

**KU LEUVEN**

**FACULTEIT SOCIALE WETENSCHAPPEN  
MASTER OF SCIENCE IN DE  
COMMUNICATIEWETENSCHAPPEN**

**Het effect van oude tv-programma's op de mate van de  
televisiebeleving  
Een experiment bij personen met een lichte vorm van  
dementie**

Promotor: Prof. Dr B. VAN GORP

Co-promotor: Prof. Dr. J. STEYAERT

Verslaggever: Prof. Dr. J. VAN DEN BULCK

MASTERPROEF aangeboden  
tot het verkrijgen van de graad  
van Master of Science in de  
Communicatiewetenschappen  
door **Kristien DE  
SCHEPPER**

Academiejaar 2015-2016

## **Abstract**

Het aantal personen met dementie zal de komende jaren exponentieel toenemen. Ongeveer 35% van hen komt in een woonzorgcentrum terecht en verblijft daar tot aan het overlijden. In woonzorgcentra worden regelmatig activiteiten georganiseerd, maar er wordt ook vaak teruggegrepen naar de tv om de bewoners bezig te houden. Er is reeds onderzoek gebeurd naar de capaciteit van personen met dementie om naar tv te kijken. Daarnaast werd meermaals aangetoond dat oude voorwerpen, oude muziek,... personen met dementie kunnen helpen met het ophalen van herinneringen en dat dit een positieve invloed kan hebben op hun levenskwaliteit. In dit onderzoek werd getracht het huidige onderzoek een andere richting in te sturen en na te gaan wat het effect is van oude tv-programma's op de televisiebeleving van personen met een lichte vorm dementie.

Er werd een experiment uitgevoerd bij twaalf personen met een lichte vorm van dementie, verspreid over drie Leuvense woonzorgcentra. Televisiebeleving werd gemeten aan de hand van de aandacht en emoties (commentaar geven op de inhoud, lachen, glimlachen en reageren op muziek) tijdens het kijken. Er werd een vergelijking gemaakt van de aandacht en emoties tijdens een oud- en tijdens een recent tv-programma.

Personen met dementie bleken significant meer zonder afleiding te kijken naar een oud tv-programma dan naar een recent tv-programma. Bovendien werd er significant meer commentaar gegeven op de inhoud en lachten de proefpersonen significant meer tijdens een oud- dan tijdens een recent tv-programma.

De resultaten tonen aan dat oude televisiecontent een positieve invloed kan hebben op personen met dementie. Dit onderzoek was slechts een eerste stap in de goede richting. Toekomstige onderzoekers kunnen dit experiment op grotere schaal uitvoeren. Een volgende stap is dat het tonen van oude tv-programma's geïntegreerd wordt in de dagelijkse zorg binnen woonzorgcentra.

|   |    |
|---|----|
| Inhoudsopgave   |    |
| Abstract .....  | 2  |
| Voorwoord .....   | 4  |
| Inleiding .....   | 6  |
| 1. De rol van televisie in het leven van ouderen en personen met dementie ..... | 9  |
| 1.2.1. <i>Dementie</i> .....  | 11 |
| 1.2.2. <i>Mini-Mental State Examen</i> .....                                    | 13 |
| 1.2.3. <i>Zelfbeschikkingsrecht van personen met dementie</i> .....             | 14 |
| 1.2.4. <i>Televisie en dementie</i> .....                                       | 15 |
| 1.3.1. <i>Reminiscentietherapie</i> .....                                       | 18 |
| 1.3.2. <i>Remiscentie en dementie</i> .....                                     | 20 |
| 1.4.1. <i>Radio Remember</i> .....  | 22 |
| 1.4.2. <i>Verhalenkoffer</i> .....  | 23 |
| 2. Methodologie .....   | 24 |
| 2.4.1. Videomateriaal .....   | 29 |
| 2.4.2. Observatiemateriaal .....  | 30 |
| 3. Resultaten .....   | 36 |
| 4. Discussie .....  | 39 |
| Persoonlijke impressies .....   | 44 |
| 5. Conclusie .....  | 46 |
| 6. Referentielijst .....  | 47 |
| 7. Bijlagen .....   | 53 |

## **Voorwoord**

Dementie: het is een woord dat bij mij een bepaalde angst inboezemt omdat ik bij enkele familieleden heb gezien hoe de aandoening iemand zijn of haar eigen persoonlijkheid lijkt weg te nemen. De ergste fase is wanneer de patiënten lijken te beseffen dat ze aan het wegzakken zijn uit hun eigen bestaan. Van zodra die heldere momenten wegvallen, is het eigenlijk een kwestie van te genieten van de kleine dingen in het leven. Een glimlach op het gezicht wanneer jouw oma *‘eindelijk nog eens sandwiches kan eten in de plaats van altijd die droge boterhammen’* of de blik vol kattenkwaad als ze een koekje te veel neemt tijdens het gezamenlijk koffiemoment. Dat zijn de zaken die je als bezoeker opmerkt als je aanwezig bent. Wanneer je niet aanwezig bent en er geen activiteiten gepland zijn, is televisiekijken vaak een gemakkelijke oplossing om de mensen bezig te houden. Toen ik in de lijst van de masterproefonderwerpen las over het onderzoek in verband met oude tv-programma's en dementie, was ik dan ook meteen verkocht. Zou het ook mogelijk zijn die glimlach op mijn oma haar gezicht te toveren wanneer ik niet op bezoek ben en wanneer er geen activiteiten gepland zijn? Is tv-kijken voor personen met dementie in een woonzorgcentrum gemakkelijker en aangenamer wanneer ze naar een oud programma kijken in de plaats van naar een recent programma? Dat waren de vragen die spontaan in mij opkwamen wanneer ik begon na te denken over het onderwerp.

Dit onderzoek was zeer complex, maar tegelijk ook ontzettend leerrijk en interessant. De dagen die ik in de woonzorgcentra heb doorgebracht, hebben mij niet enkel data opgeleverd, maar ook voldoening. Voldoening omdat ik de mensen heb kunnen bezighouden, voldoening omdat ik hen elke dag kon blij maken met een knuffel na afloop van het onderzoeksmoment. Mijn verwachting was dat ik tijdens het schrijven van deze masterproef al de verworven kennis van de voorbije jaren zou kunnen toepassen. Naar mijn mening heb ik zelfs nog meer bijgeleerd.

Deze masterproef had ik niet tot een goed einde kunnen brengen zonder de hulp van mijn promotor, professor Van Gorp. Daarnaast heb

ik veel waardevolle tips gekregen van professor Courtois in verband met het design en de statistische analyses van mijn onderzoek. Ten slotte wil ik professor Steyaert bedanken. Hij heeft het videomateriaal aangereikt waarmee ik mijn onderzoek heb uitgevoerd en nog belangrijker: hij heeft dit onderwerp voorgesteld als masterproefonderwerp. Het is goed dat er nagedacht wordt over manieren waarop de levenskwaliteit van personen met dementie verbeterd of zo optimaal mogelijk gehouden kan worden. Ik hoop dan ook dat deze masterproef daartoe kan bijdragen.

## **Inleiding**

Wereldwijd zijn er ongeveer 47,5 miljoen personen met dementie (circa 2015). Elk jaar komen daar ongeveer 7,7 miljoen mensen bij. De voorspelling luidt dat deze aantallen in 2050 bijna verdrievoudigd zullen zijn, onder meer ten gevolge van vergrijzing (WHO, 2015). Omdat in Vlaanderen geen exacte cijfers voor handen zijn, maakte Jan Steyaert (2016) een schatting op basis van gegevens van Alzheimer Europe en de bevolkingsstatistieken voor het Vlaams gewest. Volgens deze schatting telde Vlaanderen in 2015 ongeveer 122.161 personen met dementie, waarvan ongeveer 35% (anno 2015) in een woonzorgcentrum verblijft (Steyaert, 2016; Steyaert & Meeuws, 2015).

Dementie is een syndroom dat gekenmerkt wordt door de afname van de cognitieve functionaliteit van een persoon (De Deyn, 2004; Van Broeckhoven, 2006). Een syndroom is een combinatie van symptomen. Bij dementie is deze combinatie afhankelijk van het type dementie waaraan men lijdt (De Deyn, 2004). De meest voorkomende en bekendste oorzaak van dementie is de ziekte van Alzheimer. Zestig tot zeventig procent van alle gevallen hebben deze ziekte als oorzaak. Vasculaire dementie, dementie met Lewy-bodies en fronto-temporale dementie zijn andere vaak voorkomende oorzaken (WHO, 2016). Voor slechts een beperkt aantal dementiële syndromen, zoals een hersentumor of een beperkte werking van de schildklier, is volledige genezing mogelijk. In alle andere gevallen is slechts een symptomatische behandeling mogelijk (De Deyn, 2004). In afwachting van een curatieve therapie voor deze types van dementie, kunnen zorgverleners zich inzetten om de zorg en de levenskwaliteit van personen met dementie op een optimaal niveau te houden (WHO, 2016). Dementie is immers geen onmiddellijke terdoodveroordeling en gaat evenmin gepaard met het volledig wegvallen van de levenskwaliteit (Van Gorp & Vercruyse, 2012; WHO, 2016). Dit is echter wel het negatieve beeld waarmee mensen, onder andere door de media, worden doordrongen (Clarke, 2006). Dat heeft mogelijks negatieve gevolgen voor de kwaliteit van de zorg voor personen met dementie (Van Gorp & Vercruyse, 2012). In tegenstelling tot een snelle terminale ziekte, is de prognose dat de ziekte van Alzheimer

bijvoorbeeld gemiddeld acht tot twaalf jaar duurt vanaf de diagnose tot aan het overlijden (De Deyn, 2004). Bovendien zijn er allerlei activiteiten die beogen de levenskwaliteit van personen met dementie te behouden, waaronder bijvoorbeeld reminiscentietherapie (Lin, Dai en Hwang, 2003).

Het ziekteproces van dementie verloopt niet volgens een continu patroon, maar kan opgedeeld worden in verschillende fasen (WHO, 2016). De achteruitgang van de cognitieve functionaliteit wordt in de meeste gevallen in de eerste plaats gekenmerkt door de achteruitgang van het geheugen (De Deyn, 2004). Het systematisch wegvallen van herinneringen wordt ook wel het orollend geheugen genoemd (Hoogeveen et al., 2014). In de eerste fasen wordt enkel het kortetermijngeheugen aangetast, maar naarmate de aandoening vordert, zullen personen met dementie ook moeilijkheden ondervinden met het ophalen van herinneringen uit het verleden. Vaak wordt de patiënt na verloop van tijd volledig hulpbehoevend en dringt de opname in een woonzorgcentrum zich op (De Deyn, 2004).

De dagen in woonzorgcentra kunnen worden gevuld met allerlei activiteiten zoals motorische stimulatie, een bingonamiddag, een bezoek aan het warenhuis, groepsgymnastiek, een muzikale namiddag,... (OCMW Leuven, 2015). Daarnaast wordt heel wat tijd opgevuld met tv-kijken (Gústafsdóttir, 2015). In bijna elk woonzorgcentrum zijn televisies aanwezig (De Medeiros, Beall, Vozzella, & Brandt, 2009). Deze blijven zowel in de gemeenschappelijke ruimte als in de kamers van de bewoners heel vaak aanstaan (Gústafsdóttir, 2015).

Ouderen (65+) kijken meer televisie dan elke andere leeftijdsgroep (van der Goot, 2009). De grote toegankelijkheid van dit medium tot ouderen biedt enorme opportuniteiten om strategisch ingezet te worden in de zorg. Televisie heeft een sociale functie en fungeert in sommige gevallen als gezelschap. Daarnaast kan televisie een onderdeel zijn van interpersoonlijke communicatie (van der Goot, 2009). Bij ouderen met dementie is het nog niet geheel duidelijk welke rol televisie vervult binnen hun leefwereld en welke aspecten hun televisiebeleving kunnen optimaliseren. Momenteel werd nog onvoldoende onderzoek verricht (Gústafsdóttir, 2015).

Daarom werd in dit onderzoek nagegaan hoe de televisiebeleving van ouderen met dementie in woonzorgcentra verbeterd kan worden. Uit de literatuur blijkt dat oude voorwerpen en muziek een goede manier zijn om reminiscentie (het ophalen van herinneringen) bij personen met dementie te stimuleren. Deze elementen zijn bevorderend voor het langetermijngeheugen van personen met dementie (zie bijv. Hoogeveen et al., 2014 en Dely, 2015). Het doel van deze interventies werd doorgetrokken naar het huidige onderzoek. Door oude tv-programma's in te zetten als interventie, kon de onderzoeker nagaan of het tonen van oude tv-programma's het langetermijngeheugen van personen met dementie zodanig kan prikkelen dat dit hun televisiebeleving en gemoedstoestand positief beïnvloedt. Aangezien het geheugen van personen met dementie tijdens het verloop van de ziekte steeds meer en meer oprolt en terug gaat in de tijd, zullen ze misschien sneller iets herkennen of zich sneller iets herinneren wanneer ze een televisieprogramma bekijken dat afstamt van in de tijd dat ze jong waren. Het effect van de oude programma's werd afgezet tegen het effect van recente tvprogramma's.

De aanwezigheid van televisies in woonzorgcentra zou op deze manier strategisch ingezet kunnen worden in de optimalisering van de zorgkwaliteit. Om terug te komen op het contrast tussen het beeld dat door de media gerepresenteerd wordt en de toenemende prevalentie van dementie: hoe meer gevallen van dementie er zijn, hoe belangrijker dat kleine zaken zoals het opzetten van een oud tvprogramma worden?

Dit onderzoek is een eerste stap in de zoektocht naar de effecten van oude tv-programma's op personen met dementie. Er is reeds onderzoek gebeurd naar tv-kijken en dementie en in deze masterproef wordt getracht dit onderzoek een andere wending te geven.



# 1. De rol van televisie in het leven van ouderen en personen met dementie

## 1.1. Ouderen en televisie

Van alle leeftijdsgroepen, besteden 60-plussers het meest tijd aan televisiekijken (Rahtz, Sirgy, & Meadow, 1989; van der Goot, 2009). Dit gegeven is reeds voor een aantal onderzoekers de aanleiding geweest voor een onderzoek naar de rol van televisiekijken in het leven van ouderen (van der Goot, 2009). Deze rol wordt beter verklaard wanneer men rekening houdt met de geschiedenis van de persoon in kwestie en de maatschappelijk veranderingen die daaraan verbonden zijn (Eggermont en Vandenbosch, 2002).

Televisiekijken kan een sociale functie hebben en een vervanging zijn voor weggefallen sociale contacten. Daarnaast kan televisiekijken een onderdeel zijn van interpersoonlijke communicatie omdat men tijdens het kijken gesprekstof opdoet om in latere conversaties te gebruiken. Ten slotte is het ook een activiteit die men in het gezelschap van anderen kan uitoefenen (van der Goot, 2009). De verschillende rollen van televisiekijken zijn dus steeds gelinkt aan bepaalde sociale aspecten.

De *disengagement* theorie van Cumming en Henry (1961) stemt overeen met de functie van televisiekijken als vervanger van weggefallen sociale contacten. De theorie stelt namelijk dat ouder worden gepaard gaat met het wegvallen en opgeven van de rollen die een individu het grootste deel van zijn of haar leven heeft vervuld. Zo zouden ouder wordende mensen zich terugtrekken uit hun sociale systemen en daarom meer tv-kijken. Van der Goot (2009) haalt in haar studie echter aan dat deze theorie achterhaald is. Het klopt dat sociale contacten afnemen, maar de aard van deze afname stemt niet overeen met wat de *disengagement* theorie poneert. Van der Goot (2009) staaft deze uitspraak met onderzoek uitgevoerd door Carstensen (1992). Deze onderzoekster formuleerde de volgende hypothesen: (1) naarmate men volwassener wordt, is men selectiever wat sociale contacten betreft en (2) emotionele verbondenheid met anderen neemt toe naarmate men ouder wordt. Zowel de eerste als de tweede hypothese werden bevestigd. Wat de tweede hypothese betreft, wordt effectief contact minder en minder een voorwaarde voor emotionele

gebondenheid; dit in tegenstelling tot de *disengagement theorie* die stelt dat personen net minder emotioneel betrokken worden naar aanleiding van de afname van sociale contacten. De resultaten van het onderzoek van Östlund (2010) spreken de *disengagement theorie* eveneens tegen. Ze suggereren namelijk dat tv-kijken een activiteit is die ouderen de kans biedt om sociaal geïntegreerd te blijven.

De *disengagement theorie* blijkt dus niet geschikt te zijn om de sociale veranderingen die gepaard gaan met ouder worden te begrijpen. Het is daarentegen wel zo dat onderzoekers de afname in sociale contacten blijven linken met de rol van televisie in het leven van ouderen (van der Goot, 2009). Ouder worden gaat namelijk hoe dan ook gepaard met een veranderende context. Het klopt dat de kwaliteit en kwantiteit van sociale contacten afneemt (Eggermont & Vandenbosch, 2002), maar dat is volgens Carstensen (1992) dus niet te wijten aan wat de *disengagement theorie* poneert. Eggermont en Vandenbosch (2002) stellen dat er door de veranderende context bepaalde behoeften ontstaan die vervuld worden volgens de *uses and gratification theory* van Blumler en Katz (1974). Östlund voegt daaraan toe dat ouderen die op pensioen zijn heel wat minder verantwoordelijkheden hebben dan vroeger (Östlund, 2010). Al deze factoren zorgen voor grote hoeveelheden ongestructureerde tijd in het leven van ouderen. Televisie is een medium dat gebruikt wordt om deze ongestructureerde tijd op te vullen. Op die manier brengen ouderen een nieuwe structuur aan in hun dagen (Eggermont & Vandenbosch, 2002; Östlund, 2010).

Naast de rol van het medium zelf, zijn er aan de inhoud van de programma's ook enkele functies verbonden. De belangrijkste functies van de televisie-inhoud zijn ontspanning, *informationlearning* (nieuws), entertainment (bijvoorbeeld quizprogramma's), geestelijk fit blijven en het verdrijven van verveling (Eggermont & Vandenbosch, 2002; van der Goot, 2009). Een hoge functionaliteit van televisie gaat samen met een hoge afhankelijkheid ervan (Eggermont & Vandenbosch, 2002). Oudere mensen met een hoge televisieaffiniteit identificeren zich sterker met de kijkervaring en hebben een minder onderscheidende programmavoorkeur. Deze subcategorie van kijkers wordt door Glick en Levy (1962) de

‘embracers’ genoemd (Glick & Levy, 1962 in Eggermont & Vandenbosch, 2002).

Ouderen kijken dus meer televisie dan elke andere leeftijdsgroep en het kijken vervult verschillende rollen die voornamelijk met sociaal contact hebben te maken. Daarnaast heeft de inhoud van de programma’s zelf ook een functie. Van der Goot, Beentjes en Van Selm (2012) voegen een belangrijk element toe aan het onderzoek rond de rol van televisie in het leven van ouderen. Ze wijzen er namelijk op dat de toename in tv-kijken in twee opzichten begrepen kan worden. Ten eerste kunnen ouderen tv-kijken zien als een goede activiteit in het licht van de beperkingen die meekomen met het ouder worden. Langs de andere kant kunnen ouderen tv-kijken zien als een activiteit die ze ‘verplicht’ zijn te doen omdat ze gewoonweg niet meer instaat zijn iets anders te doen. De toename in de tijd dat men tv kijkt, kan met andere woorden zowel positief als negatief ervaren worden.

## 1.2. Personen met dementie en televisie

### *1.2.1. Dementie*

Het televisiekijkgedrag van ouderen is niet vergelijkbaar met dat van ouderen met dementie. Dementie is namelijk een aandoening die gekenmerkt wordt door cognitieve achteruitgang (Hoogeveen, 2008). Een goed begrip van wat de aandoening precies inhoudt is vereist om inzicht te verwerven in de televisiebeleving van personen met dementie.

Een foute veronderstelling is dat oudere personen die vergeetachtig worden automatisch dementerend zijn (Buijssen, 2007). Dementie is meer dan dat: het is een op termijn terminale aandoening die de functionaliteit van de hersenen progressief doet afnemen (Hoogeveen, 2008). In de eerste fase zullen personen voornamelijk problemen ondervinden met hun geheugen. Daarnaast krijgen ze het moeilijk met het inschatten van tijd en de herkenning van bepaalde plaatsen waarmee ze vertrouwd zijn. Tijdens de tweede fase worden de geheugenproblemen gewoonlijk ernstiger. Personen vergeten namen en geplande activiteiten; ze herhalen vaak dezelfde vraag; ze dromen steeds meer weg en ze lopen verloren in hun eigen huis. Tijdens de derde fase raken personen met dementie hun inschatting van tijd en ruimte volledig kwijt. Ze ondervinden ook steeds meer problemen met

de herkenning van vrienden en familie. Ten slotte worden ze afhankelijk van externe zorg en ondervinden ze gedragsveranderingen. Ze gaan zich bijvoorbeeld agressief gedragen (WHO, 2016).

Het proces van de achteruitgang van het geheugen wordt ook wel het oprollend geheugen genoemd (Hoogeveen, 2008; Hoogeveen et al., 2014). Eerst wordt het kortetermijngeheugen aangetast en naarmate het ziekteproces vordert, zullen er ook problemen met het langetermijngeheugen optreden. De herinneringen van de persoon met dementie gaan steeds meer terug in de tijd. Die uit de periode dat hij tien tot vijventwintig jaar was, blijven het langst bewaard (Hoogeveen, 2008). Naast deze cognitieve symptomen van dementie kunnen gedragsmatige symptomen optreden zoals angst, agressie, hallucinatie en agitatie (De Deyn, 2004).

De aard van de symptomen is zowel voor de cognitieve als de gedragsmatige symptomen afhankelijk van het type dementie. Het meest voorkomende type is de ziekte van Alzheimer. Zo'n 60-70% van alle personen met dementie lijdt aan deze ziekte. Vasculaire dementie, dementie met Lewy-bodies en fronto-temporale dementie zijn andere veel voorkomende types (WHO, 2016).

Inprentingsstoornissen zijn een typisch symptoom voor de ziekte van Alzheimer. Fronto-temporale dementie daarentegen wordt gekenmerkt door veranderingen in het gedrag. Ook de duur van het ziekteproces vanaf de diagnose tot aan het overlijden kan sterk variëren. De ziekte van Alzheimer duurt gemiddeld acht tot twaalf jaar. Bij fronto-temporale dementie daarentegen kan het ziekteproces van twee tot twintig jaar duren (De Deyn, 2004).

Verbraeck en van der Plaats (2008) onderscheiden drie verschillende types van personen met dementie: zen-dementerenden, dolers en evenwichtzoekers. Aan ieder type koppelen zij een aanbevolen hoeveelheid prikkels. Personen die voornamelijk voor zich uitstaren en zo goed als bewegingsloos zijn, de *zen-dementerden*, hebben meer baat bij een rustige omgeving waarin ze niet te veel prikkels tegelijk moeten verwerken. Wanneer zen-dementerenden in de gemeenschappelijke ruimte zitten en ze daarbovenop een geluidsen beeldprikkels moeten verwerken, kan de verwerking van deze verschillende prikkels hen een onaangenaam gevoel bezorgen. Muziek of een televisieprogramma kunnen ze dus best individueel beluisteren

of bekijken. Het tweede type zijn de zogenaamde *dolers*. Dolers zijn eigenlijk het tegengestelde van de zen-dementerenden. Wanneer zij namelijk in een omgeving zitten met te weinig prikkels, gaan ze op zoek naar stimulatie voor de hersenen. Indien ze echter meer prikkels waarnemen dan ze op dat moment nodig hebben, zoeken ze een andere ruimte op en kunnen ze tot rust komen. Een aangename prikkel voor een doler is bijvoorbeeld een rustige film. Ten slotte zijn er de *evenwichtzoekers*. Dit type personen met dementie kunnen of mogen niet meer stappen, maar hebben wel nood aan bewegings- en geluidsprikkels. Ze gaan bijgevolg zelf voor de prikkels zorgen door te roepen of hevige bewegingen te maken. Herkenbare, trage films uit het verleden zijn voor hen een goede prikkel (Verbraeck & van der Plaats, 2008).

### 1.2.2. Mini-Mental State Examen

Het Mini-Mental State Examen (MMSE) is een test, ontwikkeld door Folstein et al. (1975), waarmee men de cognitieve achteruitgang van ouderen kan nagaan (Vertesi et al., 2001). De test is een vereenvoudigde versie van de *cognitive mental status examination* en bevat elf vragen die samen op dertig punten gaan. De verwachte tijd waarop de test afgelegd kan worden is maximum tien minuten (Folstein et al., 1975). Het MMSE werd gestandaardiseerd (SSME) door de toevoeging van een gids met richtlijnen voor het geven en registeren van scores. Hierdoor werd de betrouwbaarheid van het MMSE verhoogd (Vertesi et al., 2001). Bij de ongestandaardiseerde versie (MMSE) waren er meer mogelijkheden tot fouten. Degene die de test afnam had door het gebrek aan specifieke instructies te veel ruimte om de vraagstelling naar eigen zin aan te passen, door te vragen, het oordeel van een juist of fout antwoord naar eigen hand te zetten,... (Ramirez, Teresi, Holmes, Gurland, & Lantigua, 2006).

De vragen van het SMME waarmee personen het moeilijk hebben, kunnen in verband gebracht worden met afwijkingen die kenmerkend zijn voor de ziekte van Alzheimer, vasculaire dementie en dementie met Lewy Bodies (Vertesi et al., 2001). Dat betekent niet dat er met de test een diagnose kan worden gesteld. Rekening houdend met de geschiedenis van een persoon en lichamelijk onderzoeken kunnen specifieke fouten wel wijzen op een bepaalde vorm van dementie. De

geschiedenis van een persoon is onder andere belangrijk omdat iemand met een hoog opleidingsniveau mogelijks een hogere score behaalt dan zijn of haar werkelijke cognitieve functionaliteit (Vertesi et al., 2001).

Personen met de ziekte van Alzheimer zullen in een eerste fase moeilijkheden ondervinden met de vragen die het kortetermijngeheugen testen. Wanneer er zich op verschillende vlakken problemen voordoen, dan is er eerder een vermoeden van vasculaire dementie. Eerder dan bij de ziekte van Alzheimer, zal vasculaire dementie in een eerste fase spraak- en taalproblemen veroorzaken. Patiënten zullen in dat geval bijvoorbeeld moeilijkheden ondervinden met het opnoemen van voorwerpen (Vertesi et al., 2001). Ten slotte zullen personen met dementie met Lewy Bodies in een eerste fase problemen ondervinden met hun ruimtelijk inzicht. Een figuur tekenen bijvoorbeeld wordt moeilijk voor hen (McKeith et al., 2001).

De scores op de SMMSE kunnen gelinkt worden aan een stadium van cognitieve achteruitgang. Scores van 26 tot 30 geven een normale cognitieve functionaliteit weer. Wanneer men tussen 20 en 25 scoort, zit men in een beginnend stadium van cognitieve achteruitgang. Een score tussen 10 en 19 is kenmerkend voor personen die in een tussenfase zitten. Wie ten slotte lager scoort dan een tien, zit in een gevorderd stadium van cognitieve achteruitgang (Vertesi et al., 2001).

### *1.2.3. Zelfbeschikkingsrecht van personen met dementie*

Dementie betekent onder andere cognitieve aftakeling (De Deyn, 2004). Ondanks de negatieve frames hieromtrent, verliest de patiënt niet onmiddellijk zijn bekwaamheid om autonoom beslissingen te maken (Carbonnelle, Casini, & Klein, 2009 in Van Gorp & Vercruysse, 2012). Op een bepaald punt zal de patiënt echter wel zijn bekwaamheid verliezen om zijn zelfbeschikkingsrecht uit te oefenen (De Deyn, 2004; Jennekens & Jennekens-Schinkel, 2005). Deze bekwaamheid hangt niet enkel af van het cognitief vermogen van een persoon, maar ook van het onderwerp waarover een beslissing moet worden genomen. Bij medische ingrepen bijvoorbeeld is het voor personen met dementie moeilijk om de gevolgen ervan te overzien. Beslissingen die daarentegen gaan over kleding of voeding zijn in dat opzicht veel minder complex (Jennekens & Jennekens-Schinkel,

2005). Wat beslissingen omtrent wetenschappelijk onderzoek betreft, stelt De Deyn (2004) dat de waardigheid van de patiënt te allen tijde gewaarborgd moet worden. Een maximale vrijheid en privacy van de patiënt moeten conform met zijn veiligheid en die van anderen worden toegepast.

#### *1.2.4. Televisie en dementie*

Televisies zijn in bijna elk woonzorgcentrum aanwezig (De Medeiros, Beall, & Brandt, 2009). Desondanks is er weinig onderzoek gedaan naar de effecten van tv-kijken op personen met dementie (De Medeiros et al., 2009). Gústafsdóttir (2015) onderzocht dit thema naar aanleiding van interviews die ze deed met familieleden van personen met dementie. In deze interviews kwam televisie altijd naar voor als een medium om personen met dementie bezig te houden. Daarom wou Gústafsdóttir (2015) achterhalen of de symptomen van de aandoening een hindernis zijn tijdens het kijken. Ze nam hiervoor vragenlijsten af bij familieleden van personen met dementie. Uit de resultaten van haar onderzoek bleek dat de capaciteit om tv te kijken al in een vroeg stadium van de aandoening afneemt. Bovendien neemt de rol van tv-kijken af naarmate het ziekteproces vordert. Het was echter niet eenvoudig om te bepalen of personen met dementie het moeilijk hadden om aandachtig te blijven of dat ze gewoonweg niet snapten wat ze zagen en daarom hun aandacht verloren. Daarnaast is weinig geweten over de effecten van gezamenlijk tv-kijken op de aandacht die een persoon met dementie aan televisie kan besteden. Het is daarentegen wel duidelijk dat personen met dementie het aangenaam vinden om in groep naar tv te kijken (Gústafsdóttir, 2015).

Gústafsdóttir (2015) wees op enkele moeilijkheden en onduidelijkheden in het onderzoek naar de rol van tv-kijken in het leven van personen met dementie. Onderzoek bij personen met deze aandoening blijkt in het algemeen niet eenvoudig te zijn. Eerst en vooral is het moeilijker om bij hen bepaalde emoties waar te nemen omdat ze steeds minder bekwaam worden hun gevoelens verbaal uit te drukken (Lawton, Van Haitsma, & Klapper, 1996). Daarnaast vormen gedragssymptomen van de aandoening een storende factor wanneer een vrijetijdsactiviteit zoals tv-kijken wordt uitgevoerd (zie bijv. Kolanowski, Buettner, & Moeller, 2006)

De Medeiros en haar collega's (2009) droegen eveneens bij aan het onderzoeksdomein van deze masterproef. Ze onderzochten de effecten van tv-programma's op het gedrag van personen met dementie. Het onderzoeksmateriaal bestond uit acht tv-programma's. Deze programma's werden geselecteerd tijdens een bijeenkomst met onderzoekers, familie van de proefpersonen en personeelsleden van het betrokken woonzorgcentrum. De tweeëntwintig proefpersonen werden gedurende vijf opeenvolgende dagen geobserveerd door twee observatoren. Door middel van een nulmeting op dag 1 kregen de onderzoekers zicht op wat elke bewoner deed op een typische dag in het woonzorgcentrum. Als een persoon op een typische dag sliep en tijdens de vertoning van de verkozen tv-programma's opkeek en aandachtig was, dan was dit een belangrijke observatie. Vanaf dag twee tot en met dag vier werden de onderzoekspersonen elke dag twee keer geobserveerd; een half uur tijdens en een half uur na het kijken. Tijdens het kijkmoment gebruikten de observatoren een checklist die de volgende gedragingen inhield: lachen, fronsen, nadenken, schoppen, huilen, roepen, slapen en praten. Deze checklist werd voor de start van het onderzoek opgesteld door het personeel dat in het betrokken woonzorgcentrum verantwoordelijk was voor de organisatie van activiteiten met bewoners. Uit de resultaten van het onderzoek bleek dat televisie een kleine rol speelt in het gedrag van personen met dementie. Er was tevens een kleine opkomst tijdens de kijkmomenten, waaruit bleek dat tv-kijken geen populaire activiteit was onder de bewoners (De Medeiros et al., 2009).

Een andere invalshoek van waaruit de relatie tussen tv-kijken en dementie bekeken kan worden, is die van de mogelijke invloed van het kijken op de ontwikkeling van dementie. Personen die tv-kijken, worden blootgesteld aan een overvloed van stimuli. Een groot deel van deze stimuli is vaak stresserend. Stress is een factor die de hippocampus kan aantasten en de hippocampus is een belangrijke schakel in de werking van het geheugen. Overvloedig tv-kijken heeft dus mogelijk een invloed op de hippocampus en daarom ook op de ontwikkeling van dementie (Aronson, 1993). Lindstrom et al. (2005) onderzochten de relatie tussen tv-kijken en het risico op de ziekte van Alzheimer bij 40-59-jarigen. De resultaten bevestigden de hypothese van Aronson (1993). Personen die deel uitmaakten van gevalstudies



over Alzheimer dementie (*cases*) keken gemiddeld een half uur per dag meer naar televisie dan de personen in de controlegroep. Zevenentwintig procent van de dagelijkse vrijetijd werd bij de cases besteed aan tv-kijken. Bij de controlegroep was dit aandeel slechts 18%. Daarenboven spendeerde de controlegroep 5% meer tijd per dag aan intellectuele activiteiten en 4% meer aan sociale activiteiten. Wat fysieke activiteit betreft, werden geen significante verschillen gevonden tussen de cases en de controlegroep. Televisiekijken kwam dus naar voor als een factor die de kans op de ziekte van Alzheimer verhoogt. Intellectuele en sociale activiteiten wanneer men tussen 40 en 59 jaar is, kan het risico op de ziekte dan weer verlagen (Lindstrom et al., 2005).

### 1.3. Reminiscentie

Televisiemateriaal kan een trigger zijn voor herinneringen bij personen met dementie (Gústafsdóttir, 2015). Wanneer ze persoonlijke herinneringen ophalen, doen ze aan reminiscentie (Bluck en Levine, 1998 uit Westerhof, Bohlmeijer, & Webster, 2010). Het delen van deze herinneringen met anderen is geen voorwaarde om van reminiscentie te kunnen spreken (Westerhof et al., 2010). Reminiscentie is geen momentopname, maar een gestructureerd en georganiseerd proces dat in verschillende stadia gebeurt (Dely, 2015; Dempsey et al., 2014).

Webster (1997) ontwikkelde de *Reminiscence Functions Scale* (RFS). Deze schaal meet acht functies van reminiscentie: identiteitsvorming, probleemoplossing, voorbereiding op de dood, vermindering van verveling, herbeleving van bitterheid, behoud van intimiteit, onderwijzen en informeren en ten slotte converseren. Reminiscentie als identiteitsvorming betekent dat men het verleden gebruikt om een beeld van zichzelf te vormen. Bij probleemoplossende reminiscentie herinneren mensen zich succesvolle strategieën waarmee ze in het verleden problemen hebben opgelost. Deze strategieën zullen ze vervolgens gebruiken om huidige problemen op te lossen. Bij ‘voorbereiding op de dood’ gaan bepaalde herinneringen ervoor zorgen dat personen een accepterende houding aannemen ten opzichte van hun sterfelijkheid. De vierde reminiscentiefunctie ‘vermindering van verveling’ betekent dat

herinneringen uit het verleden gebruikt worden als vlucht van het heden dat als saai en oninteressant wordt ervaren. ‘Herleven van bitterheid’ gebeurt wanneer men zich steeds dezelfde onrechtvaardige gebeurtenissen herinnert om zo negatieve gedachten en gevoelens te rechtvaardigen. Wanneer mensen herinneringen gebruiken om een band met een overleden geliefde te behouden, dan valt dit onder de reminiscentiefunctie ‘behouden van intimiteit’. De voorlaatste functie ‘onderwijzen/informereren’ betekent dat herinneringen gebruikt worden om persoonlijke ervaringen of levenslessen over te brengen op andere personen. Ten slotte kunnen herinneringen ook gebruikt worden om in contact te komen met anderen of bestaande banden te versterken. Logischerwijze noemt deze laatste functie ‘converseren’ (Bohlmeijer, Steunenbergh, & Westerhof, 2011). Cappeliez en O’Rourke (2006) bundelden deze acht functies tot drie overkoepelende clusters: zelfpositieve reminiscentie, zelf-negatieve en sociale reminiscentie. Tot zelf-positieve reminiscentie behoren identiteitsvorming, probleemoplossing en voorbereiding op de dood. De cluster zelfnegatieve reminiscentie bevat vermindering van verveling, herleving van bitterheid en behoud van intimiteit. De laatste cluster, sociale reminiscentie, bestaat uit onderwijzen, informeren en converseren.

### *1.3.1. Reminiscentietherapie*

De opgehaalde herinneringen tijdens het tv-kijken kunnen gebruikt worden in een reminiscentietherapie. Bij reminiscentietherapie wordt reminiscentie gebruikt als een individuele - of groepsinterventie. Voordelen van individuele reminiscentietherapie zijn bijvoorbeeld een verhoogd zelfvertrouwen en het uiten van levenstevredenheid. Het delen van herinneringen in groep draagt dan weer bij aan een betere plaatsing van gebeurtenissen en kan bepaalde perspectieven in een andere en betere richting sturen. Intergenerationele reminiscentie is naast individuele – en groepsreminiscentie een derde soort therapie en wordt toegepast op groepen die samengesteld zijn uit personen van verschillende leeftijden. Een van de positieve gevolgen van deze groepstherapie is de versterking van familiebanden (Soltys & Coats, 1994).

Een aanverwante therapie is *life-review*. Bij deze therapie wordt reminiscentie meer gestructureerd toegepast en ligt de focus op onopgeloste conflicten, schuld- en boze gevoelens waar de persoon in kwestie mee worstelt (Bohlmeijer et al., 2011; Cotelli, Manenti, & Zanetti, 2012). De procedure bij *life-review* is anders dan bij reminiscentietherapie. Bij *life-review*, zoals het woord zegt, komt de volledige levensloop van de persoon in kwestie aan bod (Bohlmeijer et al., 2011). Een gelijkenis tussen de twee soorten therapieën is dat er met herinneringen uit het verleden wordt gewerkt om problemen in het heden mee op te lossen (Cotelli et al., 2012).

Een derde gelijkaardige therapie is *life-review*therapie. Het verschil met *life-review* is dat *life-review*therapie de gewone *life-review* combineert met een andere therapie, bijvoorbeeld met cognitieve therapie. *Life-review*therapie wordt onder andere toegepast op personen met een klinische depressie of angststoornis. Het risico is groot dat zij bij reminiscentietherapie of *life-review* enkel kunnen terugdenken aan de negatieve momenten in hun leven en daarom is *live-review*therapie in zulke gevallen geschikter (Bohlmeijer et al., 2011).

Lin et al. (2003) stelden dat er nood is aan interventies binnen woonzorgcentra om de levenskwaliteit van de bewoners te behouden. Ze haalden reminiscentietherapie aan als een mogelijke interventie om de gemoedstoestand, de cognitieve functionaliteit en het zelfvertrouwen van ouderen te stimuleren. Indien het over personen met dementie gaat, is de levenskwaliteit echter niet eenvoudig te meten. Omwille van hun aandoening ondervinden ze namelijk moeilijkheden met het ophalen van herinneringen en zich verbaal uit te drukken (Brooker & Duce, 2000). Een vragenlijst afnemen die peilt naar de levenskwaliteit kan tot inaccurate of niet-betekenisvolle antwoorden en dus onbetrouwbare resultaten leiden (Brooker & Duce, 2000; Kitwood & Bredin, 1992 uit Thornton, Hatton, & Tatham, 2004). Een terechte bedenking wat betreft de levenskwaliteit van personen met dementie is dat de perceptie ervan kan verschillen naargelang het stadium van de aandoening waarin men zich bevindt (Cooper et al., 2012). Onderzoek heeft hier echter nog geen duidelijkheid over gebracht (Gústafsdóttir, 2015).

De conclusie van Lin et al. (2003) was dat het onderzoek naar de effecten van reminiscentietherapie nog in haar kinderschoenen staat. Er worden tegenstrijdige resultaten gevonden en dat zou kunnen liggen aan de verschillende methodes die in dit soort onderzoek worden gebruikt. Daarnaast is er volgens hen nood aan een herdefiniëring van het concept en de manier waarop reminiscentie gemeten wordt. Op deze manier zouden wetenschappers meer gestandaardiseerde designs kunnen toepassen en daardoor kunnen consistentere resultaten bekomen worden. Westerhof et al. (2010) onderzochten enkele jaren later de vooruitgang van de theorie, het onderzoek en de interventies. Hun besluit was dat het onderzoek naar reminiscentie wel degelijk de goede kant uitgaat. Er worden betere definities geformuleerd en ook de verschillende functies van reminiscentie zijn empirisch gevalideerd.

### *1.3.2. Reminiscentie en dementie*

Reminiscentie en reminiscentietherapie kunnen nuttige interventies zijn voor personen met dementie aangezien er tijdens een reminiscentieproces herinneringen kunnen worden opgehaald die daarvoor vergeten waren (Bluck en Levine, 1998 in Westerhof et al., 2010). Dempsey et al. (2014) hanteren de volgende definitie voor reminiscentietherapie, toegepast op personen met dementie: wie reminiscentietherapie toepast, gebruikt foto's, geuren, muziek en interviews om de herinnering aan aangename gebeurtenissen te stimuleren. Het doel van deze therapie is de persoon met dementie stimuleren en hem of haar plezier en een gevoel van zelfwaarde te bezorgen. De beoogde effecten van reminiscentie zijn de verbetering van de levenskwaliteit, het gedrag en de gemoedstoestand van de persoon in kwestie (Dempsey et al., 2014). Wie kan luisteren, de juiste vragen kan stellen en oprechte interesse heeft, kan samen met een persoon met dementie reminisceren. Daar waar de focus vaak ligt op wat personen met dementie niet meer kunnen, ligt de nadruk bij reminiscentie op waar ze wel nog toe in staat zijn (Dely, 2015). Reminiscentietherapie bij personen met dementie kan eveneens in groep of individueel gebeuren (Woods, Spector, Jones, Orrell, & Davies, 2005).

Paragraaf 1.3 *Reminiscentie* handelde over de effecten van reminiscentietherapie op ouderen. Het onderzoek hieromtrent mag volgens de onderzoeker van deze masterproef niet zomaar veralgemeend worden naar de effecten van reminiscentietherapie op personen met dementie. Personen met dementie hebben namelijk een cognitieve beperking en dat kan de (verwachte) effecten van reminiscentietherapie beïnvloeden. De onderzoeken die Cotelli et al. (2012) in hun review onder de loep namen, suggereren dat reminiscentietherapie de gemoedstoestand en sommige cognitieve functies van personen met dementie kunnen verbeteren. Subramaniam en Woods (2012) voerden een systematische review uit en kwamen tot dezelfde conclusie. Een derde voorbeeld is de conceptanalyse van Dempsey et al. (2014). Deze onderzoekers stelden een definitie van reminiscentie voor omdat die volgens hen niet voor handen was. Daarnaast stelden ze dat reminiscentietherapie een gepaste psychosociale interventie is bij personen met dementie. Indien deze therapie op een effectieve manier wordt toegepast, zou dat bevorderend zijn voor de persoonlijke zelfevaluatie, de sociale relatie met anderen en het zelfvertrouwen.

#### 1.4. Gelijkaardige initiatieven

De effecten van tv-programma's op personen met dementie zijn geen druk bestudeerd onderzoeksterrein (Gústafsdóttir, 2015) en in deze masterproef werd zelfs geen onderzoek gevonden naar de effecten van oude tv-programma's. Er zijn wel gelijkaardige initiatieven die zaken uit het verleden gebruiken om personen met dementie te helpen met reminisceren of het ophalen van herinneringen. Twee van die initiatieven zijn Radio Remember en de Verhalenkoffer. Het positief effect van oude muziek werd bevestigd in wetenschappelijk onderzoek (Hoogeveen et al., 2014). Wat de Verhalenkoffer betreft, bestaat er onderzoek naar het reminiscentie-effect van oude voorwerpen, maar met de Verhalenkoffer op zich is nog geen wetenschappelijk onderzoek gebeurd. De idee is ten slotte pas eind 2015 ontstaan (*Het Nieuwsblad*, 2 december 2015).

### *1.4.1. Radio Remember*

Muziek is een activiteit die zeer frequent gebruikt wordt voor personen met dementie (Marshall & Hutchingson, 2001). Radio Remember is een voorbeeld van een Nederlands project waarin de positieve functies van muziek maximaal benut worden. Het is een online platform (internetradio) dat werd opgericht door een team van lectoraten van De Haagse Hogeschool en muziektherapeut Machiel Bakker. Het platform bevat een database van 3100 liedjes die grotendeels stammen uit de periode 1944-1963. De muzieklijst werd samengesteld aan de hand van een onderzoek naar de manier van leven net na de Tweede Wereldoorlog. Personen zouden rond de periode dat ze een gezin stichten een persoonlijke muzieksmaak ontwikkelen en daarom werd de meerderheid van de liedjes gekozen uit de periode van 1944-1963 (Hoogeveen et al., 2014). Voor zorginstellingen kost een jaarabonnement van Radio Remember 120 euro en voor particulieren bedraagt de prijs 96 euro (Redactie, 2015).

De oude muziek van Radio Remember kan vroegere herinneringen naar boven brengen waardoor de luisteraars een stukje van hun eigen identiteit terugvinden (Hoogeveen et al., 2014). Dit sluit aan bij één van de acht reminiscentiefuncties, namelijk 'identiteit vormen' of het verleden gebruiken als hulp bij de ontdekking of verheldering van de eigen identiteit (Bohlmeijer et al., 2011). Naast de muziekkeuze zelf is het moment waarop deze muziek wordt afgespeeld ook een belangrijke factor. Rustige muziek past bijvoorbeeld het best in de ochtend en tijdens het koffiemoment kan een pittigere nummerkeuze het groepsgevoel versterken en bevorderend zijn voor het humeur van de luisteraars (Hoogeveen et al., 2014).

Radio Remember werd getest in twintig huiskamers, verdeeld over drie woonzorgcentra. De bewoners, zorgverleners en bezoekers werden geïnterviewd en bij de bewoners vond nog een bijkomende observatie plaats. Onregelmatige of weinig bezoeken vormden een drempel voor de interviews bij de bezoekers. De observaties bij de bewoners vonden vijf minuten voor, tijdens en vijf minuten na het luisteren plaats. De observatie-items waren het bewustzijn, de motoriek, de stemming, verbaal en non-verbaal contact en ten slotte sociaal contact. De meerderheid van de proefpersonen (57%) had een positieve houding ten opzichte van de muziek. Zeventien procent vond

de muziek niet leuk en de overige 26% had er geen mening over. Bij 33% van de bewoners werden positieve gedragsobservaties geregistreerd, 62,5% reageerde niet en 4,2% reageerde negatief (Hoogeveen et al., 2014).

Radio Remember is niet het enige initiatief dat werkt rond oude muziek voor personen met dementie. De website [www.deschatvanjeleven.be](http://www.deschatvanjeleven.be) bevat eveneens een lijst van oude liedjes. Deze website is echter wel gericht op mantelzorgers in de plaats van op personen met dementie (Dely, 2015). Mantelzorgers verdienen namelijk ook de nodige aandacht aangezien het zorgen voor een familielid met dementie zwaar kan wegen en stress en spanning kan veroorzaken (Subramaniam & Woods, 2012).

#### *1.4.2. Verhalenkoffer*

De Verhalenkoffer is een ander Vlaams initiatief dat op vraag van zorgcentra en mantelzorgers door zo'n negentig Vlaamse erfgoedexperts zal uitgewerkt worden. De koffer kan personen met dementie helpen met het ophalen van herinneringen. Naast het maken van gepersonaliseerde verhalenkoffers zullen de deskundigen ingeschakeld worden om rondleidingen in stadcentra en musea aan te passen aan de noden van personen met dementie. Het doel van de Verhalenkoffer is volgens Jurn Verschraegen, directeur van het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen, om Vlaanderen dementievriendelijker te maken. Niets is nog zoals in het verleden van personen met dementie en dat maakt hen bang. De Verhalenkoffer is voor personen met dementie een mogelijkheid om terug met hun verleden in contact te komen, waardoor ze zich beter zullen voelen (*Het Nieuwsblad*, 2 december 2015). Dely (2015) heeft het in haar boek *De schat van je leven* over de 'levensdoos', een doos vol voorwerpen waar persoonlijke herinneringen aan vasthangen en die een vertrouwd gevoel geven aan de persoon in kwestie. Haar boek is een handleiding voor de samenstelling en het gebruik ervan. Enkele voorwerpen die in zo een doos kunnen zitten zijn: een handpop, een oud foto toestel, Sunlight-zeep en een flesje eau de cologne.

Terwijl de Vlaamse Verhalenkoffer letterlijk een koffer is gevuld met spullen uit het verleden, is de Nederlandse variant een technisch instrument. In 1996 ontwikkelde de Nederlandse firma Waag Society

een Leestafel voor Oude en Nieuwe Media. Via dit medium konden gebruikers kranten, tijdschriften en het internet raadplegen. Hun volgende project was de Verhalentafel en werd vanaf 2004 in tientallen Nederlandse zorginstellingen geplaatst. De productie en het onderhoud ervan zijn ondertussen gestopt (Waag Society, 2006). Ongeveer vijf jaar na de productie van de eerste Verhalentafel, werd een kleinere en makkelijker verplaatsbare variant op de markt gebracht: de Mobiele Verhalentafel (Waag Society, 2010). Smits (2010) gebruikt hiervoor de term Verhalenkoffer. In tegenstelling tot de Verhalentafel, kan de Verhalenkoffer niet enkel door professionelen, maar ook door vrijwilligers en familie gebruikt worden. Het prototype van de koffer werd dan ook uitgetest door mantelzorgers en activiteitenbegeleiders van woonzorgcentra. Een ander verschil is dat de Verhalentafel bedoeld is voor bewoners van woonzorgcentra en het doelpubliek van de Verhalenkoffer personen met dementie zijn (Smits, 2010).

### 1.5. Onderzoekshypothese

Naar aanleiding van de betekenis van de score op het SMMSE en het onderzoek van Cotelli et al. (2012), Subramaniam en Woods (2012) en De Medeiros et al. (2009) werd de volgende hypothese geformuleerd: de televisiebeleving van personen met een lichte vorm van dementie is beter tijdens *Schipper naast Mathilde* (oud televisieprogramma) dan tijdens *Thuis* (recent televisieprogramma). Dit heeft een betere gemoedstoestand tot gevolg, wat zich uit in (a) meer aandacht; (b) minder rondkijken; (c) minder indommelen en (d) minder slapen. Wat de emoties betreft, uit de betere gemoedstoestand zich in (e) meer commentaar gegeven op de inhoud; (f) meer glimlachen; (g) meer lachen en (h) meer reageren op muziek. De verwachting hierbij is dat een controle voor de score op het SMMSE de gevonden relaties niet beïnvloedt.

## 2. Methodologie

### 2.1. Onderzoeksopzet

Om de geformuleerde hypothese te kunnen testen, werd een experiment uitgevoerd met observaties als dataverzamelmethode. Tijdens de observaties werden het gedrag en de emoties van de



proefpersonen geregistreerd terwijl ze naar een oud- en nieuw tv-programma keken. Observatieve methoden zijn in dit soort onderzoeken dominant omdat de cognitieve achteruitgang die dementie kenmerkt, beperkend is voor de mogelijkheid van de betrokkenen om accuraat en betekenisvol vragen te beantwoorden (Kitwood & Bredin, 1992 uit Thornton et al., 2004). Een vragenlijst afnemen zou dus tot onbetrouwbare resultaten kunnen leiden (Brooker & Duce, 2000).

Het toegepaste experimenteel design was een quasi-experimenteel *within subjects* ontwerp waarbij de deelnemers zowel de experimentele- als de controleconditie doorliepen. Quasi-experimenten zijn populair in de sociale wetenschappen. Bij dit soort experimenten wordt er echter niet gerandomiseerd bij de selectie van de proefpersonen en dat laat ruimte open voor een groot gamma aan alternatieve verklaringen voor de gevonden effecten (Achen, 1986). Randomisering werd echter wel door middel van de website [www.random.org](http://www.random.org) toegepast in de volgorde van condities die de proefpersonen moesten doorlopen. Met deze techniek werd een volgorde-effect van de programma's uitgesloten. In de experimentele conditie werden afleveringen van een oud tv-programma getoond en in de controleconditie kregen de proefpersonen afleveringen van een recenter programma te zien.

Voor dit experiment werden drie woonzorgcentra geselecteerd. In elk woonzorgcentrum werd zeven opeenvolgende dagen (van maandag tot en met zondag), elke dag ongeveer een uur geobserveerd terwijl beide programma's achtereenvolgens werden afgespeeld. Er werden één minuut observaties gemaakt van persoon 1 en de volgende minuut van heel de groep. De derde minuut werd persoon 2 geobserveerd en de vierde minuut opnieuw de groep. Dit proces werd herhaald tot aan het einde van het tweede programma.

## 2.2. Steekproeftrekking en plaats

De gebruikte steekproeftrekking was een doelgerichte theoretische steekproef. Bij dit type steekproeftrekking worden de proefpersonen geselecteerd op basis van hun relevantie ten opzichte van de onderzoeksvraag of hypothese (Roose & Meuleman, 2014). Voor dit experiment gebeurde de selectie van de onderzoekspersonen in drie

fasen. In de eerste fase werden drie Leuvense woonzorgcentra geselecteerd: WZC Booghuys, WZC De Wingerd en WZC Edouard Remy. WZC Booghuys en WZC Edouard Remy zijn beide woonzorgcentra met heterogene groepen, wat wil zeggen dat er op elke afdeling personen verblijven met verschillende aandoeningen. In het kader van dit onderzoek betekent dit dat de groepen binnen de afdelingen bestaan uit personen met en personen zonder dementie. WZC De Wingerd daarentegen is een woonzorgcentrum dat gespecialiseerd is in dementie en waar enkel personen met dementie verblijven. De groepen in dit woonzorgcentrum zijn dus homogeen wat het soort aandoening betreft.

Het experiment werd uitgevoerd in de gemeenschappelijke ruimtes van de desbetreffende woonzorgcentra. Enkel de proefpersonen werden geobserveerd, maar de andere bewoners, het bezoek en het personeel mochten ook meekijken. Er werd in WZC Booghuys aangeboden om de proefpersonen apart in een kamer te plaatsen zodat er geen afleiding mogelijk was. Op dit aanbod werd niet ingegaan omdat de onderzoeker een zo natuurlijk mogelijke setting wou behouden tijdens het experiment.

De volgende stap bij de selectie van de proefpersonen was een overleg met de ergotherapeuten van elk woonzorgcentrum om te bepalen welke afdeling het meest geschikt was om het experiment in uit te voeren. In de derde fase werden per afdeling vijf personen met een lichte vorm van dementie geselecteerd die volgens de hoofdverpleging het meest geschikt waren voor de deelname aan het experiment. Er werd gekozen voor vijf personen per woonzorgcentrum omdat het aantal observaties per aflevering bij meer dan vijf personen te beperkt zou zijn. De geschiktheid van de proefpersonen werd beoordeeld aan de hand van hun tv-kijkgedrag in het algemeen. Wie normaal nooit naar tv kijkt, werd door de hoofdverpleging niet aangeduid als meest geschikte persoon voor het experiment. Er werd tevens rekening gehouden met de drie types dementerenden die Verbraeck en van der Plaats (2008) onderscheiden. De *zen-dementerenden* werden buiten beschouwing gelaten omdat dit type dementerenden overgevoelig is aan te veel prikkels en baat heeft aan een rustige omgeving. De setting van dit onderzoek, de gemeenschappelijke televisieruimte, zou te veel prikkels met zich

kunnen meebrengen en de *zen-dementerenden* daardoor een onaangenaam gevoel bezorgen. De *dolers* werden eveneens buiten beschouwing gelaten omdat het moeilijk zou zijn bij hen observaties te doen. De hoeveelheid prikkels waar zij nood aan hebben kan namelijk variëren. In de drie deelnemende woonzorgcentra waren er personen die volgens het personeel graag tv keken, maar voortdurend rondlopen en ook af en toe de ruimte verlaten. Dit gedrag komt overeen met wat Verbraeck en van der Plaats (2008) *dolers* noemen. Ten slotte zijn er de *evenwichtzoekers*. Zij zijn niet meer in staat om zichzelf te verplaatsen, maar hebben wel nood aan een bepaalde hoeveelheid prikkels. Indien ze een tekort hebben aan prikkels, zullen ze beginnen roepen of hevige bewegingen maken. Dit gedrag vormde op zich geen probleem voor de observaties dus *evenwichtzoekers* werden niet uit de groep met mogelijke proefpersonen verwijderd.

Er werd door de onderzoeker steeds de nadruk gelegd op het belang van een lichte vorm van dementie bij iedere proefpersoon. Van acht proefpersonen was de score op het SMMSE bekend en kon via de literatuur een inschatting gemaakt worden van de fase van cognitieve achteruitgang waarin deze personen zaten. Van de overige vier personen (concreet: persoon 2, 10, 11 en 12) ontbrak deze score en werd een inschatting gemaakt door de hoofdverpleging. Wanneer de hoofdverpleger of –verpleegster twijfelde, werd er raad en bevestiging gevraagd aan andere personeelsleden en/of de ergotherapeuten.

### 2.3. Informed consent

Personen met dementie behoren tot de kwetsbare patiëntengroep en daarom stellen zich ethische problemen in verband met wetenschappelijk onderzoek waar zij de doelgroep van zijn (De Deyn en Martin, 1997 in De Deyn, 2004). De Deyn (2004) stelt in zijn boek dat er van ethisch onderzoek gesproken kan worden wanneer het onderzoek niet indruist tegen de belangen van de patiënt; het minimale risico's inhoudt en wanneer andere personen, in dit geval personen met dementie, potentieel voordeel kunnen ondervinden van het resultaat van het onderzoek (De Deyn, 2004). De beoordeling van deze aspecten gebeurde voor dit experiment door de sociaal-maatschappelijke ethische commissie (SMEC). Deze onderzoekscommissie beoordeelt onderzoeksvoorstellen binnen

humane wetenschappen, ingenieurswetenschappen en natuur- en biowetenschappen. Het gaat om onderzoeken met menselijke deelnemers die door de commissie aan bepaalde ethisch-deontologische principes onderworpen worden (SMEC, 2016). De volgende zaken moest in detail worden toegelicht: aard van de participanten; beloning/compensatie; instrumenten en materiaal; ongemakken en ten slotte debriefing en feedback (SMEC, 2014). Er werd geen specifieke beloning of compensatie aangeboden aan de proefpersonen in ruil voor hun medewerking aan het onderzoek. Het tv-moment op zich en het sociaal contact met de onderzoeker leken volgens de onderzoeker voldoende genoeg te bieden om niet nog een extra beloning te moeten voorzien. Een tweede belangrijk punt was de debriefing en feedback naar de proefpersonen toe. Wanneer de onderzoeker hen over het onderzoek inlichtte, dan werd er niet gesproken over het feit dat het om een onderzoek ging bij personen met dementie. Het is namelijk mogelijk dat bepaalde personen in de beginnende fase ontkennen dat ze aan dementie lijden. Daarom werd dit deel van het onderzoek doelbewust verzwegen. De proefpersonen werden tevens niet ingelicht over de resultaten omdat dit voor hen geen meerwaarde was. De betrokken woonzorgcentra en de geïnteresseerde familieleden daarentegen werden wel op de hoogte gebracht. De ethische commissie keurde het onderzoek goed op 13 januari 2016.

Naast de toestemming van de ethische commissie, diende er ook toestemming verkregen te worden van de proefpersonen. Tijdens het vooronderzoek (*zie 2.4.2. Observatiemateriaal*) werden zij benaderd met de vraag of ze wilden meewerken aan het onderzoek. De bewoners werden door de onderzoeker verzocht om even apart te gaan zitten om zo de mogelijke invloed en/of afleiding van de andere bewoners uit te sluiten. Daarna overliep de onderzoeker samen met de bewoners het door SMEC goedgekeurde toestemmingsformulier (bijlage 1) en werd gevraagd de toestemming te bevestigen met een handtekening. In WZC Booghuis waren er twee personen die weigerden aan het onderzoek mee te werken omdat ze het niet zagen zitten hun handtekening te zetten. Aangezien er geen extra mogelijke proefpersonen waren, ging het experiment in WZC Booghuis door met drie personen. In WZC De Wingerd daarentegen waren de vijf

geselecteerde personen akkoord. Er was echter één persoon die bij de start van het eigenlijke onderzoek van gedacht veranderd was en niet meer wou meedoen omdat ze het toch niet meer zag zitten in groep tv te kijken. Deze persoon werd niet vervangen aangezien er niet meer dan vijf personen waren die elke avond in groep tv keken. Ten slotte was er in WZC Edouard Remy één persoon waarvan de echtgenoot vond dat deze persoon niet meer in staat was om naar televisie te kijken. Door de aanwezigheid van een extra geschikte proefpersoon, werd in dit WZC alsnog het gewenste aantal van vijf personen bereikt.

De uiteindelijke steekproef bestond uit twaalf personen waarvan drie mannen en negen vrouwen. De gemiddelde leeftijd van de proefpersonen was 86 jaar. In tabel 1 zijn de leeftijden en scores op het SMMSE per onderzoekspersoon weergegeven.

Tabel 1: leeftijd, geslacht en score op SMMSE van de proefpersonen

| Persoon    | Leeftijd | Geslacht | Score op SMMSE |
|------------|----------|----------|----------------|
| Persoon 1  | 87 jaar  | Vrouw    | 21/30          |
| Persoon 2  | 75 jaar  | Man      | 22/30          |
| Persoon 3  | 86 jaar  | Man      | 11/30          |
| Persoon 4  | 86 jaar  | Vrouw    | 23/30          |
| Persoon 5  | 83 jaar  | Vrouw    | 22/30          |
| Persoon 6  | 91 jaar  | Vrouw    | 20/30          |
| Persoon 7  | 85 jaar  | Man      | 24/30          |
| Persoon 8  | 94 jaar  | Vrouw    | 14/30          |
| Persoon 9  | 82 jaar  | Vrouw    | 23/30          |
| Persoon 10 | 88 jaar  | Vrouw    | 22/30          |
| Persoon 11 | 87 jaar  | Vrouw    | 23/30          |
| Persoon 12 | 91 jaar  | Vrouw    | 18/30          |

## 2.4. Stimulusmateriaal

### 2.4.1. Videomateriaal

Voor de selectie van het oude televisiemateriaal werd een keuze gemaakt uit een reeks dvd's die beschikbaar waren gesteld door dr. Jan Steyaert van het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen.

*Schipper naast Mathilde* (1955-1963) maakte deel uit van deze collectie en was destijds in Vlaanderen een bijzonder populaire serie (Adriaens, 2003).

De proefpersonen waren in 1960 gemiddeld 30 jaar oud. Van de 185 afleveringen van *Schipper naast Mathilde* zijn slechts de laatste afleveringen bewaard omdat de serie voornamelijk bestond uit rechtstreekse uitzendingen (Adriaens, 2003). Daarom was het niet mogelijk uit een breed gamma afleveringen te kiezen. De gebruikte afleveringen zijn: *Schipper viert Kerstmis* (1958), *Alles loopt in het honderd* (1959), *Kerstgeschenk Marieke* (1959), *Kinderroof* (1960), *Côté d'Azur* (1960), *Tour de France* (1960) en *De grote reis* (1963). De duur van de afleveringen varieerde van ongeveer 25 minuten tot ongeveer een uur. De afleveringen die een uur duurden werden doorgespoeld tot op een punt in de aflevering waarop het verdere verloop van het verhaal nog steeds goed te volgen was maar de aflevering minder tijd in beslag nam. Drie van de twaalf proefpersonen gaf voor de start van het experiment aan dat ze het programma niet kenden. De onderzoeker weet echter niet of dit werkelijk zo was of dat de proefpersonen het zich niet meer herinnerden.

Als recent televisiemateriaal werd voor *Thuis* gekozen. Tijdens de eerste drie observatiedagen (zie 2.4.2 *observatiemateriaal*) was het duidelijk dat in elk woonzorgcentrum naar *Thuis* gekeken werd. Wat de afleveringselectie betreft, kon een keuze gemaakt worden uit een groot gamma aan afleveringen. Een van de betrokken personeelsleden gaf aan dat de afleveringen op het moment van de introductie van dit onderzoek te aangrijpend waren om aan de bewoners te laten zien. Daarom werd gekozen voor zeven afleveringen die op televisie getoond werden van 18 tot en met 26 januari 2016. Uit de aflevering van 25 januari werd de laatste, mogelijk schokkende scène weggelaten omdat daar een gevecht in te zien was dat uitdraaide op een hartaanval van een van de strijdende partijen.

#### 2.4.2. *Observatiemateriaal*

Het observatiemateriaal voor dit onderzoek werd afgeleid van een gelijkaardig onderzoek van de Medeiros en haar collega's (2009). Zij onderzochten de effecten van tv-kijken op het gedrag van personen met dementie en gebruikten daarvoor een checklist met vijf

gedragingen en twee activiteiten. De gedragingen waren glimlachen/lachen, fronsen, wegdromen, slaan/schoppen en huilen/roepen. Indommelen en praten werden ondergebracht in de categorie ‘activiteiten’. De checklist van de Medeiros et al. (2009) werd voor dit experiment aangevuld (zie bijlage 2) aan de hand van persoonlijke ervaringen van de onderzoeker met personen met dementie en de ervaring van een familielid dat werkzaam is in een woonzorgcentrum te Kortenaak. De aangevulde lijst werd op 25 november 2015 uitgeprobeerd in twee woonzorgcentra: WZC Edouard Remy en WZC Sint-Vincentius. De test in WZC Edouard Remy ging door op een afdeling waarvan de groep heterogeen was. In WZC Sint-Vincentius ging het om een homogene groep met personen met ver gevorderde mentale beperkingen, waaronder dementie. Het doel van de test was een controle van de accuraatheid en volledigheid van de samengestelde checklist. Er werd dus nog geen aangepast tv-materiaal gebruikt. De observaties werden uitgevoerd terwijl de bewoners naar iets keken waar ze op een gewone dag ook naar zouden kijken.

In WZC Sint-Vincentius bracht de test weinig informatie op en daarom werd de onderzoeksgroep beperkt tot personen met een lichte vorm van dementie. De test bij WZC Edouard Remy had wel een paar zaken aan het licht gebracht. Slaan/schoppen en huilen/roepen waren gedragingen waarvan het zeer onwaarschijnlijk leek dat ze geobserveerd zouden worden. Daarnaast bleken er meer activiteiten te observeren dan louter indommelen en praten. Daarom werd afgestapt van de tweede versie van het observatieschema en werd geobserveerd volgens twee hoofdgroepen van gedragingen (zie bijlage 3): ‘kijkgedrag’ en ‘extra kijkgedrag’. Kijkgedragingen werden in de volgende variabelen ondergebracht: kijken zonder afleiding, afleiding door personeel, afleiding door bezoek, afleiding door bewoners, afleiding door onderzoeker, rondkijken, indommelen, slapen, niet kijken, wc en afwezig. Deze variabelen hadden de volgende betekenis:

### *Kijken zonder afleiding*

De proefpersonen keken gedurende één minuut zonder afleiding naar het scherm. Wanneer de ogen slechts enkele keren van het scherm afweken, werd dit nog steeds gecodeerd als ‘kijken zonder afleiding’.

### *Afleiding door personeel*

Er was personeel aanwezig in de gemeenschappelijk ruimte en er werd daardoor gedurende één minuut niet naar tv gekeken.

### *Afleiding door bezoek*

Er was bezoek aanwezig in de gemeenschappelijke ruimte en er werd gedurende één minuut niet naar tv gekeken.

### *Afleiding door bewoners*

Er begon een bewoner te praten, rond te wandelen,... en daardoor werd er gedurende één minuut niet naar het scherm gekeken.

### *Afleiding door onderzoeker*

Een bewoner vroeg aan de onderzoeker om iets voor hem of haar te doen. Daardoor werd er gedurende bepaalde tijd niet geobserveerd. De onderzoeker maakte een inschatting van de ‘verloren’ tijd en codeerde dit als ‘afleiding door onderzoeker’.

### *Rondkijken*

De ogen waren op het scherm gericht, maar het dominante gedrag binnen één minuut was rondkijken. Personen keken naar andere bewoners, naar een ander punt in de gemeenschappelijke ruimte,...

### *Indommelen*

De ogen waren op het scherm gericht, maar het dominante gedrag was het sluiten van de ogen en langzaam in slaap vallen.

### *Slapen*

De ogen werden gedurende één minuut niet geopend.

### *Niet kijken*

Deze variabele hangt sterk samen met ‘rondkijken’. Het verschil hierbij is dat een proefpersoon gedurende één minuut rondkeek en geen enkele keer de ogen op het scherm gericht had.



*Wc*

De proefpersoon was een tijd afwezig omdat hij of zij naar de wc moest.

*Afwezig*

Een proefpersoon werd tijdens het observatiemoment weggehaald door het personeel omdat hij of zij bijvoorbeeld gewassen moest worden. Een ander voorbeeld is dat een persoon in het midden van het tweede programma door een vrijwilliger meegenomen werd omdat hij of zij naar de kinesist of de kapper moest. Om geen waardevolle data verloren te laten gaan, werd deze ‘verloren tijd’ gecodeerd als ‘afwezig’ en werd niet heel het observatiemoment gecodeerd als *missing value*.

Naast de groep ‘kijkgedrag’ werd een groep ‘extra kijkgedrag’ opgenomen die bestond uit: commentaar op inhoud, glimlachen, lachen en reactie op muziek. De variabelen hadden de volgende betekenis:

*Commentaar op inhoud*

Er werd gereageerd op de inhoud, bijvoorbeeld: een proefpersoon zag een chaotische situatie en reageerde met “*ai ai ai, sukkelaars*”.

*Glimlachen en lachen*

Glimlachen werd gezien als een uitdrukking op het gezicht, terwijl lachen geïnterpreteerd werd als luidop lachen.

Na de vervollediging van het observatiemateriaal ging de onderzoeker in elk woonzorgcentrum langs op een maandag, zaterdag en zondag om de gang van zaken in de onderzoeksomgeving waar te nemen. Er werd voor deze dagen gekozen omdat het belangrijk was een beeld te hebben van de ‘normale’ gang van zaken tijdens de observatiemomenten. Er werd geen onderscheid gemaakt tussen weekdays en weekend, maar wel tussen weekdays, zaterdagen én zondagen. Omdat zondag een populaire bezoekersdag is en er dan mogelijks meer afleiding is door bezoek, werd deze dag afzonderlijk opgenomen in het vooronderzoek. Voor de tijdsbepaling van dit

vooronderzoek werd in overleg met de hoofdverpleging beslist wanneer het eigenlijke experiment zou doorgaan. De tijdstippen werden gekozen op basis van de momenten in de dag waarop er in de betrokken woonzorgcentra gewoonlijk geen activiteiten gepland zijn. In tabel 2 zijn de tijdstippen van het vooronderzoek en het eigenlijke experiment per woonzorgcentrum weergegeven.

Tabel 2: tijdstippen van het vooronderzoek en het eigenlijke onderzoek, per woonzorgcentrum

| Woonzorgcentrum  | Vooronderzoek | Experiment    |
|------------------|---------------|---------------|
| WZC Booghuys     | 14u00 - 17u00 | 10u00 - 11u00 |
| WZC De Wingerd   | 17u00 – 20u00 | 18u00 – 19u00 |
| WZC Edouard Remy | 9u00 – 12u00  | 10u00 – 11u00 |

### 2.5. Nadelen van het onderzoeksdesign

Een eerste nadeel van dit experiment ligt bij de aard van de proefpersonen. Het onvoorspelbare gedrag en de onvoorspelbare emoties die gepaard gaan met dementie, kunnen een storende factor zijn tijdens observaties (zie bijv. Kolonowski et. al, 2006). Een bijkomende moeilijkheid is dat geen enkele persoon op dezelfde manier het ziekteproces doormaakt (Van Broeckhoven, 2006). Een onderzoeker moet dus enige ervaring hebben met personen met dementie om relevante van irrelevante gedragingen te kunnen onderscheiden. Wanneer een persoon bijvoorbeeld continu met het hoofd knikt, kan dit niet geïnterpreteerd worden als een goedkeurende reactie op televisie-inhoud. Tijdens het experiment merkte de onderzoeker vrij snel op dat er proefpersonen waren waarbij bepaalde gedragingen continu terugkwamen, zoals knikken en schudden met het hoofd en knippen met de ogen. Er werd vervolgens in de notities opgemerkt dat deze gedragingen eigen waren aan een persoon en daar verder in de observaties geen rekening mee gehouden werd.

Een volgend nadeel van dit design is eigen aan quasi-experimenten. Bij dit soort experimenten wordt er namelijk niet gerandomiseerd, wat ruimte openlaat voor een groot gamma aan alternatieve verklaringen (Achen, 1986). Op deze manier komt de interne betrouwbaarheid van het onderzoek in het gedrang (Roose & Meuleman, 2014). Tevens is

er weinig geweten over de populatiegeldigheid van dit experiment. Populatiegeldigheid is één van de factoren die bepalend is voor de externe geldigheid van een onderzoek en heeft betrekking op de mate waarin de resultaten van een onderzoek veralgemeenbaar zijn van een specifieke steekproef naar een ruimere populatie (Roose & Meuleman, 2014). Een tweede soort geldigheid die de externe geldigheid van een onderzoek kan ondermijnen is naturalistische geldigheid. Wanneer men de naturalistische geldigheid van een onderzoek nagaat, onderzoekt men in welke mate men bevindingen van het onderzoek kan doortrekken naar de ‘echte’ wereld. Experimenten vinden namelijk vaak plaats in een gecontroleerde, kunstmatige laboratoriumsetting (Roose & Meuleman, 2014). Tijdens dit experiment werd een zo natuurlijk mogelijke setting nagestreefd door het te laten doorgaan in de gemeenschappelijke ruimtes van de betrokken woonzorgcentra. De naturalistische geldigheid kwam met andere woorden niet in het gedrang.

Ten slotte is het feit dat de onderzoeker dit experiment alleen heeft uitgevoerd een struikelblok. Wat de onderzoeker heeft geobserveerd is met andere woorden misschien niet wat een andere onderzoeker zou geobserveerd hebben. Intercodeurbetrouwbaarheid kon dus niet worden nagegaan en dit heeft gevolgen voor de betrouwbaarheid van de verzamelde data (Roose & Meuleman, 2014).

## 2.6. Analyses

De analyses voor dit onderzoek werden uitgevoerd met SPSS. Een van de geconstrueerde variabelen (kijkgedrag1\_SNM\_dag1) stond voor het aantal keer dat een persoon op dag 1 zonder afleiding naar *Schipper naast Mathilde* keek. Op deze manier werden alle variabelen binnen de groep ‘kijkgedragingen’ benoemd (bijv. voor *Thuis* werd het dan ‘kijkgedrag1\_Thuis\_dag1’). Ook voor de ‘extra’ kijkgedragingen, dat wil zeggen voor commentaar op inhoud, glimlachen, lachen en reactie op muziek, werden soortgelijke variabelen geconstrueerd (bijv. ‘extra\_kijkgedraging1\_SNM\_dag1’ gaf per proefpersoon weer hoe vaak hij of zij per aflevering van *Schipper naast Mathilde* commentaar had gegeven op de inhoud). Ook dit werd herhaald voor *Thuis* en elke variabele binnen de groep ‘extra kijkgedragingen’.

Het design van dit onderzoek leverde variabelen op verschillende niveaus op. De primaire analyse-eenheid was de observatie van gedragingen tijdens een programma. Per dag werden twee programma's getoond. De gedragingen tijdens het kijken werden gemeten aan de hand van vijftien variabelen. De steekproef bestond uit twaalf personen die vijf tot zeven dagen werden gevolgd. Om deze complexe structuur te vatten, werd via een multi-level regressieanalyse gecontroleerd voor het effect op het niveau van personen. De waarnemingen die gedaan werden, zijn namelijk genest in personen. Bijvoorbeeld: persoon 1 was zeven dagen aanwezig, persoon 2 was op woensdag afwezig, persoon 3 was op dinsdag en vrijdag afwezig,... In het model van de multi-level regressieanalyse worden de dagen en de programma's expliciet als onafhankelijke variabelen verwerkt. Voor de variabelen geslacht en MSSE-score werd telkens een interactieeffect nagegaan.

Om de analyses te kunnen uitvoeren, werd de dataset omgevormd. Hiervoor kreeg de onderzoeker hulp van een professional, met name professor Courtois.

### 3. Resultaten

In dit onderzoek werd op zoek gegaan naar het effect van oude tvprogramma's op de televisiebeleving van personen met een lichte vorm van dementie. Om dit effect na te gaan werd de kijkervaring tijdens *Schipper naast Mathilde* vergeleken met die tijdens *Thuis*. Kijkervaring werd gemeten aan de hand van kijken zonder afleiding, rondkijken, indommelen, slapen, commentaar geven op inhoud, glimlachen, lachen en reactie op muziek. Met deze variabelen werden acht deelhypothesen gevormd. Bij elk van deze hypothesen werd gecontroleerd voor een interactie-effect met de score op het SMMSE. Dit leidde tot de volgende resultaten.

H1(a) werd bevestigd: tijdens *Schipper naast Mathilde* waren de proefpersonen 0,44 keer minder afgeleid dan tijdens *Thuis* ( $B = .44$ ,  $SD = .14$ ,  $t = 3.18$ ,  $p < .01$ ). Er treedt hier geen interactie-effect op van de score op het SMMSE ( $B = -0.01$ ,  $SD = .01$ ,  $t = -1.16$ ,  $p > .05$ ). De score op het SMMSE veranderde met andere woorden niets aan het feit dat personen tijdens *Schipper naast Mathilde* vaker zonder afleiding keken dan tijdens *Thuis*. Ondanks het significante verschil

tussen de programma's wat betreft het kijken zonder afleiding, werd H1(b) niet bevestigd: personen keken minder vaak afgeleid naar *Schipper naast Mathilde*, maar er werd niet significant meer of minder rondgekeken ( $B = .10$ ,  $SD = .20$ ,  $t = .47$ ,  $p > .05$ ). Er is tevens geen interactie-effect met de score op het SMMSE ( $B = 0$ ,  $SD = .05$ ,  $t = .09$ ,  $p > .05$ ).

H1(c) en H1(d) werden niet bevestigd. Personen dommelden niet significant meer of minder in tijdens *Schipper naast Mathilde* dan tijdens *Thuis* ( $B = .20$ ,  $SD = .23$ ,  $t = .90$ ,  $p > .05$ ). Dit geldt ook voor slaapedrag tijdens het kijken ( $B = .34$ ,  $SD = .28$ ,  $t = 1.21$ ,  $p > .05$ ). Mannen bleken echter significant minder in te dommelen ( $B = -1.07$ ,  $SD = .39$ ,  $t = -2.71$ ,  $p < .05$ ) en in slaap te vallen ( $B = -1.58$ ,  $SD = .34$ ,  $t = -4.60$ ,  $p < .05$ ) tijdens *Schipper naast Mathilde* dan tijdens *Thuis*. Voor zowel indommelen ( $B = -0.06$ ,  $SD = .03$ ,  $t = -1.83$ ,  $p > .05$ ) als slapen was er geen interactie-effect met de score op het SMMSE ( $B = 0.10$ ,  $SD = 0.13$ ,  $t = 0.73$ ,  $p > .05$ ).

H1(e) werd bevestigd: De proefpersonen gaven per aflevering van *Schipper naast Mathilde* 0,87 keer meer commentaar op de inhoud dan tijdens *Thuis* ( $B = .87$ ,  $SD = .22$ ,  $t = 3.93$ ,  $p < .001$ ). Bij een controle van de score op het SMSSE, keerde dit effect zich echter om. Per eenheid dat iemand hoger scoorde op het SMMSE, gaf hij of zij 0,17 keer minder commentaar op de inhoud tijdens *Schipper naast Mathilde* dan tijdens *Thuis*. Een hogere score op het SMMSE betekent een betere cognitieve functionaliteit. Er was met andere woorden een interactie-effect tussen de score op het SMMSE en de mate waarin men commentaar gaf op nostalgische inhoud (*Schipper naast Mathilde*),  $B = -0.17$ ,  $SD = .07$ ,  $t = -2.52$ ,  $p < .05$ .

H1(f) werd niet bevestigd. Er werd niet significant meer geglimlacht tijdens *Schipper naast Mathilde* dan tijdens *Thuis* ( $B = .95$ ,  $SD = .49$ ,  $t = 1.95$ ,  $p > .05$ ). Er was tevens geen interactie-effect met de score op het SMMSE ( $B = -0.12$ ,  $SD = .13$ ,  $t = -0.91$ ,  $p > .05$ ). De proefpersonen hebben daarentegen significant meer gelachen per aflevering van *Schipper naast Mathilde* dan per aflevering van *Thuis* ( $B = 1.39$ ,  $SD = .35$ ,  $t = 3.95$ ,  $p < .001$ ). Dit effect veranderde niet wanneer er gecontroleerd werd voor de score op SMMSE ( $B = 0$ ,  $SD = .02$ ,  $t = -0.15$ ,  $p > .05$ ). De cognitieve achteruitgang van de proefpersonen was met andere woorden niet bepalend voor het aantal

keer dat ze per aflevering van *Schipper naast Mathilde* of *Thuis* gelachen hebben. Ten slotte was er voor H1(g) geen p-waarde beschikbaar wegens te weinig observatiegegevens.

Tabel 3: resultaten van de multilevel regressieanalyse

| <i>Afhankelijke variabelen</i> | <i>B</i> | <i>SD</i> | <i>t</i> | <i>p</i> |
|--------------------------------|----------|-----------|----------|----------|
| (a) Kijken zonder afleiding    | .44      | .14       | 3.18     | .002*    |
| (b) Rondkijken                 | .10      | .20       | .47      | .638     |
| (c) Indommelen                 | .20      | .23       | .90      | .370     |
| (d) Slapen                     | .34      | .28       | 1.21     | .228     |
| (e) Commentaar geven op inhoud | .87      | .22       | 3.93     | 0.000*   |
| (f) Glimlachen                 | .95      | .49       | 1.95     | .053     |
| (g) Lachen                     | 1.39     | .35       | 3.95     | 0.000*   |
| (h) Reactie op muziek          | .97      | .12       | 8.09     | .        |

*Noot: De ongestandaardiseerde bèta's (B) zijn het aantal keer per aflevering van Schipper naast Mathilde dat een bepaalde gedraging gesteld werd, in vergelijking met Thuis. Voorbeeld van interpretatie: Er werd tijdens een aflevering van Schipper naast Mathilde bijna 1,50 keer meer gelachen dan tijdens een aflevering van Thuis. Indien B = 0: er is evenveel gelachen tijdens Schipper naast Mathilde dan tijdens Thuis.*

Tabel 4: resultaten van moderatieanalyse

| <i>Afhankelijke variabelen</i> | <i>B</i> | <i>SD</i> | <i>t</i> | <i>p</i> |
|--------------------------------|----------|-----------|----------|----------|
| (a) Kijken zonder afleiding    | -0.01    | .01       | - 1.16   | .250     |
| (b) Rondkijken                 | 0        | .05       | .09      | .930     |
| (c) Indommelen                 | - 0.06   | .03       | - 1.83   | .070     |
|                                | 0.10     |           |          | .465     |
| (e) Commentaar geven op inhoud | - 0.17   |           |          | .013*    |
| (d) Slapen                     |          | .13       | 0.73     |          |
|                                |          | .07       | - 2.52   |          |

|                       |        |     |        |      |
|-----------------------|--------|-----|--------|------|
| (g) Lachen            |        | .02 |        | .880 |
| (h) Reactie op muziek | .02    | .01 | 1.57   | .    |
|                       | - 0.12 |     | - 0.91 |      |
| (f) Glimlachen        | 0      | .13 | - 0.15 | .365 |

*Noot (voorbeeld): Per eenheid dat iemand hoger scoort op het SMMSE, zal hij of zij 0,17 keer minder commentaar geven op de inhoud tijdens Schipper naast Mathilde dan tijdens Thuis.*

#### 4. Discussie

In deze masterproef werd aan de hand van een experiment op zoek gegaan naar de effecten van oude tv-programma's op personen met een lichte vorm van dementie. In het wetenschappelijk onderzoek omtrent dit onderwerp wordt frequent gerefereerd naar gedateerde bronnen. In het artikel van Van der Goot (2009) bijvoorbeeld wordt de wetenschappelijke evidentie omtrent de rol van televisie in het leven van ouderen samengevat. Meer dan de helft van de bronnen waarnaar zij refereert dateert van voor het jaar 1996. Het maatschappelijk landschap waarin ouderen moeten functioneren is in de laatste decennia echter grondig geëvolueerd. Recent onderzoek dringt zich op om de rol van televisie en andere media bij ouderen en ouderen met dementie te evalueren en na te gaan hoe deze middelen optimaal kunnen ingezet worden met als doel meer zorgkwaliteit.

In het observationeel onderzoek van deze masterproef was het verwachte effect was dat de televisiebeleving en de gemoedstoestand van personen met dementie positief beïnvloed zou worden wanneer er naar oude- in de plaats van naar recente tv-programma's gekeken werd. De volgende gedragingen werden gemeten per 1 minuut kijken en dit gedurende dat de twee programma's (*Schipper naast Mathilde* en *Thuis*) afgespeeld werden: kijken zonder afleiding, rondkijken, indommelen, slapen, commentaar geven op de inhoud, glimlachen, lachen en reageren op de muziek.

Aangezien de score op het SMMSE een maatstaf is voor de cognitieve achteruitgang van een persoon (Vertesi et al., 2001), werd

deze score in de analyses opgenomen als controlevariabele. Hoe lager de score, hoe ernstiger de cognitieve achteruitgang. Daarom verwachtte de onderzoeker dat personen met een hogere score vaker zonder afleiding kijken, minder rondkijken, minder indommelen, minder slapen, meer commentaar geven op de inhoud, meer glimlachen, meer lachen en ten slotte vaker reageren op muziek.

Er werd slechts voor één hoofdeffect een interactie-effect gedetecteerd van de score op het SMMSE. Personen gaven significant meer commentaar op een aflevering van *Schipper naast Mathilde* dan op een aflevering van *Thuis*. Wanneer echter rekening gehouden werd met de score op het SMMSE, dan keerde deze relatie om. Per eenheid dat iemand meer scoorde op de test, werd er 0,20 keer minder commentaar gegeven op de inhoud tijdens een aflevering van *Schipper naast Mathilde* dan tijdens een aflevering van *Thuis*. Deze relatie betekent dat een betere cognitieve functionaliteit negatief samenhangt met de hoeveelheid commentaar dat iemand zal geven op nostalgische tv-inhoud. Een mogelijke verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat personen met dementie een oprollend geheugen hebben (Hoogeveen et al., 2014). Naarmate het ziekteproces vordert, leven ze steeds meer in het verleden. Bovendien is het mogelijk dat de nostalgische programma-inhoud daarom een sterker reminiscentie-effect teweegbrengt bij hen. Net omdat ze meer in het verleden leven, zullen ze mogelijks actiever herinneringen ophalen bij het zien van oud tv-materiaal en dit verbaal overbrengen door er commentaar op te geven. Een andere mogelijke verklaring is dat personen met een meer gevorderde cognitieve achteruitgang minder geremd zijn en dus sneller geneigd zijn te zeggen wat ze denken en daarom meer commentaar geven op wat ze zien.

De non-verbale reacties die de onderzoeker gemeten heeft, waren glimlachen en lachen. De resultaten wezen uit dat er niet significant meer geglimlacht werd tijdens een aflevering van *Schipper naast Mathilde* dan tijdens eentje van *Thuis*. Er werd daarentegen wel significant meer gelachen per aflevering van *Schipper naast Mathilde*. Deze relatie werd in tegenstelling tot ‘commentaar geven op inhoud’ niet beïnvloed door de score op het SMMSE. De mate van cognitieve functionaliteit blijkt dus geen invloed te hebben op hoe vaak men lacht tijdens het zien van oude televisiecontent. Desondanks hangt de



cognitieve functionaliteit wel negatief samen met de mate waarin personen commentaar geven op de inhoud. In vervolgonderzoek zou men hier een verklaring voor kunnen zoeken.

De scores op het SMMSE waren van vier van de acht proefpersonen onbekend. Daarom werd de score ingeschat door de hoofdverpleging. Sommige scores waren ook gedateerd, wat maakt dat de cognitieve achteruitgang van sommige proefpersonen misschien ernstiger was dan de laatst gemeten score te kennen gaf. Ten slotte lag de score van drie van de twaalf proefpersonen tussen 10 en 19. Volgens Vertesi et al. (2001) betekent dit dat deze personen reeds in een tussenfase zitten van cognitieve achteruitgang. Indien dit onderzoek in de toekomst herhaald zou worden, is het dan ook raadzaam om voor de start van het experiment bij elke mogelijke proefpersoon een SMMSE-test af te nemen. Op deze manier kunnen er geen scores ontbreken, zijn alle scores up-to-date en kunnen personen in de tussenfase weggelaten worden.

Tijdens de observaties werd gewerkt met intervallen van één minuut. Dit bleek achteraf een goede keuze aangezien het gedrag van de proefpersonen zeer veranderlijk was. Zelfs binnen één minuut moest er soms een keuze gemaakt worden van het meest dominante kijkgedrag. Indien een persoon één keer omkeek maar voor de rest van de minuut geconcentreerd naar het scherm keek, werd dit gecodeerd als 'kijken zonder afleiding' en niet als 'rondkijken'. Een nadeel van deze strikte tijdsmeting was dat het moeilijk was om afwijkingen ervan in te schatten. Zo waren er proefpersonen die aan de onderzoeker vroegen om iets voor hen te doen. In zulke gevallen maakte de onderzoeker een inschatting van de 'verloren' tijd en werd dit gecodeerd als 'afleiding door de onderzoeker'. Wat de observaties betreft, is dit dan ook de grootste struikelblok: de onderzoeker heeft alleen gewerkt. Wat zij zag als één minuut kijken zonder afleiding, kon volgens een andere observator misschien toch één minuut rondkijken geweest zijn. Indien men de betrouwbaarheid van de gegevens in vervolgonderzoek wil doen toenemen, is onderzoek met meerdere observators aangewezen. Indien dit niet mogelijk is, kunnen er ook camerabeelden worden vastgelegd. Op deze manier kunnen er meerdere onderzoekers tegelijk aan het werk zijn op verschillende plaatsen en wordt het aantal mogelijke datagegevens aanzienlijk

verhoogd. Een nadeel aan deze methode is dat de proefpersonen toestemming moeten (kunnen en willen) geven om gefilmd te worden.

De proefpersonen in dit experiment waren personen met een lichte vorm van dementie. Zoals in de literatuur werd aangegeven en zoals door de onderzoeker werd ervaren, is het gedrag van personen met dementie zeer onvoorspelbaar (zie bijv. Kolanowski et al., 2006). Daarnaast bepalen ethische voorschriften dat deelname aan een onderzoek een recht moet zijn, geen plicht (SMEC, 2016). Gedurende dit experiment heeft niemand de ruimte verlaten omdat hij of zij geen tv meer wou kijken. Indien zulke voorvallen zich in toekomstig onderzoek wel zouden voordoen, dient de observator in kwestie hier nota van te nemen. Het zou dan ook interessant zijn om de reden van vertrek mee op te nemen in de gegevens. Indien iemand de ruimte verlaat omdat hij of zij geen zin meer heeft om tv te kijken, is dit nuttige informatie om mee te nemen in de analyses.

Niet enkel het gedrag van personen met dementie vormde een moeilijkheidsfactor tijdens de observaties (zie bijv. Kolonowski et. al, 2006). Omwille van hun aandoening, krijgen personen met dementie het na een tijd ook moeilijk met het uiten van emoties (Lawton et al., 1996). De onderzoeker probeerde deze moeilijkheidsfactor zo goed mogelijk te ondervangen door personen met een lichte vorm van dementie te observeren. Er werd vanuit gegaan dat deze personen hun capaciteit om emoties te uiten nog niet dermate aangetast is dat het voor moeilijkheden zou zorgen tijdens de observaties. Toekomstige onderzoekers kunnen dit experiment herhalen bij personen met een lichte vorm van dementie én personen met gevorderde dementie. De onderzoekshypothese zou dan zijn dat personen met een lichte vorm van dementie meer emoties tonen tijdens het kijken dan personen met een zware vorm van dementie.

In verband met de proefpersonen kan ook een andere piste bewandeld worden, namelijk de vergelijking met personen zonder dementie. In de meeste woonzorgcentra wonen er namelijk niet alleen personen met dementie. Ook de personen zonder dementie kunnen mogelijk positieve effecten ondervinden van het zien van oude televisiecontent. Er kan in de toekomst daarom onderzoek gedaan worden waarin er een vergelijking wordt gemaakt binnen groepen van personen met en zonder dementie, maar ook tussen de groepen.

Personen zonder dementie of een andere cognitieve afwijking zijn nog in staat om accurate antwoorden te geven op vragenlijsten. In de plaats van bij hen enkel een observatie uit te voeren, zou dus ook een vragenlijst kunnen worden afgenomen. Op deze manier kunnen de impressies van televisiecontent op een andere manier gemeten worden. Het feit dat personen met dementie het na een tijd moeilijk krijgen met het uiten van emoties kan ook in deze context gebruikt worden. Indien er in toekomstig onderzoek een vergelijking gemaakt wordt tussen personen met en zonder dementie, dan is een mogelijke onderzoeksvraag of er significant meer emoties worden getoond bij personen zonder dementie dan bij personen met dementie.

Het stimulusmateriaal bestond uit twee programma's: *Schipper naast Mathilde* en *Thuis*. *Schipper naast Mathilde* is een komedie en *Thuis* een soap serie. Het is dus mogelijk dat de onderzoeksresultaten afhangen van het genre. Daarnaast is de duur van beide programma's ongelijk. Van *Thuis* duurt elke aflevering ongeveer 25 minuten. Van *Schipper naast Mathilde* daarentegen zijn er afleveringen die 25 minuten duren, maar ook afleveringen die ongeveer een uur duren. De afleveringen die een uur duurden werden voor dit experiment doorgespoeld tot op een punt in de aflevering waarop het verder verloop van het verhaal nog steeds goed te volgen was. Dit was slechts een gok van de onderzoeker. Het is niet geweten of de proefpersonen het verhaal ook effectief nog goed konden volgen. Toekomstige onderzoekers zouden dit kunnen testen in een nieuw experiment. Het stimulusmateriaal kan dan bestaan uit een volledige aflevering van *Schipper naast Mathilde* en de doorgespoelde versie ervan. Wanneer men dan de volledige aflevering laat zien in de controlegroep en de experimentele groep de doorgespoelde aflevering te zien krijgt, kan men nagaan of er meer aandacht geschonken wordt tijdens de volledig aflevering dan tijdens de doorgespoelde aflevering. De mate van begrip van de inhoud zou dus gemeten worden aan de hand van de mate waarin men de aandacht kan behouden tijdens het kijken. Indien er dan geen significante verschillen in aandacht optreden tussen de volledige en de doorgespoelde aflevering, weten toekomstige onderzoekers dat het tonen van een doorgespoelde aflevering geen hindernis hoeft te zijn binnen een experiment.

### *Persoonlijke impressies*

De onderzoeker heeft het volgorde-effect van de afleveringen opgevangen door vier van de zeven dagen eerst *Schipper naast Mathilde* te laten zien en de overige drie dagen werd *Thuis* eerst getoond. Wanneer de proefpersonen niet zoveel zin hadden om tv te kijken of als ze slecht gezind waren, was deze ‘negatieve start’ van het observatiemoment makkelijker weg te werken wanneer *Schipper naast Mathilde* eerst werd getoond. Indien *Thuis* eerst werd getoond, was het moeilijker om meteen de aandacht en het enthousiasme van de bewoners vast te krijgen.

Tijdens het experiment leken de proefpersonen en andere bewoners niet enkel positieve effecten te ondervinden van de nostalgische televisie-inhoud, maar ook van het feit dat ze in groep aan het kijken waren. In één van de drie woonzorgcentra bleven er sommige mensen in eerste instantie aan tafel zitten. Naderhand vroegen ze aan het personeel of ze toch mee naar tv mochten kijken. Wanneer ze dan uiteindelijk voor de tv zaten, werd er amper gekeken. Dit sluit aan bij het onderzoek van Gústafsdóttir (2015). Zij concludeerde namelijk dat personen met dementie het gezelschap tijdens het tv-kijken aangenaam vinden. Tv-kijken bleek dus een populairdere activiteit dan de Medeiros et al. (2009) in hun onderzoek concludeerden.

Een van de gebruikte variabelen was ‘commentaar op de inhoud’. Buiten het kwantitatief gegeven, was het ook interessant wat de proefpersonen over het programma of de inhoud te zeggen hadden. Na de aflevering over de oorlog, praatten er twee mannelijke proefpersonen over hun legerdienst. Ook was er een persoon die elke dag opnieuw vroeg of we haar lievelingsfilm van vroeger konden bekijken. Een andere proefpersoon vroeg dan weer om op zijn kamer oude muziekcassettes te beluisteren. Drie weken na de afloop van het onderzoek ging de onderzoeker langs in het desbetreffende woonzorgcentrum. Ondanks dat de persoon in kwestie geheugenproblemen heeft, kon hij de onderzoeker meteen linken aan de oude muziekcassettes die hij nog steeds op zijn kamer wou gaan beluisteren. Deze drie anekdotes geven aan dat de oude tvprogramma’s toch iets kunnen losmaken bij personen met dementie. Een mogelijke verklaring is reminiscentie. Het kijken naar oude tvprogramma’s doet hen mogelijk nadenken over het verleden en dat

kan zorgen voor het feit dat ze elkaar verhalen gaan vertellen over vroeger of terugdenken aan een film of muziek die een tijd geleden belangrijk is geweest voor hen.

Van de drie types dementerenden die Verbraeck en van der Plaats (2008) onderscheiden, werden de *zen-dementerenden* en de *dolers* uit de groep van mogelijke proefpersonen weggelaten. Personen die heel de tijd rondwandelen en zich van ruimte verplaatsen naargelang de prikkels waar ze nood aan hebben, zijn de *dolers*. In één van de drie woonzorgcentra waren er op een bepaalde dag enkele *dolers* aanwezig tijdens het observatiemoment. Tot de verbazing van de onderzoeker en het personeel heeft tijdens die sessie niemand zoveel plezier gehad dan de *dolers*. Ze lachten en dansten meer dan elke van de twaalf proefpersonen tijdens een aflevering van *Schipper naast Mathilde* had gedaan. In dit onderzoek werden ze bewust uit de groep van mogelijke proefpersonen gelaten omdat ze mogelijk moeilijkheden met zich kon meebrengen tijdens de observaties. Hun gedrag is namelijk nog onvoorspelbaarder dan dat van de evenwichtzoekers bijvoorbeeld. In toekomstig onderzoek kunnen zij ook betrokken worden bij het experiment. Ze zullen misschien niet even vaak aanwezig zijn dan andere proefpersonen, maar dat betekent niet dat observaties van hen minder interessant zijn. *Zen-dementerenden* werden eveneens niet betrokken bij het experiment. Dit zijn personen die bij voorkeur op hun kamer tv-kijken omdat ze overgevoelig aan prikkels. Het zou ethisch gezien niet verantwoord zijn hen bij een onderzoek in de gemeenschappelijke ruimte te betrekken, maar een onderzoek op de individuele kamers zou perfect mogelijk zijn.

## 5. Conclusie

De resultaten van dit onderzoek wijzen erop dat oude televisiecontent een positief effect heeft op personen met dementie. Personen keken significant vaker zonder afleiding naar *Schipper naast Mathilde*. Daarnaast werd er tijdens een aflevering van *Schipper naast Mathilde* significant meer commentaar gegeven op de inhoud en significant meer gelachen. Toekomstige onderzoekers zouden dit experiment kunnen herhalen met meerdere programma's, in meerdere woonzorgcentra en met een grotere steekproef. Een volgende stap is dat reminiscentietherapie hierbij betrokken wordt. De opgehaalde herinneringen tijdens het bekijken van oude televisiecontent worden in dat geval gebruikt tijdens een opeenvolgende therapiesessie. Daarna kan onderzocht worden of de gemoedstoestand van de personen in kwestie dan over het algemeen beter is en niet enkel tijdens het programma.

Niet elk woonzorgcentrum is in het bezit van dvd's met oude tvprogramma's. De dvd's die in de winkel aangekocht worden, zijn bovendien vaak voorzien van een waarschuwing dat ze enkel in privécontext bekeken mogen worden. Aangezien de gemeenschappelijke ruimte van een woonzorgcentrum niet tot de privécontext behoort, kunnen de VRT en het expertisecentrum dementie Vlaanderen bijvoorbeeld samenwerken en speciale dvdboxen samenstellen die de duiding bevatten dat ze kunnen vertoond worden in het kader van "Remember Tv". De dvd-boxen kunnen voorzien worden van een aantal instructies en aanbevelingen, bijvoorbeeld: maak er een activiteit van, breng de mensen samen en zorg voor een gezellige sfeer. Tijdens het experiment merkte de onderzoeker dat de personen niet enkel positieve effecten ondervonden van de nostalgische televisiecontent, maar ook van het feit dat ze samen in groep iets aan het doen waren. Omdat de dolers tijdens het experiment langer tv keken dan verwacht, kunnen ook zij bij een "Remember Tv" activiteit betrokken worden.

## 6. Referentielijst

- Adriaens, M. (2003). *Blijven kijken. 50 jaar televisie in Vlaanderen*. Tielt: Uitgeverij Lannoo.
- Aronson, M. (1993). Does excessive television viewing contribute to the development of dementia. *Medical Hypotheses*, 41(5), 465-466. doi: 10.1016/0306-9877(93)90128-D
- Bohlmeijer, E.T., Steunenberg, B., & Westerhof, G.J. (2011). Reminiscentie en geestelijke gezondheid: empirische onderbouwing van interventies. *Tijdschrift voor gerontologie en geriatrie*, 42(1), 7-16.
- Brooker, D., & Duce, L. (2000). Wellbeing and activity in dementia: a comparison of group reminiscence therapy, structured goaldirected group activity and unstructured time. *Aging & Mental Health*, 4(4), 354-358. doi: 10.1080/713649967
- Buijssen, H. (2007). *De beleving van dementie. Eenvoudige gids voor naasten van dementerenden*. Utrecht: het Spectrum.
- Cappeliez, P., & O'Rourke, N. (2006). Empirical validation of a model of reminiscence and health in later life. *Journal of Gerontology and Geriatric Research*, 61(4), 237-44.
- Carstensen, L.L. (1992). Social and emotional patterns in adulthood: support for socioemotional selectivity theory. *Psychology and aging*, 7(3), 331-338.
- Cooper, C., Mukadam, N., Katona, C., Lyketsos, C.G, Ames, D., Rabins, P., ... Livingston, G. Systematic review of the effectiveness of non-pharmalogical interventions to improve quality of live of people with dementia. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(2), 173-183. doi: 10.1016/j.jagp.2012.10.018
- Clarke, J. N. (2006). The case of the missing person: Alzheimer's disease in mass print magazines 1991-2001. *Health Communication*, 19(3), 269-276. doi : 10.1207/s15327027hc1903\_9
- Cotelli, M., Manenti, R., & Zanetti, O. (2012). Reminiscence therapy in dementia: a review. *Maturitas*, 72(3), 203-205. doi: 10.1016/j.maturitas.2012.04.008

- Cumming, E. & Henry, W.E. (1961). *Growing old. The process of disengagement*. New York: Basic Books.
- De Deyn, P.P. (2004). *Dementie. Medisch, psychosocial, ethisch en preventief*. Mechelen: Kluwer.
- De Medeiros, K., Beall, E., Vozzella, S., & Brandt, J. (2009). Television viewing and people with dementia, living in longterm care. A pilot study, *Journal of Applied Gerontology*, 28(5), 638-348. doi: 10.1177/0733464808330964
- Dely, H. (2015). *De schat van je leven. Herinneringen ophalen met mensen met dementie, deel 1: herinneringen en dementie*. Berchem: EPO vzw.
- Dempsey, L., Murphy, K., Cooney, A., Casey, D., O'Shea, E., Devane, D., ... Hunter, A. (2014). Reminiscence in dementia: a conceptual analysis. *Dementia*, 13(2), 176-192. doi: 10.1177/1471301212456277
- Eggermont, S., & Vandenbosch, H. (2002). Het leven voor het scherm. Het belang van televisiekijken voor ouderen in een maatschappelijk en persoonlijk ontwikkelingsperspectief. *Tijdschrift voor sociologie*, 23(3-4), 483-508.
- Gústafsdóttir, M. (2015). Is watching television a realistic leisure option for people with dementia?. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra*, 5(1), 116-122. doi: 10.1159/000369383
- Het Nieuwsblad. (2015, 2 december). Uit de oude doos: Koffer vol spullen van vroeger moet dementerenden helpen herinneren. *Het Nieuwsblad*, p. 14.
- Hoogeveen, F., Groenendaal, M., Mulder, B., Bakker, M., Swinkels, S., & Van Den Berg, M. (2014). Radio Remember. Internetradio voor mensen met dementie. *Denkbeeld: tijdschrift voor psychogeriatric*, 6-9.
- Hoogeveen, F. (2008). *Leven met dementie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.



- Jennekens, F.G.I., & Jennekens-Schinkel, A. (2005). De dementerende persoon, het testament en de notaris. *Weekblad voor Privaatrecht, Notariaat en Registratie*, 595-599.
- Kolanowski, A, Buettner, L., & Moeller, J. (2006). Treatment fidelity plan for an activity intervention designed for persons with dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 21(5), 326-332. doi: 10.1177/1533317506291074
- Lawton, M.P., Van Haitsma, K., & Klapper, J. (1996). Observed affect in nursing home residents with Alzheimer's disease. *Journal of Gerontology*, 51(1), 3-14.
- Lin, Y.C., Dai, Y.T., & Hwang, S.L. (2003). The effect of reminiscence on the elderly population: a systematic review. *Public Health Nursing*, 20(4), 297-306. doi: 10.1046/j.1525-1446.2003.20407.x
- Lindstrom, H.A., Fritsch, T., Petot, G., Smyth, K.A., Chen, C.H., Debanne, ... Friedland, R.P. (2005). The relationships between television viewing in midlife and the development of Alzheimer's disease in a case-control study. *Brain and Cognition*, 58(2), 157-165. doi: 10.1016/j.bandc.2004.09.020
- Marshall, M.J., & Hutchinson, S.A. (2001). A critique of research on the use of activities with persons with Alzheimer's disease: a systematic literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 35(4), 488-496. doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.01887.x
- McKeith, IG., Galasko, D., Kosaka, K., Perry, E.K., Dickson, D.W., Hansen, L.A., ... Perry, R.H. (2001). Consensus guidelines for the clinical and pathologic diagnosis of dementia with Lewy bodies (DLB): Report of the consortium on DLB international workshop. *Neurology*, 47(11), 1113-11124. doi: 10.1212/WNL.47.5.1113
- OCMW Leuven. (23 november 2015). Activiteitenaanbod. Geraadpleegd op 24 april 2016 via <http://www.ocmwleuven.be/ouderen/woonzorgcentra/woonzorgcentrumbooghuys/>.

- Östlund, B. (2010). Watching television in later life: a deeper understanding of TV viewing in the homes of old people and in geriatric care contexts. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(2), 233-243. doi: 10.1111/j.1471-6712.2009.00711.x
- Ramirez, M., Teresi, J.A., Holmes, D., Gurland, B., & Lantigua, R. (2006). Differential Item Functioning (DIF) and the MiniMental State Examination (MMSE). Overview, sample, and issues of translation. *Medical Care*, 44 (11 Suppl 3), S95S106.
- Redactie. (17 juli 2015). 'Radio Remember' voor dementerende ouderen van start. Geraadpleegd op 24 april 2016 via <http://www.mediamagazine.nl/radio-remember-voordementerende-ouderen-van-start/>.
- Roose, H., & Meuleman, B. (2014). *Methodologie van de sociale wetenschap. Een inleiding*. Gent: Academia Press.
- Rahtz, D.R., Sirgy, M.J., & Meadow, H.L. (1989). The elderly audience: correlates of television orientation. *Journal of Advertising*, 18(3), 9-20.
- SMEC. (juni 2014). *Application Form*. Geraadpleegd via <http://ppw.kuleuven.be/home/onderzoek/SMEC>.
- SMEC. (2016). Sociaal-maatschappelijk Ethische Commissie. Geraadpleegd via <https://admin.kuleuven.be/raden/smec#section-1>.
- Smits, C. (2010). Van verhalentafel naar verhalenkoffer. *Denkbeeld: Tijdschrift voor psychogeriatricie*, 22(2), 14-18.
- Soltys, F.G., & Coats, L. (1994). The SolCos model: facilitating reminiscence therapy. *Journal of Gerontological Nursing*, 20(11), 11-16.
- Steyaert, J., & Meeuws, S. (2015). *Langer thuis met dementie. De (on)mogelijkheden in beeld*. Berchem: Epo.
- Steyaert, J. (2016 (in druk)). Prevalentie: hoeveel personen in Vlaanderen hebben dementie? In M. Vermeiren (Red.), *Dementia, van begrijpen naar begeleiden*. Brussel: Politeia.

- Subramaniam, P., & Woods, B. (2012). The impact of individual reminiscence therapy for people with dementia: systematic review, *Expert Review of Neurotherapeutics*, 12(5), 545-555. doi: 10.1586/ern.12.35
- Thornton, A., Hatton, C., & Tatham, A. (2004). Dementia care mapping reconsidered: exploring the reliability and validity of the observational tool. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(8), 718-726. doi: 10.1002/gps.1145
- Verbraeck, B., & van der Plaats, A. (2008). *De wonderen wereld van dementie: vanuit nieuwe inzichten omgevingszorg bieden aan dementerenden*. Maarssen: Reed Business.
- Van der Goot, M. (2009). Stand van de wetenschap. Televisiekijken in het leven van ouderen: een literatuuroverzicht. *Tijdschrift voor communicatiewetenschap*, 37(3), 254-267.
- Van der Goot, M., Beentjes, J.W.J., & Van Selm, M. (2012). *Meaning of television in older adults' lives: an analysis of change and continuity in television viewing*. *Aging & Society*, 32, 147-168. doi: 10.1017/S0144686X1100016X
- Van Broeckhoven, C. (2006). *Brein & Branie. Een pionier in alzheimer*. Antwerpen/Amsterdam: Houtekiet.
- Van Gorp, B., & Vercruyse, T. (2012). Frames and counter-frames giving meaning to dementia: A framing analysis of media content. *Social Science & Medicine*, 74, 1274-1281. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.12.045
- Vertesi, A., Lever, J.A., Molloy, D.W., Sanderson, Tuttle, I., Pokoradi, & Principi. E. (2001). Standardized Mini-Mental State Examination. Use and interpretation. *Canadian Family Physician*, 47, 2018 – 2023.
- Waag Society. (2006). Multimediatafels (product). Geraadpleegd op 25 april 2016 via <https://www.waag.org/nl/project/multimediatafels-product>.
- Waag Society. (2009). Mobiele Verhalentafel. Geraadpleegd op 25 april 2016 via <http://waag.org/nl/project/mobieleverhalentafel>.

- Westerhof, G.J., Bohlmeijer, E., & Webster, J.D. (2010).  
Reminiscence and mental health: a review of recent progress  
in theory, research and interventions. *Ageing & Society*,  
30(4), 697-721. doi: 10.1017/S0144686X09990328
- World Health Organization. (april 2016). *Dementia* (Factsheet  
Nr.362). Geraadpleegd op 4 mei, 2016  
via  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/en/>.
- Woods, B., Spector, A.E., Jones, C.A., Orrell, M., & Davies, S.P.  
(2005). *Reminiscence therapy for dementia*. Cochrane  
database of systematic reviews (Online), 2, 1-38.  
doi:10.1002/14651858.CD001120

## 7. Bijlagen

### *Bijlage 1: toestemmingsformulier*

#### **Geïnformeerde toestemming**

#### **Vinden personen in woonzorgcentra het aangenamer om naar oude tv-programma's te kijken in de plaats van nieuwe, recente tv-programma's?**

In dit onderzoek ga ik bekijken of personen in een woonzorgcentrum liever naar oude tv-programma's kijken in de plaats van naar nieuwe, recente tv-programma's.

Ik zal een week lang, elke dag langskomen en een half uurtje met u en de andere bewoners meekijken naar gewone tv en een half uurtje naar een aflevering van Schipper naast Mathilde. We zullen dus zeven opeenvolgende dagen, elke dag één uur samen naar televisie kijken. Uw deelname aan dit onderzoek is volledig vrijwillig. U hebt het recht om uw deelname op elk moment stop te zetten en de ruimte te verlaten of te vragen om van ruimte verplaatst te worden.

Anonimiteit en de vertrouwelijkheid van de gegevens die ik zal verzamelen, zijn in elk stadium van dit onderzoek gewaarborgd.

Mijn contactgegevens worden achtergelaten bij de hoofdverpleger/ -verpleegster van jouw afdeling. Indien u tijdens of na het onderzoek vragen hebt op een moment dat ik niet aanwezig ben, kan u altijd contact opnemen met mij via de hoofdverpleger/ -verpleegster.

Kristien De Schepper, student Communicatiewetenschap KU Leuven

E-mailadres: [kristien.deschepper@student.kuleuven.be](mailto:kristien.deschepper@student.kuleuven.be) - Telefoonnummer: 0494 26 98 96

Voor verdere informatie kan u ook contact opnemen met de promotor van dit onderzoek: prof. dr. Baldwin Van Gorp, Instituut voor Mediastudies, KU Leuven

E-mailadres: [baldwin.vangorp@soc.kuleuven.be](mailto:baldwin.vangorp@soc.kuleuven.be) - Telefoonnummer: 016 32 31 79

Voor eventuele klachten of andere bezorgdheden omtrent ethische aspecten van dit onderzoek, kan u contact opnemen met de Sociaal-Maatschappelijke Ethische Commissie van KU Leuven: [smec@kuleuven.be](mailto:smec@kuleuven.be)

**Ik begrijp bovenstaande inhoud en ben ermee akkoord. Kristien De Schepper zal gedurende een week, elke dag een uur mee naar de televisie kijken met ons en gaat onderzoeken of het tonen van oude tv-programma's een goede activiteit is voor woonzorgcentra.**

Datum:

Naam en handtekening proefpersoon

Naam en handtekening onderzoeker

*Bijlage 2: Observatieschema dat gebruikt werd voor de test van de methode*

| Persoon 1                 |  | Persoon 2                 |  | Persoon 3                 |  | Persoon 4                 |  | Persoon 5                 |  |
|---------------------------|--|---------------------------|--|---------------------------|--|---------------------------|--|---------------------------|--|
|                           |  |                           |  |                           |  |                           |  |                           |  |
| 1'                        |  | 2'                        |  | 3'                        |  | 4'                        |  | 5'                        |  |
| Glimlachen                |  | Glimlachen                |  | Glimlachen                |  | Glimlachen                |  | Glimlachen                |  |
| Lachen                    |  | Lachen                    |  | Lachen                    |  | Lachen                    |  | Lachen                    |  |
| Fronsen                   |  | Fronsen                   |  | Fronsen                   |  | Fronsen                   |  | Fronsen                   |  |
| Wegdromen                 |  | Wegdromen                 |  | Wegdromen                 |  | Wegdromen                 |  | Wegdromen                 |  |
| Schoppen                  |  | Schoppen                  |  | Schoppen                  |  | Schoppen                  |  | Schoppen                  |  |
| Slaan                     |  | Slaan                     |  | Slaan                     |  | Slaan                     |  | Slaan                     |  |
| Huilen                    |  | Huilen                    |  | Huilen                    |  | Huilen                    |  | Huilen                    |  |
| Roepen                    |  | Roepen                    |  | Roepen                    |  | Roepen                    |  | Roepen                    |  |
| Indommelen                |  | Indommelen                |  | Indommelen                |  | Indommelen                |  | Indommelen                |  |
| Praten                    |  | Praten                    |  | Praten                    |  | Praten                    |  | Praten                    |  |
| Hoofd laten hangen        |  | Hoofd laten hangen        |  | Hoofd laten hangen        |  | Hoofd laten hangen        |  | Hoofd laten hangen        |  |
| Rechte houding            |  | Rechte houding            |  | Rechte houding            |  | Rechte houding            |  | Rechte houding            |  |
| Gesloten ogen             |  | Gesloten ogen             |  | Gesloten ogen             |  | Gesloten ogen             |  | Gesloten ogen             |  |
| Open ogen                 |  | Open ogen                 |  | Open ogen                 |  | Open ogen                 |  | Open ogen                 |  |
| Open houding              |  | Open houding              |  | Open houding              |  | Open houding              |  | Open houding              |  |
| Aanwezige id zorgverlener |  | Aanwezige id zorgverlener |  | Aanwezige id zorgverlener |  | Aanwezige id zorgverlener |  | Aanwezige id zorgverlener |  |
| Notities:                 |  |                           |  |                           |  |                           |  |                           |  |

*Bijlage 3: definitief observatieschema*

|                                     |     |   |  |
|-------------------------------------|-----|---|--|
| Persoon 1                           | 1'' | Kijkgedrag<br>Extra kijkgedragingen                     |  |
| Persoon 1<br>Persoon 2<br>Persoon 3 | 2'' | Kijkgedrag persoon 1<br>Extra kijkgedragingen persoon 1 |  |
|                                     |     | Kijkgedrag persoon 2<br>Extra kijkgedragingen persoon 2 |  |
|                                     |     | Kijkgedrag persoon 3<br>Extra kijkgedragingen persoon 3 |  |
| Persoon 2                           | 3'' | Kijkgedrag<br>Extra kijkgedragingen                     |  |

Mogelijke kijkgedragingen: zonder afleiding, afleiding personeel, afleiding bezoek, afleiding bewoners, afleiding onderzoeker, rondkijken, indommelen, slapen, kijkt niet, wc en afwezig.

Mogelijke extra kijkgedragingen: commentaar op inhoud, glimlachen, lachen, reactie op muziek.





