

*Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 7 (2006) 3, 247–255

DOI: 10.1556/Mentál.7.2006.3.8

## A WHO JÓL-LÉT KÉRDŐÍV RÖVIDÍTETT (WBI-5) MAGYAR VÁLTOZATÁNAK VALIDÁLÁSA A HUNGAROSTUDY 2002 ORSZÁGOS LAKOSSÁGI EGÉSZSÉGFELMÉRÉS ALAPJÁN

SUSÁNSZKY ÉVA\* – KONKOLY THEGE BARNA –  
STAUDER ADRIENNE – KOPP MÁRIA

Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet, Budapest

(Beérkezett: 2006. július 20.; elfogadva: 2006. július 24.)

Írásunk a WHO Jól-lét Kérdőív 5 tételű (WBI-5) rövidített magyar verziójának hazai adaptálását mutatja be. A mérőeszköz validálása a Hungarostudy 2002 országos lakossági egészségfelmérés alapján készült. A vizsgálat 12 668 főre terjedt ki, a minta életkor, nem és lakóhely szerint reprezentálja a felnőtt magyar népességet. A validáláshoz a Rövidített Beck Depresszió Kérdőívet, a Beck-féle Reménytelenség Skála három tételét, a Kórházi Szorongás és Depresszió Skála szorongás alszáláját (HAS), a rövidített Maastricht Vitális Kimerültség Kérdőívet, a rövidített Stressz és Megküzdés Kérdőív Életcél és Kapcsolatok alszálájának 7 kérdését, valamint az egészségi állapot önbecslését használtuk fel. Az öttételű WHO Általános Jól-lét Skála belső megbízhatósága kiváló (Cronbach-alfa: 0,85). A mérőeszköz rotálatlan főkomponens-elemzése is megerősítette a kérdőív homogenitását. A kérdőív az elvárásoknak megfelelően közepesen erős, negatív kapcsolatban állt mind a Rövidített Beck Depresszió Kérdőív értékével, mind a szorongást mérő HAS 7 tételének összpontszámával és a reménytelenséggel. Kérdőívünk összpontszáma hasonló erősségű, pozitív kapcsolatban állt mind a válaszadó önmagához, mind másokhoz viszonyított szubjektív egészségi állapotával, továbbá az élet értelme-konstrukttal. A kérdőív magyar változata megbízható és érvényes mérőeszköznek tekinthető a pozitív életminőség vizsgálatokhoz.

**Kulcsszavak:** WHO Jól-lét Skála, Hungarostudy 2002 lakossági egészségfelmérés

Az egészséggel kapcsolatos életminőség-vizsgálatok egyrészt a szubjektív tapasztalatokra, az önértékelésre alapoznak, másrészt pedig egy többdimenziós megközelítés alapján vizsgálódnak, amely a pszichológiai, fi-

---

\* Levelező szerző: Susánszky Éva, Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet, 1089 Budapest, Nagyvárad tér 4. E-mail: [suseva@net.sote.hu](mailto:suseva@net.sote.hu)

zikai és szociális aspektusokat is figyelembe veszi. A Jól-lét Skála az egyik leggyakrabban használt mérőeszköz, amelyet a pszichológiai jól-lét ön-értékelésen alapuló mérésére használnak a klinikai vagy a követéses vizsgálatokban.

A WHO Jól-lét Index (Well-Being Index, WBI) kidolgozása 1982-ben történt egy nemzetközi kutatás keretében, amely a cukorbetegknél alkalmazott különböző terápiás eljárások hatékonyságát vizsgálta az életminőség szempontjából, a betegek szubjektív megítélése alapján. A fejlesztés célja az volt, hogy ne csak a negatív életminőség-mutatókat (pl. depresszió, szorongás) vegyék figyelembe a vizsgálat során, hanem a pozitívakat is. A kérdőív a Zung-féle depresszió, szorongás és a pszichés distressz önbecslésére kidolgozott kérdőíven alapult, és ehhez illesztettek új, a pozitív jól-lét mérésére kidolgozott kérdéseket. A kezdeti kérdőív 28 tételből állt, majd a nemzetközi adatok (francia, német, brit) értékelése alapján 22 tételre módosították. Ez a rövidebb változat négy alskálát (depresszió, szorongás, energia, jól-lét) tartalmazott. A rövidítéssel egy időben felmerült a kérdőív rutinszerű használatának igénye az egészségügyi ellátásban, amely a további rövidítés szükségességét vetette fel. A következő tíztételes változat a jól-lét negatív és pozitív aspektusait egyetlen dimenzióban egyesítette. 1996-ban Bech és munkatársai bemutattak egy tíztételes skálaverziót (Bech és mtsai 1996), majd ugyanebben az évben Bech publikált egy öttételes mérőeszközt (Bech 1996). A tíz- és az öttételes skálák elemei a 22 tételre módosított változatban is megvannak. A tíztételes változat a jól-lét negatív és pozitív aspektusait egyetlen dimenzióban egyesítette.

## MÓDSZER

### Minta

Jelen tanulmány egy 2002-ben végzett országos reprezentatív felmérés, a „Hungarostudy 2002” adataira támaszkodik. A „Hungarostudy 2002” célja a felnőtt magyar lakosság egészségi állapotának és bio-pszicho-szociális jellemzőinek feltérképezése volt. A véletlenszerűen kiválasztott, 12 668 fős minta életkor, nem és lakóhely (150 kistérség) szerint reprezentálja a magyar népességet. A mintaválasztás a 2001-ben a Cenzus szerint módosított Népszámláláson alapult. Minden 10 000 főnél nagyobb népességgel rendelkező település bekerült a mintába, a 10 000 főnél kevesebb lakost számláló települések egy véletlenszerű kiválasztás alapján kerültek be a mintába. A visszautasítás aránya 17,7 százalékos volt. A nagyobb településeken (városokban) a részvételt elutasítók ará-

nya magasabb volt, mint a falvakban. Minden személy helyett, aki visszatartotta a kérdőív kitöltését, egy ugyanazon a településen lakó, hasonló életkorú és nemű személlyel helyettesítettek a pótlistáról. A kérdezőbiztosok a feladatra kiképzett körzeti védőnők voltak, akik a kérdezetteket lakásukban keresték fel. A kérdőív kitöltése átlagosan 1 órát vett igénybe (Rózsa és mtsai 2003).

### Mérőeszközök

#### *Általános jól-lét*

Validálni kívánt mérőeszközünk, a WHO Általános Jól-lét Skálájának (Bech és mtsai 1996) 5 tételes változata a személyek általános közérzetéről kíván információt nyújtani az elmúlt kéthetes időszak alapján. Az eredeti, 6 fokú skála leegyszerűsítését epidemiológiai vizsgálatunk tesztbateriájának rendkívüli összetettsége indokolta. Így a teszt olyan, 4 fokú skálán (egyáltalán nem jellemző / alig jellemző / jellemző / teljesen jellemző) megítélhető állításokat tartalmaz, mint hogy „Az elmúlt két hét során érezte magát vidámnak és jókedvűnek?” vagy „Az elmúlt két hét során érezte magát ébredéskor frissnek és kipihentnek?”. Noha az utolsó tétel szerkezete valamelyest eltér a többitől, az itemanalízis (lásd az eredmények ismertetésénél) eredményeiből következtetve ez mégsem okoz a válaszadóknak nehézséget. Mérőeszközünk fordított tételt nem tartalmaz, a nagyobb pontszámok jelentik a pozitívabb, kedvezőbb pszichológiai állapotot. Mivel skálánk 0–3-ig terjedt, az elérhető pontszámok 0 és 15 pont között változhattak.

#### *Szorongás*

A szorongásos tüneteket a Kórházi Szorongás és Depresszió Skála 7 tételes szorongás alskálájával (HAS) mértük (Hospital Anxiety and Depression Scale<sup>1</sup>) (Zigmond és Snaith 1983). A kérdezettek egy négyfokú skála segítségével minősíthették állapotukat. A teszt igen nagy nemzetközi elismertségnek örvend, mivel rövidege ellenére is érvényes és megbízható mérőeszköznek bizonyult, mely kiküszöbölte az eddigi hasonló célú kérdőívek számos hibáját. Így példának okáért, mivel testi tünetekre való rákérdezés nélkül próbálja felmérni a szorongásszintet, csökken a „téves riasztások” száma az organikus betegeknel; illetve érzékenyebb már a közepes szintű tünetekre is (Herrmann 1997), ami egy, a mienkhez hasonló nagyságú, normatív minta esetén kiemelten fontos. A teszt belső konzisztenciája mintánkban jónak mutatkozott (Cronbach-alfa = 0,83).

<sup>1</sup> HADS copyright © R. P. Snaith and A. S. Zigmond, 1983, 1992, 1994. Reproduced by permission of nferNelson Publishing Company Ltd., London, UK

### *Reménytelenség*

A Beck-féle Reménytelenség Skála (Beck és mtsai 1974) magyar változatának (Perczel-Forintos és mtsai 2001) három tételét alkalmaztuk a reménytelenség szintjének felbecsülésére, melyeket a válaszadók négyfokú skálán ítélték meg. Jellemző példa: „Sosem fognak úgy alakulni a dolgok, ahogy én akarom”. Az itemcsoport belső megbízhatósága rövidsége ellenére is igen jó volt (Cronbach-alfa = 0,83).

### *Vitális kimerültség*

A vitális kimerültség fáradtságból, energiahiányból, fokozott irritabilitásból összeálló komplex érzelmi élmény (Bagés és mtsai 2000), mely nemcsak a kardiovaszkuláris megbetegedésekkel (Bagés és mtsai 1999), hanem definíciójából fakadóan a személy általános közérzetével is evidens módon kapcsolatban áll. Az ezt mérő, öttételes, dichotóm skálájú Rövidített Maastricht Vitális Kimerültség Kérdőív (Kopp és mtsai 1998) tételei közt olyanok szerepelnek, mint hogy „Gyakran érzi fáradtnak magát?” vagy „Jobban irritálják apróbb dolgok, mint régen?”. Az itemcsoport belső megbízhatósága jónak bizonyult (Cronbach-alfa = 0,78).

### *Depressziós tünetegyüttes*

A 9 tételes, négyfokú Likert-skálával rendelkező Rövidített Beck Depresszió Kérdőív a depresszió olyan tüneteire kérdez rá, mint a szociális visszahúzódás, döntésképtelenség, alvászavar, fáradékonyság, túlzott aggodás a testi tünetek miatt, munkaképtelenség, pesszimizmus, az elégedettség és az öröm hiánya, valamint önvádolás (Rózsa és mtsai 2001). A magasabb pontszámok több depressziós tünetre utalnak. A kérdőív belső megbízhatósága mintánkban is megfelelő volt (Cronbach-alfa = 0,85).

### *Az élet értelme*

Az élet értelmességének megélt szintjét a Rövidített Stressz és Megküzdés Kérdőív (Rahe és Tolles 2002) magyar változatának (Rózsa és mtsai 2005) Életcél és Kapcsolatok alskálájából vett 7 kérdéssel mértük. A háromfokú skálával rendelkező tételek között olyanok szerepelnek, mint pl. „Úgy érzem, életem egy nagyobb terv része”, vagy „Meg vagyok békélve a helyemmel az életben”. A mérőeszköz belső megbízhatósága mintánkban elfogadható volt (Cronbach-alfa = 0,67).

### *Az egészségi állapot önbecslése*

Az utóbbi években számos vizsgálat bizonyította az egészségi állapot önbecslésének fontosságát (Idler és Benyamini 1997), ezért vizsgálatunkba ezt a változót is bevontuk, mint a szubjektív jóllét egyik kiemelkedő fon-

tosságú meghatározóját. Két kérdést tettünk fel: „Összességében hogyan minősíti saját egészségi állapotát?” és „Kortársaihoz hasonlítva hogyan minősíti saját egészségi állapotát?”. A két kérdést ötfokozatú, a nagyon rossztól a kiválóig terjedő skálán kellett a válaszadóknak megítélniük.

A statisztikai elemzéseket az SPSS 13.0 programcsomaggal végeztük (SPSS, Chicago, IL). Két csoport összehasonlítására független mintás t-próbát, kettőnél több csoportra egy szempontos varianciaanalízist használtunk. A hatásméret kifejezésére a Cohen-féle d-értéket számítottuk ki egy, a világhálón szabadon használható alkalmazás segítségével ([http://davidmlane.com/hyperstat/effect\\_size.html](http://davidmlane.com/hyperstat/effect_size.html)). A konvergencia és divergencia validitást elemző vizsgálatoknál parciális korrelációs együtthatókkal dolgoztunk, az „r”-ek tehát mindenütt erre utalnak.

## EREDMÉNYEK

Az öttételes WHO Általános Jól-lét Skála belső megbízhatósága rövidsége ellenére is kiváló: a Cronbach-alfa értéke 0,85 volt. Egy kisebb, kényelmi mintavétellel és ötnapos köztes intervallummal felvett minta (N = 23; átlagéletkor 42 év, szórás 12 év; 8 férfi, 15 nő) adatai alapján a mérőeszköz teszt-reteszt megbízhatósága is elfogadhatónak mutatkozott ( $r = 0,65$ ;  $p < 0,001$ ). Az item-analízisben az item-maradék korrelációk 0,56 és 0,73 között mozogtak. A mérőeszköz rotálatlan főkomponens-elemzése is megerősítette a kérdőív homogenitását, az egyetlen, egynél nagyobb sajátértékű komponens által magyarázott variancia elérte a 62,1%-ot; az egyes tételek töltése e komponensen pedig 0,71 és 0,85 közöttinek bizonyult (1. táblázat).

1. táblázat. A WHO Általános Jól-lét Skála tételeinek leíró jellemzői (a skála számértékei 0 és 3 között változtak)

N = 12 391	Tételek töltése a főkomponensen	Item-maradék korrelációk	Átlag*	Szórás
1. tétel	0,85	0,72	1,74	0,97
2. tétel	0,84	0,69	1,56	0,97
3. tétel	0,82	0,73	1,71	0,94
4. tétel	0,72	0,57	1,33	0,97
5. tétel	0,71	0,56	1,41	0,99

Mintánkban az Általános Jól-lét Skálán a férfiak szignifikánsan ( $t = 11,2$ ;  $p < 0,001$ ), de csak kis mértékben (Cohen-d = 0,21) magasabb pontszámot értek el a nőknél (2. táblázat).

2. táblázat. A WHO Általános Jól-lét Skála átlaga, szórása és belső megbízhatósága mintánkban

Nők (N = 6854)		Férfiak (N = 5522)		Teljes minta (N = 12 391)*			
Átlag	Szórás	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás	Tételek száma	Cronbach-alfa
7,4	3,8	8,2	3,7	7,8	3,8	5	0,85

\*15 fő nem adta meg a nemét

Életkor tekintetében a válaszadókat három csoportra bontottuk: 18–44 évesekre, 45–64 évesekre és 65 év felettiekre (3. táblázat). Vizsgált kérdőívünkön e csoportok különböző értékeket értek el ( $F = 271,2$ ;  $p < 0,001$ ); mégpedig a kor növekedésével a jóllét hanyatlása járt együtt. A különbség mind a 18–44 és 45–64 évesek közt (Cohen- $d = 0,33$ ), mind ez utóbbiak és a 65 év felettiak közt (Cohen- $d = 0,19$ ) kicsi, azonban a két szélső korcsoport között már közepes erősségű (Cohen- $d = 0,54$ ).

3. táblázat. A WHO Általános Jól-lét Skála átlaga, szórása életkori csoportok szerint

18–44 évesek (N = 5672)		45–64 évesek (N = 4202)		65 év felettiak (N = 2498)	
Átlag	Szórás	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás
8,5	3,4	7,4	4,0	6,6	4,0

(Megjegyzés: 19 fő nem adta meg az életkorát)

Iskolázottság tekintetében négy részre osztottuk a vizsgálat résztvevőit: 8 általános iskolai vagy az alatti végzettséggel rendelkezőkre, szakmunkásokra, szakközépiskolai vagy gimnáziumi érettségivel rendelkezőkre és főiskolát vagy egyetemet végzettek (4. táblázat). A csoportok között itt is szignifikáns eltérést ( $F = 185$ ;  $p < 0,001$ ) mutattak az adatok, mégpedig az elvárásoknak megfelelően mindig a magasabb iskolai végzettségűek javára. A post hoc (Bonferroni) elemzés szerint az egyes szomszédos csoportok közötti különbség is minden esetben szignifikáns ( $p < 0,001$ ) volt, bár az eltérés egyik esetben sem haladta meg a csekély mértéket (a Cohen- $d$  a csoportok táblázatunk szerinti sorrendjében rendre 0,31; 0,12 és 0,16 volt). Az általános iskolai végzettséggel vagy azzal sem rendelkezők és a felsőfokú végzettségűek között a különbség viszont már közepes méretűnek mutatkozott (Cohen- $d = 0,57$ ).

A fenti eredmények okán a további elemzésekben célváltozóink kap-

4. táblázat. A WHO Általános Jól-lét Skála átlaga, szórása iskolázottsági csoportok szerint

8 általános vagy az alatt (N = 3723)		Szakmunkás (N = 3129)		Szakközépiskola vagy gimnázium (N = 3746)		Főiskola vagy egyetem (N = 1729)	
Átlag	Szórás	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás
6,7	4,0	7,8	3,6	8,3	3,6	8,8	3,4



csolatvizsgálatát mindig a nem, az életkor és az iskolai végzettség kontrollálásával végeztük el.

A WHO Általános Jól-lét Skálája közepesen erős, negatív kapcsolatban ( $r = -0.43$ ;  $p < 0.001$ ) állt mintánkban mind a Rövidített Beck Depresszió Kérdőív értékével, mind a Kórházi Szorongás Skála (HAS) összpontszámával ( $r = -0.47$ ;  $p < 0.001$ ), mind a vitális kimerültséggel ( $r = -0.52$ ;  $p < 0.001$ ) és a reménytelenséggel ( $r = -0.37$ ;  $p < 0.001$ ).

Hasonló erősségű, pozitív kapcsolatban állt viszont vizsgált kérdőívünk összpontszáma mind a válaszadó önmagához ( $r = 0.39$ ;  $p < 0.001$ ), mind másokhoz viszonyított ( $r = 0.33$ ;  $p < 0.001$ ) szubjektív egészségi állapotára vonatkozó kérdésünkre adott válaszpontszámmal, továbbá az élet értelme-konstrukttal ( $r = 0.36$ ;  $p < 0.001$ ). Vizsgált változóink egymással való összes kapcsolatát az 5. táblázat tartalmazza.

5. táblázat. Vizsgált változóink parciális korrelációs együtthatói a nem, a kor és az iskolai végzettség kontrollálásával

	BDI_9	HAS	Meaning	Egall_1	Egall_2	VEQ	Hopl.
WHO_5	-0.43	-0.47	0.36	0.39	0.33	-0.52	-0.37
BDI_9		0.65	-0.28	-0.40	-0.33	0.62	0.71
HAS			-0.23	-0.35	-0.27	0.63	0.54
Meaning				0.18	0.17	-0.28	-0.32
Egall_1					0.61	-0.46	-0.33
Egall_2						-0.37	-0.27
VEQ							0.54

BDI\_9: depresszió; HAS: szorongás; Meaning: élet értelme; VEQ: vitális kimerültség; Egall\_1: szubjektív egészségi állapot; Egall\_2: szubjektív egészségi állapot másokhoz képest; Hopl: reménytelenség. Az összes feltüntetett kapcsolatnál  $p < 0,001$

## MEGBESZÉLÉS

A felnőtt magyar népesség körében felvett, országos reprezentatív mintán elemzett WHO Jól-lét Kérdőív tételeinek belső konzisztenciája kiváló. A mérőeszköz rotálatlan főkomponens-elemzése is megerősítette a kérdőív homogenitását. A kérdőív az elvárásoknak megfelelően közepesen erős, negatív kapcsolatban állt mind a Rövidített Beck Depresszió Kérdőív értékével, mind Kórházi Szorongás Skála összpontszámával és a reménytelenséggel. Kérdőívünk összpontszáma hasonló erősségű, pozitív kapcsolatban állt mind a válaszadó önmagához, mind másokhoz viszonyított szubjektív egészségi állapotával, továbbá az élet értelme-konstrukttal. A kérdőív magyar változata megbízható és érvényes mérőeszköznek tekinthető a pozitív életminőség vizsgálatakor.

## MELLÉKLET

### Az 5 tételes WHO Jól-lét Kérdőív (WHO Well-Being Questionnaire) magyar változata

Kérjük, karikázza be azt a válaszlehetőséget, mely legjobban leírja, *hogyan érezte magát az elmúlt 2 hét során.*

Az elmúlt két hét során érezte-e magát	egyáltalán nem jellemző	alig jellemző	jellemző	teljesen jellemző
1. ... vidámnak és jókedvűnek?	0	1	2	3
2. ... nyugodtnak és ellazultnak?	0	1	2	3
3. ... aktívnak és élénknek?	0	1	2	3
4. ... ébredéskor frissnek és élénknek?	0	1	2	3
5. A napjai tele voltak számára érdekes dolgokkal?	0	1	2	3

## IRODALOM

- Bagés, N., Appels, A., Falger, P. R. J. (1999): Vital exhaustion as a risk factor of myocardial infarction: a case-control study in Venezuela. *International Journal of Behavioral Medicine*, 6 (3): 279-291.
- Bagés, N., Falger, P. R. J., Pérez, M. G., Appels, A. (2000): Vital exhaustion measures and their associations with coronary heart disease risk factors in a sample of Spanish-speakers. *Psychology and Health*, 15 (6): 787-799.
- Bech, P. (1966): *The Bech, Hamilton and Zung Scales for Mood Disorders: Screening and Listening*. 2nd ed. Springer, Berlin.
- Bech, P., Staehr-Johansen, K., Gudex, C. (1996): The WHO (Ten) Well-Being Index: validation in diabetes. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65: 183-190.
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., Trexler, L. (1974): The measurement of pessimism: the Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42: 861-865.
- Herrmann, Ch. (1997): International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale. A review of validation data and clinical results. *Journal of Psychosomatic Research*, 42(1): 17-41.
- Idler, E. L., Benyamini, Y. (1997): Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38 (1): 21-37.
- Kopp, M. S., Skrabski, Á., Szedmák, S. (1998): Depressive symptomatology and vital exhaustion are differentially related to behavioural risk factors for coronary artery disease. *Psychosomatic Medicine*, 60: 752-758.
- Perczel-Forintos D., Sallai J., Rózsa S. (2001): A Beck-féle Reménytelenség Skála pszichometriai vizsgálata. *Psychiatria Hungarica*, 16 (6): 632-643.
- Rahe, R. H., Tolles, R. L. (2002): The Brief Stress and Coping Inventory: a useful stress management instrument. *International Journal of Stress Management*, 9 (2): 61-70.
- Rózsa S., Kő N., Csoboth Cs., Purebl Gy., Beöthy-Molnár A., Szabik I., Berghammer R.,



- Réthelyi J., Skrabski Á., Kopp M. (2005): Stressz és megküzdés. A Rahe-féle Rövidített Stressz és Megküzdés Kérdőívvel szerzett hazai eredmények ismertetése. *Mentálhigi-  
éné és Pszichoszomatika*, 6 (4): 275–294.
- Rózsa S., Réthelyi J., Stauder A., Susánszky É., Mészáros E. (2003): A Hungarostudy 2002 országos reprezentatív felmérés általános módszertana és a felhasznált tesztbatteria pszichometriai jellemzői. *Psychiatria Hungarica*, 18 (2): 83–94.
- Rózsa S., Szádóczky E., Füredi J. (2001): A Beck Depresszió Kérdőív rövidített változatának jellemzői hazai mintán. *Psychiatria Hungarica*, 16 (4): 384–402.
- Zigmond, A. S., Snaith, R. P. (1983): The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67 (6): 361–370.

*A tanulmány elkészítését segítő támogatások.* A tanulmány az OTKA TS-40889 (2002), TS-049785 (2004) pályázatok, valamint az NKFP 1/002/2001 és az NKFP 1b/020/2004 támogatásával készült.

SUSÁNSZKY, ÉVA – KONKOLY THEGE, BARNA –  
STAUDER, ADRIENNE – KOPP, MÁRIA

**VALIDATION OF THE SHORT (5-ITEM) VERSION  
OF THE WHO WELL-BEING SCALE BASED  
ON A HUNGARIAN REPRESENTATIVE HEALTH SURVEY  
(HUNGAROSTUDY 2002)**

In this study we present the Hungarian adaptation of the shortened, 5-item version of the WHO Well-Being Index (WBI-5). The validation of the questionnaire was done on the basis of the Hungarostudy 2002 national representative health survey. 12,668 persons participated in the study, the sample was representative for the adult Hungarian population according to age, gender and place of residence. For the cross-validation of the questionnaire we used the Shortened Beck Depression Inventory (BDI), 3 items of the Beck Hopelessness Scale, the Anxiety subscale of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HAS), the shortened Maastricht Vital Exhaustion Questionnaire, 7 items of the Life Meaning and relationships subscale of the Brief Stress and Coping Inventory, and self-rated health. The internal consistency of the 5-item WHO Well-Being Index was excellent (Cronbach-alpha: 0.85). The unrotated main component analysis also confirmed the homogeneity of the instrument. As expected the questionnaire was in moderately strong, inverse correlation both with anxiety and depressive symptoms (BDI and HAS scores) as well as with vital exhaustion and hopelessness. WBI-5 showed moderately strong, positive correlation with self-rated health, compared to self and to others and also with life meaning score. We can conclude that the Hungarian version of the short WHO Well-Being Index is a reliable and valid instrument to measure positive quality of life.

**Keywords:** WHO Well-Being Index, Hungarostudy 2002 representative health survey