
Adolescenten met een visuele beperking: peer support, stigma
en zelfdeterminatie als voorspellers voor acceptatie van de
beperking

Anne Marjolein de Jonge

Studentnummer: 2528845

Begeleider: dr. Sabina Kef

Begeleider dataverzameling: Eline Heppe, MSc

Bachelorthese Orthopedagogiek

Juni 2015

Vrije Universiteit Amsterdam

Inhoudsopgave

Abstract	3
Samenvatting	4
1. Inleiding	5
1.1 Aanleiding	5
1.2 Doelstelling en relevantie	6
2. Theoretisch kader	6
2.1 Zelfdeterminatie	6
2.2 Adolescentie	8
2.3 Visuele beperking	9
2.4 Acceptatie van de beperking	10
2.5 Peer support	11
2.6 Stigma	13
2.7 Onderzoeksvragen en hypothesen	14
3. Methode	16
3.1 Procedure	16
3.2 Ethische toetsing	17
3.3 Participanten	17
3.4 Meetinstrumenten	18
3.4.1 Peer support	18
3.4.2 Stigma	18
3.4.3 Zelfdeterminatie	19
3.4.4 Acceptatie van de beperking	19
3.5 Data-analyse	20
4. Resultaten	21
4.1 Voorbereidende analyses en beschrijvende statistiek	21
4.2 Correlaties	22
4.3 Regressieanalyse	23
5. Discussie	24
5.1 Conclusie	24
5.2 Sterke en minder sterke punten	28
5.3 Aanbevelingen	28
Literatuurlijst	30

Abstract

The present study examined the relationships between peer support, stigma, self-determination and acceptance of the impairment. In addition, the study examined the importance of peer support, stigma and self-determination for acceptance of the impairment. 58 adolescents with a visual impairment, aged 14 to 22 years, were included. All adolescents were interviewed by trained interviewers. The *Pearson Product-Moment Correlation Coefficient* revealed that peer support was related positively to self-determination, stigma was negatively related to self-determination and to acceptance of the impairment. Self-determination was positively related to acceptance of the impairment. Several multiple regression analyses were conducted. Stigma and self-determination proved to be predictors for acceptance of the impairment. Self-determination also appeared to be a partial mediator between stigma and acceptance of the impairment and buffered the impact of stigma on the acceptance of the impairment. Increasing self-determination may be an effective way of reducing negative influences of stigma.

Samenvatting

De adolescentiefase is een periode vol veranderingen. Jongeren met een visuele beperking kunnen dit als een lastige periode ervaren. Zij zijn anders dan jongeren zonder (visuele) beperking, maar de meeste van hen zouden graag tussen hun leeftijdgenoten passen. Deze B-these is onderdeel van een groter onderzoek naar de sociale participatie van jongeren met een visuele beperking. Het doel van deze B-these is om te ontdekken in welke mate de variabelen peer support, stigma en zelfdeterminatie en acceptatie van de beperking met elkaar samenhangen en in hoeverre peer support, stigma en zelfdeterminatie voorspellers zijn van de acceptatie van de beperking. Aan dit onderzoek namen 58 jongeren deel in de leeftijd van 14 tot 22 jaar. Zij hadden allen een visuele beperking. Deze jongeren werden geïnterviewd en de antwoorden die zij gaven, werden gebruikt om de analyses mee uit te voeren. Er werden correlaties berekend en enkele multipiele regressieanalyses gedaan. Hieruit bleek dat peer support en zelfdeterminatie positief met elkaar samenhangen. Zelfdeterminatie en acceptatie van de beperking hingen ook positief met elkaar samen. Stigma en zelfdeterminatie hingen negatief met elkaar samen en ook stigma en acceptatie van de beperking hingen negatief met elkaar samen. Significante voorspellers voor acceptatie van de beperking waren stigma en zelfdeterminatie. Er was sprake van een partiële mediatie tussen stigma, zelfdeterminatie en de acceptatie van de beperking. Zelfdeterminatie bleek een beschermende factor te zijn en kon mogelijk de negatieve gevolgen van stigma reduceren. Vervolgonderzoek is nodig om nuances aan te brengen tussen bijvoorbeeld jongens en meisjes en om beter te kunnen generaliseren.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

Elke dag naar school of werk gaan, deelnemen aan activiteiten en contact hebben met anderen is voor veel jongeren vaak de normaalste zaak van de wereld. Dit wordt sociale participatie genoemd. Sociale participatie betekent het actief en naar wens kunnen deelnemen aan de samenleving. De sociale participatie heeft betrekking op drie domeinen, namelijk werk/school, vrijetijdsbesteding en sociale relaties. Uit onderzoek blijkt dat jongeren die participeren in sociale activiteiten meer betrokken zijn bij de samenleving en ook meer verantwoordelijkheid nemen dan hun leeftijdgenoten die minder participeren in sociale activiteiten (Flanagan, Gill & Gallay, 2005). Het actief deelnemen aan de samenleving is niet voor iedereen vanzelfsprekend. Jongeren met een visuele beperking kunnen uitdagingen of barrières ervaren in hun sociale leven (Gold, Shaw & Wolffe, 2010). Zij lijken meer deel te nemen aan passieve of middelmatige sociale activiteiten. Voor jongeren met een visuele beperking kan sociale participatie dus lastiger zijn.

Sinds 1994 wordt er aan de Universiteit van Amsterdam, en later aan de Vrije Universiteit Amsterdam, onderzoek gedaan naar jongeren met een visuele beperking. In de eerste jaren lag de focus vooral op de sociale contacten, sociale steun en de psychosociale ontwikkeling van blinde en slechtziende jongeren. Uit later onderzoek vanaf 2003, bleek dat er meer behoefte was om aandacht te besteden aan de persoon als geheel en niet slechts aandacht voor de visuele beperking te hebben. Vervolgonderzoek, vanaf 2009, richtte zich voornamelijk op ouderschap. Uit de resultaten van deze studies bleek dat veel jongeren met een visuele beperking moeilijkheden ondervonden op de domeinen van sociale participatie, namelijk school/werk, vrijetijdsbesteding en sociale relaties (Kef, Hox & Habekothé, 2000; Kef, 2006; Kef, 2013).

Aan de Vrije Universiteit in Amsterdam wordt momenteel door promovenda Eline Heppe en onder leiding van dr. Sabina Kef onderzoek gedaan naar de sociale participatie van adolescenten met een visuele beperking. Het eerste deel van het onderzoek bestaat uit het interviewen van jongvolwassenen met een visuele beperking. Het tweede deel van het onderzoek is gericht op het aantonen van de effectiviteit van de interventie. Deze interventie heet *Mentor Support*. Door middel van het koppelen van mentoren aan jongeren met een visuele beperking wordt getracht de sociale participatie van de jongeren te vergroten. Door het aangaan van een relatie met een jongere voor een jaar of langer, blijken zowel het gedrag van de jongere, als de academische en psychosociale vaardigheden te verbeteren (Grossman

& Rhodes, 2002). De mentor functioneert als rolmodel die de jongere emotioneel steunt en positieve feedback geeft.

1.2 Doelstelling en relevantie

Deze bachelorthese is een klein onderzoek binnen het onderzoek van promovenda Eline Heppe en dr. Sabina Kef. Het doel van deze B-these is om te ontdekken of de variabelen peer support, stigma en zelfdeterminatie voorspellers zijn van acceptatie van de visuele beperking. Ook wordt onderzocht of zelfdeterminatie een mediërend effect heeft op de acceptatie van de beperking.

Deze onderzoeksuitkomsten kunnen mogelijk bijdragen aan het vergroten van de acceptatie van de beperking. Als er meer duidelijkheid is over de voorspellers, kan de acceptatie van de beperking mogelijk vergroot worden bij jongeren met een visuele beperking. Het belang van zelfdeterminatie als mediator kan dan onder de aandacht gebracht worden. Ouders kunnen bijvoorbeeld jongeren met een visuele beperking meer vrijheid geven om zelf beslissingen te nemen, stimuleren om meer activiteiten te ondernemen en stimuleren om meer relaties aan te gaan met peers. Bovendien kan meer kennis over visuele beperkingen ertoe bijdragen dat mensen minder stigmatiserend omgaan met jongeren met een visuele beperking. Dit kan mogelijk ook bijdragen aan een hogere mate van acceptatie van de beperking. Als laatste is vooral onderzoek naar de mate van zelfdeterminatie bij jongeren met een visuele beperking van belang, omdat hier nog een gat is in de theorie. Nieuwe informatie kan hier dus tot nieuwe inzichten leiden en mogelijk aanzetten tot vervolgonderzoek.

2. Theoretisch kader

2.1 Zelfdeterminatie

Ieder mens heeft bepaalde basisbehoeften die belangrijk zijn voor het welzijn, bijvoorbeeld de behoefte om te eten. Ieder mens heeft ook enkele psychologische basisbehoeften, namelijk de behoefte tot autonomie, de behoefte tot competentie en de behoefte tot verbondenheid (Chen et al., 2014). Het zou universeel geldend zijn dat de bevrediging van deze drie behoeften essentieel is voor het menselijk floreren. In de *zelfdeterminatie theorie* (ZDT) staan deze drie basisbehoeften centraal. Deze theorie gaat ervan uit dat de *satisfaction* (bevrediging) van de drie basisbehoeften noodzakelijk is om potenties te verwezenlijken, om te floreren en om beschermd te blijven tegen maladaptief

functioneren (Van den Broeck, Vansteenkiste, De Witte & Lens, 2008). Wanneer er niet voldaan wordt aan deze behoeften is er sprake van *frustration* (onthouding), wat het tegenovergestelde van welzijn is en zelfs psychopathologie tot gevolg kan hebben (Vansteenkiste & Ryan, 2013; Chen et al., 2014).

De zelfdeterminatie theorie legt de focus op de invloed van het sociale milieu, attituden, waarden, motivaties en gedragingen (Deci & Ryan, 2011). De theorie gaat ervan uit dat organismen van nature actief, intrinsiek gemotiveerd zijn en zich richten op natuurlijke ontwikkeling. Hoewel deze eigenschappen al van nature in de mens zitten en niet aangeleerd hoeven te worden, ontwikkelen ze wel door de tijd. De zelfdeterminatie theorie maakt ook nog een belangrijk onderscheid waar het gaat om motivatie. Er wordt onderscheid gemaakt tussen *autonomous motivation* en *controlled motivation* (Deci & Ryan, 2008). Autonomous motivation is een vorm van intrinsieke motivatie. Als iemand autonoom gemotiveerd is, ervaart hij wilskracht bij het uitvoeren van zijn taken. Bij controlled motivation ervaart iemand druk om iets te doen, en is het niet de vrije wil die overheerst. Voorwaarden om een intrinsieke motivatie te hebben zijn satisfactie van zowel de basisbehoefte autonomie als de basisbehoefte competentie (Niemic & Ryan, 2009).

In deze B-these vormen de drie basisbehoeften gezamenlijk het concept zelfdeterminatie. Het begrip autonomie duidt op het zelf kunnen beslissen, het hebben van volledige bereidheid en het vrij handelen bij het uitvoeren van een activiteit (Chen et al., 2014). Het gevoel van vrije wil kan worden bereikt door de mogelijkheid te krijgen om keuzes te maken over persoonlijke kwesties (Van den Broeck, Vansteenkiste, De Witte, Lens & Andriessen, 2009). Wanneer er echter op het gebied van autonomie frustration optreedt, zorgt dat ervoor dat iemand zich gecontroleerd voelt door externe bronnen (Chen et al., 2014). Uit onderzoek van Black en Deci (2000) blijkt dat het belangrijk is dat jongeren een autonome motivatie hebben. Dit zorgt er namelijk voor dat zij een meer positieve ervaring hebben met de taak die ze moeten uitvoeren, dat ze zich ook competentier voelen, dat ze meer plezier hebben in het uitvoeren van de taak en dat ze ook minder angst ervaren. Ook blijkt dat jongeren die zich afhankelijk voelen van anderen, en zich dus niet autonoom voelen, een lagere zelfwaardering hebben, meer gevoelens van eenzaamheid ervaren en een lager welbevinden hebben (Kef, 2009).

Competentie betekent het doeltreffend omgaan met de omgeving. Dit is het exploreren, begrijpen en beheersen van het milieu waarin een individu verkeert (Van den Broeck, Vansteenkiste, De Witte, Lens & Andriessen, 2009). Het ervaren van satisfaction

zorgt voor het gevoel van competent zijn om doelen te bereiken, terwijl het gebrek hieraan gevoelens van falen met zich meebrengt (Ryan, 1995).

Verbondenheid verwijst naar het verlangen om positieve relaties aan te gaan, oprecht contact te hebben, zich geliefd te voelen en zichzelf en anderen te verzorgen. Wanneer dit niet voldoende gebeurt, ontstaat er een gevoel van uitsluiting en eenzaamheid (Ryan, 1995). Bij jongeren met een visuele beperking kan het ervaren van problemen met intieme relaties ervoor zorgen dat diegene zich op latere leeftijd minder gelukkig voelt en niet tevreden is met de sociale contacten en intieme relaties (Van Weenen, 2005).

2.2 Adolescentie

In deze B-these wordt onderzoek gedaan naar jongeren in de leeftijd van 14 jaar tot 22 jaar. Deze jongeren zitten allemaal in de adolescentiefase of jongvolwassenheid. De adolescentie is een periode tussen de kindertijd en de volwassenheid (Ploegmakers-Burg & Stortelder, 2008). De adolescentiefase loopt van 12 jaar tot 18 jaar. Dit is een periode vol veranderingen. De adolescentiefase wordt ook vaak gezien als een fase waarin jongeren hun identiteit bepalen. Erikson ontwikkelde een belangrijke theorie over de ontwikkelingsstadia van de mens en introduceerde deze in 1959. Volgens hem ontstaat er in de adolescentiefase een identiteitscrisis, die opgelost dient te worden door het maken van keuzes op verschillende domeinen, met betrekking tot de toekomst (Meeus & Deković, 1995). Jongeren beginnen op deze manier steeds meer na te denken over zichzelf en over relaties. Zo vormt de adolescent langzaam een eigen identiteit.

De adolescentie is onderverdeeld in verschillende perioden. In de vroege adolescentie vinden er vooral fysieke en seksuele veranderingen plaats, in de middenadolescentie is vooral het contact met leeftijdgenoten en de identiteitsontwikkeling belangrijk. In de late adolescentie wordt er voornamelijk een eigen leven opgebouwd en maakt de adolescent zich los van zijn ouders (Ploegmakers-Burg & Stortelder, 2008). Hierna komt de periode van de jongvolwassenheid. Dit is in de leeftijdsfase van 18 jaar tot 25 jaar en wordt ook wel de verlengde adolescentie genoemd (Kef, 2006). In deze periode experimenteren jongeren bewust om hun status te bepalen.

In de adolescentiefase worden jongeren, dankzij hun ouders, steeds meer autonoom. Ze worden onafhankelijker en leren meer hun eigen beslissingen te nemen (Meeus & Deković, 1995). Bovendien worden adolescenten steeds minder in de gaten gehouden door hun ouders of andere volwassenen. Ze krijgen over het algemeen meer vrijheid en onafhankelijkheid en mogen hun eigen standaarden hanteren met betrekking tot bijvoorbeeld

seksualiteit (Sacks & Wolffe, 2006). De rol van de ouders verandert hierdoor ook. Zij worden minder belangrijk voor adolescenten. Er vindt een verschuiving plaats van ouder-kindrelatie naar kind-peerrelatie. De ouder-kindrelatie is asymmetrisch en complementair. De kind-peerrelatie is symmetrisch en wederkerig (Sacks & Wolffe, 2006). De plaats van de ouders wordt ingenomen door vrienden en later mogelijk door een partner. Ook gaan adolescenten meer communiceren met hun leeftijdgenoten. Deze interactie is gebaseerd op gelijkwaardigheid, omdat niemand gezag heeft over een ander (Meeus & Deković, 1995).

2.3 Visuele beperking

In deze B-these wordt onderzoek gedaan naar adolescenten met een visuele beperking. Iemand heeft een visuele beperking wanneer hij slechtziend of blind is. Het proces van zien is een complex proces. Het gaat om een combinatie van optische, neurale en cognitieve processen (Hofman, Swartjes & Koevoets, 2005). Er kan in elk van deze processen een stoornis optreden, waardoor een visuele beperking kan ontstaan. Het is mogelijk dat er een beschadiging zit in het oog zelf, maar deze beschadiging kan ook in de hersenen zitten. Hierdoor kunnen visuele prikkels niet goed worden verwerkt, waardoor er sprake kan zijn van een visuele beperking.

Naast verschillende oorzaken in het ontstaan van een visuele beperking, kunnen er ook verschillen zijn in de manier waarop de visuele beperking zich manifesteert. Er kunnen zich problemen voordoen op het gebied gezichtsscherpte en op het gebied van het gezichtsveld. Gezichtsscherpte wordt de visus genoemd. De visus is 'het vermogen tot visuele discriminatie van een fijn detail' (Hofman, Swartjes & Koevoets, 2005, p.65). Het gaat om het onderscheidingsvermogen en om het scherp kunnen zien. Iemand die goed ziet, heeft een visus van 1.0. Bij gezichtsveld gaat het om de totale openingshoek (Vreeken, Van Rens, Limburg & Van Nispen, 2011). Dit is het gebied wat iemand kan zien wanneer hij recht vooruit kijkt. Dit wordt aangegeven in graden. Iemand die goed ziet heeft een gezichtsveld van 160-170 graden. In Tabel 1 zijn de criteria te vinden voor slechtziendheid en blindheid, opgesteld door de *World Health Organisation* (WHO). De WHO maakt gebruik de *International Classification of Diseases* (ICD), waarin aandoeningen systematisch zijn geordend (Limburg, 2007).

Tabel 1. *Visuele beperkingen (ICD-10, versie 2007)*

	Visus met beste correctie	Gezichtsveld
Normaal ziend	≥ 0.3	$\geq 30^\circ$
Slechtziend	< 0.3 en ≤ 0.1	< 30 en $\geq 10^\circ$
Blind	< 0.05	$< 10^\circ$

De internationaal geldende definitie van slechtziendheid luidt 'verminderd waarnemen door afname van de gezichtsscherpte, door gedeeltelijke uitval van het gezichtsveld of door een combinatie van beide' (Hofman, Swartjes & Koevoets, 2005, p. 65). Er is sprake van slechtziendheid wanneer de problemen met het gezichtsvermogen niet met een bril, medicijnen, een operatie of een laserbehandeling op te lossen zijn. Hierbij geldt dat de gezichtsscherpte van het beste oog slechter is dan 30% of het gezichtsveld kleiner is dan 30° , na correctie door een bril. Het begrip blindheid wordt gebruikt voor mensen met een visus van minder dan 0.05, of een gezichtsveld van minder dan 10° bij het beste oog (Limburg, 2007). Mensen die blind zijn hebben nauwelijks lichtbesef en zijn grotendeels afhankelijk van andere zintuigen dan de ogen.

Naast het onderscheid tussen slechtziendheid en blindheid, kan er ook onderscheid gemaakt worden in de onset van de visuele beperking. De visuele beperking kan aangeboren zijn of pas op latere leeftijd zijn ontstaan. Bovendien kan de visuele beperking stabiel of progressief zijn.

2.4 Acceptatie van de beperking

Adolescenten met een visuele beperking voelen zich vaak anders dan hun leeftijdgenoten zonder visuele beperking. Ze kunnen niet alles wat anderen wel kunnen. Door de beperking te accepteren, kan een persoon, ondanks dat hij anders is, toch tevredenheid vinden in de activiteiten die hij wel kan uitvoeren, zonder dat hij de activiteiten die een persoon zonder beperking doet, idealiseert (Li & Moore, 1998). Het is dus belangrijk om de beperking te accepteren, maar ook om de mogelijkheden te zien die iemand nog wel heeft (Tuttle & Tuttle, 2004).

Het accepteren van de beperking is een proces en verloopt in verschillende fasen. Dit is echter geen lineair proces, maar een dynamisch proces dat bij iedereen anders verloopt. Er zijn verschillende aspecten die het proces beïnvloeden, bijvoorbeeld de leeftijd waarop de beperking zich manifesteerde en de mate van de visuele beperking. De acceptatie van de beperking is niet compleet wanneer alle fasen zich voltrokken hebben. Het is een levenslang proces. De verschillende stadia van het proces worden kort beschreven. Als iemand een

visuele beperking heeft, kan er het besef zijn dat hij anders is dan anderen. Ook kunnen er momenten zijn waarin de adolescent het liefste de situatie waarin hij zit ontkent. Daarnaast kan er een fase van verdriet zijn, waarin degene met de visuele beperking medelijden voelt met zichzelf. Verder kan er een periode zijn waarin de jongere met de visuele beperking onvermogen voelt om bepaalde dingen te doen. Er kan echter ook een fase zijn waarin nagedacht wordt over doelen voor het leven. Er ontstaat weer verlangen om van het leven te genieten. De fase waarin er gevoelens van competentie ervaren worden, is een laatste fase. Er kan meer zelfvertrouwen ontstaan en daarmee een hogere mate van acceptatie van de beperking (Tuttle & Tuttle, 2004).

Het is belangrijk voor jongeren met een visuele beperking om de beperking te accepteren. De mate van acceptatie hangt namelijk positief samen met de mate van zelfwaardering en welbevinden en hangt negatief samen met de mate van eenzaamheid (Kef, 2006). Een hogere mate van acceptatie van de beperking zorgt er ook voor dat iemand zich meer onderdeel van de maatschappij voelt (Li & Moore, 1998). Jongeren die het lastiger vinden om de visuele beperking te accepteren, voelen zich meer afhankelijk van anderen (Kef, 1999). Gelukkig blijkt dat de mate van acceptatie van de beperking bij een groot deel van de jongeren niet alarmerend is en dat zij zelfs een hoge mate van acceptatie van de beperking hebben (Kef, 1999; Kef, 2006; Kef & Bos, 2006). Jongeren met een stabiele stoornis lijken echter wel hoger te scoren op de mate van acceptatie van de beperking dan jongeren met een progressieve visuele beperking.

2.5 Peer Support

Sociale steun wordt gedefinieerd als informatie die ertoe leidt dat een persoon gelooft dat er om hem gegeven wordt, dat hij geliefd en gewaardeerd is en dat hij tot een netwerk behoort van wederzijdse verbintenissen (Cobb, 1976). Het ontvangen van sociale steun is belangrijk, vooral in de periode van adolescentie (Kef & Deković, 2004). In die fase vinden er veel veranderingen plaats, zowel bij de jongere zelf als in de omgeving. Juist in deze periode willen jongeren erbij horen en niet anders zijn dan hun leeftijdgenoten. Het ontvangen van sociale steun kan bijdragen aan een hogere mate van welzijn. Sociale steun hangt bijvoorbeeld samen met een lagere mate van depressie en angst (Zimet, Dahlem, Zimet & Farley, 1988).

Sociale steun is dus belangrijk voor jongeren, voornamelijk steun van peers. Een peer is het Engelse woord voor 'gelijke'. Dit is een leeftijdgenoot, met dezelfde status en dezelfde mogelijkheden. Deze relatie is gelijkwaardig en niemand heeft gezag over een ander (Meeus & Deković, 1995).

Uit onderzoek van Pfeiffer en Piquart (2011) blijkt dat jongeren met een visuele beperking meer moeite hebben met het behoren tot een peer groep of het opbouwen van intieme relaties. Sociale vaardigheden zijn lastiger te ontwikkelen door gebrek aan non-verbale communicatie. Een visuele beperking kan de kwaliteit van relaties bedreigen, terwijl de relatie met anderen tegelijkertijd een belangrijk is element om met de visuele beperking om te gaan (Kef, 1999).

Jongeren met een visuele beperking hebben een netwerk van gemiddeld 15 personen. Dit is een kleiner netwerk dan jongeren zonder visuele beperking hebben. Zij noemen gemiddeld 20 personen (Kef, 2009). Bovendien brengen jongeren met een visuele beperking minder vrije tijd door met hun leeftijdgenoten dan jongeren zonder visuele beperking (Aro & Huurre, 2000; Kef, Habekothé & Hox, 1998). Het verlangen om meer contact te hebben met leeftijdgenoten is vaak wel aanwezig (Kef, 2006). Ook het verlangen naar een groter netwerk met meer mensen die steun bieden, is aanwezig bij veel jongeren met een visuele beperking (Kef, 1999). Bovendien zouden ze meer vrije tijd door willen brengen met peers, in het bijzonder met goedziende peers. Het contact met peers is noodzakelijk om het gevoel te hebben erbij te horen en om steun van hen te ontvangen. De behoefte van jongeren met een visuele beperking aan peer support weerspiegelt de behoefte om onafhankelijk te zijn van hun ouders, het verlangen om zo normaal mogelijk te leven en tussen andere adolescenten zonder visuele beperking te passen (Kef & Deković, 2004). Een opmerkelijk resultaat uit onderzoek van Kef (2006) was echter de relatie tussen een hoge mate van peer support en een lage mate van acceptatie van de beperking.

De relatie met peers en peer support blijken krachtige voorspellers te zijn voor het welzijn en zelfvertrouwen van jongeren met een visuele beperking (Kef & Deković, 2004; Aro & Huurre, 2000; Huurre, 2000). Adolescenten met een visuele beperking ontvangen echter meer steun van ouders dan van peers. Er zijn echter ook onderzoeken waaruit blijkt dat adolescenten met een visuele beperking minder sociale steun krijgen, maar dat de steun die zij van peers ontvangen niet minder is (Kef, 2002). Het vinden van een beste vriend die de jongere met de visuele beperking steunt, is vaak niet moeilijker dan voor jongeren zonder visuele beperking. Ook uit onderzoek van Piquart en Pfeiffer (2011) blijkt dat het erkend worden door peers lastiger is dan het vinden van een beste vriend die in staat is om steun te bieden. Uit onderzoek van Kef, Habekothé en Hox (1998) blijkt echter dat de kwaliteit van de relatie belangrijker is dan de kwantiteit. Ondanks dat de support van peers en anderen niet optimaal is, blijkt een meerderheid van de adolescenten met een visuele beperking toch tevreden te zijn met de steun die zij ontvangt (Kef, 1999; Kef & Deković, 2004).

2.6 Stigma

Jongeren met een visuele beperking kunnen te maken krijgen met stigmatiserende reacties van mensen uit de omgeving. Stigmatisering is de toeschrijving van afwijkende of ongewenste kenmerken aan een persoon of aan een groep dat negatieve reacties doet ontstaan bij anderen (Fiesler, Lechner & Bos, 2008). Dit maakt iemand tot een afwijkend, besmet, beperkt of ongewenst persoon (Jones et al., 1984).

Een beperking of aandoening kan zowel negatieve als prosociale reacties uitlokken. Iemand kan het gevoel krijgen de persoon met (visuele) beperking te willen helpen, maar aan de andere kant wil hij deze persoon liever vermijden (Dijker & Koomen, 2003). Er treden dan twee emoties op: medelijden en boosheid. Medelijden verkleint de mate van afwijzing en boosheid roept de vijandigheid jegens de persoon met de visuele beperking op. De boosheid neemt toe naarmate de persoon met de beperking gezien wordt als persoonlijk verantwoordelijk voor de beperking die hij heeft. Openheid over de beperking zorgt ervoor dat anderen degene met de visuele beperking juist positiever beoordelen en meer sociale steun bieden (Fiesler et al., 2008).

Scambler en Hopkins maken bij stigma onderscheid tussen twee aspecten: *enacted stigma* en *felt stigma*. Enacted stigma verwijst naar de omgeving die handelt naar de beperking van de persoon. Felt stigma verwijst naar de negatieve gevoelens die de persoon met een visuele beperking werkelijk ervaart en die hij ook relateert aan zijn beperking (Hess, 2010). In deze B-these wordt voornamelijk gekeken naar felt stigma, het ervaren van stigmatisering door het hebben van een visuele beperking.

Het ervaren van stigma's kan gevolgen hebben voor het persoonlijke leven van jongeren met een visuele beperking. Zij leren bijvoorbeeld moeilijker fundamentele, sociale vaardigheden aan (Groce, 2004). Dit komt doordat zij, door hun beperking, minder vaak deel kunnen nemen aan activiteiten. Bovendien hebben jongeren met een visuele beperking, door het ervaren van stigma's, de drang om toch tussen jongeren zonder visuele beperking te passen (Gold et al., 2010). Ook kan het ervaren van stigma's consequenties hebben voor het zelfbeeld en op de kwaliteit van leven (Fiesler et al., 2008). Het ervaren van stigma's blijkt ook sterk samen te hangen met de mate waarop een persoon zijn beperking accepteert (Li & Moore, 1998). Bovendien blijkt een hogere mate van het ervaren van stigma's samen te hangen met een lagere mate van zelfvertrouwen (Abraham, Gregory, Wolf & Pemberton, 2002). Uit onderzoek naar daten onder jongeren, blijkt dat jongeren zonder visuele beperking zich minder gemakkelijk voelen bij het vooruitzicht om af te spreken met iemand met een visuele beperking. Ook werd er gedacht dat vrienden negatieve gedachten zouden hebben

wanneer een jongere zonder visuele beperking af zou spreken met een jongere met een visuele beperking. Jongeren die geassocieerd worden met jongeren met een visuele beperking denken dat zij zelf ook gestigmatiseerd zullen worden en daarmee negatief beoordeeld worden door anderen. Stigmatisering lijkt dus een vicieus proces (Fichten, Goodrich, Amsel & McKenzie, 1991).

Ondanks de negatieve conclusies van onderzoeken naar stigmatisering, blijkt uit recent onderzoek dat deze stigma's niet door alle adolescenten met een visuele beperking ervaren worden. Er wordt niet alleen negatief gedacht over jongeren met een visuele beperking. Veel mensen denken namelijk dat jongeren met een visuele beperking een reguliere opleiding kunnen volgen en dat zij in alle sectoren kunnen werken (Engeringh, 2013). Het hebben van kennis over visuele beperkingen bleek echter wel van belang. Mensen met meer kennis stigmatiseren significant minder dan mensen met een beperkte kennis over visuele beperkingen (De Gooijer, 2013).

2.7 Onderzoeksvragen en hypothesen

In deze B-these staan de volgende onderzoeksvragen centraal. *Wat is het verband tussen de mate van peer support, de mate van het ervaren van stigma's, de mate van zelfdeterminatie en de mate van acceptatie van de beperking? En in hoeverre zijn de variabelen peer support, stigma en zelfdeterminatie voorspellers voor de mate van acceptatie van de beperking?*

Er zijn enkele hypothesen opgesteld om een antwoord te formuleren op de voorgaande onderzoeksvraag.

1. Er wordt verwacht dat er zowel een direct als een indirect verband bestaat tussen peer support, zelfdeterminatie en acceptatie van de beperking en dat zelfdeterminatie gedeeltelijk als mediator optreedt.

1.1. Er wordt verwacht dat er een positief verband is tussen de mate van peer support en de mate van zelfdeterminatie en dat peer support een voorspeller is van zelfdeterminatie (Kef & Deković; Pfeiffer & Pinguart, 2011). Jongeren met een visuele beperking hebben behoefte aan peer support en dit verlangen is een reflectie van de behoefte om onafhankelijk te zijn van bijvoorbeeld ouders. Ook zijn peer relaties nodig om sociale vaardigheden aan te leren. Hierdoor ontstaat er meer verbondenheid en autonomie.

1.2. Er wordt verwacht dat er een positief verband is tussen peer support en acceptatie van de beperking en dat peer support een voorspeller is van acceptatie van de beperking (Kef & Deković, 2004; Aro & Huurre, 2000; Huurre, 2000). De relatie met peers en peer support

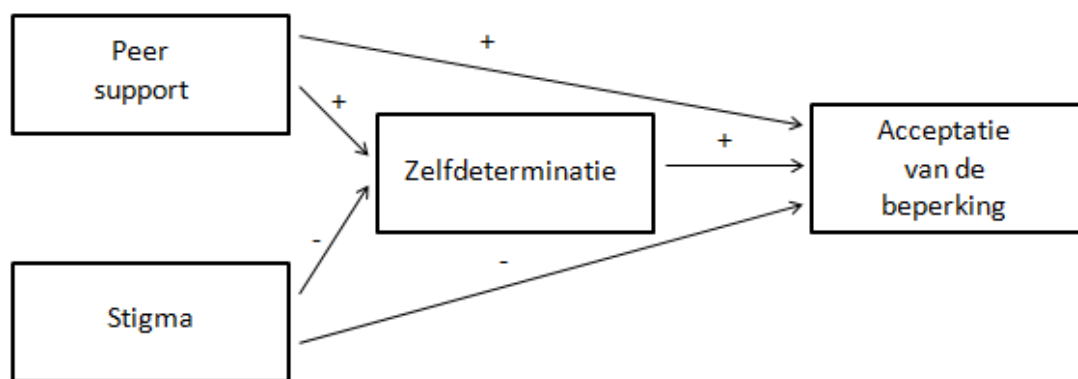
blijken krachtige voorspellers te zijn voor het welzijn en zelfvertrouwen van jongeren met een visuele beperking. Zelfvertrouwen zorgt weer voor een hogere mate van acceptatie (Tuttle & Tuttle, 2004). Opmerkelijk was echter het resultaat dat er een negatieve samenhang was tussen de mate van peer support en de mate van acceptatie van de beperking (Kef, 2006). Dit maakt de verwachting over het positieve verband tussen de mate van peer support en de mate van acceptatie van de beperking onzeker.

1.3. Ook wordt er verwacht dat er een positief verband is tussen zelfdeterminatie en acceptatie van de beperking en dat zelfdeterminatie een voorspeller is van acceptatie van de beperking (Kef, 1999; Kef, 2006; Kef, 2009). Jongeren die zich afhankelijk voelen, hebben een lagere zelfwaardering en vinden het lastiger om de beperking te accepteren. Bovendien geeft het ervaren van competentie juist een groter gevoel van zelfvertrouwen, waardoor de beperking in hogere mate geaccepteerd kan worden (Tuttle & Tuttle, 2004).

2. Er wordt verwacht dat er een direct en indirect verband is tussen stigma, zelfdeterminatie en acceptatie van de beperking en dat er sprake is van partiële mediatie.

2.1. Er wordt verwacht dat stigma negatief samenhangt met de zelfdeterminatie en dat stigma een negatieve voorspeller is van zelfdeterminatie (Groce, 2004; Fichten et al., 1991). Stigma's zorgen ervoor dat jongeren niet graag gezien worden met een jongere met een visuele beperking. Zo kunnen zij minder relaties aangaan en zijn ze meer afhankelijk (Kef & Deković, 2004).

2.2. Er wordt verwacht dat stigma negatief samenhangt met acceptatie van de beperking en dat stigma een negatieve voorspeller is van acceptatie van de beperking. Door het ervaren van stigma's daalt het zelfvertrouwen en de kwaliteit van leven, wat er voor zorgt dat het lastiger is om de beperking te accepteren (Abraham et al., 2002; Fiesler et al., 2008; Li & Moore, 1998; Tuttle & Tuttle, 2004). In Figuur 1 zijn de hypothesen schematisch weergegeven.



Figuur 1. Conceptueel overzicht van de getoetste hypothesen.

3. Methode

3.1 Procedure

Het onderzoek startte met de werving van jongeren met een visuele beperking in de leeftijd van 14 jaar tot 22 jaar. De jongeren werden op vele manieren benaderd, bijvoorbeeld via revalidatie- en onderwijsinstellingen, zoals de Koninklijke Visio en Bartiméus, via Facebook of via beurzen. Jongeren die interesse hadden, konden zich aanmelden via het internet. Na de aanmelding, werd er per e-mail contact met hen opgenomen.

Er werd een Randomized Control Trial (RCT) uitgevoerd met drie groepen jongeren. De eerste groep jongeren kreeg begeleiding van een mentor zonder visuele beperking. De tweede groep kreeg begeleiding van een mentor met een visuele beperking. De laatste groep was de controlegroep en kreeg geen begeleiding van een mentor. Zo werd het effect van het koppelen aan een mentor onderzocht. Er werd onderzoek gedaan naar het verschil tussen het wel of niet hebben van een mentor. Bovendien werd er onderzocht of er verschil was in het effect tussen het koppelen aan een mentor zonder visuele beperking en het koppelen aan een mentor met een visuele beperking.

De onderzoeksprocedure startte met de voormeting. In de voormeting werden interviews met 58 jongeren afgenomen. Deze interviews hadden betrekking op de visuele beperking van de jongeren, hoe zij hiermee omgaan en de relatie tussen de visuele beperking en het dagelijks leven. Deze interviews bestonden voornamelijk uit bestaande vragenlijsten en duurden ongeveer anderhalf uur. Voorwaarde was dat de geïnterviewde jongere Nederlands sprak en dat hij of zij alleen was tijdens de afname van het interview. De interviews werden afgenomen door drie verschillende interviewers. Zij waren verplicht om een training te volgen voordat zij deze interviews afnamen. Er werd gebruik gemaakt van de CATI-methode

(*Computer Assisted Telephone Interview*). Deze methode is een hoog geaccepteerd systeem en wordt vaak gebruikt (De Leeuw, 2008). Deze manier van interviewen maakte het de interviewer mogelijk om vragen te stellen en onmiddellijk de antwoorden in te voeren op de computer. De antwoorden die de jongeren gaven op de voormeting, werden gebruikt voor het onderzoek.

3.2 Ethische toetsing

Voor de interventie Mentor Support is toestemming verkregen bij de Vaste Commissie Wetenschap en Ethiek (VCWE), de ethische commissie van de faculteit der Psychologie en Pedagogiek aan de Vrije Universiteit in Amsterdam (nummer: VCW1310.010). Hierbij werd getoetst of er op gepaste wijze omgegaan is met de participanten van het onderzoek. Persoonlijke gegevens werden als vertrouwelijk beschouwd en er werd slechts gebruik gemaakt van persoonlijke gegevens voor de doelstelling waarvoor zij verzameld waren. Ook werden proefpersonen voorafgaand aan het onderzoek geïnformeerd over wat zij konden verwachten tijdens het onderzoek. Ook werd verteld dat deelname vrijwillig was en dat zij op elk moment zonder reden konden stoppen met de deelname aan de interventie. Er werd gebruik van gemaakt van actief informed consent, waarbij de deelnemer actief toestemming moest geven om mee te werken. Bij deelnemers tussen de 15 en 18 jaar waren zowel de jongeren zelf als de wettelijke vertegenwoordiger van het kind verplicht om toestemming te geven. De presentatie van onderzoeksgegevens diende geheel geanonimiseerd te gebeuren (ethiekreglement, 2014).

3.3 Participanten

Aan het onderzoek namen 58 jongeren met een visuele beperking deel. De leeftijden varieerden tussen de 15 en 22 jaar. De gemiddelde leeftijd was 17.83 jaar ($SD = 1.93$). De groep bestond voor 55.2% uit jongens en voor 44.8% uit meisjes. 82.8% van de participanten was van Nederlandse afkomst, 3.4% kwam uit Litouwen, 1.7% was van Marokkaanse afkomst, 1.7% was Belgisch, 1.7% was Duits, 1.7% was Egyptisch, 1.7% was Grieks, 1.7% kwam uit Iran, 1.7% kwam uit Sri Lanka en 1.7% kwam uit Taiwan. Ook de onset van de visuele beperking verschilde. Van de participanten had 70.7% oogproblemen vanaf de geboorte. 15.5% had deze problemen voor het 7e levensjaar, 6.9% had deze problemen voor het twaalfde levensjaar en 6.9% kreeg problemen tijdens of na het twaalfde levensjaar. De prognose van de beperking was ook verdeeld. 53.4% had een stabiel oogprobleem, 22.4% had in het verleden toenemende oogproblemen, maar heeft nu een stabiele situatie en bij 24.1%

van de deelnemers zal de visuele beperking in de toekomst nog verslechteren. Naast een visuele beperking als meest belangrijke aandoening, hadden veel jongeren daarnaast ook nog andere aandoeningen of chronische ziekten. 10.3% had een syndroom, bijvoorbeeld het EEC-syndroom, 8.6% had longproblemen, diabetes, epilepsie of een andere chronische ziekte, 5.2% had een motorische (spier)stoornis, 5.2% had een beperking aan het gehoor, 3.4% had cognitieve problemen of een leerachterstand, 1.7% had een stoornis aan het zenuwstelsel, 1.7% had spina bifida, en 24.1% had een andere chronische ziekte, beperking of aandoening.

3.4 Meetinstrumenten

In dit onderzoek werden de variabelen mate van peer support, mate van het ervaren van stigma's, mate van zelfdeterminatie en mate van acceptatie van de beperking onderzocht. Er werden verschillende vragenlijsten gebruikt om deze variabelen te meten. Hieronder worden de meetinstrumenten per variabele besproken.

3.4.1 Peer support

Om de mate van peer support in beeld te krijgen, werd er gebruik gemaakt van de *Nederlandse Persoonlijke Netwerklijst*, ontwikkeld door Meeus. Deze vragenlijst bestond uit drie items met betrekking tot sociale steun. Onderzocht werd hoe belangrijk de sociale steun van specifieke mensen in het netwerk van de jongeren was. Er waren drie vragen met betrekking tot de domeinen vrije tijd, school/werk en relaties met anderen. Een voorbeeld van een vraag uit deze vragenlijst was '*Hoe belangrijk is voor jou in je vrije tijd? -Vader, -moeder, -broers/zussen, - partner, -familie, - beste vrienden/vriendinnen, - studiegenoten/collega's, - burens, -professionals/hulpverleners, -overige vrienden/vriendinnen*'. Aan alle personen moesten scores toegekend worden van 10 tot 100, waarbij 10 stond voor 'niet zo belangrijk' en 100 voor 'heel erg belangrijk'. Omdat in deze B-these de mate van peer support onderzocht wordt, werden alleen de scores van de categorieën 'beste vrienden/vriendinnen' en 'overige vriendin/vriendinnen' gebruikt. Hoe hoger de score, hoe belangrijker deze groep was en hoe meer steun zij gaven aan de jongeren. De interne consistentie van deze vragenlijst was hoog, namelijk $\alpha = .93$.

3.4.2 Stigma

Om de mate van het ervaren van stigma's te onderzoeken werden er vier (aangepaste) stellingen, die onderdeel waren van een instrument dat het ervaren van stigma's meet bij mensen met een intellectuele beperking, gebruikt (Ali, Strydom, Hassiotis, Williams & King,

2008). Een stelling die in deze vragenlijst voorkwam was: *'Ik maak me zorgen over hoe mensen zich vanwege mijn visuele beperking gedragen tegenover mij'*. Op deze stelling waren vijf antwoorden mogelijk (1 = nooit, 2 = zelden, 3 = soms, 4 = vaak, 5 = erg vaak). Hoe hoger de score op deze vier items, hoe hoger het gevoel van stigmatisering door anderen. Uit eerdere onderzoeken bleek dat de Cronbach's alpha .69 was (Ali et al., 2008). De interne consistentie van de variabele stigma was in dit onderzoek $\alpha = .82$.

3.4.3 Zelfdeterminatie

Om de mate van zelfdeterminatie van de participanten te onderzoeken, werd de *Basic Psychological Need Satisfaction and Frustration Scale* gehanteerd. Hierin werden de mate van bevrediging van de basisbehoeften autonomie, competentie en verbondenheid en de mate van frustraties over het niet bevredigen van diezelfde behoeften onderzocht (Chen et al., 2014). De stellingen hadden betrekking op de subschalen autonomie, competentie en verbondenheid. In totaal waren er 24 items. Per subschaal waren er acht stellingen. Deze stellingen werden op twee manieren geformuleerd: gericht op tevredenheid en gericht op frustratie. Een voorbeeldstelling met betrekking tot de subschaal autonomie was *'Ik voel dat mijn beslissingen weerspiegelen wat ik echt wil'*. Een stelling in de subschaal verbondenheid was *'Ik voel dat de relaties die ik heb slechts oppervlakkig zijn'*. De stellingen moesten gescoord worden op een Likert-schaal met vijf punten (1 = helemaal niet waar, 2 = niet waar, 3 = neutraal, 4 = waar, 5 = helemaal waar). Een hogere score op deze vragenlijst betekende een hogere mate van zelfdeterminatie. De Basic Psychological Need Satisfaction and Frustration Scale had in de huidige studie een hoge interne consistentie. De Cronbach's Alpha van de drie domeinen samen was .91.

3.4.4 Acceptatie van de beperking

Om de acceptatie van de beperking te onderzoeken, werd er gebruik gemaakt van tien stellingen. Negen van de stellingen waren onderdeel van de *Nottingham Adjustment Scale* (Dodds, Ferguson, Flannigan, Hawes & Yates, 1994). Dit instrument meet de mate van acceptatie van de visuele beperking. De deelnemers konden stellingen als *'Vanwege mijn blindheid/slechtziendheid ben ik niet in staat andere mensen veel te bieden'* beoordelen door middel van een Likert-schaal met vijf punten (1 = helemaal mee eens, 2 = mee eens, 3 = niet mee eens en niet mee oneens, 4 = niet mee eens, 5 = helemaal niet mee eens). Aan deze schaal voegde dr. Sabina Kef een tiende item toe, namelijk *'Mijn blindheid/slechtziendheid hoort bij mij maar bepaalt niet alles wat ik doe of denk'*. Een hogere score op de schaal betekende een

hogere mate van acceptatie van de beperking. De complete vragenlijst van tien items had in eerdere onderzoeken een hoge interne consistentie ($\alpha = .76$). In het huidige onderzoek had de vragenlijst een Cronbach's alpha van .84.

3.5 Data-analyse

De dataset die voor dit onderzoek gebruikt werd, was afkomstig van de voormeting van de jongeren ($N = 58$) die zich hadden aangemeld voor Mentor Support. De analyses werden uitgevoerd met het programma Predictive Analytics SoftWare (PASW, Statistics, 2009). De variabelen die in dit onderzoek centraal stonden, waren peer support, stigma, zelfdeterminatie en acceptatie van de beperking. Dit waren allemaal continue variabelen. Allereerst werden er enkele voorbereidende analyses gedaan. De eerste stap was het omscoren van de items die contra-indicatief waren. Vervolgens werden de gemiddelde scores van de proefpersonen per vragenlijst berekend. Eerst werden de scores van alle items van elke persoon voor elke vragenlijst afzonderlijk opgeteld. Daarna werd deze waarde gedeeld door het aantal items waaruit de vragenlijst bestond. Voor de Persoonlijke Netwerkljst was de procedure anders. Hier werd per categorie ('beste vrienden/vriendinnen' en 'overige vrienden/vriendinnen') een somscore gemaakt. Voor elke persoon werden deze somscores bij elkaar opgeteld en, afhankelijk van de categorieën vrienden die ze hadden, gedeeld door één of gedeeld door twee. Op deze manier ontstond ook hier een gemiddelde score. Daarna werden er enkele analyses gedaan om te toetsen of de variabelen normaal verdeeld waren. Ook werd van elke schaal de betrouwbaarheid onderzocht.

Na de voorbereidende analyses werden de descriptieve gegevens van de variabelen berekend. Daarna werden de correlaties tussen de variabelen berekend om te onderzoeken in welke mate de variabelen met elkaar samenhangen en in welke richting de relatie was. Hiervoor werd de *Pearson Product-Moment Correlation Coefficient* gebruikt.

De volgende stap was de mediatie-analyse, door middel van de *Baron en Kenny methode* (1986). Hiervoor moesten drie multiële regressieanalyses gedaan worden. In de eerste regressieanalyse waren peer support en stigma voorspellers voor zelfdeterminatie. In de tweede regressieanalyse waren peer support en stigma voorspellers voor acceptatie van de beperking. In de laatste regressieanalyse waren peer support, stigma en zelfdeterminatie voorspellers voor acceptatie van de beperking. De laatste stap was het toetsen van de significantie van de mediatie. Dit werd gedaan met de *Sobel test* (1982). Hiervoor werd een tool op internet gebruikt.

In deze B-these werd een significantieniveau gebruikt van $p = .05$. Er was dus een significante relatie of een significant effect wanneer de p-waarde .05 of kleiner was. Ook voor de correlaties waren er richtlijnen. Een correlatie van .10 tot .29 betekende een klein verband, een correlatie van .30 tot .49 wees op een middelmatig verband en een correlatie tussen .50 en 1.0 duidde op een groot verband (Cohen, 1988). Met behulp van het programma *G*Power* (versie 3.1.9.2) werd de statistische power ($1-\beta$) van het onderzoek berekend. De gewenste power is .80 (Pallant, 2010). Er werd een α van .05 ingevoerd, een gemiddelde effectgrootte van $f^2 = 0.15$, drie voorspellende variabelen en het aantal proefpersonen ($N = 58$). De power van het onderzoek werd gesteld op 0.83.

4. Resultaten

4.1 Voorbereidende analyses en beschrijvende statistiek

Allereerst werden enkele items omgescoord, omdat deze contra-indicatief waren. Uit de Basic Psychological Need Satisfaction and Frustration Scale werden de items 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 17, 18, 20, 22 en 24 omgescoord. In de Nottingham Adjustment Scale werden de items 5 en 10 omgescoord. Vervolgens werden de gemiddelde scores van alle proefpersonen ($N = 58$) per variabele berekend. Daarna werd de *Test of Normality* en *Skewness en Kurtosis* uitgevoerd. Hieruit bleek dat de variabelen stigma, zelfdeterminatie en acceptatie van de beperking niet normaal verdeeld waren (zie Tabel 2). Dit komt echter vaak voor in de sociale wetenschappen en het hoeft geen groot probleem te zijn met een steekproefgrootte groter dan $N = 30$ (Pallant, 2010).

Tabel 2

Uitkomsten Test van Normaliteit met tussen haken de p-waardes, Skewness en Kurtosis (N = 58)

	Kolmogorov-Smirnov	Skewness	Kurtosis
Peer support	0.06 (.20)	-.25	-.27
Stigma	0.18 (<.001)	.76	-.32
Zelfdeterminatie	0.14 (<.001)	-.34	-.77
Acceptatie	0.13 (.02)	-.64	-.31

* *Noot.* Acceptatie = acceptatie van de beperking, stigma = het ervaren van stigma's

Vervolgens werd er per variabele een gemiddelde score berekend. De gemiddelde scores op de variabele zelfdeterminatie varieerden tussen de 2.58 en 4.92 ($M = 3.97$, $SD =$

0.60). De gemiddelde scores op de variabele acceptatie van de beperking varieerden tussen de 2.30 en 5.00. Het gemiddelde van de schaal was $M = 3.93$ ($SD = 0.67$). De gemiddelde scores op de variabele peer support varieerden tussen de 10 en 100 ($M = 58.16$, $SD = 20.63$). De gemiddelde scores op de variabele stigma varieerden tussen de 1.00 en 3.75. De gemiddelde score van de schaal was $M = 1.80$ ($SD = 0.74$).

4.2 Correlaties

Na de voorbereidende analyses werd er een correlatieanalyse uitgevoerd met de Pearson Product-Moment Correlation Coefficient. Uit deze analyse bleek dat er een zwakke positieve relatie was tussen de mate van peer support en de mate van zelfdeterminatie. Dit betekent dat een hogere mate van peer support samenhangt met een hogere mate van zelfdeterminatie. Ook bleek dat er een sterk positief verband bestond tussen de mate van zelfdeterminatie en de mate van acceptatie van de beperking. Dit houdt in dat een hogere mate van zelfdeterminatie samenhangt met een hogere mate van acceptatie van de beperking. Daarnaast bleek dat de mate van stigma en de mate van zelfdeterminatie matig negatief met elkaar samenhangen. Dit betekent dat een hogere mate van het ervaren van stigma's samenhangt met een lagere mate van zelfdeterminatie. Bovendien hingen de mate van het ervaren van stigma's en de mate van acceptatie van de beperking ook matig en negatief met elkaar samen. Dit houdt in dat een hogere mate van het ervaren van stigma's samenhangt met een lagere mate van acceptatie van de beperking. Zie Tabel 3 voor de correlaties tussen de variabelen met de bijbehorende p -waardes.

Tabel 3

Pearson Product-Moment correlaties tussen de variabelen peer support, stigma, zelfdeterminatie en acceptatie van de beperking, met tussen haken de bijbehorende p -waardes ($N = 58$)

	Peer support	Stigma	Zelfdeterminatie	Acceptatie
Peer support	-			
Stigma	-.18 (.17)	-		
Zelfdeterminatie	.30 (.02)	-.54 (< .001)	-	
Acceptatie	.20 (.14)	-.58 (< .001)	.76 (< .001)	-

* *Noot.* Acceptatie = acceptatie van de beperking, stigma = het ervaren van stigma's

4.3 Regressieanalyse

Om de mediatie-effecten te toetsen, werden er drie multiële regressieanalyses uitgevoerd. Allereerst werd er een multiële regressieanalyse uitgevoerd waarbij de variabelen peer support en stigma de onafhankelijke variabelen waren en zelfdeterminatie de afhankelijke variabele. Peer support en stigma verklaarden samen 33.9% van de variantie van zelfdeterminatie. Peer support was geen significante voorspeller voor zelfdeterminatie. Stigma bleek wel een significante voorspeller voor zelfdeterminatie. Zie Tabel 4.

Tabel 4

Multiële regressieanalyse: zelfdeterminatie verklaard door peer support en stigma (N = 58)

Onafhankelijke variabelen	<i>beta</i>	<i>t (df)</i>	<i>p</i>
Peer support	0.21	1.88 (55)	.07
Stigma	-0.51	-4.54 (55)	< .001
	$R^2 = .34$	$F(2, 55) = 14.08$	$p < .001$

* *Noot.* Stigma = het ervaren van stigma's

Vervolgens werd er een tweede multiële regressieanalyse uitgevoerd. Hierbij waren peer support en stigma onafhankelijke variabelen en was acceptatie van de beperking de afhankelijke variabele. De variabelen peer support en stigma verklaarden samen 34.0% van de variantie van acceptatie van de beperking. Peer support bleek geen significante voorspeller te zijn voor acceptatie van de beperking. Omdat er geen significante relatie was tussen peer support en zelfdeterminatie en tussen peer support en acceptatie van de beperking, kon er geen sprake zijn van mediatie. Stigma was wel een significante voorspeller voor acceptatie van de beperking. Zie Tabel 5 voor de resultaten van de regressieanalyse.

Tabel 5

Multiële regressieanalyse: acceptatie van de beperking verklaard door peer support en stigma (N = 58)

Onafhankelijke variabelen	<i>beta</i>	<i>t (df)</i>	<i>p</i>
Peer support	0.10	0.86 (55)	.40
Stigma	-0.56	-5.01 (55)	< .001
	$R^2 = .34$	$F(2, 55) = 14.19$	$p < .001$

* *Noot.* Stigma = het ervaren van stigma's

De laatste multiële regressieanalyse die gedaan werd, had peer support, stigma en zelfdeterminatie als onafhankelijke variabelen en acceptatie van de beperking als afhankelijke

variabele. De variabelen peer support, stigma en zelfdeterminatie verklaarden samen 61.9% van de variantie van acceptatie van de beperking. Peer support bleek geen significante voorspeller te zijn van acceptatie van de beperking. Stigma bleek wel een significante voorspeller te zijn van acceptatie van de beperking. Ook zelfdeterminatie was een significante voorspeller van acceptatie van de beperking. In Tabel 6 zijn de resultaten van deze regressieanalyse weergegeven.

Tabel 6

Multipole regressieanalyse: acceptatie van de beperking verklaard door peer support, stigma en zelfdeterminatie (N = 58)

Onafhankelijke variabelen	<i>beta</i>	<i>t (df)</i>	<i>p</i>
Peer support	-0.41	-0.46 (54)	.65
Stigma	-0.23	-2.30 (54)	.03
Zelfdeterminatie	0.65	6.28 (54)	< .001
	$R^2 = .62$	$F(3, 54) = 29.19$	$p < .001$

* *Noot.* Stigma = het ervaren van stigma's

Als laatste werd de Sobel test uitgevoerd. Deze werd uitgevoerd om te toetsen of zelfdeterminatie een significante mediator was tussen stigma en acceptatie van de beperking, $S = -3.67$ ($SE = 0.08$; $p < .001$). De mediatie was significant, er was dus sprake van partiële mediatie. Zelfdeterminatie verklaarde dus gedeeltelijk de relatie tussen stigma en acceptatie van de beperking.

5. Discussie

5.1 Conclusie

De onderzoeksvragen die in deze B-these centraal stonden waren 'Wat is het verband tussen de mate van peer support, de mate van het ervaren van stigma's, de mate van zelfdeterminatie en de mate van acceptatie van de beperking? En in hoeverre zijn de variabelen peer support, stigma en zelfdeterminatie voorspellers voor de mate van acceptatie van de beperking?' Er werd een aantal hypothesen opgesteld, die hieronder afzonderlijk besproken worden.

1. Er wordt verwacht dat er zowel een direct als een indirect verband bestaat tussen peer support, zelfdeterminatie en acceptatie van de beperking en dat zelfdeterminatie

gedeeltelijk als mediator optreedt. Deze hypothese bleek niet waar te zijn. Dit wordt toegelicht door middel van de deelhypothesen.

1.1 Er wordt verwacht dat er een positief verband is tussen de mate van peer support en de mate van zelfdeterminatie en dat peer support een voorspeller is van zelfdeterminatie. Deze hypothese kan gedeeltelijk verworpen worden. Er was een zwakke positieve, maar wel significante relatie tussen de mate van peer support en de mate van zelfdeterminatie. Dit betekent dat een hogere mate van peer support samenhangt met een hogere mate van zelfdeterminatie. Peer support was geen significante voorspeller van zelfdeterminatie. Dit betekent dat een hogere mate van peer support niet samenhangt met een hogere mate van zelfdeterminatie. Deze resultaten zijn niet geheel in overeenstemming met eerder onderzoek (Kef & Deković, 2004; Pfeiffer & Piquart, 2011), waaruit bleek dat de behoefte aan peer support een weerspiegeling is van de behoefte om autonoom te zijn en relaties aan te gaan.

1.2 Er wordt verwacht dat er een positief verband is tussen peer support en acceptatie van de beperking en dat peer support een voorspeller is van acceptatie van de beperking. Deze hypothese kon worden verworpen. Er was geen significante relatie tussen peer support en acceptatie van de beperking. Bovendien was peer support ook geen significante voorspeller van acceptatie van de beperking. Een hogere mate van peer support had dus geen relatie met een hogere mate van acceptatie van de beperking en een hogere mate van peer support voorspelde bovendien ook geen hogere mate van acceptatie. Deze resultaten zijn niet in overeenstemming met eerdere onderzoeksresultaten (Kef & Deković, 2004; Aro & Huurre, 2000; Huurre, 2000; Tuttle & Tuttle, 2004). Uit deze onderzoeken bleek namelijk dat peer support een krachtige voorspeller was voor welzijn en zelfvertrouwen en daarmee ook voor een hogere mate van acceptatie van de beperking. Echter kwamen de uitkomsten ook niet overeen met het onderzoek van Kef (2006) waar er een negatieve relatie was tussen de mate van peer support en de mate van acceptatie van de beperking.

1.3 Er wordt verwacht dat er een positief verband is tussen zelfdeterminatie en acceptatie van de beperking en dat zelfdeterminatie een voorspeller is van acceptatie van de beperking. Deze hypothese bleek waar te zijn. Er was een sterk positief en significant verband tussen zelfdeterminatie en acceptatie van de beperking. Dit betekent dat hoe hoger de mate van zelfdeterminatie is, hoe hoger ook de mate van acceptatie van de beperking is. Ook was zelfdeterminatie een significante voorspeller van acceptatie van de beperking. Dit betekent dat wanneer zelfdeterminatie toeneemt, ook de acceptatie van de beperking toeneemt. Deze resultaten zijn in overeenstemming met eerdere onderzoeksresultaten (Kef, 1999; Kef, 2006; Kef, 2009, Tuttle & Tuttle, 2004). Ook hier werd gevonden dat een hogere mate van

competentie en autonomie een hogere mate van zelfvertrouwen geeft en dat daarmee de beperking in hogere mate geaccepteerd kan worden.

Omdat peer support geen voorspeller bleek te zijn van zelfdeterminatie en ook niet van acceptatie van de beperking, kon er geen sprake zijn van een mediërend effect van zelfdeterminatie. Er bestond dus noch een direct, noch een indirect verband tussen de variabelen peer support, zelfdeterminatie en acceptatie van de beperking. In de praktijk betekent dit dat de mate van steun van peers waarschijnlijk niet zorgt voor een hogere mate van acceptatie van de beperking. Ook een hogere mate van zelfdeterminatie speelt waarschijnlijk geen rol in deze relatie.

2. Er wordt verwacht dat er een direct en indirect verband is tussen stigma, zelfdeterminatie en acceptatie van de beperking en dat er sprake is van partiële mediatie. Deze hypothese bleek waar te zijn. Dit wordt middels de deelhypothesen toegelicht.

2.1 Er wordt verwacht dat stigma negatief samenhangt met de zelfdeterminatie en dat stigma een negatieve voorspeller is van zelfdeterminatie. Deze hypothese bleek waar te zijn. De mate van stigma hing matig en negatief samen met de mate van zelfdeterminatie. Dit betekent dat hoe hoger de mate van het ervaren van stigma is, hoe lager de mate van zelfdeterminatie is. Ook was stigma een voorspeller voor zelfdeterminatie. Een hogere mate van stigma voorspelt dus ook daadwerkelijk een lagere mate van zelfdeterminatie. Dit geldt ook andersom: een lagere mate van het ervaren van stigma's voorspelt een hogere mate van zelfdeterminatie. Ook deze resultaten kwamen overeen met resultaten uit eerder onderzoek waaruit bleek dat jongeren met een visuele beperking minder in contact komen met jongeren zonder visuele beperking en minder onafhankelijk zijn, door heersende stigma's (Groce, 2004; Fichten et al., 1991; Kef & Deković, 2004).

2.2 Er wordt verwacht dat stigma negatief samenhangt met acceptatie van de beperking en dat stigma een negatieve voorspeller is van acceptatie van de beperking. Ook deze hypothese was waar. Er was een matige negatieve relatie tussen de mate van stigma en de mate van acceptatie van de beperking. Dit betekent dat een lagere mate van het ervaren van stigma samenhangt met een hogere mate van acceptatie van de beperking. Ook was stigma een voorspeller van acceptatie van de beperking. Een hogere mate van stigma voorspelt dus een lagere mate van acceptatie van de beperking en een lagere mate van stigma voorspelt een hogere mate van acceptatie van de beperking. Deze uitkomst is in overeenstemming met eerdere onderzoeksresultaten (Abraham et al., 2002; Fiesler et al., 2008; Li & Moore, 1998; Tuttle & Tuttle, 2004). Hieruit bleek ook dat door het ervaren van stigma's het zelfvertrouwen daalt, waardoor het lastiger is om de beperking te accepteren.

Omdat stigma zowel zelfdeterminatie als acceptatie van de beperking voorspelde en zelfdeterminatie ook acceptatie voorspelde, was zelfdeterminatie een mediator tussen stigma en acceptatie van de beperking. Er was dus een direct verband tussen stigma en acceptatie van de beperking en er was ook een indirect verband dat liep via zelfdeterminatie. In de praktijk betekent het dat wanneer iemand een hoge mate van zelfdeterminatie heeft, dit een protectieve factor kan zijn tegen het ervaren van stigma's. Wanneer er namelijk geen zelfdeterminatie zou zijn, zou een hoge mate van het ervaren van stigma's ervoor zorgen dat er een lage mate van acceptatie van de beperking was. Is er echter wel sprake van (een hoge mate van) zelfdeterminatie, dan kan dit de mate van de acceptatie van de beperking verhogen.

Zelfdeterminatie blijkt dus een belangrijke rol te spelen bij de acceptatie van de beperking. Het is essentieel om de jongeren met een visuele beperking zo veel mogelijk te stimuleren om meer autonoom en competent te zijn en om te proberen om intieme relaties aan te gaan. Deze drie aspecten kunnen hen mogelijk verder helpen in het proces van acceptatie van de beperking.

Er is veel bekend over jongeren met een visuele beperking. Sociale participatie kan voor hen lastiger zijn. Ook nemen ze minder vaak deel aan sociale activiteiten. Over het algemeen hebben jongeren met een visuele beperking een kleiner netwerk, hoewel ze dit wel graag uit zouden willen breiden. Het ontwikkelen van sociale vaardigheden wordt hierdoor lastiger. Zij voelen zich vaak afhankelijk van hun omgeving. Ook stigmatisering door de omgeving kan bijdragen aan een lagere mate van acceptatie van de beperking. Jongeren willen liever niet geassocieerd worden met jongeren met een visuele beperking. Ook hierdoor is het lastiger voor jongeren met een visuele beperking om relaties aan te gaan en minder afhankelijk te zijn van anderen. Dit onderzoek heeft duidelijk gemaakt dat het vergroten van de mate van zelfdeterminatie essentieel is bij jongeren met een visuele beperking. De satisfactie van de drie basisbehoeften kan helpen bij het aangaan van relaties, waardoor er meer steun van peers komt. Bovendien zijn relaties belangrijk om autonoom te worden. Ook helpen relaties en peer support om meer sociale vaardigheden te ontwikkelen, wat zorgt voor een gevoel van competentie. Competentie kan leiden tot zelfvertrouwen en daarmee tot een hogere mate van acceptatie van de beperking. Bovendien zal een hogere mate van zelfdeterminatie ook een lagere mate van stigmatisering met zich meebrengen, doordat er een mindere mate van medelijden ontstaat bij het zien van jongeren met een visuele beperking die autonoom en competent zijn. Concluderend kan gesteld worden dat deze B-these ontdekt heeft dat het vergroten van zelfdeterminatie van jongeren met een visuele beperking een

sleutel kan zijn in het proces van acceptatie van de beperking en daarmee mogelijk het ervaren van stigma's kan reduceren en de mate van peer support kan vergroten.

5.2 Sterke en minder sterke punten

Een sterk punt van deze B-these is dat het volgt uit een lange geschiedenis van onderzoek naar jongeren met een visuele beperking. Dit onderzoek staat dus niet op zichzelf, maar is gebaseerd op veel literatuur, voornamelijk literatuur die ook daadwerkelijk betrekking heeft op de doelgroep. Bovendien is het een aanvulling op de bestaande literatuur, omdat er nog weinig bekend is over zelfdeterminatie in de relatie tot acceptatie van de beperking. Er is dus nieuwe kennis verkregen. Ook de vragenlijsten waren een sterk punt. De waardes van de Cronbach's alpha's waren hoog, waardoor er dus een hoge betrouwbaarheid was. Verder was er voldoende power om uitspraken te doen en waren er veel significante resultaten, waardoor er meer zekerheid over de resultaten bestaat.

Er waren in deze B-these echter ook enkele minder sterke punten. Allereerst was er een relatief kleine steekproef. Dit maakt het lastiger om betrouwbare uitspraken te doen en om resultaten te generaliseren. Verder waren de variabelen stigma, zelfdeterminatie en acceptatie van de beperking niet normaal verdeeld. Dit is geen groot probleem, maar het schendt wel de assumpties van normaliteit. Hierdoor is het dus minder zeker of de resultaten correct zijn.

Een ander punt is dat de meeste jongeren die geïnterviewd zijn tijdens de voormeting, niet alleen een visuele beperking hadden, maar vaak ook een andere chronische ziekte of aandoening hadden. De hypothesen zijn echter voornamelijk gebaseerd op literatuur die gericht is op jongeren met enkel een visuele beperking. Ook dit kan de resultaten beïnvloeden hebben.

Bovendien bestaat altijd de mogelijkheid dat er confounders waren die invloed op de resultaten hebben. Dit kunnen sociaal wenselijke antwoorden zijn, maar ook omgevingsfactoren die een rol speelden in de manier waarop de jongeren hun antwoorden gaven.

5.3 Aanbevelingen

In deze B-these is er onderzoek gedaan naar welke variabelen voorspellers waren voor de acceptatie van de visuele beperking. Er is een aantal aanbevelingen voor vervolgonderzoek, om nog nauwkeurigere en betrouwbaardere resultaten te krijgen.

Voor dit onderzoek werd de doelgroep adolescenten gebruikt. Dit is echter een vrij brede doelgroep. Jongeren van 14 jaar oud zitten in een andere levensfase en staan daardoor

anders in het leven dan jongeren van 22 jaar oud. In deze B-these is daar geen rekening mee gehouden. In mogelijk vervolgonderzoek is het belangrijk om hier nauwkeuriger mee om te gaan, om zo onderscheid te kunnen maken tussen adolescenten en jongvolwassenen.

Daarnaast is het goed om de verschillen tussen jongens en meisjes te onderzoeken. Meisjes hebben bijvoorbeeld vaker een lagere mate van zelfwaardering dan jongens, waardoor ze mogelijk een mindere mate van acceptatie van de beperking hebben. Ook hier is geen rekening mee gehouden in deze B-these.

Bovendien bestond de doelgroep uit jongeren die in eerste instantie een visuele beperking hadden, maar daarbij ook vaak nog een andere aandoening of chronische ziekte hadden. Voor eventueel vervolgonderzoek is het goed ook hier rekening mee te houden.

In deze B-these is geconcludeerd dat zelfdeterminatie een mediërend effect heeft tussen stigma en acceptatie van de beperking. Hoewel alle items in de vragenlijsten wel gericht waren op de visuele beperking, is het goed om te onderzoeken in hoeverre psychologische ontwikkelingen anders verlopen bij jongeren die alleen een visuele beperking hebben. Het aanbrengen van nuances op verschillende gebieden zou meer kunnen duidelijkheid scheppen.

In deze B-these speelt het concept zelfdeterminatie een belangrijke rol. Hoewel zelfdeterminatie hier beschouwd wordt als één variabele, bestaat het eigenlijk uit drie subschalen, namelijk autonomie, competentie en verbondenheid. In een mogelijk vervolgonderzoek is het goed om hier onderscheid in te maken. Er kan dan onderzocht worden welke van de drie aspecten een belangrijkere voorspeller is voor acceptatie van de beperking. Zo kan ook in de praktijk meer richting gegeven worden aan het stimuleren van zelfdeterminatie bij jongeren met een visuele beperking.

Als laatste is het belangrijk om een grotere steekproef te hebben bij een mogelijk vervolgonderzoek. Hierdoor is de kans groter dat er geen schendingen van normaliteit zijn en dat de uitkomsten meer betrouwbaar en meer generaliseerbaar zijn.

"Enkel met het hart kan men goed zien. Het essentiële is onzichtbaar voor de ogen."
Antoine de Saint-Exupéry.

Literatuurlijst

- Abraham, C., Gregory, N., Wolf, L. & Pemberton, R. (2002). Self-esteem, stigma and community participation amongst people with learning difficulties living in the community. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 12, 430-443.
- Ali, A., Strydom, A., Hassiotis, A., Williams, R. & King, M. (2008). A measure of perceived stigma in people with intellectual disability. *The British Journal of Psychiatry*, 193(5), 410-415.
- Aro, H., & Huurre, T. (2000). The psychosocial well-being of Finnish adolescents with visual impairments versus those with chronic conditions and those with no disabilities. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 94(10), 625-637.
- Baron, R. M. & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of personality and social psychology*, 51(6), 1173-1182.
- Black, A. E., & Deci, E. L. (2000). The effects of instructors' autonomy support and students' autonomous motivation on learning organic chemistry: A self-determination theory perspective. *Science education*, 84(6), 740-756.
- Broeck, A. van den, Vansteenkiste, M., Witte, H. de & Lens, W. (2008). Explaining the relationships between job characteristics, burnout, and engagement: The role of basic psychological need satisfaction. *Work & Stress*, 22(3), 277-294.
- Broeck, A. van de, Vansteenkiste, Witte, H. de, M., Lens, W. & Andriessen, M. (2009). De Zelfdeterminatie Theorie: kwalitatief goed motiveren op de werkvloer. *Gedrag & Organisatie*, Vol. 22(4), 316-334.
- Chen, B., Vansteenkiste, M., Beyers, W., Boone, L., Deci, E. L., Van der Kaap-Deeder, J., Duriez, B., Lens, W., Matos, L., Mouratidis, A., Ryan, R. M., Sheldon, K. M., Soenens, B., Van Petegem, S. & Verstuyf, J. (2014). Basic psychological need satisfaction, need frustration, and need strength across four cultures. *Motivation and Emotion*, 39(2), 216-236.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic medicine*, 38(5), 300-314.
- Cohen, J. W. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2008). Self-determination theory: A macrotheory of human motivation, development, and health. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 49(3), 182.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2011). *Self-determination theory. Handbook of theories of social psychology, Vol.1 &2*, 416-433, [Google Books online versie].
- Dijker, A. J., & Koomen, W. (2003). Extending Weiner's attribution-emotion model of stigmatization of ill persons. *Basic and Applied Social Psychology*, 25(1), 51-68.
- Dodds, A.G., Ferguson, E., Flannigan, L.N.H., Hawes, G., & Yates L. (1994). The Concept of Adjustment - A Structural Model. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 88, 487-497.
- Engeringh, N. (2013). *Stigmatisering van jongvolwassenen met een visuele beperking in sociale participatie op de arbeidsmarkt*. (Bachelorthese: Orthopedagogiek, Vrije Universiteit Amsterdam).
- Fichten, C. S., Goodrick, G., Amsel, R., & McKenzie, S. W. (1991). Reactions toward dating peers with visual impairments. *Rehabilitation Psychology*, 36(3), 163-178.
- Fiesler, W., Lechner, L. & Bos. A. (2008). Als je niet kunt zien dan bekijk je het maar. *Psychologie en Gezondheid*, 1, 23-31.
- Flanagan, C., Gill, S. & Gallay, L. (2005). Social Participation and Social Trust in Adolescence: The Importance of Heterogeneous Encounters. In Omoto, Allen M. (Eds.), *Processes of community change and social action. The Claremont symposium on applied social psychology*, (pp. 149-166). Mahwah, NJ, Verenigde Staten: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Gold, D., Shaw, A. & Wolffe, K. (2010). Social Lives of Canadian Youths with Visual Impairments. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 104, 431-443.
- Gooijer, M., De (2013). *Een troebele blik. These over de stigmatisatie rondom de sociale participatie van mensen met een visuele beperking, de rol van kennis over een visuele beperking op stigma en de rol van iemand kennen met een visuele beperking op stigma*. (Bachelorthese: Orthopedagogiek, Vrije Universiteit Amsterdam). Gevonden op www.mentorsupport.nl.
- Groce, N. E. (2004). Adolescents and youth with disability: issue and challenges. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal*, Vol. 15(2), 13-32.
- Grossman, J. B. & Rhodes, J. E. (2002). The Test of Time: Predictors and Effects of Duration in Youth Mentoring Programs. *American Journal of Community Psychology*, 30, 199-206.

- Hess, I. (2010). Visually impaired pupils in mainstream schools in Israel Quality of life and other associated factors. *British Journal of Visual Impairment*, 28(1), 19-33.
- Hofman, H., Swartjes, B. & Koevoets, G. (2005) Oog hebben voor slechtziendheid. Visuele beperkingen bij dementerenden. *Denkbeeld Vol. 17*, 64-67.
- Jones, E. E., Farina, A., Hastorf, A. H., Markus, H., Miller, D. T., & Scott, R. A. (1984). *Social stigma: The psychology of marked relationships*. New York: Freeman.
- Karsten, J. A. M. (2014). *Sociale Participatie van Adolescenten met een Visuele Beperking: Het Verband tussen Zelfwaardering en Aanvaarding van Beperking en Diversiteit van Sociale Netwerk* (Bachelorthese: Orthopedagogiek, Vrije Universiteit Amsterdam).
- Kef, S. (1999). *Outlook on relations. Personal networks and psychosocial characteristics of visually impaired adolescents*. Amsterdam: Academisch proefschrift Thela Thesis.
- Kef, S. (2002). Psychosocial Adjustment and the Meaning of Social Support for Visually Impaired Adolescents. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, Vol. 96(1), 22-37.
- Kef, S. (2006). *Omgaan met anderen en jezelf: Onderzoek naar de psychosociale ontwikkeling, sociale netwerken en opvoeding van jongeren en jongvolwassenen met een visuele beperking*. Amsterdam, Vrije Universiteit.
- Kef, S. (2009). Tussenmenselijke interacties en relaties bij slechtziende jongeren. In P.L. Looijestijn & G. van Delden, redactie (2009). *Handboek Visueel Profiel – een ICF geïnspireerde werkwijze over visuele waarneming, slechtziendheid en visuele revalidatie*. Koninklijke Visio, Huizen. Publicatie op www.visueelprofiel.nl ISBN: 90-74641-10-5.
- Kef, S. (2013). *Belangrijke factoren bij het ouderschap van vaders en moeders met een visuele beperking. Samenvatting*. VU-ZonMw InZicht project. Amsterdam, Vrije Universiteit.
- Kef, S., & Bos, H. (2006). Is love blind? Sexual behaviour and psychological adjustment of adolescents with blindness. *Sexuality & Disability*, 24, 89-100.
- Kef, S. & Deković, M. (2004). The role of parental and peer support in adolescents well-being: a comparison of adolescents with and without a visual impairment. *Journal of Adolescence*, 27(4), 453-466.
- Kef, S., Habekothé, H. T. & Hox, J. J. (1998). Jongeren met een visuele beperking: persoonlijk netwerk en welbevinden. *Nederlands Tijdschrift voor Opvoeding, Vorming en Onderwijs*, 14, 200-219.

- Kef, S., Hox, J. J. & Habekothé, H. T. (2000). Social networks of visually impaired and blind adolescents. Structure and effect on well-being. *Social Networks*, 22(1), 73-91.
- Leeuw, E.D., de (2008). The effect of computer-assisted interviewing on data quality: a review of the evidence (extension and update of an overview which appeared in J. Blasius, J. Hox, E. de Leeuw & P. Schmidt (Eds.), *Social science methodology in the new millennium*), Utrecht: Utrecht University Repository.
- Li, L. & Moore, D. (1998). Acceptance of Disability and its Correlates. *The Journal of Social Psychology*, Vol. 138(1), 13-25.
- Lifshitz, H., Hen, I. & Weisse, I. (2007). Self-concept, Adjustment to Blindness, and Quality of Friendship among Adolescents with Visual Impairments. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 101(2), 96-107.
- Limburg, H. (2007). *Epidemiologie van visuele beperkingen en een demografische verkenning*. Den Haag: Stichting InZicht/ZonMw.
- Lindström, M., Hanson, B. S., & Östergren, P. O. (2001). Socioeconomic differences in leisure-time physical activity: the role of social participation and social capital in shaping health related behaviour. *Social science & medicine*, 52(3), 441-451.
- Niemiec, C. P. & Ryan, R. M. (2009). Autonomy, competence, and relatedness in the classroom Applying self-determination theory to educational practice. *Theory and Research in Education*, 7(2), 133-144.
- Meeus, W. & Deković, M. (1995). Identity development, parental and peer support in adolescence: Results of a nation Dutch survey. *Adolescence*, 30(120), 931.
- Pallant, J. (2010). *SPSS Survival Manual*. Berkshire: Open University Press.
- Pfeiffer, J. P. & Pinquart, M. (2011). Attainment of developmental tasks by adolescents with visual impairments and sighted adolescents. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 105(1), 33-44.
- Pfeiffer, J. P., & Pinquart, M. (2012). Goal engagement and goal attainment in adolescents with and without visual impairment. *Journal of adolescence*, 35(4), 909-916.
- Pinquart, M. & Pfeiffer, J. P. (2013). Perceived social support in adolescents with and without visual impairment. *Research in developmental disabilities*, 34(11), 4125-4133.
- Ploegmakers-Burg, M. & Stortelder, F. (2008). De adolescentie als reorganisatiefase. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 3, 169-185.
- Robinson, L. & Lieberman, L.J. (2004). Effects of Visual Impairment, Gender, and Age on Self-determination. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 98(60), 350-366.

- Ryan, R. M. (1995). Psychological needs and the facilitation of integrative processes. *Journal of Personality*, 63, 397–427.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American psychologist*, 55(1), 68-78.
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2000). The darker and brighter sides of human existence: Basic psychological needs as a unifying concept. *Psychological Inquiry* 11(4). 319-338.
- Sacks, S. Z. & Wolffe, K. E. (2006). *Teaching social skills to students with visual impairments: from theory to practice*. New York: AFB Press, [Google Books online versie].
- Sobel, M. E. (1982). Asymptotic intervals for indirect effects in structural equations models. In S. Leinhardt (Eds.), *Sociological methodology* (pp. 290-312). San Francisco: Jossey-Bass.
- Tuttle, D.W. & Tuttle, N.R. (2004). *Self-esteem and adjusting with blindness: the process of responding to life's demands*. Springfield, Illinois: Charles C. Thomas, publisher Ltd., [Google Books online versie].
- Vansteenkiste, M., & Ryan, R. M. (2013). On psychological growth and vulnerability: Basic psychological need satisfaction and need frustration as a unifying principle. *Journal of Psychotherapy Integration*, 3, 263–280.
- Vreeken, H. L., van Rens, G. H. M. B., Limburg, H. & van Nispen, R. M. A. (2011) Definities, epidemiologie en organisatie van de zorg voor blinden en slechtzienden in Nederland. *Visusstoornissen, revalidatie en verwijzing*, 15.
- Weenen, E. van (2005). *De adolescentie herzien. Hoe jongvolwassenen met een visuele beperking hun adolescentiefase beleefd hebben*. (Doctoraalscriptie: Orthopedagogiek, Universiteit van Amsterdam)
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G. & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment*, 52(1), 30-41.