

KONŠTRUKTOVÁ VALIDITA SLOVENSKEJ VERZIE DOTAZNÍKA UTRECHT PROACTIVE COMPETENCE COPING SCALE

Miriama Hudáková¹, Katarína Baňasová¹, Boris Katrušín²

¹Ústav aplikovanej psychológie FSVaZ UKF Nitra

²Katedra psychologických vied FSVaZ UKF Nitra

mhudakova2@ukf.sk, kbanasova@ukf.sk

Abstrakt: Cieľom predkladanej štúdie je analýza konvergentnej a diskriminačnej konštruktovnej validity slovenskej verzie nástroja Utrecht Proactive Competence Coping Scale (UPCC; Bode, Thoolen, de Ridder, 2008), ktorý je indikovaný pre pacientov v rekonvalescencii po cievnej mozgovej príhode (CMP). Výskumný súbor pozostával zo 77 pacientov – 50 (64,9%) mužov a 27 žien (35,1%), ktorí prekonal CMP. Konvergentnú validitu sme skúmali zisťovaním vzťahu medzi konštruktom proaktívneho zvládania a kvalitou života, ako aj funkčnou nezávislosťou (Barthelovej index) a diskriminačnú validitu prostredníctvom vzťahu proaktívneho zvládania s hospitalizačnou úzkosťou a depresiou. Výsledky korelačnej analýzy potvrdili stredne silné až silné pozitívne vzťahy medzi proaktívnym zvládaním a kvalitou života aj jej oboma dimenziami – fyzickou kvalitou života a psychosociálnou kvalitou života, taktiež sa potvrdil stredne silný pozitívny vzťah medzi proaktívnym zvládaním a funkčnou nezávislosťou. V prípade diskriminačnej validity nástroja sme zistili negatívne stredne silné až silné vzťahy medzi proaktívnym zvládaním, úzkosťou a depresiou z hospitalizácie. Zistenia svedčia o dobrej konštruktovnej validite nástroja. Skúmané dôkazy o konštruktovnej validite by však bolo vhodné rozšíriť napríklad o zdroje validity založenej na teoreticky adekvátnych rozdieloch medzi skupinami. Bolo by tiež prínosom zvoliť si relevantné kritérium a preskúmať kritériálnu validitu nástroja. Po komplexnom zhodnotení psychometrických vlastností nástroja ho odporúčame používať na výskumné účely u populácie pacientov po CMP.

Keľúčové slová: cievna mozgová príhoda, Utrecht Proactive Competence Coping Scale, konštruktová validita, proaktívne zvládanie

1 ÚVOD

Cievna mozgová príhoda (CMP) je tretou najčastejšou príčinou smrti v rozvinutých krajinách (Mackay, Mensah, 2004). V nasledujúcich rokoch sa očakáva výrazné zvýšenie počtu ľudí, ktorí prekonal cievnu mozgovú príhodu v dôsledku klesajúcej úmrtnosti populácie a jej starnutia (Sarti et al., 2003; United Nations, 2009). Cievna mozgová príhoda je negatívna životná udalosť, na ktorú môžu pacienti reagovať depresiou, a to v závislosti od interakcie medzi osobnosťou a závažnosťou negatívnych fyzických, psychologických a sociálnych dôsledkov po cievnej mozgovej príhode (Aben et al., 2001). Pacienti, ktorí prežijú cievnu mozgovú príhodu často zažívajú výrazný pokles v ich kvalite života súvisiacej so zdravím (Haley et al., 2011; Darlington et al., 2009; Kauhanen et al., 2000). Mnoho pacientov musí prispôbiť svoj život pretrvávajúcim následkom CMP. Dôležitým determinantom tohto procesu, ako aj samotnej

kvality života sú stratégie zvládania záťaže (Tielemans, et al., 2014; Carod-Artal, Egido, 2009; Darlington et al., 2009). V predkladanej štúdií preto venujeme pozornosť proaktívnemu zvládaniu záťaže u pacientov po cievnnej mozgovej príhode, pričom hlavným cieľom štúdie je overenie validity slovenskej verzie dotazníka Utrecht Proactive Competence Coping Scale (Bode, Thoolen, de Ridder, 2008), ktorý je určený k meraniu proaktívnych zvládacích kompetencií.

1.1 Proaktívne zvládanie u pacientov po cievnnej mozgovej príhode

Klasickú definíciu zvládania záťaže podávajú Lazarus a Folkmanová (1984), ktorí zvládanie chápu ako komplex kognitívnych a behaviorálnych snáh jednotlivca so zámerom zvládnuť, redukovať alebo tolerovať interné alebo externé požiadavky, ktoré ohrozujú alebo presahujú zdroje individua. V minulosti sa zvládanie záťaže považovalo za reaktívnu stratégiu, ktorú človek použije keď sa stres už vyskytol. V súčasnosti sa zvládanie záťaže čoraz viac chápe ako spôsob zmiernovania stresu a podpory kvality života (Greenglass, 2002). Zvládanie záťaže sa tu chápe ako niečo, čo môže jednotlivec urobiť ešte predtým, než sa stres vyskytne a má tak pre jednotlivca viacnásobný pozitívny význam (Greenglass, Fiksenbaum, 2009). Takýto pohľad na zvládanie predstavuje koncept proaktívneho zvládania záťaže. Považujeme za dôležité zaoberať sa práve proaktívnym zvládaním záťaže u pacientov po CMP, nakoľko podľa Tielemansa et al. (2014) sa aj v tejto súvislosti venuje menej pozornosti proaktívnym stratégiám zvládania záťaže v porovnaní s klasickou reaktívnou perspektívou. Podľa autora proaktívne zvládacie stratégie predstavujú snahu ľudí predvídať výskyt potenciálnych negatívnych dôsledkov CMP skôr než začnú čeliť týmto dôsledkom čo najefektívnejším spôsobom. Mnoho pacientov totiž musí prispôbiť svoj život pretrvávajúcim následkom CMP, pričom významným determinantom tohto procesu sú stratégie zvládania záťaže (Tielemans, et al., 2014; Carod-Artal, Egido, 2009; Darlington et al., 2009), v našom prípade proaktívne zvládacie kompetencie. Očakáva sa, že proaktívne zvládanie povedie k lepšiemu prispôbeniu sa chronickým stavom, akým je aj stav po CMP, pretože umožňuje pacientom predchádzať a vopred sa pripraviť na jeho reštriktívne dôsledky (Tielemans et al., 2014). Vzhľadom k uvedenému sa zhodujeme s názorom Tielemansa et al. (2014), podľa ktorých by intervencie pre pacientov po cievnnej mozgovej príhode mali byť zamerané na osvojenie si proaktívnych zvládacích stratégií, čo si však vyžaduje psychometricky kvalitný nástroj na posúdenie úrovne proaktívneho zvládania u pacientov za účelom zistiť účinnosť takýchto intervencií. Preto je cieľom našej štúdie v slovenských podmienkach overiť validitu slovenskej verzie dotazníka Utrecht Proactive competence coping scale (Bode, Thoolen, de Ridder, 2008), ktorý v zahraničí preukazuje potenciál na spoľahlivé a validne meranie proaktívnych zvládacích kompetencií u pacientov po cievnnej mozgovej príhode.

1.2 Overenie konštruktovnej validity dotazníka Utrecht Proactive competence coping scale

Cieľom predkladanej štúdie je overenie validity slovenskej verzie dotazníka Utrecht Proactive competence coping scale, a to konkrétne koštruktového aspektu validity prostredníctvom zisťovania konvergentnej a diskriminačnej validity dotazníka UPCC. Konvergentnú validitu budeme skúmať zisťovaním vzťahu medzi konštruktom proaktívneho zvládania a kvalitou života, ako aj funkčným stavom, resp. funkčnou nezávislosťou (Barthelovej index) a diskriminačnú validitu prostredníctvom vzťahu proaktívneho zvládania s hospitalizačnou úzkosťou a depresiou.

1.2.1 Proaktívne zvládanie vo vzťahu ku kvalite života a funkčnému stavu u pacientov po cievnej mozgovej príhode – konvergentná validita nástroja UPCC

Vplyv cievnej mozgovej príhody na kvalitu života môže byť veľmi závažný. Cievna mozgová príhoda môže ovplyvniť viacero oblastí života pacienta (Ferrans, 2005). Pacienti, ktorí prežijú cievnu mozgovú príhodu často zažívajú výrazný pokles v ich kvalite života súvisiacej so zdravím (Haley et al., 2011; Darlington et al., 2009; Kauhanen et al., 2000). Kvalita života pacientov po CMP je determinovaná depresiou, pohlavím, sociálnou oporou ale aj psychologickými premennými, akými sú zvládacie stratégie (Dančová, Turzáková, Baňasová, Romanová, 2019; Carod-Artal, Egido, 2009), nakoľko významným determinantom procesu prispôsobenia sa následkom CMP sú podľa viacerých autorov stratégie zvládania záťaže (Tielemans, et al., 2014; Carod-Artal, Egido, 2009; Darlington et al., 2009).

V našej štúdiu venujeme pozornosť proaktívnemu zvládaniu, u ktorého sa predpokladá, že povedie k lepšiemu prispôsobeniu sa chronickým stavom, akým je aj stav po CMP. Pozitívne účinky proaktívneho zvládania v rámci zdravia a s ním spojenej kvality života človeka preukazujú predchádzajúce výskumy, kde proaktívne zvládanie viedlo k väčšej prejdenej vzdialenosti u ľudí po operácii kĺbov (Greenglass, Marques, de Ridder, Behl, 2005; Greenglass, Fiksenbaum, 2009), pacienti so sklerózou multiplex využívajúci proaktívne zvládanie zas popisovali menšiu únavu a menšie bolesti (Nowaczyk, Cierpialkowska, 2016). Výsledky štúdie Tielemansa et al. (2014) poukazujú na význam proaktívnych zvládacích stratégií pri kvalite života súvisiacej so zdravím po samotnej cievnej mozgovej príhode. Autori zistili silné pozitívne korelácie medzi skóre UPCC a skóre celkovej kvality života spojenej so zdravím a stredne silné pozitívne korelácie medzi skóre UPCC a fyzickou a psychosociálnou kvalitou života spojenou so zdravím. ***Preto predpokladáme, že proaktívne zvládanie bude pozitívne korelovať s kvalitou života spojenou so zdravím u ľudí po CMP, čo bude podporou pre konvergentnú validitu dotazníka UPCC.***

Na základe vyššie uvedených štúdií, v ktorých proaktívne zvládanie viedlo k väčšej prejdenej vzdialenosti u ľudí po operácii kĺbov (Greenglass, Marques, de Ridder, Behl, 2005; Greenglass, Fiksenbaum, 2009) a menšej únave a bolesti u ľudí so sklerózou multiplex, teda bolo asociované s lepším fyzickým stavom, predpokladáme, že proaktívne zvládanie povedie tiež k lepšiemu zvládaniu denných aktivít u ľudí po CMP. Zvládanie základných denných aktivít, resp. funkčná nezávislosť bude meraná Barthelovej indexom. ***Pozitívna korelácia medzi Barthelovej indexom a proaktívnym zvládaním bude poukazovať na dobrú konvergentnú validitu dotazníka UPCC.***

1.2.2 Proaktívne zvládanie vo vzťahu k úzkosti a depresii z hospitalizácie – diskriminačná validita nástroja UPCC

Proaktívne zvládanie sa ukazuje ako významné aj pri psychických stavoch, akými sú úzkosť, či depresia. Vo výskume Uskulovej a Greenglassovej (2005) proaktívne zvládanie negatívne predikovalo depresiu. Proaktívne zvládanie tiež negatívne predikovalo v štúdiu Wagnera a Martina (2012) na vzorke hasičov niekoľko symptómov zlého mentálneho zdravia, medzi nimi boli aj úzkosť a depresia. ***Na základe uvedeného overujeme diskriminačnú validitu dotazníka UPCC prostredníctvom skúmania vzťahu medzi proaktívnym zvládaním a hospitalizačnou depresiou a úzkosťou u ľudí po CMP, pričom podporou diskriminačnej validity bude ich negatívna korelácia.***

2 METÓDY

2.1 Výskumná vzorka

Výskumný súbor pozostával zo 77 pacientov – 50 (64,9%) mužov a 27 žien (35,1%), ktorí prekonalí cievnu mozgovú príhodu s priemerným vekom $M_{vek}=68,2$; $SD=12,4$. S ischemickou cievnu mozgovou príhodou bolo 67 (87 %) pacientov, s hemoragickou príhodou 6 (7,8 %) pacientov a 4 (5,2%) pacienti neuviedli typ CMP.

2.2 Meracie nástroje

V štúdií overujeme psychometrické vlastnosti slovenskej verzie dotazníka *Utrecht Proactive Coping Competence Scale* (Bode, Thoolen, de Ridder, 2008). Za účelom zisťovania konvergentnej a diskriminačnej validity boli použité tiež nástroje na meranie kvality života (*Stroke Specific Quality of Life Scale*), funkčnej nezávislosti (*Bartelovej test základných denných aktivít - ADL*) a hospitalizačnej úzkosti a depresie (*The hospital anxiety and depression scale - HADS*). Použité nástroje stručne charakterizujeme v nasledujúcom texte.

Utrecht Proactive Coping Competence Scale -UPCC (Bode, Thoolen, de Ridder, 2008)

UPCC prostredníctvom sebahodnotenia meria proaktívne zvládacie kompetencie. 21 položiek dotazníka je hodnotených na 4-bodovej škále od „nie som toho vôbec schopný“ po „veľmi schopný“. Príklady položiek sú nasledovné: „Do akej miery máte schopnosť robiť realistické plány?“, „Do akej miery máte schopnosť vytrvať?“. Vyššie skóre dosiahnuté v UPCC poukazuje na vyššiu mieru vnímaných proaktívnych zvládacích kompetencií. V zahraničných štúdiách UPCC vykazuje dobrú vnútornú konzistenciu ($\alpha=0,83-0,95$), test-retest realibilitu ($r=0,45-0,82$) a senzitivitu voči zmenám po edukatívnych intervenciách u zdravej mladej populácie, u ľudí v neskoršej dospelosti a u ľudí s dvoma typmi cukrovky (Bode, Thoolen, de Ridder, 2008; Tielemans et al., 2014).

Stroke Specific Quality of Life Scale – skrátená verzia (SS-QoL-12, Post et al., 2011)

Škála na zisťovanie kvality života pacientov po cievnej mozgovej príhode je skrátenou verziou dobre validovaného meracieho nástroja The Stroke Specific Quality of Life Scale. Použili sme skrátenú verziu, pretože pri plnej verzii pacienti v rámci výskumov identifikovali problémy s udržaním pozornosti (Hütter, 1999). Pozostáva z 12 položiek, ktoré sa zlučujú do dvoch dimenzií: fyzickej a psychosociálnej. Pacientom je administrovaný dotazník s inštrukciou, vyjadriť sa k položkám, ktoré sa týkajú fungovania pacienta posledný týždeň. Odpovede sú formulované na stupnici 5-bodovej Likertovej škály od „vôbec som to nedokázal“ po „bez ťažkostí“. Vnútorná konzistencia škály sa v prípade zahraničných štúdií ukazuje ako dobrá ($\alpha = 0,77-0,89$). Skóre skrátenej verzie škály predstavovalo 88-95 % rozptylu pôvodnej verzie SS - QoL. Škála je vhodná pre všetky podskupiny cievnej mozgovej príhody, a pretože pozostáva iba z 12 položiek, je tiež vhodná na administráciu v klinickom výskume (Post, et al., 2011).

Activities of Daily Living test (ADL) – Barthel index (Mahoney, Barthel, 1965)

Barthelovej index alebo Test aktivít každodenného života (Activities of Daily Living test) je určený na meranie autonómie resp. závislosti vo fungovaní pacientov (Mahoney, Barthel, 1965). Najčastejšie sa dotazník využíva v praxi ošetrovateľov a zdravotného personálu pri práci s pacientmi, ktorí počas ochorenia alebo po jeho prekonaní zostali obmedzení v aktivitách, ktoré sú nevyhnutné pre bežné fungovanie človeka. Dotazník tvorí 10 otázok, ktoré sa pýtajú na pacientovu autonómiu alebo mieru závislosti v rôznych oblastiach života,

napríklad osobnej hygieny, prijímania potravy, kontinencie stolice/moču a používania toalety, mobility pacienta. Položky sú hodnotené bodmi 0 alebo 5 pre aktivity: kúpanie a upratovanie; bodmi 0, 5 alebo 10 pre aktivity: chôdza po schodoch, používanie toalety, kontinencia moču, kontinencia stolice, obliekanie a schopnosť najesť sa; bodmi 0, 5, 10 alebo 15 pre aktivity: presun z postele na stoličku a späť, chôdza po rovnom povrchu (Mahoney, Barthel, 1965). Maximálne skóre, ktoré môže respondent dosiahnuť je 100 bodov, pričom vyššia hodnota indikuje väčšiu autonómiu vo fungovaní. Na základe sumárneho skóre, ktoré pacient získal možno vyhodnotiť úroveň autonómie pacienta v nasledujúcich kategóriách: vysoká miera závislosti pacienta: 0 až 40 bodov; stredná miera závislosti pacienta: 45 až 65 bodov; mierna závislosť pacienta: 65 až 95 bodov; plná autonómia pacienta: 100 bodov (Mahoney, Barthel, 1965).

Škála úzkosti a depresie pri hospitalizácii (HADS; Zigmond, Snaith, 1983)

Škála je určená na meranie závažnosti depresie, úzkosti a ich symptómov, taktiež sa používa aj ako skrínigový nástroj. HADS je sebvýpoved'ový dotazník pozostávajúci zo 14 položiek, ktoré tvoria dve subškály. Subškála úzkosti: HADS-A a subškála depresie HADS-D, pričom každú zachytáva 7 položiek. Probanti majú zaznačiť odpoveď, ktorá najlepšie zodpovedá pocitom, ktoré prežívali za obdobie posledných siedmich dní ich hospitalizácie. Na jednotlivé položky odpovedajú pomocou štvorbodovej škály Likertovho typu, pričom vyššie skóre v tomto teste indikuje vyššiu úroveň prežívanej úzkosti a depresie (Zigmond, Snaith, 1983). Výsledné skóre dosiahnuté v oboch subškálach umožňuje diferencovať viacero úrovní úzkosti a depresie a poskytnúť informáciu o miere závažnosti prežívaných pocitov úzkosti a depresie pacientov. Skóre v rozmedzí 0 až 7 bodov možno považovať za normálne, skóre 11 alebo vyššie naznačuje pravdepodobnú prítomnosť poruchy nálady a skóre 8 až 10 predstavuje hraničnú hodnotu prítomnosti psychických problémov u hospitalizovaného (Zigmond, Snaith, 1983).

2.3 Štatistické spracovanie dát

Pri spracovaní dát sme použili software IBM SPSS Statistics 25. Konštruktívnu konvergentnú validitu a diskriminačnú validitu sme skúmali pomocou Pearsonovho a Spearmanovho korelačného koeficientu – v závislosti od distribúcie dát.

3 VÝSLEDKY

3.1 Proaktívne zvládanie vo vzťahu ku kvalite života a funkčnému stavu u pacientov po cievej mozgovej príhode - konvergentná validita nástroja UPCC

Za účelom overenia konvergentnej validity nástroja UPCC sme korelovali proaktívne zvládanie s kvalitou života a funkčnou nezávislosťou. Výsledky uvádzame v tabuľke 1.

Tab. 1 Vzťah proaktívneho zvládania ku kvalite života a funkčnej nezávislosti

	Proaktívne zvládanie r/r _s
Kvalita života	- / 0,617**
Fyzická kvalita života	- / 0,616**
Psychosociálna kvalita života	0,549** / -
Funkčná nezávislosť (Barthelovej index)	- / 0,466**

Legenda: r – Pearsonov koeficient súčinovej korelácie; r_s – Spearmanov koeficient poradovej korelácie; ** p < 0,01.

Zistili sme, že u pacientov po CMP proaktívne zvládanie pozitívne silno koreluje s celkovou kvalitou života spojenou so zdravím a tiež s fyzickou kvalitou života. Proaktívne zvládanie pozitívne stredne silno koreluje s psychosociálnou kvalitou života spojenou so zdravím a s funkčnou nezávislosťou.

Bližšie sme sa tiež pozreli na vzťah proaktívneho zvládania s jednotlivými doménami kvality života spojenej so zdravím u pacientov po CMP. Výsledky prezentujeme v tabuľke 2.

Tab. 2 Vzťah proaktívneho zvládania a domén kvality života spojenej so zdravím

	Proaktívne zvládanie r _s
Starostlivosť o seba	0,565**
Pohyblivosť	0,511**
Motorika horných končatín	0,476**
Jazyk	0,317**
Zrak	0,383**
Práca	0,567**
Myslenie	0,498**
Rodinné roly	0,431**
Sociálne roly	0,274*
Osobnosť	0,284*
Nálada	0,191
Energia	0,367**

Legenda: r_s – Spearmanov koeficient poradovej korelácie; * p < 0,05; ** p < 0,01

Proaktívne zvládanie vykazuje pozitívny stredne silný vzťah s väčšinou domén kvality života. Konkrétne ide o nasledovné domény: starostlivosť o seba, pohyblivosť, motorika horných končatín, jazyk, zrak, práca, myslenie, rodinné roly a energia. Veľkosť korelačných koeficientov sa pohybuje v rozmedzí od r_s = 0,317 do r_s = 0,567. Slabé pozitívne korelácie nachádzame medzi

proaktívnym zvládaním a doménami osobnosť a sociálne roly. Proaktívne zvládanie nevykazuje významný vzťah len s jedinou doménou kvality života, a to s doménou nálada.

3.2 Proaktívne zvládanie vo vzťahu k úzkosti a depresii z hospitalizácie - diskriminačná validita nástroja UPCC

Korelovali sme proaktívne zvládanie s úzkosťou a depresiou z hospitalizácie za účelom overenia diskriminačnej validity nástroja UPCC. Výsledky uvádzame v Tabuľke 3.

Tab. 3 Proaktívne zvládanie vo vzťahu k úzkosti a depresii z hospitalizácie

	Proaktívne zvládacie kompetencie
	r
Úzkosť z hospitalizácie	-0,427**
Depresia z hospitalizácie	-0,670**

Legenda: r – Pearsonov koeficient súčinovej korelácie; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Výsledky poukazujú na fakt, že proaktívne zvládanie negatívne stredne silno koreluje s úzkosťou z hospitalizácie a negatívne silno koreluje s depresiou z hospitalizácie.

4 DISKUSIA

Cieľom predkladanej štúdie bolo overenie konštruktivej validity slovenskej verzie nástroja Utrecht Proactive Competence Coping Scale na súbore pacientov po prekonaní CMP. Zisťovali sme konvergentnú validitu (prostredníctvom vzťahu proaktívneho zvládania s kvalitou života a funkčnou nezávislosťou) aj diskriminačnú validitu nástroja UPCC (prostredníctvom vzťahu proaktívneho zvládania s úzkosťou a depresiou z hospitalizácie). Výsledky postupne diskutujeme.

4.1 Konvergentná validita - proaktívne zvládanie vo vzťahu ku kvalite života a funkčnému stavu u pacientov po cievnnej mozgovej príhode

Výsledky korelačnej analýzy potvrdili očakávaný pozitívny vzťah medzi proaktívnym zvládaním a kvalitou života aj jej oboma dimenziami – fyzickou kvalitou života a psychosociálnou kvalitou života. Naše zistenia sú zhodné s poznatkami, ktoré zistili aj iní autori. Tielemans et al. (2014) ktorí sa venovali skúmaniu psychometrických vlastností škály UPCC potvrdili vzťah proaktívneho zvládania ku kvalite života na vzorke pacientov, ktorí prekonali cievnnu mozgovú príhodu. Podobné výsledky sa ukazujú aj u pacientov s diabetes mellitus II. typu (Kalka, 2016) ale aj u zdravej populácie (Cruz, et al., 2018). Možno konštatovať, že vyššie využívanie proaktívnych zvládacích stratégií súvisí s lepším hodnotením kvality života pacientov po cievnnej mozgovej príhode. Proaktívne zvládanie súvisí s presvedčením, že pacienti dokážu zlepšovať svoj zdravotný stav s nádejou do budúcnosti (Greenglass, Fiksenbaum, 2009), uvedomovaním si vlastných vnútorných zdrojov, sociálnych zdrojov a zdrojov prostredia, a tak sa pripraviť na zvládanie náročných životných situácií, medzi ktoré môže patriť závažné zdravotné ochorenie ako CMP (Solgajová, Sollár, Vörösová, Zrubcová, 2017). To môže byť vysvetlením pozitívneho vzťahu medzi proaktívnym zvládaním a psychosociálnou kvalitou života. Proaktívne zvládanie súvisí taktiež s presvedčením, že pacient má osobnú kontrolu nad ochorením v zmysle aktívnej angažovanosti a zapojenia sa do aktivít, ktoré môžu viesť k zlepšeniu fyzického stavu. Tento predpoklad podporujú aj zistenia,

že proaktívne zvládanie preukázateľne súvisí s efektívnejšou rekonvalescenciou po cievnnej mozgovej príhode. Pacient svojim nastavením aktívne podniká kroky, ktoré súvisia s jeho rekonvalescenciou, zefektívňuje ju a tým zvyšuje aj fyzickú kvalitu života (Griva, Anagnostopoulos, 2010). Tento mechanizmus môže byť vysvetlením vzájomného pozitívneho vzťahu medzi nimi. Pozitívny vzťah sa v prípade proaktívneho zvládania preukázal aj so všetkými subškálami kvality života: starostlivosťou o seba, pohyblivosťou, motorikou horných končatín, jazykom, zrakom, prácou, myslením, rodinnou a sociálnou rolou, osobnosťou a energiou. Jediná subškála kvality života, ktorá nevykazovala signifikantný vzťah s proaktívnym zvládaním bola nálada. Výskum ukazuje, že na nálade a jej poruchách po prekonaní CMP sa najviac odrážajú faktory ako ženské pohlavie, osobná anamnéza, rodinná anamnéza, vyšší stupeň neurotizmu a sociálna izolácia (Towfighi, et al., 2017; Villa, Ferrari, Moretti, 2018; Robinson, Jorge, 2015), čo môže poukazovať na to, že nálada pacientov po CMP súvisí práve s týmito faktormi a nie s nami skúmaným proaktívnym zvládaním.

Druhú korelačnú analýzu pre zistenie konvergentnej validity meracieho nástroja proaktívneho zvládania (UPCC) sme realizovali vo vzťahu k Barthelovej indexu denných aktivít. Výsledky potvrdili naše očakávania, že tieto dva konštrukty budú vykazovať pozitívny vzťah. Naše výsledky sa zhodujú s výsledkami štúdií, ktoré boli v tejto oblasti realizované. Na vzorke pacientov po prekonaní CMP zaznamenal pozitívny vzťah medzi proaktívnymi stratégiami zvládania a nezávislosťou vo vykonávaní denných aktivít Tielemans (2020). Podobné výsledky preukázali aj štúdie na pacientoch s inými ochoreniami. Proaktívne zvládanie súviselo s väčšou prejdenou vzdialenosťou, menšou únavou, menšou prežívanou bolesťou na vzorke, ktorá absolvovala operáciu kĺbov (Greenglass et al., 2005). U pacientov so sklerózou multiplex proaktívne zvládanie pozitívne súviselo lepším fyzickým stavom a lepším zvládaním základných denných aktivít a menšou závislosťou vo fungovaní (Greenglass, Marques, de Ridder, Behl, 2005; Greenglass, Fiksenbaum, 2009).

Proaktívne zvládanie odzrkadľuje úsilie budovať zdroje, čo pacientom uľahčuje postup smerom k riešeniu náročných cieľov a osobnému rastu. Proaktívni jedinci sú motivovaní čeliť výzvam. Vidia požiadavky každodenného života ako príležitosti pre riešenie a iniciujú konštruktívne spôsoby k ich riešeniu a naplneniu. Stres, záťaž a prekážky interpretujú ako produktívne vzrušenie a zvládanie sa tak stáva zameraným na riešenie namiesto zamerania na riziká (Schwarzer, Taubert, 2002). Takýto postoj im potom pomáha riešiť a zvládnuť nároky každodenných aktivít a prekážky vyplývajúce z funkčného stavu. Potvrdenie tohto prepojenia poukazuje na dobrú konvergentnú validitu meracieho nástroja UPCC.

4.2 Diskriminačná validita - proaktívne zvládanie vo vzťahu k úzkosti a depresii z hospitalizácie

Štatistiky hovoria že prevalencia úzkosti u pacientov po prekonaní CMP sa pohybuje od 11-61% a pri depresii 14-28% (Barker-Collo, 2007; Hackett, et al., 2005; Hackett, Pickles, 2014). Obe tieto psychické ťažkosti preukázateľne ovplyvňujú fungovanie pacientov, predlžujú dobu zotavenia sa a depresia dokonca súvisí s ich mortalitou (Naess et al. 2006). Za účelom skúmania diskriminačnej validity sme pomocou korelačnej analýzy zisťovali vzťah medzi nástrojom UPCC, zameraným na zisťovanie proaktívnych zvládacích stratégií a dotazníkom HADS – merajúcim úzkosť a depresiou z hospitalizácie. Očakávaný negatívny vzťah medzi proaktívnym zvládaním a hospitalizačnou úzkosťou a depresiou sa potvrdil. Tieto zistenia sú v súlade so zisteniami predchádzajúcich štúdií (Uskul, Greenglass, 2005; Wagner Martin, 2012; Altan-Atalay, Zeytun, 2020). Negatívny vzťah medzi proaktívnym zvládaním a depresiou sa

potvrdil aj na českej vzorke (Vaculíková, 2016). Empirické dôkazy o tomto smere vzťahu podporujú aj teoretické koncepty. Negatívne prežívané emócie ako depresia a úzkostné stavy sú charakterizované aj nedostatočnou aktivitou, nedostatkom iniciatívy, beznádejou, bezmocnosťou, zníženou schopnosťou myslieť, koncentrovať sa a robiť rozhodnutia, ktoré predstavujú zásadnú prekážku pre to, aby pacient dokázal aktívne a efektívne riešiť svoju situáciu (Miller, Seligman, 1975). Ukazuje sa teda že ľudia s vyššou úzkosťou, depresivitou a depresiou výrazne menej využívajú proaktívne zvládacie stratégie – ako je napríklad prerámčovanie situácie a hľadanie pozitívnych aspektov, prevzatie iniciatívy v prípadoch, kedy sú konfrontovaní s problémovou situáciou (Altan-Atalay, Zeytun, 2020). Nami zistené výsledky o negatívnom vzťahu proaktívneho zvládania s hospitalizačnou úzkosťou a depresiou vykazujú konzistenciu s teoretickými aj empirickými poznatkami a podporujú validitu skúmaného nástroja UPCC.

ZÁVER

Skúmanú konštruktívnu validitu nástroja UPCC hodnotíme ako dobrú. Konvergentná aj diskriminačná validita nástroja UPCC bola podporená výsledkami korelačnej analýzy konštruktú proaktívneho zvládania s kvalitou života, funkčným stavom, depresiou aj úzkosťou z hospitalizácie. Skúmané dôkazy o konštruktívnej validite by však bolo vhodné rozšíriť napríklad o zdroje validity založenej na teoreticky adekvátnych rozdieloch medzi skupinami. Bolo by prínosom zvoliť si relevantné kritérium a preskúmať kritériálnu validitu nástroja UPCC.

LITERATÚRA

Aben, I., Verhey, F., Honig, A., Lodder, J., Lousberg, R., & Maes, M. (2001). Research into the specificity of depression after stroke: a review on an unresolved issue. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 25(4), 671-689.

Altan-Atalay, A., & Zeytun, D. (2020). The association of negative urgency with psychological distress: Moderating role of proactive coping strategies. *The Journal of Psychology*, 154(7), 487-498.

Barker-Collo, S. L. (2007). Depression and anxiety 3 months post stroke: prevalence and correlates. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 22(4), 519-531.

Bode, C., Thoolen, B., & de Ridder, D. (2008). Measuring proactive coping. Psychometric characteristics of the Utrecht Proactive Coping Competence scale (UPCC). *Psychologie & Gezondheid*, 36(2), 81-91.

Carod-Artal, F. J., & Egido, J. A. (2009). Quality of life after stroke: the importance of a good recovery. *Cerebrovascular diseases*, 27(Suppl. 1), 204-214.

Cruz, J. P., Cabrera, D. N. C., Hufana, O. D., Alquwez, N., & Almazan, J. (2018). Optimism, proactive coping and quality of life among nurses: A cross-sectional study. *Journal of clinical nursing*, 27(9-10), 2098-2108.

Dančová, K., Turzáková, J., Baňasová, K., & Romanová, M. (2019). How do personality characteristics influence recovery after stroke? A literature review. *Pomáhajúce profesie*, 2(1), 17-29.

- Darlington, A. S. E., Dippel, D. W., Ribbers, G. M., van Balen, R., Passchier, J., & Busschbach, J. J. (2009). A prospective study on coping strategies and quality of life in patients after stroke, assessing prognostic relationships and estimates of cost-effectiveness. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 41(4), 237-241.
- Ferrans, C. E. (2005). Definitions and conceptual models of quality of life. In J. Lipscomb, C. C. Gotay, & C. Snyder (Eds.), *Outcomes assessment in cancer: Measures, methods, and applications* (pp. 14–30). Cambridge University Press.
- Greenglass, E. (2002). Proactive coping. In E. Frydenberg (Ed.), *Beyond coping: Meeting goals, vision, and challenges* (pp. 37-62). London : Oxford university Press.
- Greenglass, E. R., & Fiksenbaum, L. (2009). Proactive coping, positive affect, and well-being: Testing for mediation using path analysis. *European Psychologist*, 14(1), 29-39.
- Greenglass, E. R., Marques, S., de Ridder, M., & Behl, S. (2005). Positive coping and mastery in a rehabilitation setting. *International Journal of Rehabilitation Research*, 28(4), 331-339.
- Griva, F., & Anagnostopoulos, F. (2010). Positive psychological states and anxiety: The mediating effect of proactive coping. *Psychological Reports*, 107(3), 795-804.
- Hackett, M. L., & Pickles, K. (2014). Part I: frequency of depression after stroke: an updated systematic review and meta-analysis of observational studies. *International Journal of Stroke*, 9(8), 1017-1025.
- Hackett, M. L., Yapa, C., Parag, V., & Anderson, C. S. (2005). Frequency of depression after stroke: a systematic review of observational studies. *Stroke*, 36(6), 1330-1340.
- Haley, W. E., Roth, D. L., Kissela, B., Perkins, M., & Howard, G. (2011). Quality of life after stroke: a prospective longitudinal study. *Quality of Life Research*, 20(6), 799-806.
- Hütter, B. O., Kreitschmann-Andermahr, I., Mayfrank, L., Rohde, V., Spetzger, U., & Gilsbach, J. M. (1999). Functional outcome after aneurysmal subarachnoid hemorrhage. *Neurosurgical Management of Aneurysmal Subarachnoid Haemorrhage*, 157-174.
- Kalka, D. (2016). Quality of life and proactive coping with stress in a group of middle adulthood women with type 2 diabetes. *Polish Psychological Bulletin*, 47(3), 327-337.
- Kauhanen, M. L., Korpelainen, J. T., Hiltunen, P., Nieminen, P., Sotaniemi, K. A., & Myllylä, V. V. (2000). Domains and determinants of quality of life after stroke caused by brain infarction. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 81(12), 1541-1546.
- Lazarus, R.S., Folkman S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Mackay, J., Mensah, G. A., & Greenlund, K. (2004). *The atlas of heart disease and stroke*. . Geneva: World Health Organization.
- Mahoney, F. I., Barthel, D.W. (1965). Functional evaluation: the Barthel index. *Maryland state medical journal*, 14(2), 61-65.
- Miller, W. R., & Seligman, M. E. (1975). Depression and learned helplessness in man. *Journal of abnormal psychology*, 84(3), 228.

- Naess, H., Waje-Andreassen, U., Thomassen, L., Nyland, H., & Myhr, K. M. (2006). Health-related quality of life among young adults with ischemic stroke on long-term follow-up. *Stroke*, 37(5), 1232-1236.
- Nowaczyk, N., & Cierpiątkowska, L. (2016). Coping with multiple sclerosis from the perspective of Stevan E. Hobfoll's theory of conservation of resources. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 25(2), 111-123.
- Post, M. W., Boosman, H., Van Zandvoort, M. M., Passier, P. E., Rinkel, G. J., & Visser-Meily, J. M. (2011). Development and validation of a short version of the Stroke Specific Quality of Life Scale. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 82(3), 283-286.
- Robinson, R. G., & Jorge, R. E. (2016). Post-stroke depression: a review. *American Journal of Psychiatry*, 173(3), 221-231.
- Sarti, C., Stegmayr, B., Tolonen, H., Mähönen, M., Tuomilehto, J., & Asplund, K. (2003). Are changes in mortality from stroke caused by changes in stroke event rates or case fatality? Results from the WHO MONICA Project. *Stroke*, 34(8), 1833-1840.
- Schwarzer, R., & Taubert, S. (2002). Tenacious goal pursuits and striving toward personal growth: Proactive coping. In *Beyond coping: Meeting goals, visions and challenges* (pp. 19-35).
- Solgajová, A., Sollár, T., Vorosova, G., & Zrubcová, D. (2017). Personality as significant predictor of post-stroke anxiety. *Neuroendocrinology Letters*, 38(4), 290-294.
- Tielemans, N. S., Visser-Meily, J. M., Schepers, V. P., Post, M. W., & van Heugten, C. M. (2014). Proactive coping poststroke: psychometric properties of the Utrecht Proactive Coping Competence Scale. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 95(4), 670-675.
- Towfighi, A., Ovbiagele, B., El Husseini, N., Hackett, M. L., Jorge, R. E., Kissela, B. M., ... & Williams, L. S. (2017). Poststroke depression: a scientific statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 48(2), e30-e43.
- United Nations (2009). *World Population Ageing 2009*. New York: United Nations, Department of Economic and Social Affairs Population Division.
- Uskul, A. K., & Greenglass, E. (2005). Psychological wellbeing in a Turkish-Canadian sample. *Anxiety, stress, and coping*, 18(3), 269-278.
- Vaculíková, J. (2016). Proactive coping behavior in sample of university students in helping professions. *Sociální pedagogika | Social Education*, 4(2), 38-55.
- Villa, R. F., Ferrari, F., & Moretti, A. (2018). Post-stroke depression: mechanisms and pharmacological treatment. *Pharmacology & therapeutics*, 184, 131-144.
- Wagner, S. L., & Martin, C. A. (2012). Can firefighters' mental health be predicted by emotional intelligence and proactive coping?. *Journal of Loss and Trauma*, 17(1), 56-72.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica scandinavica*, 67(6), 361-370.

CONSTRUCT VALIDITY OF SLOVAK VERSION OF UTRECHT PROACTIVE COMPETENCE COPING SCALE

Abstract: The aim of the study is to analyze the convergent and discriminant construct validity of the Slovak version of Utrecht Proactive Competence Coping Scale (UPCC, Bode, Thoolen, de Ridder, 2008), which is indicated for patients recovering from a stroke. The research group consisted of 77 patients - 50 (64.9%) men and 27 women (35.1%) who overcame stroke. We examined convergent validity by determining the relationship between the construct of proactive coping and quality of life, as well as functional independence (Barthel index) and discriminant validity through the relationship of proactive coping with hospitalization anxiety and depression. The results of the correlation analysis confirmed moderate to strong positive relationships between proactive coping and quality of life and its two dimensions - physical quality of life and psychosocial quality of life, as well as a moderately strong positive relationship between proactive coping and functional independence. In the case of the instrument's discriminant validity, we found negative moderate to strong relationships between proactive coping, anxiety and depression from hospitalization. The findings indicate good construct validity of the instrument. However, it would be appropriate to expand the examined evidence of construct validity, for example, with sources of validity based on theoretically adequate differences between the observed groups. It would also be beneficial to choose a relevant criterion and examine the criterion validity of the instrument. After a comprehensive evaluation of the instrument's psychometric properties, we recommend its use for research purposes in the population of patients after a stroke.

Key words: stroke, Utrecht Proactive Competence Coping Scale, construct validity, proactive coping

Grantová podpora: VEGA 1/0418/19 Zvládanie záťaže v procese rekonvalescencie po cievnej mozgovej príhode.