

**Kwalitatief onderzoek naar (jong)volwassenen met een motorische beperking en hun houding en motivatie met betrekking tot regulier- en aangepast sporten**

Namen: Charlotte Koerts (4163346), Faye Veugelers (4107977)

Opleiding: Pedagogische Wetenschappen, Universiteit Utrecht.

Begeleider: Dr. P. Baar

Tweede beoordelaar: Dr. J. Noordstar

Cursus: Bachelorthesis (200600042)

Departement Pedagogische Wetenschappen

Instelling: Universiteit Utrecht

Cursusjaar: 2016/2017

Aantal woorden: 6366

Aantal referenties: 31

### **Abstract**

(Young) adults with a motor disability appear to be less likely to exercise than (young)adults without limitation. (Young) adults with a motor disability often have a multitude of barriers to participation in sport and achievement in sport. In this qualitative study, it has been investigated what the attitude of (young) adults with a motor disability to do sports is and to gain insight in the motives of people with a motor disability to do sports. The focus is also on issues that focus on regular or customized sports and the barriers and protective factors in sport participation. A determinant research using the ASE-model has been conducted. In this study, data was obtained from nine adults. All the adults were interviewed in-depth or in a focus group about their views and practices about sport behavior. In society there is a stigma, assuming (young) adults with a disability need help. Respondents with high effectiveness have the desire to practice regular sports, others are outdone with custom sports. Encouragement of family members and the rehabilitation center are a major factor in simulating sports. Finally, transport problems are an experienced barrier.

De sportbeoefening van (jong)volwassenen met een motorische beperking loopt nog altijd achter in vergelijking tot (jong)volwassenen zonder beperking. (Jong)volwassenen hebben vaak te maken met verschillende barrières om een sport te kunnen beoefenen. Ook is er aandacht voor verschillen in regulier- en aangepast sporten en de barrières en protectieve factoren die de participanten ervaren om aan sport te doen. Er is een determinantenonderzoek aan de hand van het ASE-model uitgevoerd. In deze studie zijn negen participanten geïnterviewd aan de hand van diepte-interviews en een focusgroep. In de samenleving is sprake van een stigma, er van uitgaande dat (jong)volwassenen met een beperking hulp nodig hebben. Respondenten met een hoge effectiviteit hebben de wens om een reguliere sport te beoefenen, anderen zijn tevereden met aangepaste sport. Aanmoediging van gezinsleden en het revalidatie centrum zijn een grote factor is het simuleren om te gaan sport. Ten slotte is vooral vervoersproblemen een ervaren barrière.

*keywords:* determinant research; ASE-model; sport behaviour; motor disability

### **Kwalitatief onderzoek naar (jong)volwassenen met een motorische beperking en hun houding en motivatie met betrekking tot regulier- en aangepast sporten**

Als er gesproken wordt over mensen met een beperking wordt snel gedacht dat het gaat om een kleine groep. Echter, niets is minder waar: In Nederland hebben ruim 1,7 miljoen kinderen en volwassenen een matige of ernstige beperking (Alles over sport, 2015). In de Nederlandse bevolking ervaart 13% van de mensen één of meer beperkingen in activiteiten met betrekking tot zien, horen of mobiliteit (Volksgezondheid en zorg, z.j.). Mensen met een motorische beperking ervaren beperkingen op het gebied van kracht, fijne motoriek en het bewegingsbereik. De beperking is het gevolg van een ziekte, ongeval of aangeboren afwijking. Voorbeelden hiervan zijn een dwarslaesie of een amputatie. Deze doelgroep kan gebruik maken van utiliteiten zoals mobiliteitshulpmiddelen. Echter kunnen deze beperkingen onder andere vrijetijdsbestedingen zoals sport negatief beïnvloeden (Alles over sport, 2015; Chang, Chen, & Huang, 2011).

Uit de literatuur blijkt dat fysieke beweging en sport positieve effecten hebben op de gezondheid van mensen. Wetenschappelijk onderzoek toont aan dat het regelmatig in beweging zijn en het beoefenen van sport fysieke, sociale en geestelijke voordelen hebben voor mensen. Ook (jong)volwassenen met een motorische beperking hebben baat bij sport (Weiss, 1995; Wilhite & Shank, 2009; World Health Organization, 2003). Verschillende studies concluderen dat te weinig fysieke activiteit een risicofactor is voor een slechtere gezondheid en vroege dood (Kristèn, Patriksson, & Fridlund, 2002). De deelname van mensen met een beperking aan sportieve activiteiten bevordert de integratie, optimaliseert fysiek functioneren en zorgt voor een betere algemene gesteldheid. De sportbeoefening van (jong)volwassenen met een motorische beperking loopt echter nog altijd achter op die van (jong)volwassenen zonder beperking. Hierdoor zijn zij minder fit en hebben zij een grotere kans op overgewicht (De Hollander, Milder, & Proper, 2015; Fitzgerald, Jobling, & Kirk, 2003; Graham & Reid, 2000; Kristèn et al., 2002; Murphy & Carbone, 2008)

Sportbeoefening kan individueel tot stand komen, maar vaak gebeurt dit bij verenigingen. Veel mensen kunnen vanwege hun beperking niet meedoen met reguliere sportactiviteiten. Dit zijn de activiteiten zonder aanpassingen voor mensen met een beperking. Naast reguliere

sportactiviteiten zijn er verenigingen die een aangepast sportaanbod bieden. Dit zijn sporten die aangepast zijn zodat iemand met een lichamelijke of verstandelijke beperking ook de sportactiviteiten kunnen doen zonder dat hun beperking dit belemmert. In de studie van Page, O'Connor en Peterson (2001) naar de motivatie van zes sporters met een motorische beperking blijkt dat de motivatie om aangepaste sport te doen op verschillende gebieden ligt. De belangrijkste motieven om aangepast te gaan sporten zijn: Jezelf kunnen uitdagen, fit blijven, kunnen "ontsnappen" aan het gevoel beperkt te zijn en de wens om te participeren in een sociale activiteit met andere sporters die een beperking hebben. Daarnaast zijn er (jong)volwassenen met een beperking die meedoen aan reguliere sport. Voor de samenleving is dit soms moeilijk te begrijpen: zij hebben het beeld dat deze doelgroep geen reguliere sport kunnen of behoren te doen.

Ondanks het aanbod van aangepaste sport zijn er nog genoeg (jong)volwassenen met een beperking die zowel geen reguliere- als aangepaste sport beoefenen (Misener & Darcy, 2014). Redenen hiervoor zijn onder andere dat deze doelgroep niet gestimuleerd wordt om te gaan sporten door hun sociale omgeving (Brittain, 2004). Daarnaast is er relatief weinig bekendheid over de mogelijkheden om te sporten voor mensen met een beperking, onder andere doordat sportaanbieders niet bekend zijn met de mogelijkheden en er niet genoeg mensen zijn die deze mogelijkheden kunnen aanbieden (Alles over sport, 2015; Robson, 2008). In de praktijk liggen deze redenen nog wat complexer. Het doel van dit onderzoek is inzicht te krijgen in de houding van (jong)volwassenen met een motorische beperking en hun motivatie om ofwel een reguliere- ofwel een aangepaste sport te beoefenen. De resultaten kunnen als referentie voor anderen met een motorische beperking worden gebruikt en, hopelijk, tot een gedragsbeïnvloeding leiden waarin (jong)volwassen sneller de stap nemen om een sport te gaan beoefenen. Ook zijn de resultaten wetenschappelijk relevant. Over de houding van degene met een beperking zelf, ten opzichte van inclusie in sport, zijn weinig studies bekend. Huidige studies gaan weinig in op beperkingen of gebruiken dit alleen als context (Brittain, 2004; Misener & Darcy, 2014; Shields, Shynnot & Barr, 2012).

De doelstelling wordt getracht te worden behaald door middel van een determinantenonderzoek gebaseerd op de feitelijke sportbeoefening, de houding door middel van het Attitude/Sociale invloed/Eigen effectiviteit-model (ASE-model) (De Vries, Dijkstra, &

Kuhlman, 1988) en de ervaren omgevingsfactoren van (jong)volwassenen met een motorische beperking. Een determinantenonderzoek is gericht op het generen van ideeën over hoe ongezond gedrag kan worden beïnvloed of worden aangepakt. Een gedragsdeterminanten onderzoek biedt inzicht in de factoren die gedrag bepalen en is een belangrijke stap binnen het proces van gedragsverandering (Brug, Assema, & Lechner, 2008). Hoe kan hiermee gezorgd worden dat andere (jong)volwassenen met een beperking ook participeren in sport activiteiten? En waar gaat de voorkeur naartoe: participatie in de reguliere sport of aangepaste sport? En waarom?

### **Onderzoeksvragen**

De eerste onderzoeksvraag van deze studie is: Wat is de feitelijke sportbeoefening van de respondenten? Om de eerste onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden zal naar de sportloopbaan van de respondenten worden gevraagd. Hierbij wordt onderscheid gemaakt in regulier sporten en aangepast sporten. Regulier sporten is zonder een derde partij (i.e. een gehandicaptenorganisatie of sportvereniging) die aanpassingen in de sportbeoefening maakt. Daarnaast kan het gaan om sportbeoefening in de aangepaste sport, sporten waar dus wel een aanpassing is gemaakt om de beoefening bevorderlijk te maken voor iemand met een beperking. Ten slotte kan de sportbeoefening georganiseerd of ongeorganiseerd zijn. Verwacht wordt dat de feitelijke sportbeoefening van de respondenten met een niet-aangeboren motorische beperking lager is dan de feitelijke sportbeoefening van de respondenten met een aangeboren motorische beperking. Voor veel mensen kost het energie en tijd om na revalidatie te wennen aan een leven met een beperking, waardoor de sportbeoefening minder wordt (Van der Ploeg, Van der Beek, Van der Wouden, & Van Mechelen, 2004). Ten slotte wordt verwacht dat de feitelijke sportbeoefening meer gericht is op aangepaste sport dan op reguliere sport. Uit onderzoek zijn er verschillende positieve factoren en redenen gevonden om een aangepaste sport te doen, zo voelen (jong)volwassenen zich “normaal” als zij sporten met anderen met een beperking en kunnen daardoor ontsnappen aan het idee beperkt te zijn (Page et al., 2001; Anderson, Wozencroft, & Bedini, 2008).

De tweede onderzoeksvraag van deze studie is: Welke houding hebben de respondenten tegenover sporten? De tweede onderzoeksvraag over de houding wordt beantwoord aan de hand van het ASE-model. In het ASE-model wordt ervan uitgegaan dat gedrag, in dit geval de houding of motivatie, bepaald wordt door een drietal gedragsdeterminanten, namelijk: a)

attitudes, b) ervaren sociale invloeden en c) eigen-effectiviteit/vaardigheden. De drie determinanten vormen de intentie tot gedrag (De Vries et al., 1988). Dit model is gebaseerd op de theorie van gepland gedrag (Fishbein & Ajzen, 1975), wat ervan uitgaat dat iemands gedrag beredeneerd kan worden. Het model wordt regelmatig gebruikt voor de ontwikkeling van interventies voor het bevorderen van gewenst gedrag (Van der Ploeg et al., 2004).

**Attitudes.** Iemands attitude tegenover een bepaald gedrag is het resultaat van de consequenties die een persoon verwacht van een bepaald gedrag, in dit geval aangepast- dan wel regulier sporten (Van Es, Nagelkerke, Colland, Scholten, & Bouter, 2001). Attitude wordt in dit onderzoek geoperationaliseerd naar: a) houding/oordeel, b) kennis, c) uitkomstverwachtingen, d) oordelen over voor- en nadelen, e) gewoontes/conditionering en f) attributie. De eerste factor van attitude is de houding of iemands oordeel over het gedrag. Daarnaast is kennis een factor.

Hoeveel weet iemand met een beperking over sporten met zijn/haar beperking?

Uitkomstverwachtingen zijn iemand overtuigingen over de verwachte voor- en nadelen van de sportbeoefening (Yu & Ko, 2006). Een voorbeeld kan zijn dat iemand met een beperking verwacht dat sporten bij een reguliere sportclub meer of minder zelfvertrouwen zal geven. Een bijna gelijke factor is het oordeel over de voor- en nadelen van het gedrag.

Gewoontes/conditionering is iemand gedrag of mening omdat hij/zij dit altijd zo heeft gedaan. Ten slotte is de attributie gedefinieerd als de oorzaken die worden toegeschreven. Verwacht wordt dat de kennis van de doelgroep over waar en hoe gesport kan worden laag is. Daarnaast zullen zij zich erg zelfbewust zijn in sportruimtes waar ook mensen zonder een beperking sporten, zij zullen zich hierdoor “beperkt” voelen (Rimmer, Riley, Wang, Rauworth & Jurkowski, 2004). Ook persoonlijke karaktertrekken worden verwacht belangrijk te zijn bij de keuze tussen aangepaste- of reguliere sport. Verwacht wordt dat mensen die hun beperking (nog) niet accepteren ook geen aangepaste sport of helemaal geen sport zullen beoefenen.

**Ervaren sociale invloed.** Ervaren sociale invloeden zijn de processen waarbij gedachten, gevoelens en acties direct of indirect beïnvloed wordt door anderen (Van Es et al., 2001). De sociale invloed wordt in dit onderzoek geoperationaliseerd naar: a) directe invloeden van anderen op het individuele gedrag, b) modelling, c) normative beliefs, de gepercipieerde verwachtingen en d) motivation to comply. Directe invloeden van anderen zijn invloeden van anderen die direct invloed hebben op het gedrag van een individu. Een voorbeeld zou een vriend die je meeneemt

naar de sportclub kunnen zijn. Modelling is wanneer het gedrag van belangrijke anderen als voorbeeld wordt gebruikt. Een voorbeeld zou kunnen zijn dat iemand met een beperking een ander persoon met een beperking aan reguliere sport ziet doen en daardoor dit ook gaat proberen. De normative beliefs zijn een soort subjectieve norm. De normative beliefs zijn de verwachte normen van belangrijke anderen. Dit zijn normen waarvan de respondenten denken dat belangrijke anderen die hebben. Een voorbeeld van zo'n verwachte norm kan zijn: "Mensen met een beperking horen geen reguliere sport te doen". Ten slotte is motivation to comply iemands plan om zich daadwerkelijk iets aan te trekken van de normative beliefs (Yu & Ko, 2006). Zo kan iemand die als normative belief heeft dat mensen met een beperking geen reguliere sport horen te doen, maar een lage motivation to comply heeft, alsnog een reguliere sport beoefenen. Vanuit de literatuur wordt verwacht dat de doelgroep minder snel regulier zal sporten omdat zij denken dat mensen zonder een beperking vooroordelen hebben over de doelgroep, daarnaast wordt verwacht dat de doelgroep zich schaamt voor hun beperking tijdens het beoefenen van een reguliere sport (Rimmer et al., 2004). Verder wordt verwacht dat een maatschappelijk stigma de doelgroep beperkt. Doordat de maatschappij de doelgroep behandelt als iemand met een beperking, zullen zij zich hier ook naar gedragen en de keuze sneller op aangepast sport komt te liggen. Omdat tijdens de latere volwassenheid de informatie over eigen competentie van vergelijking met leeftijdsgenoten verschuift naar naar meerdere bronnen en criteria, wordt ten slotte verwacht dat er op directe- (e.g. je zus die zegt dat je iets niet kan) en indirecte (e.g. maatschappelijk stigma) manier sociale invloeden worden ervaren (Weiss, 1995).

**Eigen effectiviteit/vaardigheden.** Eigen effectiviteit is de mate waarin iemand zichzelf in staat acht om het gedrag uit te voeren (Van Es et al., 2001). Eigen effectiviteit en vaardigheden wordt in dit onderzoek geoperationaliseerd naar a) magnitude, b) generality en c) strength. Met magnitude wordt de inschatting van de moeilijkheid van een vaardigheid bedoeld die nodig zijn om het gewenste gedrag, in dit geval sporten, uit te voeren. Generality is de inschatting die het gedrag in verschillende situaties met zich meebrengt. Zo kan iemand met een beperking bijvoorbeeld meer problemen verwachten bij een reguliere sportclub dan bij een sportclub voor aangepast sporten. De strength houdt iemands zelfvertrouwen over het kunnen vertonen van het gedrag in. Uit onderzoek van Weiss (1995) blijkt dat iemand met een lage eigen effectiviteit sneller angstig is en een minder uitdagend gedrag vertoont in vergelijking met

overschatte leeftijdsgenoten. Verwacht wordt dat bij een hoge effectiviteit de intentie om regulier te sporten groter is. Bij een lage eigen effectiviteit zal iemand sneller neigen om een aangepast sport te doen of wellicht helemaal niet te sporten.

De derde onderzoeksvraag van deze studie is: Welke ervaren omgevingsfactoren hebben invloed op de intentie om te gaan sporten? Weten is nog niet doen, voordat de intentie tot gedrag leidt kan dit nog worden beïnvloed door ervaren omgevingsfactoren. Deze omgevingsfactoren zijn barrières en protectieve factoren, ook wel facilitatoren genoemd. Barrières kunnen er voor zorgen dat een intentie tot gedrag minder snel tot stand kan komen. Facilitatoren zijn het tegenovergestelde en helpen de persoon juist tot het gedrag (Shields, Shynnot, & Barr, 2012). Voorbeelden van barrières zijn niet naar de sportschool kunnen omdat daarvoor het openbaar vervoer gebruikt moet worden. Een facilitator zou korting bij een sportschool voor mensen met een beperking kunnen zijn. Vanuit de gelezen literatuur wordt verwacht dat de doelgroep meerdere barrières en facilitatoren ervaren die uniek zijn voor mensen met een beperking. Deze beperkingen en facilitatoren zijn naar verwachting op het gebied van a) hoe de omgeving letterlijk gebouwd is, b) of het financieel toegankelijk is, en tenslotte c) de bereikbaarheid van een sportomgeving (Rimmer et al., 2004). De verwachting is dat als veel belemmerende omgevingsfactoren een rol spelen, regulier sporten eerder zal afvallen en er gekozen wordt voor aangepast sporten. De verwachting is ook dat belemmerende factoren zwaarder wegen dan de enkele protectieve factoren. Mensen met een motorische beperking geven aan dat veelal de deskundigheid op de sportverenigingen ontbreekt (Von Heiden et al., 2013). De verwachting is dat de benodigde voorzieningen en hoge kosten een barrière vormen en dat mensen met een motorische beperking hierdoor niet de mogelijkheid hebben om te participeren bij reguliere sportverenigingen.

## **Methode**

### **Respondenten**

De interviews zijn afgenomen bij volwassenen en jongvolwassenen met een motorische beperking. In de focusgroep zat ook een respondent met een visuele beperking, wat niet onder de definitie motorische beperking valt. Omdat zij participeerde in een sportgroep voor volwassenen met een motorische beperking is er besloten haar ook mee te nemen in dit onderzoek. Aan dit onderzoek deden, nadat een respondent uitviel, negen respondenten mee. Hiervan waren en



zeven vrouw en twee man. De leeftijd varieerde tussen de 18 tot 58 jaar. Alle respondenten participeerden in reguliere en/of aangepaste sportactiviteiten. Elke respondent beoefende een andere sport. Op het moment van de interviews waren er zeven respondenten minstens een keer per week actief met aangepaste sport. Zo deed de een mee aan aangepast paardrijden in groepsverband en een ander beoefende zijn sport individueel bij een reguliere fitnessclub. Drie van de negen respondenten beoefenen topsport of hebben een topsport gedaan.

De steekproef is deels een sneeuwbalsteekproef en deels een toevallige steekproef. Vijf respondenten zijn via de sociale kringen van de onderzoekers gevonden. Via oproepen op sociale media zijn kennissen gevraagd of zij participanten kenden die voldeden aan de kenmerken van de doelgroep. Sommige van deze kennissen vroegen weer aan hun kennissen of zij mensen kenden die voldeden aan de doelgroep. Op deze manier vallen de eerste vijf respondenten onder een sneeuwbalsteekproef. De andere vier respondenten zijn geworven via toevallige steekproef, de onderzoekers zijn naar manege Lis hartel geweest, een manege voor rijders met een beperking. Hier zijn vier respondenten verworven. Hier is één open groepsinterview afgenomen bij een focusgroep van drie respondenten en één open individueel interview. Bij de eerdere vijf respondenten is ook een open individueel interview afgenomen (Baarda, De Goede, & Teunissen, 2013).

Voor dit onderzoek is alleen gekozen voor (jong)volwassenen met een motorische beperking, (jong)volwassenen met ook een verstandelijke beperking zijn buiten beschouwing gehouden om zo de betrouwbaarheid van de steekproef te waarborgen. De interviews met de respondenten zijn face to face afgenomen (een respondent per keer, met uitzondering van de focusgroep).

### **Type Onderzoek**

Om tot een conclusie te komen is in dit onderzoek gebruik gemaakt van kwalitatief onderzoek. Bij kwalitatief onderzoek wordt er, in tegenstelling tot kwantitatief onderzoek, weinig gekeken naar cijfers en procenten. Kwalitatief onderzoek is het gedetailleerd beschrijven en interpreteren van gebeurtenissen, situaties, interacties en personen naar aard of eigenschappen (Baar, 2002; Baarda et al, 2013). In dit onderzoek zijn verbale interviews met mensen met een motorische beperking geanalyseerd. Dit onderzoek was explorierend van aard en richtte zich op de houding en motivatie van (jong)volwassenen met een motorische beperking waarbij de

feitelijke sportbeoefening, de houding, de gedragsdeterminanten en de ervaren protectieve factoren en barrières centraal stonden. Hierbij is gebruik gemaakt van een open benadering.

### **Onderzoeksinstrument**

Er was gekozen om open half gestructureerde interviews af te nemen, ook wel kwalitatieve of diepte-interviews genoemd. Dit onderzoeksinstrument past bij kwalitatief onderzoek en meet de afhankelijke variabelen. In kwalitatief onderzoek staan de beschrijving en interpretatie van de respondent in de onderzoekssituatie voorop. Er is vooraf een algemeen interviewschema opgesteld met algemeen geformuleerde vragen die voor elke respondent bedoeld was. De eerste onderzoeksvraag ging over de feitelijke sportbeoefening. Er werd gekeken welke sport sporters met een motorische beperking deden. Hierbij werd gevraagd: *Doet u aan regulier of aangepast sporten?* De tweede onderzoeksvraag ging over de houding ten aanzien van sport aan de hand van het ASE-model. Een voorbeeldvraag is: *Wat vindt u van uw sportvereniging?* De derde onderzoeksvraag ging over de barrières en protectieve factoren. Hierbij werd bijvoorbeeld gevraagd: *Ervaart u factoren in uw omgeving die stimuleren om te gaan sporten?* Echter leek tijdens het interview dat er werd afgeweken van de vragen en daarom was er sprake van open interviews. Er werd doorgevraagd als de respondent iets interessants zei. Waarbij op deze manier meer en gedetailleerde informatie werd verworven, wat de interne validiteit ten goede kwam. Voor het interview vond een gespreksintrodactie plaats en werd er regelmatig samengevat ten goede van de betrouwbaarheid van het onderzoek.

### **Procedure**

Alle respondenten hadden toestemming gegeven om mee te doen aan dit onderzoek. Er werd informed consent gewerkt. Voorafgaand aan de interviews werd aangegeven dat de informatie van de respondent zou worden geanonimiseerd en na toestemming op een voice recorder zou worden opgenomen. Bij de introductie werd uitleg gegeven over de onderzoeksdoelen, de procedure, de structuur en de inhoud van het interview. Om de betrouwbaarheid van de bevraging te waarborgen hebben we tijdens het interviewen aantekeningen gemaakt voor de gesprekslijn en de interviews met z'n tweeën afgenomen. De locatie waar de interviews zijn afgenomen varieerde. De ene keer vond het interview plaats op een manege in Doorn, een andere keer vond het plaats in het Utrechts Medisch Centrum. Alle interviews zijn afgenomen in provincie Utrecht. De interviews duurden gemiddeld 36 minuten.

Het langst durende interview was 51 minuten en het kortst durende interview was 19 minuten. Tijdens de interviews werd vaak vlot gesproken. Om de anonimiteit van de respondenten te waarborgen zijn er nummers gebruikt in de verbatim uitwerkingen en de analyses. De persoonlijke gegevens van de respondenten zijn niet weergegeven in de verbatim uitwerkingen en de analyses.

### **Kwalitatieve Analyse**

De analyse verliep volgens een kwalitatieve analyse. De opgenomen interviews werden verbatim uitgeschreven. De verbatim uitwerkingen werden geanalyseerd volgens de kwalitatieve analysemethoden met het coderingssysteem van Baarda et al. (2013). Om de betrouwbaarheid te waarborgen is ervoor gekozen om de analyses van de onderzoekers van elkaar te controleren. Dit is gedaan door analytische inductie door het constant vergelijken van uitspraken, het ontwikkelen van kernlabels per onderzoeksvraag die het analyse rendement weergeven. De labels zijn gebaseerd op letterlijke uitspraken van de respondenten uit de tekstpassages. Dit werd gedaan om de interne validiteit te waarborgen. De eerste twee analyses hebben de onderzoekers samen gedaan. Vervolgens zijn de opeenvolgende analyses apart uitgewerkt en is hier uitvoerig met elkaar over teruggekoppeld.

### **Resultaten**

In de resultatensectie worden de aan de hand van de afgenomen interviews en desbetreffende analyses de belangrijkste resultaten per onderzoeksvraag gegeven. De resultaten zullen ondersteund worden door citaten van de respondenten. Bij de citaten wordt aangegeven om welke respondent het gaat door middel van een nummer, daarachter de betreffende beperking van de respondent en of deze reguliere en/of aangepaste sport.

### **Feitelijke Sportbeoefening**

Van de negen respondenten zaten er op moment van de interviews zeven aangesloten bij een sportvereniging. De overige respondenten waren niet aangesloten bij een sportclub maar waren wel bezig met sporten door naar de sportschool te gaan of te zwemmen. Alle respondenten zijn gedurende hun sportcarrière eens actief geweest bij een aangepaste sport. Respondent één beoefent zowel reguliere als aangepaste sport. Respondent twee en zes alleen reguliere sport en de overige respondenten sporten aangepast. Op het moment van de interviews waren er zes respondenten minstens een keer per week actief met aangepaste sport.

## Houding/oordeel

**Attitude.** *“Ik vind wel dat sport je altijd gaat uitdagen en dan ga ik liever skaten en naar het Skatepark, daar doet ieder zijn eigen ding.”* (2, hersentumor, regulier).

Een terugkerend onderwerp onder ongeveer de helft van de respondenten is het feit dat zij zich autonoom zouden willen voelen. Zij gaven aan liever hun eigen ding te doen en een drive naar autonomie te hebben. *“Dat is denk ik een stukje vanuit mijn eigen karakter dat ik dat doe, een drive naar autonomie en verantwoordelijkheid hebben voor je eigen leven.”* (1, dwarslaesie, regulier en aangepast).

*“Aan de ene kant super relaxed als mensen je zomaar helpen maar aan de andere kant heb ik ook altijd zoiets van ik wil het zelf doen ik wil het zelf ontdekken ... ik vind het super vervelend om dingen aan andere mensen te vragen.”* (3, halfzijdig verlamd, aangepast). Opvallend is dat deze uitspraken met name door topsporters werden gedaan. Aansluitend met het verlangen om meer autonomie te hebben, werden termen zoals “overbemoederen” en “overbezorgdheid” vaak genoemd. Citaten over dit onderwerp zijn onder de resultaten van de onderzoeksvraag over ervaren sociale invloeden te vinden.

Bijna alle respondenten die niet geboren zijn met een hun beperking geven aan zich onzeker of boos te hebben gevoeld nadat zij hun beperking hebben opgelopen. *“Naja het was sowieso erg omschakelen want ik ging ineens van het sportiefste meisje van de klas naar het gehandicapte meisje. Dus dat was wel een hele erge mentale klap die ik toen heb meegemaakt”* (3, halfzijdig verlamd, aangepast). *“Ik denk ook dat je gedachte erover kunnen veranderen in tijd. Omdat je er in het begin heel onzeker over bent.”* (2, hersentumor, regulier). Deze respondent gaf aan in het verleden onzeker te zijn, maar dat gedachten veranderen over tijd. Dit is terug te zien in meerdere interviews, respondenten gaven aan hun beperking over het algemeen te hebben geaccepteerd. *“Ik was gewoon boos. Ik vond het niet chill dat het was gebeurd. Ik kon het niet begrijpen. Vroeger dacht ik alleen maar dat mijn linkerhand mijn vijand was. En nu heb ik het wat meer geaccepteerd.”* (3, halfzijdig verlamd, aangepast).

Er was 1 respondent die opvallend weinig last van onzekere of boze gevoelens heeft gehad. Bij hem was er sprake van “grenzeloos optimisme”, zoals hij dat zelf noemde. Ook gaf hij aan zelf niet zo de problemen ervan in te zien. *“Ik vind het eigenlijk wel gewoon prima denk ik.”* (1, dwarslaesie, regulier en aangepast).

De drie respondenten, die een topsport beoefenen, gaven dus allen aan een wens naar meer autonomie te hebben. Zij zijn ook degenen die zeggen naast hun topsport in aangepaste sport een reguliere sport te kunnen en willen doen. Nadat de interviewer aan respondent drie (cerebrale parese, aangepast) vroeg of hij dus liever een aangepaste sport deed gaf hij het volgende antwoord: *“Nee nee nee, als ik straks wat meer tijd heb ga ik bij een regulier team voetballen. En ik heb het ook altijd gedaan en ik weet ook dat ik dat kan. Bijvoorbeeld een G-team is heel wat anders daar zou ik echt te goed voor zijn. Dus ik zou absoluut richting regulier sport willen.”* (3, cerebrale parese, aangepast). Echter zijn de overige respondenten die ook aangepaste sport beoefenen tevreden met de sport die zij nu beoefenen. *“Maar hier vind ik het ook gewoon leuk om te rijden”* (9, visueel, aangepast). *“Ik heb hier naar mijn zin, het is goed te doen hier. Hier heeft iedereen wat. Iedereen is verschillend.”* (8, epilepsie, aangepast). Respondent acht gaf aan het naar haar zin te hebben op de aangepaste sportvereniging met als uitleg dat iedereen daar “verschillend is”. Zij ziet dit als iets positiefs omdat zij zich dan niet beoordeeld voelt door de sporters, “iedereen heeft wat”.

Over de openheid van de beperking zijn tegenstrijdige resultaten gevonden. Respondent twee (hersentumor, regulier) zegt dat zij niet altijd zin heeft om mensen over haar beperking te vertellen of überhaupt uit te leggen waarom zij “zo loopt”. *“Ik heb wel soms dat als ik mensen nieuw leer kennen en dat ze zeggen: “Oh wat loop je raar.” Of “ben je gevallen?” Ik vind het prima dat je weet wat er is gebeurd maar ik heb geen zin om het nu uit te gaan leggen.”* (2, hersentumor, regulier). Terwijl respondent vier (cerebrale parese) liet weten dat hij altijd direct open kaart speelt als hij in nieuwe situaties beland en hiermee spanningen voorkomt. *“Ik speel altijd open kaart. ... Ik zie echt wel wanneer ze kijken naar mijn been. Dan ga ik ook denken van “moet ik het nou vertellen? Of moet ik wachten op die vraag?”. Er zijn heel veel spanningen die je echt kan voorkomen (door open kaart te spelen).”* (4, cerebrale parese, aangepast).

**Ervaren sociale invloed.** De respondent die aangaf weinig last van te hebben gehad van onzekerheid of boze gevoelens na het oplopen van zijn beperking gaf echter wel aan dat hij het idee had niet te voldoen aan de verwachtingen van de omgeving. Meerdere respondenten gaven aan een stigma van de maatschappij te ervaren, een stigma dat aangeeft dat mensen met een beperking weinig kunnen en hulp nodig hebben. Dit stigma leidt tot het idee van overbemoedering en over bezorgdheid. *“Ook wordt er vanuit gegaan dat mensen met een*

*motorische beperking minder kunnen*” (1, dwarslaesie, regulier en aangepast). *“Ik vind het heel belangrijk dat die kinderen niet alleen maar aan het handje worden genomen. Want wanneer je het kind te veel begeleid en te veel beschermd creëer je watjes.”* (4, cerebrale parese, aangepast). Zij vinden het vervelend dat er automatisch verwacht wordt dat mensen met een motorische beperking hulp nodig hebben. Een andere respondent zegt hierover: *“Hulpaanbod ontnemt autonomie”* en *“Mensen met handicap worden vaak overstapt”* (1, dwarslaesie, regulier en aangepast).

Een andere respondent liet weten dat zij soms gebruik maakt van dit stigma en haar beperking als excuus gebruikt bij situaties die zij wil vermijden. *“Snowboarden of skiën is gewoon niet echt mijn favoriete sport. Daar was ik sowieso niet erg fan van. En dan denk ik nou dan kan ik het ook gewoon als excuus gebruiken.”* (2, hersentumor, regulier). Hiermee gebruikt zij dus het stigma van de maatschappij in haar voordeel. Daarnaast gaf deze respondent aan dat zij niet wil dat alle aandacht aan haar geschonken werd. *“Zoals bij surfen, toen ging ik op de rand zitten. Terwijl ik dat misschien best kon doen. Maar ik had op dat moment geen zin om het te gaan proberen en om de aandacht weer aan mij te schenken. Dan denk ik gaan jullie lekker surfen, geen probleem.”* (2, hersentumor, regulier). Deze laatste uitspraak komt erg overeen met de uitspraak van een andere respondent die liet weten dat zij niet wil dat: *“alle aandacht op haar gericht wordt en dit ten koste van de andere sporters gaat”* (6, fibralogy, mobiliteitsstoornis, regulier).

Om aan zowel reguliere- en/of aangepaste sport te beginnen blijken de ervaren sociale invloeden erg van belang te zijn. Respondenten laten weten dat de aanmoediging van ouders en modellering van broertjes/zusjes of andere sporters erg belangrijk is geweest om een sport te gaan beoefenen. *“Ik heb een tweelingbroer en ik ben nooit anders behandeld. Het heeft bij mij allemaal wat langer geduurt maar ik ben nooit beschermd. En dat heeft ook wel eraan bijgedragen dat ik nu doorzettingsvermogen en zelfvertrouwen heb.”* (4, cerebrale parese, aangepast). *“Mijn vader is dokter en mijn moeder is fysio dus die hebben mij ook eigenlijk altijd gestimuleerd om zo snel mogelijk te revalideren. En toen ik helemaal krom liep dat ik netjes moest lopen en niet zo mank moest lopen dat ik erop moest letten. ... Dat heeft mij onwijs geholpen. En ik heb 2 broertjes en een zusje, zij waren allemaal lekker aan het rennen en vliegen, en ja dat wou ik natuurlijk ook.”* (3, halfzijdig verlamd, aangepast). Daarnaast zijn veel

respondenten met een niet-aangeboren beperking via de revalidatie centra's (opnieuw) in aanraking met sport gekomen. *“In het begin kom je erachter wat je allemaal niet meer kunt.”* (5, herseninfarct, aangepast). Ten slotte is een van de belangrijkste en terugkerende factoren het feit dat de respondenten samen kunnen sporten met anderen die op het gebied van vaardigheden overeenkomen met hun eigen vaardigheden. Dit heeft te maken met de eigen effectiviteit waarvan de resultaten in het volgende kopje behandelt zullen worden.

**Eigen effectiviteit/vaardigheden.** De drie topsporters geven bij dit onderwerp aan gewoon reguliere sporten te kunnen doen. *“Dat was de 14 kilometer run van Johan Cruyff, maar dat was gewoon een run voor iedereen en daar reed ik mee als roller, en dan een van de weinigen die dan meedeed in een rolstoel. Ik zat dan een beetje in de kopgroep”* (1, dwarslaesie, regulier en aangepast). *“Als ik wat meer tijd heb ga ik bij een regulier team voetballen. En ik heb het ook altijd gedaan en ik weet ook dat ik dat kan.”* (4, Cerebrale parese, aangepast).

Daarnaast zijn alle andere respondenten zich ervan bewust dat bepaalde sporten niet mogelijk zijn vanwege hun beperking, enkele respondenten gaven aan sommige reguliere sporten überhaupt niet te proberen omdat ze denken dat dit niet mogelijk is en daarom kiezen voor aangepast sporten.

### **Ervaren Barrières en Protectieve Factoren**

**Protectieve factoren.** Protectieve factoren om te gaan sporten zijn dat de meeste respondenten gewoon met openbaar vervoer kunnen gaan, degene die dat niet goed kunnen worden met een busje opgehaald. Een van de respondenten benoemde als protectieve factor het volgende: *“Ik had van de gemeente een U pas gekregen en daar kon ik geld opzetten en gaan zwemmen.”* (2 hersentumor, regulier). Met de U-pas van de gemeente kan er met korting gesport worden. De ervaren sociale invloeden die stimulerend werkte om te gaan sporten kunnen ook als een protectieve factor worden gezien.

**Barrières.** Als barrières wordt een minder verspreid sportaanbod gegeven, dit geldt voor degenen die een aangepaste sport moeten of willen doen. Door het minder verspreide sportaanbod voor aangepast sporten ontstaat er voor sommige respondenten een vervoersprobleem. *“Nou je krijgt 600 km per jaar. Heen en weer is 60 kilometer Dus dat betekent dat ik maar 10 keer per jaar kan.”* (5, herseninfarct, aangepast). Deze citaat gaat over het beperkte aantal kilometers waar de respondent kan gebruiken met de taxi, meerdere kilometers

zou te veel geld kosten.

Ten slotte wordt het tekort aan begeleiding bij reguliere sportverenigingen als barrière genoemd. *“Maar als je dan later weer gaat zoeken naar een manege zonder mensen met een beperking, hoor je heel vaak dat ze je niet kunnen begeleiden”* (9, visueel, aangepast).

### **Conclusie en Discussie**

Ten aanzien van de eerste onderzoeksvraag werd verwacht dat de feitelijke sportbeoefening van de respondenten met een niet-aangeboren motorische beperking lager zou zijn dan de feitelijke sportbeoefening van de respondenten met een aangeboren motorische beperking. Daarnaast werd verwacht dat de feitelijke sportbeoefening meer gericht is op aangepaste sport dan op regulier sport. Uit dit onderzoek komt naar voren dat de respondenten die op latere leeftijd een beperking hebben gekregen in eerste instantie moesten stoppen met sport. Zij konden niet meer de reguliere sporten doen die zij voorheen deden, wat een mentale klap was. Na enige tijd gingen deze respondenten, door aanmoediging van de omgeving of het revalidatiecentrum, weer sporten. Dit betrof altijd een aangepaste sport, waarna enige respondenten toch weer de wens hadden een reguliere sport te beoefenen. De tweede verwachting is ook conform met de resultaten, zeven van de tien respondenten beoefenden een aangepaste sport. Wat niet overeenkomt is het feit dat een aantal van de respondenten, met name de topsporters, toch de wens hadden om een reguliere sport te beoefenen. Uit de studie van Page et al. (2001) blijkt de wens naar reguliere sport voort te komen uit individuele verschillen en verschillen in de sociale context die zorgen voor de motivatie om goed te presteren in sport.

Deze conclusie past deels bij de tweede onderzoeksvraag, welke houding hebben de respondenten tegenover sporten? Ten aanzien van de tweede onderzoeksvraag werden per gedragsdeterminant (i.e. attitude/houding, ervaren sociale invloed en eigen effectiviteit) verwachtingen gesteld. Ten aanzien van de attitude/houding werd verwacht dat de kennis van de doelgroep over waar en hoe gesport kan worden laag is. Daarnaast zouden zij zich erg zelfbewust zijn in sportruimtes waar ook mensen zonder een beperking sporten, zij zullen zich hierdoor “beperkt” voelen (Rimmer et al., 2004). Ook persoonlijke karaktertrekken werden verwacht belangrijk te zijn bij de keuze tussen aangepaste- of reguliere sport. Verwacht werd dat mensen die hun beperking (nog) niet accepteren ook geen aangepaste sport of helemaal geen sport zullen beoefenen. De kennis van de respondenten over het sportaanbod is inderdaad laag, een van de



respondenten liet ook weten dat je in het “actieve systeem” moet belanden, hiermee bedoelde hij dat je zelf, als iemand met een beperking, op zoek moet gaan naar sportaanbod. Andere respondenten zijn via aansporen van het revalidatiecentrum bij een bij hen passende aangepaste sportvereniging gekomen. Andere respondenten die zelf naar een sportschool gaan lieten weten daar om advies te vragen van de begeleiders, deze waren zelf echter ook niet altijd bewust van de mogelijkheden voor deze mensen. Het feit dat reguliere sportaanbieders niet weten hoe zij deze doelgroep kunnen helpen is ook een van barrières die bij de derde onderzoeksvraag terugkomt. Dat persoonlijke karakteristieken een rol spelen bij de keuze voor aangepaste of reguliere sport is teruggekomen in de eerste onderzoeksvraag, diegene met een hoge motivatie om te presteren zouden sneller een reguliere sport willen beoefenen. Bij respondenten waar deze motivatie lager is, werd aangegeven dat zij niet alle aandacht op hen gericht willen hebben bij de reguliere sporten, dit kan erop duiden dat zij zich bewust voelen van hun beperking in de aanwezigheid van sporters zonder een beperking. De laatste verwachting ging over de acceptatie van de beperking en de keuze om te sporten. Verwacht werd dat wanneer de beperking niet geaccepteerd zou worden er sneller wordt gekozen voor een aangepaste sport. De resultaten in dit onderzoek sluiten hierbij aan, de respondenten die lieten weten hun beperking als eigen te zien en zich hier niet onzeker over voelen wouden liever een reguliere sport beoefenen en gingen sneller op zoek naar uitdagingen. Ten aanzien van de ervaren sociale invloed werd verwacht dat de doelgroep minder snel regulier zal sporten omdat zij denken dat mensen zonder een beperking vooroordelen hebben over de doelgroep (Rimmer et al., 2004). Verder werd verwacht dat een maatschappelijk stigma de doelgroep beperkt. Ten slotte werd verwacht dat er op directe- (e.g. je zus die zegt dat je iets niet kan) en indirecte (e.g. maatschappelijk stigma) manier sociale invloeden worden ervaren (Weiss, 1995). Geconcludeerd kan worden dat vooral de samenleving invloed heeft op de houdingen van (jong)volwassenen met een beperking. Het idee van mensen zonder motorische beperking is dat (jong)volwassenen met een beperking hulp nodig hebben, dit zorgt voor een stigma. Mede door dit stigma kunnen (jong)volwassenen in de kindertijd of de eerste periode na het krijgen van een beperking onzekerheid voelen. Het stigma zorgt voor veel overbemoedering en overbescherming naar de respondenten toe, die dit over het algemeen als vervelend ervaren. Door aansporing van de revalidatie medewerkers gaan de respondenten toch aan sport doen, met name aangepaste sport. Ook modellering van broertjes en zusjes is een

motivatie geweest om toch te gaan sporten, in dit geval ging het over regulier sport.

Ten aanzien van de eigen effectiviteit/vaardigheden werd verwacht dat dat bij een hoge effectiviteit de intentie om regulier te sporten groter is. Bij een lage eigen effectiviteit zal iemand sneller neigen om een aangepaste sport te doen of wellicht helemaal niet te sporten. De resultaten van dit onderzoek zijn conform de verwachtingen. Respondenten gaven letterlijk aan te weten dat zij een reguliere sport gaan doen omdat ze weten dit te kunnen. Daarnaast zeiden andere respondenten dat zij bepaalde activiteiten vermeden omdat zij verwachtte dit niet te kunnen.

Ten aanzien van de derde en laatste onderzoeksvraag werd verwacht dat als veel belemmerende omgevingsfactoren een rol spelen, regulier sporten eerder zal afvallen en er gekozen wordt voor aangepast sporten. De verwachting is ook dat belemmerende factoren zwaarder wegen dan de enkele protectieve factoren zoals een kortingskaart. Mensen met een motorische beperking geven aan dat veelal de deskundigheid op de sportverenigingen ontbreekt (Von Heiden et al., 2013). De verwachting is dat de benodigde voorzieningen en hoge kosten een barrière vormen en dat mensen met een motorische beperking hierdoor niet de mogelijkheid hebben om te participeren bij reguliere sportverenigingen. Uit dit onderzoek kwam naar voren dat de omgevingsfactoren inderdaad van invloed zijn. Het is gebleken dat deze doelgroep vaak meer problemen met vervoer naar een sportvereniging ervaren. Ze maken bijvoorbeeld minder snel gebruik van openbaar vervoer (Cardol, Rijken & Klerk, 2008). Wel bleken er voorzieningen geregeld te kunnen worden, zoals een vervoerspas om sportdeelname te stimuleren. vooral mensen met een zwaardere motorische beperking bleken hier gebruik van te maken. Belangrijk om te vermelden is dat deze voorzieningen, zoals speciaal vervoer, alleen naar een aangepaste sportvereniging was. Naar reguliere sportaanbieders waren er minder voorzieningen.

### **Limitaties**

De eerste beperking heeft betrekking op het kleine aantal respondenten. In dit onderzoek zijn negen diepte-interviews gehouden. Dit kwam omdat de doelgroep moeilijk te benaderen was en het daardoor ook lastig was om alleen jongeren te selecteren. Niet iedereen wilde meedoen aan het onderzoek en vaak was er bij mensen die wel bereid waren mee te doen sprake van comorbiditeit met andere beperkingen. Zo waren veel mensen met een motorische beperking vaak ook verstandelijk beperkt en vielen daarom buiten de doelgroep. Verder zijn alleen respondenten ondervraagd die bereid waren om aan dit onderzoek deel te nemen en over hun

houding ten aan sport te praten. Het zou daarom zo kunnen zijn dat mensen met een motorische beperking die niet wilde meewerken minder interesse hebben in sportactiviteiten.

### **Implicaties**

In vervolgonderzoek zouden meer sporters met een motorische beperking meegenomen moeten worden om te kijken of de uitspraken gegeneraliseerd kunnen worden. Vervolgens zou een smallere leeftijdsrange onderzocht kunnen worden. Misschien wijkt de houding van een jongvolwassenen erg af van dat van een volwassenen. Tot slot kan er gekeken worden of de houding van sporters en niet sporters van elkaar verschillen. In dit onderzoek is alleen gekeken naar de houding van mensen met een motorische beperking die wel sporten.

### Literatuurlijst

- Alles over sport. (2015). *Feiten en cijfers over het aantal mensen met een beperking*. Geraadpleegd op 7 maart 2017, van <https://www.allesoversport.nl/artikel/feiten-en-cijfers-over-het-aantal-mensen-met-een-beperking/>
- Alles over sport. (2015). *Erkenning*. Geraadpleegd op 12 maart 2017, van <https://www.allesoversport.nl/artikel/iedereen-kan-sporten/>
- Anderson, D. M., Wozencroft, A., & Bedini, L. A. (2008). Adolescent girls' involvement in disability sport: A comparison of social support mechanisms. *Journal of Leisure Research, 40*, 183. Geraadpleegd op 1 juli, van <http://search.proquest.com.proxy.library.uu.nl/openview/4b13808437a27d2efe0a31fcbb727668/1?pq-origsite=gscholar&cbl=34631>
- Baar, P. (2002). *Training kwalitatieve analyse voor pedagogen (cursushandleiding)*. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Baarda, B., De Goede, M., & Teunissen, J. (2013). *Basisboek kwalitatief onderzoek: Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers bv
- Brittain, I. (2004). Perceptions of disability and their impact upon involvement in sport for people with disabilities at all levels. *Journal of Sport & Social Issues, 28*, 429-452. doi:10.1177/0193723504268729
- Brug, J., Van Assema, P., & Lechner, L. (2008). *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering: Een planmatige aanpak*. Assen: Van Gorcum.
- Cardol, M., Rijken, M., & Klerk, M. D. (2008). *Ondersteuning en participatie van mensen met een lichamelijke beperking: een jaar na de invoering van de Wmo: Participatie*. geraadpleegd op 26 juni 2017 van <https://www.nivel.nl/node/2430?database=ChoicePublicat&prire=3458>
- Chang, Y., Chen, J., & Huang, J. (2011). A Kinect-based system for physical rehabilitation: A pilot study for young adults with motor disabilities. *Research in Developmental Disabilities, 32*, 2566-2570. doi:10.1016/j.ridd.2011.07.002
- De Hollander, E. L., Milder, I. E., & Proper, K. I. (2015). *Beweeg- en sportgedrag van mensen met een chronische aandoening of lichamelijke beperking (Rapport 2015-0064)*.

Verkregen van RIVM website:

<http://rivm.openrepository.com/rivm/handle/10029/557193>

- De Klerk, M.M.Y. (red.). (2002). *Rapportage Gehandicapten 2002*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.
- De Vries, H., Dijkstra, M., & Kuhlman, P. (1988). Self-efficacy: The third factor besides attitude and subjective norm as a predictor of behavioural intentions. *Health Education Research*, 3, 273-282. doi:10.1093/her/3.3.273
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior*. New York: Wiley.
- Fitzgerald, H., Jobling, A., & Kirk, D. (2003). Valuing the voices of young disabled people: Exploring experience of physical education and sport. *European Journal of Physical Education*, 8, 175-200. doi:10.1080/1740898030080206
- Graham, A., & Reid, G. (2000). Physical fitness of adults with an intellectual disability: A 13-year follow-up study. *Research quarterly for exercise and [G18] sport*, 71, 152-161. doi:10.1080/02701367.2000.10608893
- Green, S., Davis, C., Karshmer, E., Marsh, P., & Straight, B. (2005). Living stigma: The impact of labeling, stereotyping, separation, status loss, and discrimination in the lives of individuals with disabilities and their families. *Sociological Inquiry*, 75, 197-215. doi:10.1111/j.1475-682X.2005.00119.x
- Kristèn, L., Patriksson, G., & Fridlund, B. (2002). Conceptions of children and adolescents with physical disabilities about their participation in a sports programme. *European Physical Education Review*, 8, 139-156. doi:1356-336X(200206)8;2
- Misener, L., & Darcy, S. (2014). Managing disability sport: From athletes with disabilities to inclusive organisational perspectives. *Sport Management Review*, 17, 1-7. doi:10.1016/j.smr.2013.12.003
- Murphy, N. A., & Carbone, P. S. (2008). Promoting the participation of children with disabilities in sports, recreation, and physical activities. *Pediatrics*, 121, 1057-1061. doi:10.1542/peds.2008-0566
- Page, S. J., O'Connor, E., & Peterson, K. (2001). Leaving the disability ghetto: A qualitative study of factors underlying achievement motivation among athletes with disabilities. *Journal of Sport and Social Issues*, 25, 40-55. doi:10.1177/0193723501251004

- Rimmer, J. H., Riley, B., Wang, E., Rauworth, A., & Jurkowski, J. (2004). Physical activity participation among persons with disabilities: Barriers and facilitators. *American journal of preventive medicine*, *26*, 419-425. doi:10.1016/j.amepre.2004.02.002
- Robson, S. (2008). Sport and Health. In K. Hylton., P. Bramham., D. Jackson., & M. Nesti (Eds.), *Sport development: Policy, process and practice*, 64-185. London: Routledge.
- Shields, N., Synnot, A. J., & Barr, M. (2012). Perceived barriers and facilitators to physical activity for children with disability: A systematic review. *British Journal of Sports Medicine*, *46*, 989-997. doi:10.1136/bjsports-2011-090236
- Van der Ploeg, H. P., Van der Beek, A. J., Van der Woude, L. H., & Van Mechelen, W. (2004). Physical activity for people with a disability. *Sports Medicine*, *34*, 639-649. doi:10.2165/00007256-200434100-00002
- Van Es, S. M., Nagelkerke, A. F., Colland, V. T., Scholten, R. J. P. M., & Bouter, L. M. (2001) An intervention programme using the ASE-model aimed at enhancing adherence in adolescent with asthma. *Patient Education and Counseling*, *44*, 193-203. doi:10.1016/S0738-3991(00)00195-6
- Volksgezondheid en zorg. (z.j.). *Prevalenties van verstandelijke beperking*. Geraadpleegd op 10 februari 2017, van <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/verstandelijke-beperking/cijfers-context/incidentie-en-prevalentie>
- Von Heijden, A., Dool, R., Van den Lindert, C., & Van Breedveld, K. (2013). *(On)beperkt sportief 2013*. *Monitor sport- en beweegdeelname van mensen met een handicap*. Utrecht/Nieuwegein: Mulier Instituut/Arko Sports Media.
- Weiss, M. (1995). Children in sport: An educational model. In: M. Murphy (Ed.) *Sportpsychology interventions* (pp. 3-66). Champaign: Human Kinetics.
- Wilhite, B., & Shank, J. (2009). In praise of sport: Promoting sport participation as a mechanism of health among persons with a disability. *Disability and Health Journal*, *2*, 116-127. doi:10.1016/j.dhjo.2009.01.002.
- World Health Organization. (2003). *Health and development through physical activity and sport*. Geraadpleegd op 7 maart 2017, van <http://apps.who.int/iris/handle/10665/67796>

Yu, R. L., & Ko, H. C. (2006). Cognitive determinants of MDMA use among college students in Southern Taiwan. *Addictive behaviors, 31*, 2199-2211.  
doi:10.1016/j.addbeh.2006.02.017