

De eerste auteur is verbonden aan de Universiteit Twente, de andere auteurs aan de Universiteit Utrecht.

Correspondentieadres: Dr. C. Bode, Universiteit Twente, Faculteit Gedragwetenschappen, Afdeling Psychologie en Communicatie van Gezondheid en Risico, Postbus 217, 7500 AE Enschede. *E-mailadres*: c.bode@utwente.nl

Het meten van proactieve copingvaardigheden

Psychometrische eigenschappen van de Utrechtse Proactieve Coping Competentie lijst (UPCC)

SUMMARY

Measuring proactive coping. Psychometric characteristics of the Utrecht Proactive Coping Competence scale (UPCC)

The concept of proactive coping is relevant to health psychology as it indicates that people have the ability to anticipate and deal with potential threats to their health before they occur. Based on the conceptual model developed by Aspinwall en Taylor (1997), the Utrecht Proactive Coping Competence scale (UPCC) was developed to assess an individual's competency with regard to the various skills associated with proactive coping. This study examines the psychometric characteristics of the scale, including its reliability, construct validity and predictive validity, and responsiveness to change. Results are based on three studies (N=545), including two intervention studies among elderly subjects and patients with diabetes and a cross-sectional study among young adults. The scale consists of 21 items which together form one factor. The UPCC proves to be highly reliable and is positively associated with other measures of future-orientation, goal-setting and planning and negatively associated with measures of worry and distress. The UPCC is also positively associated with measures of goal attainment, self-efficacy and health behaviors. The studies show that the UPCC is sensitive to interventions, while improvements in the measure of proactive coping are associated with significantly more improvements in self-care behaviours up to 12 months later. The UPCC is thereby shown to be a practical self-report instrument which is relevant to both theoretical studies on self-regulation and professionals who wish to support clients in achieving and maintaining long-term health goals.

Inleiding

Tallose studies op het gebied van coping hebben aangetoond dat de wijze waarop mensen omgaan met moeilijkheden en stress van invloed is op hun gezondheid en welbevinden (zie voor een overzicht Maes, Leventhal, De Ridder, 1997). In deze studies gaat het vooral om de manier waarop mensen reageren op gebeurtenissen die zich voltrokken hebben en hoe ze zich

aanpassen aan de nieuwe situatie – met andere woorden om 'reactieve coping'. Het concept 'proactieve coping' (Aspinwall & Taylor, 1997) daarentegen beschrijft hoe mensen omgaan met gebeurtenissen die nog moeten plaatsvinden en die mogelijk (en mogelijk uiteindelijk ook niet) een bedreiging vormen voor hun welzijn of voor hun persoonlijke doelen. Anders dan traditionele copingtheorieën die het accent leggen op individuen als reactieve wezens die pas in actie komen wanneer zich problemen voordoen, benadrukt de theorie van proactieve coping dat mensen toekomstgericht zijn en actief vorm geven aan hun leven: ze denken na over hun toekomst, anticiperen op mogelijke problemen en ondernemen tijdig actie om te voorkomen dat die problemen daadwerkelijk plaatsvinden (Aspinwall & Taylor, 1997). De meeste mensen zijn van nature in zekere mate proactief, zoals duidelijk wordt uit het op jonge leeftijd regelen van een ouderdomspensioen of het uitstippelen van een studieloopbaan of carrière (daarbij rekening houdend met mogelijke obstakels en barrières), maar ook in het anticiperen op meer alledaagse, potentieel lastige situaties zoals het voorbereiden op een belangrijk gesprek of een moeilijk examen. Proactieve coping blijkt toepasbaar op een groot aantal gebieden - van onderwijs en persoonlijke ontwikkeling tot zelfs omgaan met terreurdreiging (Silver & Holman, 2007) of het zich voorbereiden op de 'millennium bug' (Jones, Aspinwall, & Sechrist, 2007). Onderzoek laat zien dat mensen die meer proactieve coping rapporteren meer succesvol zijn in het realiseren van hun doelen en problemen weten te voorkomen. Een aantal recente studies heeft aangetoond dat het concept proactieve coping ook zeer bruikbaar is op het gebied van de gezondheidspsychologie, en dan in het bijzonder wanneer het gaat om voorbereiding op (gezondheidsproblemen die zich voordoen bij) het ouder worden en het omgaan met chronische aandoeningen. In deze situaties is het, net als in andere situaties, van belang dat mensen mogelijke dreigingen of valkuilen vroegtijdig herkennen, voorzorgsmaatregelen nemen en/of hun leefwijze veranderen om problemen met de ouderdom c.q. de gezondheid te voorkomen (Bode & De Ridder, 2007; Bode, De Ridder, Kuijer, & Bensing, 2007; Bode, De Ridder & Bensing, 2006; Thoolen, De Ridder, Bensing, Gorter & Rutten, 2007a, 2007b, 2008, in press).

De oorspronkelijke bedenkers van het concept hebben het proces van proactieve coping uitgewerkt in een vijf-fasen model (Aspinwall & Taylor, 1997). Zij postuleren dat mensen zich beter kunnen voorbereiden op de toekomst wanneer ze de nodige middelen, zoals sociale netwerken, tot hun beschikking hebben (Fase 1,

'*Accumulation of Resources*'), voldoende aandacht hebben voor situaties en gebeurtenissen die potentieel een bedreiging vormen voor hetgeen zij belangrijk vinden in het leven (Fase 2, '*Recognition of potential stressors*'), een adequate inschatting maken van de ernst van de dreiging (Fase 3, '*Initial appraisal*'), een poging wagen om die dreiging te verminderen (Fase 4, '*Preliminary coping efforts*') en vervolgens het geheel evalueren en terugkoppelen naar de eerste fase (Fase 5, '*Elicitation and use of feedback*'). Kortweg komt de proactieve copingcyclus neer op het vinden van een antwoord op de volgende vragen: Heb ik voldoende vaardigheden en mogelijkheden om potentiële problemen het hoofd te bieden, moet ik stappen ondernemen en kom ik met deze stappen dicht bij het gewenste resultaat, heb ik de dreiging of ongunstige veranderingen kunnen voorkomen, en moet ik verdere maatregelen treffen?

Wij hebben dit model van proactieve coping toegepast in twee kortdurende educatieve interventies die gericht waren op het aanleren van proactieve copingvaardigheden om potentiële problemen gerelateerd aan de ouderdom c.q. een chronische ziekte het hoofd te bieden. In toenemende mate wordt onderkend dat de ouderdom een zekere voorbereiding vergt op mogelijke lichamelijke, functionele, financiële en sociale beperkingen (Lachman & Prenda Firth, 2004). Ook chronische aandoeningen vereisen een zekere mate van voorbereiding gericht op het voorkomen van lichamelijke ontregeling en complicaties op lange termijn. Een proactieve houding helpt niet alleen om ongewenste verslechteringen tijdig te herkennen en te voorkomen, maar ondersteunt ook de vroege formulering van positieve doelen die het leven zin en kwaliteit geven ondanks mogelijke achteruitgang. Beide interventies bleken effectief te zijn in het bevorderen van proactieve copingvaardigheden (Bode et al., 2007; Thoolen et al., 2007). Deze bevindingen geven ondersteuning aan de gedachte dat proactieve coping een belangrijk theoretisch uitgangspunt biedt om te begrijpen op welke manier mensen bereid en in staat zijn om vroegtijdig aandacht te besteden aan problemen die zich pas op een later moment kunnen voordoen en daarop gepaste actie ondernemen.

Om de effecten van genoemde interventies in kaart te brengen hebben we een instrument ontwikkeld dat proactieve copingvaardigheden meet: de Utrechtse Proactieve Coping Competentie lijst (UPCC). De UPCC is een goed alternatief voor het enige tot nu toe beschikbare instrument voor het meten van proactieve coping, de *Proactive Coping Inventory* (PCI; Greenglass, Schwarzer, Jakubiec, Fiksenbaum, & Taubert, 1993). De PCI (55 items) heeft zeven schalen waarvan er slechts twee specifiek gericht zijn op proactieve coping: '*Proactive*

Coping' gericht op het bereiken van persoonlijke doelen en '*Preventive Coping*' gericht op het voorkomen van bedreiging van persoonlijke doelen; de overige vijf schalen hebben betrekking op reactieve copingstrategieën en doen in dit verband niet ter zake. Anders dan de naam doet vermoeden heeft de '*Preventive Coping*' schaal (en dus niet de '*Proactive Coping*' schaal) de grootste conceptuele overeenkomst met de benadering van proactieve coping zoals Aspinwall en Taylor (1997) die voorstaan. Een belangrijk kenmerk van de PCI is dat het accent ligt op proactieve coping als copingstijl, dat wil zeggen de persoonlijke dispositie om al dan niet rekening te houden met mogelijke dreigende situaties in de toekomst. Volgens Aspinwall en Taylor (1997) echter moet proactieve coping eerder opgevat worden als een competentie ofwel als een verzameling vaardigheden die mensen kunnen aanleren en toepassen in hun dagelijkse leven. Het gaat hierbij niet alleen om de aandacht die men heeft voor potentieel dreigende situaties, maar ook om de vaardigheden om deze dreigingen aan te pakken voordat zij realiteit worden. Als belangrijkste vaardigheden onderscheiden ze het anticiperen op mogelijke dreigingen, het inschatten van de eigen situatie, gerichte maatregelen nemen (doelen stellen, plannen maken en actie ondernemen) en evalueren (Aspinwall & Taylor, 1997). Het zijn dan ook deze vaardigheden die centraal staan in de UPCC. In dit artikel bespreken we de ontwikkeling van de UPCC als operationalisatie van proactieve coping competentie en rapporteren gegevens over achtereenvolgens de betrouwbaarheid, constructvaliditeit, predictieve validiteit en responsiviteit van de schaal.

Method

Steekproefoverzicht

De UPCC is afgenomen in drie studies (N totaal = 545). De eerste studie betreft de evaluatie van een kortdurende educatieve interventie (*Op weg naar de gouden jaren*) bij 158 oudere volwassenen (50-75 jaar) die zich wilden voorbereiden op het ouder worden (Bode et al., 2006, 2007). Doel van deze interventie was deelnemers proactieve copingvaardigheden aan te leren om te anticiperen op mogelijke problemen die gepaard gaan met het ouder worden. De interventie werd geëvalueerd in een gerandomiseerde prospectieve opzet met meetpunten op baseline, direct na de interventie en drie maanden na de interventie. De tweede studie betreft de evaluatie van een kortdurende interventie (*Geen woorden maar daden*) bij 207 recent gediagnosticeerde type 2 diabetes patiënten. Doel van de interventie was deelnemers proactieve copingvaardigheden aan te leren zodat ze beter konden omgaan met hun aandoening (Thoolen, De Ridder, Bensing, Gorter, & Rutten, 2007, 2008). De interventie werd geëvalueerd in een gerandomiseerde prospectieve opzet met metingen op baseline, direct na de interventie en negen maanden na de interventie. De derde studie is een cross-sectionele studie onder 180 jongvolwassenen (18-35 jaar) die meer wilden bewegen. Doel van deze studie was meer inzicht te krijgen in de relatie tussen proactieve coping en het investeren in een gezonde leefstijl door meer te bewegen. Een overzicht van steekproefgegevens wordt gegeven in Tabel 1. Deelnemers in Studie 3 zijn beduidend jonger dan deelnemers in de eerste twee studies. Daarnaast is in Studie 1 het aantal mannen onder-

Tabel 1. Steekproefoverzicht

Studie	N (Baseline)	% man / vrouw	Leeftijd (SD)	Hoogst genoten opleiding	meetmomenten (in maanden)		
					T0	T1	T2
Studie 1 (‘Op weg naar de gouden jaren’)	158	33 / 67	60,5 (5,5)	laag: 32% midden: 30% hoog: 38%	0	1	4
Studie 2 (‘Geen woorden maar daden’)	207	58 / 42	62,3 (5,4)	laag: 43% midden: 43% hoog: 14 %	0	3	12
Studie 3 (‘Sportschoolbezoek’)	180	48 / 52	24,4 (5,4)	laag: 4% midden: 53% hoog: 43%	0	-	-

* laag = lagere school, lbo, vmbo; midden= HAVO, VWO en MBO; hoog = HBO en universitair

vertegenwoordigd en in Studie 2 juist oververtegenwoordigd, terwijl in Studie 3 de sekseverdeling gelijk is. In Studie 2 is het opleidingsniveau van de deelnemers beduidend lager dan in de overige twee studies.

Utrechtse Proactieve Coping Competentie lijst

De UPCC bestaat uit 21 items die betrekking hebben op de proactieve copingvaardigheden die centraal staan in het model van Aspinwall en Taylor (1997) (zie Appendix voor een volledig overzicht van items). Op basis van de vijf fases werd door de auteurs een lijst van items gegenereerd en in overleg aangepast. De vaardigheden uit fasen 2-5 van het model (anticiperen van dreiging, inschatten van de eigen situatie, actie ondernemen en evalueren) staan daarbij meer centraal dan de vaardigheden uit fase 1. De gedachte hierachter is dat het verzamelen van de geëigende middelen om zich een proactieve houding te kunnen veroorloven (fase 1) zich vaak voltrekt over een langere periode die voorafgaat aan het eigenlijke proactieve coping proces. De items werden zodanig geformuleerd dat de gevraagde vaardigheden niet aan specifieke situaties gebonden waren om de schaal breed inzetbaar te houden. De formulering van items werd in twee pilotstudy's met volwassenen van middelbare en oudere leeftijd getest op begrijpelijkheid en formuleringen werden successievelijk verbeterd. Deelnemers wordt gevraagd hun vaardigheden te rapporteren op een 4-puntschaal (1=niet vaardig tot 4=zeer vaardig). Dit resulteert in een gemiddelde score van 1 tot 4. De UPCC werd driemaal gemeten in de twee interventiestudies (Studies 1 en 2) en eenmaal in Studie 3.

Meetinstrumenten om constructvaliditeit te bepalen

Om de constructvaliditeit van de UPCC te bepalen zijn een aantal vragenlijsten afgenomen die betrekking hebben op constructen die verwant zijn aan proactieve coping.

De *Preventieve Coping* schaal van de PCI (9-items) (Greenglass et al., 1999) meet de dispositie om te anticiperen op potentiële stressoren en maatregelen te nemen om te voorkomen dat die stressoren zich daadwerkelijk voordoen en heeft als zodanig betrekking op een proactieve copingstijl. Voorbeelditems zijn 'Ik bereid mezelf voor op tegenslagen' en 'Ik denk vooruit om gevaarlijke situaties te vermijden'. Er is gekozen om een frequentie antwoordformaat te gebruiken (6-puntsschaal van 1=nooit tot 6 = heel vaak). Deze schaal werd in beide interventiestudies gebruikt (Cronbach's alfa .84-.88). We verwachten dat de Preventieve Coping schaal van de PCI en de UPCC positief samenhangen.

De *Temporele Oriëntatie Schaal* (TOS; 15 items) (Jones, Banicky, Lasane & Pomare, 1999) meet de neiging om zich te richten op het verleden, heden of de toekomst. Twee schalen van de TOS (oriëntatie op de toekomst (5-items) en oriëntatie op het verleden (5 items) werden gebruikt in Studie 2. Voorbeelditems zijn 'Ik blijf werken aan een moeilijke en vervelende taak als dat me helpt om vooruit te komen' (toekomst subschaal) en 'Ik denk veel na over vroeger' (verleden subschaal), met als antwoordcategorie 1=helemaal niet kenmerkend tot 6= heel erg kenmerkend voor mij. Cronbach's alfas waren respectievelijk .75 en .84. We verwachten dat de Toekomst-subschaal positief samenhangt met de UPCC en de Verleden-subschaal geen of een negatieve samenhang vertoont.

De *Doeloriëntatie & Planning* schaal (14 items) (Malouff et al., 1990) meet de mate waarin mensen geneigd zijn doelen en plannen voor de toekomst te maken. Voorbeelditem is 'Ik bedenken een plan voor alle belangrijke doelen'. Antwoorden worden gegeven op een 5-puntschaal (1= helemaal niet mee eens tot 5=helemaal mee eens). Dit instrument werd gebruikt in Studie 2 en 3 (Cronbach's alfa in beide studies .87). We verwachten dat deze schaal positief samenhangt met de UPCC.

Als laatste werden twee subschalen gemeten van de *Zelfmanagementvaardigheden schaal* (SMAS; Schuurmans, Steverink, Frieswijk, Buunk, Slaets, & Lindenberg, 2005): 'Initiatief Nemen' en 'Investeren'. Deze subschalen meten met een 6-puntschaal hoe vaak mensen initiatief nemen c.q. investeren in de toekomst om hun persoonlijke doelen te bereiken (1=nooit tot 6= heel vaak). Voorbeelditems zijn 'Hoe vaak neemt u het initiatief om leuke contacten met anderen te hebben?', respectievelijk, 'Zorgt u voor voldoende vaste bezigheden (zoals een hobby) zodat u actief bezig blijft?'. Deze vragenlijst werd gebruikt in Studie 1 (Cronbach's alfa voor beide schalen respectievelijk .74 en .75). We verwachten een positieve samenhang met de UPCC.

Zorgen om de toekomst: Voorts werd nagegaan of een grotere mate van proactieve coping competentie samenhangt met minder zorgen om de toekomst. In Studie 1 werd de neiging om zich zorgen te maken gemeten met de *Penn State Worry Questionnaire* (PSWQ) met 16 items (bijvoorbeeld 'Ik maak me in veel situaties zorgen.') in een 5 punt formaat (1=absoluut niet van toepassing, 5= zeer goed van toepassing) (Molina & Berkovec, 1994). Cronbach's alfa was .94. In Studie 3 werden zorgen omtrent diabetes gemeten met de *Problem Areas In Diabetes survey* (PAID) (Snoek, Power, Welch, & Polonsky, 2000) die betrekking heeft op negatieve emoties ten aanzien van diabetes (20 items;

bijvoorbeeld 'In hoeverre vormt het volgende onderwerp een probleem voor u: u angstig voelen als u denkt aan diabetes' met antwoorden op een 4-puntschaal, 1=helemaal geen probleem tot 4=zeer groot probleem). Cronbach's alfa was .95.

Meetinstrumenten om predictieve validiteit te bepalen

Om de predictieve validiteit van de UPCC te bepalen zijn de volgende vragenlijsten gebruikt, waarbij de verwachting is dat een grotere mate van proactieve coping competentie een positieve samenhang vertoont met deze concepten. Daarbij is gebruik gemaakt van zowel cross-sectionele als longitudinale data.

Gezondheidsgedrag: In Studie 2 werd nagegaan in welke mate een hoge score op de UPCC zich vertaalt in meer diabetes-zelfzorggedrag (dieet, beweging, medicatie) gemeten met de *Summary of Diabetes Self-Care Questionnaire* (Toobert, Hampson, & Glasgow, 2002) die bestaat uit tien items die betrekking hebben op hoeveel dagen per week specifiek zelfzorggedrag wordt uitgevoerd (bijvoorbeeld 'Op hoeveel van de afgelopen 7 dagen heeft u minstens 30 minuten aan lichaamsbeweging gedaan'). Cronbach's alfa was .64. In Studie 3 werd het aantal minuten sporten per week geregistreerd om na te gaan in hoeverre proactieve coping competentie bijdraagt aan het realiseren van bewegingsdoelen.

Realiseren van doelen: De mate waarin mensen naar eigen inzicht hun persoonlijke doelen hadden bereikt werd in alle drie de studies gemeten. In Studie 1 werd met een 3-puntschaal (1=helemaal niet tot 3= geheel) gevraagd of participanten hun doelen hadden gerealiseerd. In Studies 2 en 3 werd deelnemers gevraagd op een 10-puntschaal aan te geven in hoeverre zij een specifiek doel hadden bereikt.

Persoonlijke effectiviteit: In Studie 1 werd de korte versie van de *General Self-Efficacy Scale* (Bosschier & Smit, 1998) gebruikt, die de overtuiging meet gedrag zodanig uit te voeren dat persoonlijke doelen worden bereikt (12 items op een 6-puntschaal van 1= nooit tot 6= heel vaak). Voorbeelditem: 'Wanneer ik besloten heb iets te doen, dan doe ik het ook'. Cronbach's alfa was .77. In Studie 2 werd met de *Self-Efficacy* lijst van Lorig en collega's (Lorig et al., 1996) gevraagd in hoeverre patiënten vertrouwen hadden dat zij een aantal specifieke zelfzorggedragingen konden realiseren (7-puntschaal van 1= helemaal geen vertrouwen tot 7=heel veel vertrouwen). Voorbeelditem: 'Hoeveel vertrouwen heeft u erin dat u kunt bewegen zonder u lichamelijk slechter te voelen?'. Cronbach's alfa was .84. In Studie 3 werd deelnemers op een soortgelijke wijze gevraagd naar hun vertrouwen dat ze in staat waren om regelmatig te sporten.

Analyses Allereerst is met behulp van factoranalyses nagegaan in hoeverre de UPCC een coherente verzameling vaardigheden meet die een onderliggend construct proactieve coping competentie representeert. Vervolgens is de betrouwbaarheid onderzocht aan de hand van de interne consistentie (Cronbach's alfa), split-half en test-hertest betrouwbaarheid. De constructvaliditeit werd bepaald aan de hand van correlaties met constructen die worden verwacht wel (convergente validiteit) of niet (discriminante validiteit) positief samen te hangen met de UPCC; de predictieve validiteit aan de hand van samenhang met variabelen waarvan we verwachten dat ze positief beïnvloed worden door proactieve coping competentie. In alle drie de studies werd eerst gekeken naar samenhang tussen constructen op baseline. Daarnaast was het in studie 1 en 2 mogelijk om longitudinaal te kijken in hoeverre de UPCC respectievelijk persoonlijke effectiviteit, doelrealisatie en gezondheidsgedrag kon voorspellen. Om te bepalen of de UPCC vaardigheden meet die veranderbaar zijn is met een variantie-analyse voor herhaalde metingen onderzocht in hoeverre proactieve copingvaardigheden veranderbaar zijn door educatieve interventies (responsiviteit).

Resultaten

Factorstructuur

De UPCC operationaliseert het model van proactieve coping (Aspinwall & Taylor, 1997) als een reeks van 21 vaardigheden waarvan verwacht wordt dat ze één onderliggende dimensie (proactieve coping competentie) representeren. Met behulp van factoranalyses (principale componenten analyse met varimax rotatie) is in elke steekproef nagegaan of deze veronderstelling juist was. In Studie 1 werd aanvankelijk een 4-factoren oplossing gevonden (Bode et al., 2007) die evenwel niet kon worden gerepliceerd in Studies 2 en 3. Op basis van de scree-plots en de eigenwaardes bleek een 1-factor oplossing het best te passen. De percentages verklaarde variantie voor de eerste factor (eigenwaardes respectievelijk 6,6; 10,1 en 5,8) waren 30,1% (Studie 1), 48,1% (Studie 2) en 26,7% (Studie 3). Deze resultaten laten zien dat de 21 vaardigheden zoals verondersteld één onderliggende dimensie proactieve coping competentie meten.

Betrouwbaarheid

De betrouwbaarheid van de UPCC werd vastgesteld door berekening van Cronbach's alfa (interne consistentie), de split-half correlatie en de test-hertest correlaties. Tabel 2 laat zien dat de interne consistentie in alle drie de studies zeer goed te noemen is en varieert van .83 in

Tabel 2. Betrouwbaarheid

Studie	Gemiddelde (SD)	Cronbach's alfa (baseline data)	Split-half correlatie (baseline data)	Test-hertest betrouwbaarheid controlegroep
Studie 1 (N=143) (‘Op weg naar de gouden jaren’)	2,8 (.36)	,89	$r=.66, p < .01$	T0 – T1: .72 (n=57) T0 – T2: .82 (n=53)
Studie 2 (N=207) (‘Geen woorden maar daden’)	2,9 (.56)	,95	$r=.87, p < .01$	T0 – T1: .63 (n=102) T0 – T2: .45 (n=101)
Studie 3 (N=180) (‘Sportschoolbezoek’)	2,9 (.41)	,83	$r=.80, p < .01$	Nvt

Studie 3 tot .95 in Studie 2. Ook de correlaties van de twee halve lijsten zijn acceptabel, variërend van $r = .66$ in Studie 1 tot $r = .87$ in Studie 2. De test-hertest betrouwbaarheid (ontleend aan de prospectieve data in de controlegroepen van Studie 1 en 2) is goed te noemen wanneer naar consistentie over een tot drie maanden wordt gekeken met $r = .63 - .72, p < .05$ (Studie 1 en 2, To-T1, N=57 respectievelijk 102). De consistentie over vier maanden bleek eveneens goed te zijn in Studie 1 ($r = .82, p < .05, N=53$), en ook nog behoorlijk stabiel over 12 maanden in Studie 2 ($r = .45, p < .05, N=101$). Deze gegevens laten zien dat de betrouwbaarheid van de UPCC goed is. Verder bleken opleiding, geslacht en leeftijd geen invloed te hebben op de scores op de UPCC.

Constructvaliditeit

Gegevens over de constructvaliditeit (zowel convergente als discriminante validiteit) van de UPCC wordt weergegeven in Tabel 3. In deze tabel staan correlaties van de baselinemetingen van de UPCC met een aantal aan de UPCC verwante constructen zoals de Preventieve

Coping schaal van de PCI, de Toekomstschaal van de TOS, de Doeloriëntatie schaal en de twee subschalen van de SMA schaal. De UPCC blijkt goed samen te hangen met alle maten waarvan verondersteld wordt dat ze conceptuele overeenkomst vertonen met de UPCC ($r = .23 - .57, p < .05$), en met name met de twee SMA subschalen die de frequentie van zelfgerapporteerd gedrag meten op het gebied van initiatieven nemen en investeren in de toekomst. Daarmee wordt ondersteuning gevonden voor de convergente validiteit van de UPCC. Om uitspraken te kunnen doen over de discriminante validiteit van de UPCC werden correlaties berekend met constructen waarvan we verwachten dat ze niet of negatief samenhangen met de UPCC: de verleden subschaal van de TOS (aandacht vooral op het verleden gericht) en de mate van zorgen maken om de toekomst. Tabel 3 laat zien de UPCC niet samenhangt met een oriëntatie op het verleden en negatief samenhangt met zorgen om de toekomst ($r = -.22$ tot $-.30, p < .01$). Hieruit kan geconcludeerd worden dat ook steun wordt gevonden voor de discriminante validiteit van de UPCC.

Tabel 3. Convergente en divergente validiteit

Studie	Preventive Coping	TOS toekomst	Doeloriëntatie	SMAS Initiatief	SMAS Investeren	TOS verleden	Zorgen om toekomst
Studie 1 (n=143) (‘Op weg naar de gouden jaren’)	.35**	nvt	nvt	.57**	.53**	nvt	-.30** (a)
Studie 2 (n=207) (‘Geen woorden maar daden’)	.24**	.23**	.32**	nvt	nvt	-.02	-.22** (b)
Studie 3* (n=180) (‘Sportschoolbezoek’)	nvt	nvt	.26**	nvt	nvt	nvt	nvt

* $p < .05$, ** $p < .01$; nvt= niet van toepassing, a = Penn State Worry Questionnaire, b = PAID

Tabel 4. Predictieve validiteit (op basis van baseline data)

Studie	Doelrealisatie	Persoonlijke effectiviteit	Gezondheidsgedrag	BMI
Studie 1 (n=143) (‘Op weg naar de gouden jaren’)	-.01	.49**	nvt	nvt
Studie 2 (n=207) (‘Geen woorden maar daden’)	.40**	.43**	.25** (a)	-.17*
Studie 3 (n=180) (‘Sportschoolbezoek’)	.24**	.33**	.43** (b)	.08

* $p < .05$, ** $p < .01$; nvt= niet van toepassing; a = diabetes zelfzorg; b = aantal minuten sportschoolbezoek

Predictieve validiteit

Om uitspraken te kunnen doen over de predictieve validiteit van de UPCC zijn allereerst de cross-sectionele samenhangen van belang. Daarbij zijn we vooral geïnteresseerd of een hogere score op de UPCC samenhangt met hogere scores op het bereiken van doelen, gezondheidsgedrag en persoonlijke effectiviteit. Uit Tabel 4 blijkt dat een grotere mate van proactieve coping competentie zoals verwacht samenhangt met het bereiken van doelen (in twee van de drie studies), een grotere mate van persoonlijke effectiviteit (alle studies), en meer zelfzorggedrag (Studie 2 en 3). In Studie 2 bleek de UPCC ook voorspellend voor een lagere BMI; dit was niet het geval in Studie 3 (maar in deze studie had slechts 10% overgewicht).

Voor wat betreft de voorspellende waarde van de UPCC maken wij gebruik van de longitudinale data uit Studie 1 en 2 (deze gegevens zijn niet in de tabel opgenomen). Uit Studie 1 blijkt dat proactieve coping competentie gemeten op baseline de persoonlijke effectiviteit drie en vier maanden later voorspelt ($r = .42$, $p < .01$). Er werd geen samenhang gevonden met doelrealisatie, wat mogelijk het gevolg is van de beperkte range aan antwoordcategorieën. In Studie 2 bleek de UPCC gemeten op baseline samen te hangen met doelrealisatie, persoonlijke effectiviteit en gezondheidsgedrag 12 maanden later ($r = .21 - .45$, $p < .01$). Bovendien bleek de UPCC samen te hangen met BMI ($r = .15$, $p < .05$).

Responsiviteit

Een essentieel kenmerk van vaardigheden is dat zij in beginsel zijn te verbeteren. In de twee interventiestudies kregen deelnemers in de experimentele groep een cursus aangeboden die erop gericht was hun proactieve copingvaardigheden te vergroten. In Tabel 5 staan de resultaten van twee herhaalde metingen variantie-analyses waarin de scores op de UPCC van de

controlegroep en de experimentele groep voor en na de interventie werden vergeleken. Uit de significante tijd X groep interacties blijkt dat in beide studies ($N = 108$ respectievelijk 180) de experimentele groepen meer proactieve copingvaardigheden rapporteerden na de cursus in vergelijking met de controlegroepen, waaruit blijkt dat proactieve coping competentie inderdaad veranderbaar is en dus bijdraagt aan onze operationalisatie van proactieve coping in termen van competentie.

Discussie

Het doel van deze studie was om de psychometrische eigenschappen van de Utrechtse Proactieve Coping Competentie lijst in kaart te brengen. De UPCC beoogt proactieve coping te meten als een aantal vaardigheden die ontleend zijn aan het model van Aspinwall en Taylor (1997) en operationaliseert proactieve coping als een competentie. De resultaten laten zien dat de UPCC een betrouwbaar instrument is met een goede validiteit. Het is opvallend dat in alle drie de studies duidelijk naar voren komt dat de verschillende vaardigheden die deel uitmaken van proactieve coping competentie één onderliggend construct meten. Een mogelijke verklaring voor de bevinding dat de verschillende vaardigheden toch een coherente competentie vormen is dat mensen die veel middelen tot hun beschikking hebben ook goed zijn in het identificeren van mogelijke problemen en tevens meer geneigd zijn tot het nemen van maatregelen die er toe bijdragen dat de dreiging van potentiële problemen vermindert. De hoge betrouwbaarheid met Cronbach's alfa's tussen de .83 en .95 onderstreept deze gedachte. Er werd wel enig verschil gevonden tussen de studies met betrekking tot test-hertest betrouwbaarheid, waarbij deze relatief lager uitviel voor de studie met patiënten met nieuw gediagnosticeerde diabetes. Dit heeft mogelijk te maken met

Tabel 5. Responsiveness: effect van interventies op UPCC

Studie	T0	T1	T2	Groep X Tijd interactie	Effectmaat
	Gemiddelde (SD)	Gemiddelde (SD)	Gemiddelde (SD)		η^2
Studie 1 (‘Op weg naar de gouden jaren’)				F(2, 106)=16.3***	.13
Interventie	2.8 (.36)	3.1 (.34)	3.0 (.34)		
Controle	2.8 (.35)	2.9 (.33)	2.9 (.34)		
Studie 2 (‘Geen woorden maar daden’)				F(3,177)=8.7**	.06
Interventie	2.9 (.6)	3.1 (.6)	3.2 (.6)		
Controle	2.9 (.6)	3.0 (.6)	3.0 (.6)		

Groep X Tijd interacties worden beschreven in termen van within subject effecten (** $p < .01$; *** $p < .001$). Effectmaten worden gerapporteerd met partial Eta squared (η^2) voor within subject effects (.06=moderate en .14=groot)

de grote veranderingen die deze patiënten ervaren na hun diagnose, hetgeen de inschatting van hun vaardigheden kan beïnvloeden.

De constructvaliditeit van de UPCC blijkt uit de positieve samenhang met andere relevante schalen, waaronder de preventieve coping subschaal van de PCI, de toekomstschaal van de TOS, de doeloriëntatieschaal en de subschalen van de Self-Management Abilities Scale. De genoemde vragenlijsten pretenderen aspecten als anticipatie, toekomstgerichtheid en planning te meten, concepten die ook centraal staan in het proactieve coping model. Daarnaast blijkt de UPCC negatief samen te hangen met vragenlijsten die zorgen om de toekomst meten, waaruit blijkt dat proactieve coping competentie – zoals voorspeld in het model van Aspinwall en Taylor (1997) – een actieve en probleemoplossende houding ten aanzien van potentieel dreigende gebeurtenissen in de toekomst representeert.

De meerwaarde van de UPCC ligt met name in de operationalisatie van proactieve coping als een verzameling vaardigheden die effectief ingezet kunnen worden bij het nastreven van langetermijndoelen en veranderbaar zijn met gerichte educatieve interventies. Het enig tot nu toe beschikbare instrument om proactieve coping te meten, de PCI, heeft duidelijk gemaakt dat er individuele verschillen zijn in de mate waarin mensen de neiging hebben om zich proactief op te stellen (Greenglass et al., 1999). In onze eigen studies (bijvoorbeeld: Bode et al., 2006, 2007; Thoolen et al., 2007b) vonden wij echter herhaaldelijk dat de PCI-scores niet veranderden in de tijd (hetgeen verwacht

mag worden van een schaal die beoogt disposities te meten) en bovendien weinig voorspellende waarde hadden voor een aantal concepten waarvan verwacht mag worden dat ze beïnvloed zouden worden door proactieve coping (zoals bijvoorbeeld gezondheidsgedrag en de mate waarin men in staat is persoonlijke doelen te realiseren). De UPCC daarentegen bleek wel een goede voorspeller te zijn van deze effectmaten, waaruit mag worden afgeleid dat de UPCC een goede predictieve validiteit heeft. Bovendien bleek uit de analyses van de responsiviteit dat proactieve coping competentie zoals gemeten met de UPCC met gerichte educatieve interventies te veranderen zijn. Deze resultaten bieden ondersteuning aan onze verwachting dat de UPCC (veranderbare en/of aan te leren) vaardigheden meet. Een kritische kanttekening is hier op zijn plaats. De UPCC is een zelfrapportage-lijst en heeft als zodanig, net als andere zelfrapportage-lijsten, een zeker risico op subjectieve vertekening. Voor de meting van veranderingen in proactieve coping competentie verdient het aanbeveling de scores op de UPCC te valideren met andere maten (zoals bijvoorbeeld gedragsmaten of observaties door derden).

Samenvattend is de UPCC een vragenlijst met 21 items die relevant is voor gebruik in onderzoek naar zelfregulatieprocessen alsmede in evaluatie-onderzoek gericht op het meten van effecten van interventies die gerelateerd zijn aan leefstijlverandering en levensfase problematiek. De UPCC blijkt gemakkelijk in te vullen, ongeacht opleiding en leeftijd van de respondenten. Opvallend is dat de gemiddelde score niet significant

verschilt in de populaties van de drie studies en evenmin samenhangt met opleiding, leeftijd of geslacht. Uit deze bevindingen kunnen we concluderen dat de UPCC voor verschillende doelgroepen – ongeacht leeftijd, opleiding of gezondheidstoestand – bruikbaar is. Recente studies laten zien dat de UPCC ook bij allochtone ouderen goed kan worden afgenomen (Dijkstra, 2006; Bode, Drossaert, & Dijkstra, 2007). Evenwel moet worden opgemerkt dat de UPCC tot dusver alleen is onderzocht bij niet-klinische groepen. Of de UPCC ook bruikbaar is voor groepen met specifieke psychopathologie moet in toekomstig onderzoek worden vastgesteld. Niet onbelangrijk om te vermelden is dat de UPCC mogelijkheden biedt voor de klinische praktijk als momentopname van de vaardigheden die mensen tot hun beschikking hebben om potentiële bedreigingen van hun persoonlijke doelen aan te pakken dan wel te voorkomen. Als zodanig biedt de UPCC aanknopingspunten voor interventies om mensen te ondersteunen om hun persoonlijke doelen te realiseren, en daarmee hun welbevinden te verhogen. In onze studies is niet gekeken naar de samenhang tussen proactieve coping en welbevinden. Echter, uit meerdere studies blijkt dat mensen die in staat zijn hun toekomst in te schatten en die ook daadwerkelijk vorm te geven wel degelijk van een hoger welbevinden en beter lichamelijke en mentale gezondheid genieten (Aspinwall, 2005).

Literatuur

- Aspinwall, L.G. (2005). The Psychology of future-oriented thinking: from achievement to proactive coping, adaption and aging. *Motivation and Emotion*, 29, 203-234.
- Aspinwall, L. G., & Taylor, S. E. (1997). A stitch in time: Self-regulation and proactive coping. *Psychological Bulletin*, 121, 417-436.
- Bode, C., & Ridder, D.T.D. de (2007). Investing in the future – identifying participants in an educational program for middle-aged and older adults. *Health Education Research*, 22, 473-482.
- Bode, C., Drossaert, C.H.C., & Dijkstra, E. (2007). Een verkennende studie naar de beleving van het eigen ouder worden onder Turkse en Hindoeestaans-Surinaamse ouderen in Den Haag, *Epidemiologisch Bulletin*, 42, 26-32.
- Bode, C., Ridder, D.T.D. de, Kuijter, R.G., & Bensing, J.M. (2007). Effects of an intervention promoting proactive coping competencies in middle and late adulthood. *The Gerontologist*, 47, 42-51.
- Bode, C., Ridder, D.T.D. de, Bensing, J.M. (2006). Preparing for aging: Development, feasibility and preliminary results of an educational program for midlife and older based on proactive coping theory. *Patient Education and Counseling*, 61, 272-278.
- Dijkstra, E. (2006). *Oud worden in Nederland*. Masterthesis Toegestuurde Communicatiewetenschap, Universiteit Twente, Enschede.
- Greenglass, E., Schwarzer, R., Jakubiec, D., Fiksenbaum, L., & Taubert, S. (1999). The Proactive Coping Inventory (PCI): A multidimensional research instrument. Paper presented at the 20th International Conference of the Stress and Anxiety Research Society (STAR), Cracow, Poland, July 12-14, 1999. available online: <http://www.psych.yorku.ca/greenglass/pci.doc>.
- Jones, J.M., Banicky, L., Lasane, T.P., & Pomare, M. (1999). *A temporal orientation scale: Focusing attention on past, present and future*. Unpublished manuscript, University of Delaware.
- Jones, P.R., Aspinwall, L.G., & Sechrist, G.B. (2007). Expect the best and prepare for the worst: Anticipatory coping and preparations for Y2K. *Motivation and Emotion*, 29, 353-384.
- Lachman, M.E., & Prenda Firth, K.M. (2004). The adaptive value of feeling in control during midlife. In O.G. Brim, C.D. Ryff, & R.C. Kessler (Eds.), *How healthy are we? A national study on well-being at midlife* (pp. 320-349). Chicago: The University of Chicago Press.
- Lorig, K., Stewart, A., Ritter, P., Gonzales, V., Laurent, D., & Lynch, J. (1996). *Outcome measures for health education and other health care interventions*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Malouff, J., Schutte, N., Bauer, M., Mantelli, D., Pierce, B., Cordova, G., & Reed, E. (1990). Development and evaluation of a measure of the tendency to be goal oriented. *Personality and Individual Differences*, 11, 1191-1200.
- Maes, S., Leventhal, H., & Ridder, D. de (1996). Coping with chronic disease. In M. Zeidner & N.S. Endler (Eds.), *Handbook of Coping Theory, research, applications* (pp. 221-251). New York: Wiley.
- Molina, S. & Berkovec, T.D. (1994). The Penn State Worry Questionnaire: Psychometric properties and associated characteristics. In G. Davey & F. Tallis (Eds.), *Worrying: Perspectives on theory, assessment and treatment* (pp. 265-283). Sussex: Wiley.
- Schuermans, H., Steverink, N., Frieswijk, N., Buunk, B.P., Slaets, J.P.J., & Lindenberg, S. (2005). How to measure self-management abilities in older people by self-report. The development of the SMAS-30. *Quality of Life Research*, 14, 2215-2228.
- Silver, R.C., & Holman, E.A. (2007). Future-oriented thinking and adjustment in a nationwide longitudinal study following the September 11th terrorist attacks. *Motivation and Emotion*, 29, 385-406.
- Snoek, F. J., Power, F., Welch, G. W., & Polonsky, W. H. (2000). Diabetes related distress and Dutch and US American diabetic patients. Cross-cultural validation of the problem areas in diabetes survey (PAID). *Diabetes Care*, 23, 1305-1309.
- Thoolen, B.J., Ridder, D. de, Bensing, J., Gorter, K., & Rutten, G. (2007a). Who participates in diabetes self-management interventions? Issues of recruitment and retainments, *The Diabetes Educator*, 33, 465-474.
- Thoolen, B.J., Ridder, D. de, Bensing, J., Gorter, K., & Rutten, G. (2007b). Effectiveness of a self-management intervention in

patients with screen-detected Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*, 30, 2832-2837.

Thoolen, B., Ridder, D. de, Bensing, J., Rutten, G., & Gorter, K. (2008). Beyond good intentions: The development and evaluation of a proactive self-management course for patients recently diagnosed with type 2 diabetes. *Health Education Research*, 23, 53 - 61.

Thoolen, B.J., Ridder, D. de, Bensing, J., & Rutten, G. (in press). Beyond good intentions: the role of proactive coping in achieving sustained behavioral change in the context of diabetes management. *Psychology & Health*.

Toobert, D.J., Hampson, S.E., & Glasgow, R.E. (2000). The summary of diabetes self-care activities measure: results from 7 studies and a revised scale. *Diabetes Care*, 23, 943-950.

APPENDIX

Items van de Utrechtse Proactieve Coping Competentie lijst

In hoeverre beschikt u over de volgende vaardigheden? Omcirkel s.v.p. het juiste antwoord.

1. Toekomstige ontwikkelingen inschatten	1-----2-----3-----4
2. Vooruitkijken	1-----2-----3-----4
3. Eerste tekenen herkennen als iets fout dreigt te gaan	1-----2-----3-----4
4. Open staan voor commentaar van anderen	1-----2-----3-----4
5. Mijn eigen mogelijkheden en kansen zien	1-----2-----3-----4
6. Mijn eigen belemmeringen zien	1-----2-----3-----4
7. Mijn omgeving inschatten	1-----2-----3-----4
8. Duidelijk formuleren wat ik wil bereiken	1-----2-----3-----4
9. Mijn wensen in plannen vertalen	1-----2-----3-----4
10. Realistische plannen maken	1-----2-----3-----4
11. Andere mensen om raad vragen	1-----2-----3-----4
12. Oplossingen vinden	1-----2-----3-----4
13. Alternatieven bedenken als een oplossing niet werkt	1-----2-----3-----4
14. Echt doen wat ik van plan was	1-----2-----3-----4
15. Volhouden	1-----2-----3-----4
16. Steun zoeken als het moeilijk wordt	1-----2-----3-----4
17. Nagaan of ik bereikt heb wat ik wilde bereiken	1-----2-----3-----4
18. Positieve kanten aan een tegenslag zien	1-----2-----3-----4
19. Leren van tegenslag	1-----2-----3-----4
20. Erbij stil staan als iets goed gaat	1-----2-----3-----4
21. Mijzelf belonen als iets lukt	1-----2-----3-----4

1= niet vaardig

2 = nauwelijks vaardig

3 = vaardig

4 = zeer vaardig