosszabbodik az állapotom, fel kell keresnem egy egészségügyi szakembert.	1	2	3	4	5	6
6.	Kifejezetten felelős vagyok az állapotom romlásáért vagy javulásáért.	1	2	3	4	5	6
7.	Más embereknek fontos szerepe van abban, hogy az állapotom javul, változatlan marad vagy rosszabbodik.	1	2	3	4	5	6
8.	Az én hibám, ha az állapotom rosszabbodik.	1	2	3	4	5	6
9.	A szerencsének nagy szerepe van abban, hogyan javul az állapotom.	1	2	3	4	5	6
10.	Az, hogy az állapotom javuljon, mások erőfeszítéseim múlik.	1	2	3	4	5	6
11.	Bármilyen javulás következik be az állapotomban, az a jó szerencsétől függ.	1	2	3	4	5	6
12.	A legfontosabb dolog, ami hatással van az állapotomra, az az, hogy én magam mit teszek.	1	2	3	4	5	6
13.	Akár javul, akár romlik az állapotom, az az én érdemem, illetve hibám.	1	2	3	4	5	6
14.	Pontosan követni az orvos utasításait a legjobb módja annak, hogy ne romoljon az állapotom.	1	2	3	4	5	6
15.	Ha romlik az állapotom, azt a sors akarta így.	1	2	3	4	5	6
16.	Ha szerencsém van, az állapotom javulni fog.	1	2	3	4	5	6
17.	Ha romlik az állapotom, az amiatt van, mert nem törődtem magammal eleget.	1	2	3	4	5	6
18.	A másoktól kapott segítségtől függ, milyen gyorsan javul az állapotom.	1	2	3	4	5	6

Véletlen külső kontrollhely alskála: 2., 4., 9., 11., 15., 16.

Belső kontrollhely alskála: 1., 6., 8., 12., 13., 17.

Társas külső kontrollhely alskála: 3., 5., 7., 10., 14., 18.

Hivatkozások

- Castarlenas, E., Solé, E., Racine, M., Sánchez-Rodríguez, E., Jensen, M. P., & Miró, J. (2018). Locus of control and pain: Validity of the Form C of the Multidimensional Health Locus of Control scales when used with adolescents. *Journal of Health Psychology, 23*(14), 1853–1862.
- Devecsery Á., Hausz K., Csabai M. (2008). „Az allergia kihat az egész életemre” – A betegséggel kapcsolatos reprezentáció, mint identitás stratégia. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika, 9*(3), 183–198. doi:10.1556/Mentál.9.2008.3.1.
- Ip, W. Y. & Martin, C. R. (2006). The Chinese version of the multidimensional health locus of control scale form C in pregnancy. *Journal of Psychosomatic Research, 61*, 821–827. doi:10.1016/j.jpsychores.2006.08.011
- Jomeen, J., & Martin, C. R. (2005). A psychometric evaluation of form C of the Multi-dimensional Health Locus of Control (MHLC-C) Scale during early pregnancy. *Psychology, Health & Medicine, 10*(2), 202–214.
- Konkolj Thege, B., Rafael, B., & Rohánszky, M. (2014). Psychometric properties of the multidimensional health locus of control scale form C in a non-Western culture. *Plos One, 9*(9), 1–7.
- Konkolj Thege, B., Sallay, V., Rafael, B., & Martos, T. (2018). A Revised Version of the Multidimensional Health Locus of Control Scales for Labour and Delivery (MHLC-LD-R). *European Journal of Mental Health, 13*, 5–18. doi:10.5708/EJMh.13.2018.1.2
- Levenson, H. (1973). Multidimensional locus of control in psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 41*(3), 397–404.
- Lundgren, S., Eurenus, E., Olausson, Å., & Opava, C. H. (2007). The Swedish version of the Multidimensional Health Locus of Control scales, form C. Aspects of reliability and validity in patients with rheumatoid arthritis. *Advances in Physiotherapy, 9*(1), 16–22.
- Pereira, L.S.M., Araújo, L.G., Sampaio, R.F., & Haddad, J.P.A. (2011). Factorial analysis of the Multidimensional Health Locus of Control Scale - form C for elderly. *Brazilian Journal of Physical Therapy, 15*(5), 363–370.
- Rafael B., Konkolj Thege B., Kovács P., Balog P. (2015). Szorongás, depresszió, egészségkontrollhit és az egészség-magatartással való kapcsolatuk ischemiás szívbetegek körében. *Orvosi Hetilap, 156*(20), 813–822. doi:10.1556/650.2015.30158
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological monographs: General and applied, 80*(1), 1–28.
- Stevens, N. R., Hamilton, N. A., & Wallston, K. A. (2011). Validation of the Multidimensional Health Locus of Control Scales for Labor and Delivery. *Research in Nursing and Health, 34*, 282–296. doi:10.1002/nur.20446
- Ubbiali, A., Donati, D., Chiorri, C., Bregani, V., Cattaneo, E., Maffei, C., & Visintini, R. (2008). The usefulness of the Multidimensional Health Locus of Control Form C (MHLC-C) for HIV+ subjects: an Italian study. *AIDS Care, 20*(4), 495–502.
- Wallston, B. S., Wallston, K. A., Kaplan, G. D., & Maides, S. A. (1976). The development and validation of the health related locus of control (HLC) scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 44*(4), 580–585.
- Wallston, K. A. (2005). The Validity of the Multidimensional Health Locus of Control Scales. *Journal of Health Psychology, 10*(4), 623–631. doi:10.1177/1359105305055304
- Wallston, K. A., Malcarne, V. L., Flores, L., Hansdottir, I., Smith, C. A., Stein, M. J., Weisman, M. H., & Clements, P. J. (1999). Does God determine your health? The God locus of health control scale. *Cognitive Therapy and Research, 23*(2), 131–142.
- Wallston, K. A., Stein, M. J., & Smith, C. A. (1994). Form C of the MHLC scales: a condition-specific measure of locus of control. *Journal of Personality Assessment, 63*(3), 534–553.
- Wallston, K. A., Wallston, B. S., & DeVellis, R. (1978). Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. *Health education monographs, 6*(1), 160–170.