

**De invloed van het televisiekijkgedrag van
dementerende ouderen op hun kwaliteit van leven.**



**Masterthesis Media en Journalistiek
Marica Crombach - 307779
Begeleider: drs. Allerd Peeters
Tweede lezer: prof. dr. Jos de Haan**

**De invloed van het televisiekijkgedrag van
dementerende ouderen op hun kwaliteit van leven.**

Masterthesis

**Marica Crombach
307779**

**Drs. Allerd Peeters
Prof. Dr. Jos de Haan**

**Erasmus Universiteit Rotterdam
Faculteit der Historische en Kunstwetenschappen
Media en Journalistiek**

24 december 2007

mariacrombach@hotmail.com

Inhoudsopgave

<u>SAMENVATTING.....</u>	5
<u>HOOFDSTUK 1. INLEIDING.....</u>	7
<u>DEEL 1 THEORETISCHE ACHTERGROND.....</u>	11
<u>HOOFDSTUK 2. TELEVISIE KIJKEN: KIJKGEDRAG EN PROGRAMMAVOORKEUREN VAN DEMENTERENDEN.....</u>	11
Een populaire vrijetijdsbesteding.....	11
Televisie kijken met dementie	12
Uses & Gratifications en de televisie.....	15
<u>HOOFDSTUK 3. DEMENTIE: DE INVLOED VAN EEN ZIEKTE OP PATIËNT EN OMGEVING.....</u>	18
Gedragsveranderingen	18
De rol van de mantelzorger.....	22
Begeleidingsprogramma's	23
<u>HOOFDSTUK 4. DE INVLOED VAN TELEVISIE OP KWALITEIT VAN LEVEN.....</u>	25
Kwaliteit van leven	25
<u>DEEL 2. DE ONDERZOEKEN</u>	31
<u>HOOFDSTUK 5. ONDERZOEK VIA PARTNERS VAN DEMENTERENDE OUDEREN</u>	32
5.1 Methode	32
5.2 Resultaten.....	37
5.3 Voorlopige conclusies.....	46
<u>HOOFDSTUK 6. ONDERZOEK VIA DEMENTERENDE OUDEREN</u>	48
6.1 Methode	48
6.2 Resultaten.....	52
6.3 Voorlopige conclusies.....	68

<u>HOOFDSTUK 7. CONCLUSIE.....</u>	71
7.1 Interactie (communicatie).....	71
7.2 Initiatief.....	73
7.3 Gemoedstoestand.....	75
7.4 Interviewen dementerende ouderen.....	78
<u>HOOFDSTUK 8. DISCUSSIE</u>	80
8.1 Kwalitatief en kwantitatief onderzoek.....	80
<u>APPENDIX A. SYMPTOMEN EN OORZAKEN VAN DEMENTIE.....</u>	83
Symptomen.....	83
Oorzaken.....	83
<u>APPENDIX B. BEKENDE VORMEN VAN DEMENTIE.....</u>	85
Vormen van dementie.....	85
<u>APPENDIX C. ONDERZOEKEN SF-36 EN NPI-Q.....</u>	88
SF-36.....	88
NPI-Q.....	88
<u>APPENDIX D. BEGELEIDING EN OPVANG DEMENTERENDE OUDEREN.....</u>	90
Het Alzheimer Café.....	90
Ontmoetingscentra – voor mensen met dementie en hun verzorgers.....	91
<u>LITERATUUR.....</u>	92
Internetbronnen.....	94

Samenvatting

Dit onderzoek is gericht op de kwaliteit van leven van dementerende ouderen. De kwaliteit van leven – met name van mensen die lijden aan chronische ziektes – wordt tegenwoordig steeds vaker onderzocht. Behalve de lichamelijke gevolgen van dergelijke ziektes, richt men zich ook op de psychische en sociale gevolgen ervan. In dit onderzoek is ervoor gekozen om te bestuderen in hoeverre de kwaliteit van leven van dementerende ouderen wordt beïnvloed door hun televisiekijkgedrag. Om het onderzoek af te bakenen is er daarbij gekeken naar drie deelonderwerpen van kwaliteit van leven: de mate van interactie, de gemoedstoestand en de mate van initiatief nemen.

Uit eerder onderzoek naar de invloed van televisieprogramma's op dementerende ouderen is naar voren gekomen dat rustige programma's graag worden bekeken en drukker programma's, zoals actualiteitenrubrieken of spelprogramma's, liever worden vermeden, omdat deze zorgen voor onrust. Tijdens deze onderzoeken is echter nooit aan de dementerenden zelf gevraagd welke programma's zij graag kijken en wat hen beweegt om sommige programma's wel of niet te kijken. Bij dit onderzoek is geprobeerd om juist wel informatie te achterhalen via de dementerenden zelf. Daarnaast zijn ook de partners van (thuiswonende) dementerende ouderen ondervraagd, om de informatie verkregen via de dementerende ouderen aan te vullen.

Aan de hand van de resultaten van beide onderzoeken zijn er antwoorden op de onderzoeksdeelvragen geformuleerd. De eerste belangrijke conclusie, gericht op de mate van interactie, is dat zowel door de dementerenden zelf als hun partners gesteld wordt dat televisieprogramma's invloed hebben op de interactie. Vooral favoriete programma's en nieuws- en actualiteitenprogramma's vergroten de mate van interactie die vertoond wordt. Op de mate van initiatief tonen hebben televisieprogramma's weinig invloed, zo komt naar voren uit beide onderzoeken. Motieven als 'zoeken naar informatie' en 'verveeld zijn' zorgen nog voor enige vorm van initiatief, maar het effect ervan op het nemen van initiatief is niet groot. Volgens de onderzoeken kunnen televisieprogramma's wel invloed hebben op de gemoedstoestand van de kijkende dementerenden. Programma's met trage audiovisuele prikkelingen hebben invloed op het humeur en de

mate van ontspanning van de kijkers. Nieuws- en actualiteitenprogramma's daarentegen hebben minder invloed op de gemoedstoestand. Laatstgenoemde programma's worden overigens wel veelvuldig bekeken, om het contact met de realiteit en de maatschappij in stand te houden.

Uit de onderzoeken komt dus naar voren dat het kijken naar bepaalde televisieprogramma's invloed heeft op bepaalde aspecten van de kwaliteit van leven van dementerende ouderen. Echter, daar dit onderzoek kleinschalig is opgezet is het essentieel dat er meer en diepgaander onderzoek wordt uitgevoerd om duidelijke conclusies aan de resultaten te kunnen koppelen.

Hoofdstuk 1. Inleiding

Kwaliteit van leven is een begrip dat de laatste decennia steeds vaker centraal staat in onderzoeken (zie bijvoorbeeld Musschenga, 1987; Van Beek et al., 2004; Verhey, 2007). Met name de kwaliteit van leven van mensen die lijden aan chronische ziektes wordt onderzocht. Niet alleen de functionele consequenties van ziektes staan centraal, zoals voorheen, maar ook het leren omgaan met sociale en psychische gevolgen van de ziektes is belangrijk. Hierbij wordt gefocust op dat wat de patiënt nog wél kan, in plaats van de beperkingen die ontstaan door de ziekte te benadrukken. Zo wordt geprobeerd om de patiënt zijn plezier in het leven te laten behouden en indien mogelijk te verbeteren (Droës et al., 2006). De chronisch zieken die in dit onderzoek centraal staan, zijn dementerende ouderen.

Aanleiding

Het aantal dementerende ouderen neemt de komende decennia zeer sterk toe, onder andere door vergrijzing van de bevolking. Diverse bronnen melden dat er momenteel in Nederland al tussen de 175.000 en 180.000 mensen aan dementie lijden – in 2010 zal dit aantal gestegen zijn tot ongeveer 207.000 en halverwege de eeuw zullen er ongeveer 410.000 dementerenden in Nederland wonen (www.alzheimer-nederland.nl; www.rivm.nl). Deze grote groep mensen bevindt zich in de pensioensgerechtigde leeftijd – en zoals alle gepensioneerden besteedt ook deze groep veel vrije tijd aan televisie kijken (Peeters et al., 2005). Niet voor niets is in 2002 omroep MAX opgericht, een zender die zich richt op het publiek van 50-plussers (www.omroepmax.nl).

Door te kijken naar televisieprogramma's kunnen diverse wensen en behoeften worden vervuld en de vraag is in hoeverre dit een positief effect heeft op de kwaliteit van leven van dementerende mensen. Voelen dementerende ouderen zich echt beter als ze bepaalde programma's kijken?

Doel van het onderzoek

Het doel van dit onderzoek is het in kaart brengen van de wensen en behoeften waaraan dementerenden willen voldoen door te kijken naar televisieprogramma's, en de effecten van het kijken naar deze programma's op de dementerenden. Het kijkgedrag wordt in dit onderzoek op twee manieren onderzocht: er wordt gevraagd aan de dementerenden zelf welke programma's zij graag kijken en wat hun beweegredenen zijn om de televisie aan te zetten. Deze informatie wordt via interviews verkregen. Daarnaast wordt via een meerkeuzevragenlijst gevraagd aan de partners van dementerenden hoe de dementerenden zich gedragen tijdens en na het kijken van bepaalde televisieprogramma's. Door te kiezen voor een combinatie van kwantitatief en kwalitatief onderzoek kan er vanuit meerdere standpunten informatie vergaard worden (zie ook Buntix et al., 2006) en wordt het onderwerp – dat, zoals gezegd, nog niet vaak is onderzocht, ruim belicht.

De onderzoeken zijn kleinschalig opgezet: er zijn 15 dementerende ouderen geïnterviewd om het kwalitatieve onderzoek te kunnen uitvoeren en voor het kwantitatieve onderzoek hebben 32 partners van dementerende (thuiswonende) ouderen een vragenlijst correct ingevuld. Wegens de tijdsperiode van het onderzoek en de strikte selectiecriteria van de respondenten, is het niet mogelijk geweest het onderzoek uit te voeren met een grotere groep respondenten. Bij het kwantitatieve onderzoek is toch gebruik gemaakt van SPSS om de resultaten te kunnen analyseren, door het aantal respondenten te vermenigvuldigen met het aantal categorieën dat door hen beantwoord is.

De onderzoeken dienen gezien te worden als pilotonderzoeken: dementerende ouderen zijn namelijk tot op heden nog niet (vaak) geïnterviewd om hun televisievoorkeuren te achterhalen. De partners van dementerende ouderen hebben weliswaar vaker vragenlijsten ingevuld, maar de hier toegepaste vragenlijst is voor dit onderzoek ontworpen en dus nog niet in eerdere onderzoeken gebruikt.

Aan de hand van de informatie die geëxtraheerd kan worden uit deze onderzoeken, wordt de volgende onderzoeksvraag beantwoord:

In hoeverre wordt de kwaliteit van leven van dementerende ouderen beïnvloed door hun televisiekijkgedrag?

Omdat kwaliteit van leven een veelomvattend begrip is, zal deze hoofdvraag gesplitst worden in een aantal deelvragen, die zich richten op een aspect van de kwaliteit van leven. Ten eerste wordt onderzocht in hoeverre het niveau van initiatief nemen van dementerende ouderen beïnvloed wordt door hun televisiekijkgedrag. Ten tweede wordt bestudeerd in hoeverre de gemoedstoestand van dementerende ouderen wordt beïnvloed door hun televisiekijkgedrag. En ten slotte wordt gekeken naar het niveau van interactie tussen de dementerende ouderen en hun omgeving, in hoeverre dit beïnvloed wordt door hun televisiekijkgedrag.

Relevantie

De relevantie van dit onderzoek is te vinden op zowel theoretisch als praktisch vlak. Op theoretisch gebied is dit een relevant onderzoek, omdat het ervoor zorgt dat er meer inzicht verkregen wordt in de invloed van de media en de televisie in het bijzonder op de levens van chronisch zieken. Tot op heden is er namelijk weinig aandacht besteed aan de invloed van televisie op de kwaliteit van leven van dementerende ouderen. De wetenschap heeft zich bij onderzoek naar televisiekijkgedrag voornamelijk gericht op jongere kijkers en gezonde mensen. Chronisch zieke ouderen, die na verloop van tijd zelf steeds moeilijker kunnen aangeven wat ze graag kijken op televisie, zijn nog een onderbelichte groep. Dit onderzoek zorgt ervoor dat er meer aandacht wordt besteed aan deze kijkers. De praktische relevantie van dit onderzoek, is uiteraard ook mediagericht: door te onderzoeken wat de invloed van bepaalde televisieprogramma's is op de kwaliteit van leven van dementerende ouderen, kan er een mogelijkheid gecreëerd worden om een gewenste programmering voor deze groep ouderen op te zetten – of te kijken in hoeverre tegemoet gekomen kan worden aan hun behoeften.

Hoofdstukindeling

Het gehele onderzoek bestaat uit twee delen. In het eerste deel is een theoretisch kader voor het onderzoek opgezet, waarbij het eerste hoofdstuk is gericht op het televisiekijkgedrag in het algemeen en van dementerenden in het bijzonder: welke programma's worden graag gekeken, hoeveel tijd wordt er gemiddeld besteed aan het kijken? Het volgende hoofdstuk gaat over de invloed van dementie op de patiënten zelf en hun (nabije) omgeving. Met behulp van deze informatie kan een beeld gevormd worden van de levens van dementerenden mensen en hun familie. De gedragsveranderingen die de patiënten vertonen tijdens het ziekteproces, de rol van hun verzorgers en de diverse therapieën worden hier besproken. Het laatste hoofdstuk beschrijft de invloed van de televisie op de kwaliteit van leven van dementerenden. Hier wordt de eerder gegeven informatie over gedragsveranderingen uit het vorige hoofdstuk gecombineerd met de informatie over het televisiekijkgedrag uit het eerste hoofdstuk; aan de hand hiervan worden de vragen- en topiclijsten gevormd die in de onderzoeken worden toegepast.

In het tweede deel komen de uitgevoerde onderzoeken aan bod. Het eerste hoofdstuk van dit deel is gericht op de uitwerking van het kwantitatieve onderzoek: hier worden de methode, resultaten en voorlopige conclusies van dit deelonderzoek beschreven. Het volgende hoofdstuk is gericht op het kwalitatieve onderzoek. In het hoofdstuk daarna worden de conclusies, die uit de onderzoeken zijn af te leiden, gepresenteerd. Hierbij wordt een terugkoppeling gemaakt naar de besproken theorieën uit het eerste deel. Het laatste hoofdstuk uit het tweede deel richt zich op diverse discussiepunten en geeft aanbevelingen voor toekomstig onderzoek op dit gebied.

Deel 1. Theoretische achtergrond

Hoofdstuk 2. Televisie kijken: kijkgedrag en programmavoorkeuren van dementerenden

Het televisiekijkgedrag van dementerende ouderen staat centraal in dit onderzoek. Het is daarom essentieel te bestuderen vanuit welke motieven zij televisie kijken en welke programma's daarbij hun voorkeur genieten. Het televisiekijkgedrag van 'gezonde' ouderen wordt ook besproken, om zo de verschillen en overeenkomsten tussen de diverse kijkersgroepen duidelijk te zien.

2.1 Een populaire vrijetijdsbesteding

Televisie is een medium waaraan veel vrije tijd besteed wordt. Vooral ouderen brengen na het passeren van de pensioensgerechtigde leeftijd een groot deel van hun vrije tijd door voor de beeldbuis: in 2006 keek meer dan de helft van de 65-plussers in Nederland – om precies te zijn 55% - langer dan twintig uur per week televisie. Dit is meer dan gemiddeld: van de kijkers van twaalf jaar en ouder kijkt slechts 34% meer dan twintig uur per week televisie (www.statline.cbs.nl).¹ Niet alleen de cijfers van het CBS geven aan dat ouderen meer televisie kijken, ook de resultaten van Stichting Kijkcijferonderzoek laten grote verschillen zien tussen het televisiekijkgedrag van verschillende leeftijdsgroepen. Ouderen bevinden zich in een rustigere levensfase waarin de ruim beschikbare vrije tijd zorgt voor meer mogelijkheden om televisie te kijken: 50-plussers keken in 2004 per dag gemiddeld 244 minuten per dag; dat is 116 minuten langer televisie dan tieners (13 t/m 19 jaar) en 77 minuten langer dan jongvolwassenen (20 t/m 34 jaar) (Peeters et al., 2005).

¹ Ook in het buitenland kijken ouderen veel televisie: in de Verenigde Staten kijken 65-plussers gemiddeld 5 uur en 14 minuten per dag televisie (Hanley, 2002).

Ouderen besteden niet alleen meer tijd dan gemiddeld aan televisie kijken, ze zijn vaak ook minder selectief in het kiezen van televisieprogramma's: 's avonds volgen ze vaak het gehele programma-aanbod in plaats van een selectie te maken. Een lichte preferentie voor informatieve en culturele programma's kan daarbij zichtbaar zijn (Bruggenwirth, 1986; Hanley, 2002). Vooral lokaal of politiek nieuws en berichten over religieuze aangelegenheden krijgen steeds meer aandacht van kijkers naarmate zij meer op leeftijd zijn. De publieke zenders, die dergelijke programma's regelmatig uitzenden (met name Nederland 1 en 2), genieten daarom vaak enige voorkeur van ouderen. Deze zenders hebben 50-plussers overigens niet specifiek als doelgroep; zij richten zich op het totale publiek (Peeters et al., 2005).

Uit Hanleys onderzoek is overigens een opvallend verschil tussen de ouderen en de overige kijkersgroepen naar voren gekomen: de impopulariteit van showbusinessnieuws onder eerstgenoemde groep. Programma's die ouderen wél graag kijken, naast de nieuwsberichten, zijn *Touch of Frost*, een Britse detectiveserie, *Heartbeat*, een Britse politiedramaserie en *Coronation Street*, een Britse soapserie (Hanley, 2002).

2.2 Televisie kijken met dementie

Het ligt voor de hand dat de reeds beschreven voorkeuren van ouderen voor bepaalde televisieprogramma's ook van toepassing zijn op dementerende ouderen. Naar het televisiekijkgedrag van dementerende ouderen is weliswaar tot op heden nog niet veel onderzoek gedaan, maar duidelijk is wel dat de cognitieve en sociale stoornissen waartoe dementie kan leiden, het kijkgedrag van dementerenden beïnvloeden. Om de invloed van deze stoornissen te begrijpen, dient nader bestudeerd te worden wat dementie is en hoe het dementieproces verloopt.

Wat is dementie?

Dementie komt meestal tot uiting bij mensen ouder dan 60 jaar²: de periode waarin de pensioengerechtigde leeftijd nadert. In totaal zijn momenteel 195.000 mensen

² met uitzondering van enkele vormen van jong-dementie (De Lange, 2004).

gediagnosticeerd met dementie en zijn er naar schatting ongeveer 60.000 dementerenden bij wie de diagnose nog niet officieel is gesteld. Anderhalf procent van de mensen tussen de 65 en 69 jaar lijdt aan dementie – en naarmate men ouder wordt neemt de kans op dementie nog meer toe: 30 procent van de mensen boven de 85 jaar heeft dementie (www.alzheimer-nederland.nl). De diagnose dementie wordt niet onmiddellijk gesteld als iemand geheugenproblemen heeft; er dienen meerdere, dagelijks terugkerende problemen te zijn. Er moet in ieder geval sprake zijn van vier condities, zo wordt vermeld in *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* (2000): ten eerste dienen er (korte termijn)geheugenproblemen te zijn, ten tweede moeten er stoornissen zijn op een ander cognitief gebied, ten derde dienen deze problemen een negatieve invloed te hebben op het functioneren in de maatschappij en ten vierde dient er een helder bewustzijn te zijn - anders zou er ook sprake kunnen zijn van verwardheid of desoriëntatie.³

Programmavoorkeuren met dementie

Het dementieproces doorloopt verschillende fases, waarvan de tijdsduur van persoon tot persoon verschillend is. En naarmate de ziekte verergert, verandert de programmavoorkeur van de dementerenden. Over het algemeen is te stellen dat tijdens de eerste jaren van het dementieproces er nog programma's zijn die de patiënten graag kijken: onderwerpen als muziek, natuur, kinderen en nostalgie zorgen voor positieve reacties van herkenning en herinnering. Ook uitzendingen over het koningshuis en het vertonen van oude films zorgen voor positieve reacties, zo blijkt uit *Weten van vergeten* (2000). Programma's die volgens Heijmans (2006) niet vaak worden bekeken door zowel lichter als zwaarder dementerenden, zijn spelprogramma's zoals quizzes en series. Kerkdiensten op televisie worden door de dementerenden juist wel graag bekeken, mits zij vroeger regelmatig naar de kerk gingen: met behulp van de programma's kunnen zij dan toch bezig zijn met hun geloof, ondanks dat ze de kerk niet meer kunnen bezoeken. Behalve genoemde programma's worden ook shows waarin prestaties worden geleverd met plezier bekeken, zoals sport- of danswedstrijden (Blom, Tjadens en Withagen, 2000).

³ zie ook Jonker, 2001.

In de eerste fase van het dementieproces kunnen dementerenden nog aangeven welke van bovengenoemde – en andere –programma's ze graag kijken. Er wordt nog zelfstandig televisie gekeken, maar dit zelfstandig kijken neemt af naarmate de dementie vordert. Aanvankelijk kijkt de dementerende meestal nog de programma's die ook voor intrede van de ziekte werden gekeken, zoals nieuws- en actualiteitenprogramma's, om zo vast te houden aan normale gedragspatronen. Zo kan hij enerzijds zichzelf geruststellen en anderzijds de omgeving ervan overtuigen dat er niets aan de hand is. Dit façadegedrag zorgt voor camouflage van de eerste dementieproblemen (Van Loon, 2006).⁴

In de tweede fase wordt de patiënt minder vaardig in zelfstandig televisie kijken en ook het ziektebesef verdwijnt langzaam. Veranderingen in stemmingen van de patiënt en afname van het algemene taalvermogen beïnvloeden het contact tussen de dementerende en de omgeving en maken het moeilijk voor de dementerende om aan te geven wat de televisieprogrammavoorkeuren zijn. Vanaf deze fase verdwijnt ook de voorkeur voor nieuwsprogramma's langzaam maar zeker, omdat deze programma's meestal te snel zijn: de beelden en informatie zijn niet meer te verwerken. De dementerende kan een opgejaagd, ongemakkelijk gevoel krijgen van de beelden (Heijmans, 2006).

In de derde fase van dementie, waarbij een vergevorderd stadium van dementie is bereikt, raakt de patiënt de grip op de werkelijkheid nog verder kwijt; het kan gebeuren dat de dementerende het verschil tussen televisie en werkelijkheid niet meer begrijpt. Contact maken met de dementerende wordt steeds moeilijker, omdat deze een steeds kleiner vocabulaire tot zijn beschikking heeft. Televisieprogramma's uit het verleden kunnen nog goede herinneringen oproepen en zorgen voor een rustige, ontspannen sfeer, maar programma's van tegenwoordig met snelle beelden en veel geluid worden meestal niet meer gekeken – tenzij het rustige programma's betreft, zoals natuurfilms.

De eindfase brengt de patiënt meestal door in het verpleeghuis. Televisie kijken is meestal niet meer aan de orde: de dementerende lijkt de televisie al snel als te druk te ervaren. Bijna niemand wordt meer herkend door de dementerende en deze is volledig afhankelijk van zijn omgeving (Van Loon, 2006). Meestal is er geen sprake meer van

⁴ Er kunnen echter al wel problemen naar voren komen tijdens het televisiekijken: zo is het voor de omgeving maar de vraag of alle nieuwsberichten daadwerkelijk worden onthouden, daar de dementerenden de geheugenproblemen vaak nog maskeren door moeilijke vragen ontwijkend te beantwoorden of in een gesprek standaardreacties te geven waaruit niet snel blijkt dat ze eigenlijk niet weten waarover het gesprek gaat (Van Loon, 2006).

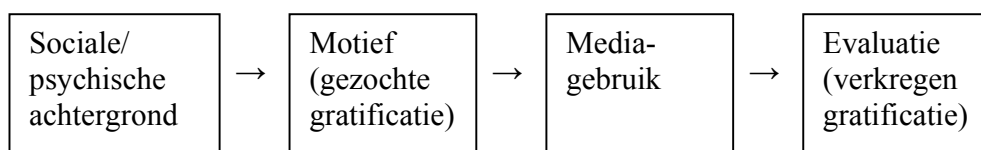
bewust televisie kijken – er kan wel sprake zijn van een mogelijke rustgevende invloed van (natuur- en muziek)beelden, maar de dementerende is zelf niet meer in staat om een verband te leggen tussen het televisiekijken en zijn gemoedstoestand.

2.3 Uses & Gratifications en de televisie

Niet alleen het aantal uur dat besteed wordt aan televisie kijken en het soort programma's dat wordt bekeken is verschillend tussen jonger en ouder publiek, ook de motieven om televisie te kijken zijn uiteenlopend. Deze motieven kunnen in een aantal categorieën worden geplaatst. Bruggenwirth (1986) heeft enkele decennia geleden al vier belangrijke grondmotieven genoemd die ook tegenwoordig nog een grote rol spelen in de keuze voor televisiekijken. Ten eerste wordt er gekeken om op de hoogte te blijven van wat er in de wereld en in Nederland gebeurt; ten tweede om te ontspannen; ten derde omdat het gezellig is en ten vierde om interessante programma's te zien en op die manier algemene kennis en ontwikkeling bij te schaven. Respectievelijk zijn hier genoemd het informatie/educatiemotief; het relax/escapemotief; het verveling/eenzaamheidsmotief en het outlook/Weltanschauungsmotief.⁵ Dit laatste motief is 'het motief dat zich richt op de manier waarop de wereld en het leven wordt bekeken' (Bruggenwirth, 1986). Bij ouderen spelen vooral het informatie/educatiemotief en het vervelings/eenzaamheidsmotief een grote rol bij het televisiekijken. Het relax/escape motief is voor hen juist weinig van toepassing, zo stelt Bruggenwirth, omdat zij televisie meestal niet gebruiken om te ontspannen, maar om het vaak gebrekkige contact met de buitenwereld te compenseren. De voorkeuren voor bepaalde televisieprogramma's zijn te analyseren met behulp van de Uses & Gratifications benadering. Deze benadering expliceert waarom mensen gebruik maken van media. De redenen om de media te gebruiken zijn zeer uiteenlopend en een eenduidige Uses & Gratifications benadering bestaat er niet; zoals in het proefschrift van sociaal wetenschapper Paul Hendriks Vettehen (1998) wordt aangegeven zijn er door de decennia heen diverse meningen, nuanceringen, uitbreidingen en kritieken op de Uses & Gratifications benadering gepubliceerd. Blumler en Katz (1974) omschrijven de opkomst van Uses & Gratifications modellen als een logisch gevolg van de eerste onderzoeken

⁵ Zie ook: Bryant en Zillmann, 1991.

naar televisie. Hoewel zij niet de eersten zijn die de Uses & Gratifications benaderingen hebben besproken – in de jaren veertig van de vorige eeuw werden al pogingen gedaan om te verklaren waarom de massamedia niet de eerder veronderstelde invloed op mensen bleken te hebben (Hendriks Vettehen, 1998) – worden zij wel gezien als belangrijke grondleggers van de Uses & Gratifications benadering. In *The Uses of Mass Communications* wordt door hen beschreven waarop Uses & Gratifications modellen gericht zijn: ‘They are concerned with the social and psychological origins of needs, which generate expectations of the mass media or other sources, which lead to differential patterns of media exposure (or engagement in other activities), resulting in need gratifications and other consequences, perhaps mostly unintended ones.’ (Blumler en Katz, 1974). Deze beschrijving wordt door Hendriks Vettehen als volgt schematisch weergegeven in tabel 2.1:



Tabel 2.1 Uses & Gratifications model (Hendriks Vettehen, 1998)

Het publiek gebruikt de media in het algemeen – en de televisie in het bijzonder – dus om diverse menselijke behoeften te bevredigen.⁶ Centraal bij het vervullen van deze behoeften staan ‘processen waarin sociale en psychologische omstandigheden behoeften genereren, die op hun beurt verwachtingen oproepen omtrent massamedia en andere bronnen ter bevrediging van behoeften.’ (Katz, 1974).

Ook dementerenden gebruiken media om aan bepaalde behoeften te voldoen. Deze behoeften veranderen tijdens het dementieproces, doordat ook het gedrag en de gevoelens van de patiënten veranderen. Het ziekteproces zorgt voor deze veranderingen en deze kunnen worden versterkt of juist gematigd door te kijken naar bepaalde televisieprogramma’s. Eerder onderzoek heeft al uitgewezen dat muzikale programma’s

⁶ Het begrip ‘motief’ kan binnen de Uses & Gratifications leiden tot onduidelijkheden: er is geen algemene definitie bepaald en het wordt regelmatig vervangen door termen als ‘(gezochte) gratificatie’. Hendriks Vettehen karakteriseert motief als ‘een psychologisch begrip dat de causale schakel vormt tussen het ‘mediagebruik’ enerzijds en ‘psychische’ en/of ‘sociale’ achtergrond anderzijds.’ (Hendriks Vettehen, 1998:21-22).

rust en ontspanning kunnen creëren en programma's die op een snelle manier gemonteerd zijn zorgen juist voor onrust (Heijmans, 2006). Televisieprogramma's kunnen dus de genoemde veranderingen versterken of juist verminderen – want net als bij gezonde ouderen, voldoen programma's bij dementerenden bepaalde behoeften. Deze behoeften veranderen in de loop van het dementieproces, omdat de gedragsveranderingen verergeren naarmate de patiënt dementer wordt.

Hoofdstuk 3. Dementie: de invloed van een ziekte op patiënt en omgeving

Uit de voorgaande beschrijving van Uses & Gratifications van dementerende ouderen, is naar voren gekomen dat de psychische veranderingen van de patiënt een grote invloed kunnen hebben op het mediagebruik. Deze veranderingen, die betrekking hebben op de dementerende zelf, zullen hier verder toegelicht worden. Daarnaast zal worden bekeken in hoeverre de omgeving van de dementerende wordt beïnvloed door het dementieproces – en op haar beurt ook de veranderingen beïnvloedt.

3.1 Gedragsveranderingen

De gedragsveranderingen zijn te verdelen in verschillende categorieën. De veranderingen zijn directe of indirecte gevolgen van het dementieproces: soms gaat het om cognitieve stoornissen, soms zijn het reacties op het vorderende proces of op de omgeving. Een onrustige omgeving zorgt bijvoorbeeld voor stress bij de dementerende, regelmaat en vast gewoontes daarentegen zorgen voor houvast en bieden de dementerende rust, vertrouwde en veiligheid.⁷ De gedragsveranderingen zijn onder te verdelen in een aantal dimensies, waarvan de grootste angst, verdriet en onrust zijn. Overige veranderingen zijn achterdocht, wanen/hallucinaties, boosheid/agressie en storend gedrag (Blom et al., 2000).

Angst ontstaat door gevoelens van onveiligheid en onzekerheid, omdat men bijvoorbeeld door geheugenproblemen of taalstoornissen het overzicht van de realiteit kwijt raakt. Het is een invloedrijk aspect tijdens het dementieproces – niet voor niets omschrijft psychogerontoloog Bère Miesen dementie als een ‘onveilige situatie, door het onvermogen continuïteit in de levensloop te beleven en door verlies van het Ik.’ (Miesen, 1990 in De Lange, 2004). Het niet meer kunnen verwoorden van gedachten of het zich niet meer herinneren van gebeurtenissen brengt het ‘Ik’, het ‘zijn’ van de mens in gevaar.

⁷ Hiermee hangt het begrip ‘gehechtheidsgedrag’ nauw samen – dit begrip zal later in dit hoofdstuk besproken worden.

Deze existentiële angst die naar voren komt bij de benadering van ouderen, blijkt ook uit de manier waarop dementie wordt bekeken: het vervagen van de mogelijkheden om het eigen 'Ik' uit te dragen kan gezien worden als het vervagen van het bestaan als mens. Ook Verdult koppelt een angstaspect aan dementie door de ziekte te benaderen als 'identiteitsverlies, verlies van controle over het bestaan en verlies van contact met zichzelf en de omgeving.' Hij meent dat 'meegaan in de gemoedstoestand' van de dementerende zorgt voor een betere benadering van de ziekte, dan 'er tegenin gaan'. Het erin meegaan kan op het niveau van inhoud, gedrag of gevoel.⁸ (Verdult 1993, 1997 in De Lange 2004). Angst bij dementerenden kan gericht zijn op het toenadering zoeken tot of juist afstoten van de omgeving of juist naar voren komen als de omgeving zich op een bepaalde manier gedraagt. Hierbij wordt de houding en het gedrag van de dementerenden bepaald door de mate waarin ze zich weten aan te passen. Enerzijds wordt dit beïnvloed door de mate waarin ze gehechtheidsgedrag vertonen, anderzijds speelt het adaptatie- en copinggedrag hierbij een rol (Verdult in De Lange, 2004). Aan deze begrippen zal in de volgende paragraaf meer aandacht besteed worden.

Behalve angst kunnen ook *verdrietige gevoelens* naar voren komen. Deze zijn een begrijpelijke reactie op het dementieproces: men realiseert zich de achteruitgang of voelt zich niet prettig in een bepaalde situatie (Blom et al., 2000). Deze gevoelens kunnen ook ontstaan door ontremmingen van emoties, een mogelijk gevolg van dementie: reacties op bepaalde opmerkingen of gebeurtenissen kunnen onverwacht emotioneel zijn (Van Loon, 2006).

Onrust ten slotte kan diverse oorzaken hebben. Veranderingen in de omgeving, te grote drukte, onduidelijkheden in de communicatie: allerlei aspecten kunnen leiden tot onrust en zelfs tot zwerfgedrag (Blom et al., 2000). Zo kan een dementerende in de eerste fases van het proces nog aangeven waarom hij zich op een bepaalde manier gedraagt: voor onrustig gedrag kan hij nog een verklaring geven – hoe zinloos deze ook kan lijken voor de omgeving. Een dementerende vrouw die elke middag rond vier uur nerveus bij de voordeur in het huis loopt, kan bijvoorbeeld aan het wachten zijn op haar kinderen, die vroeger altijd rond die tijd uit school kwamen. Deze gevoelens van onrust kunnen in de

⁸ De Lange (2004) meent dat deze theorie dient nader te worden onderzocht, omdat er methodologisch gezien het een en ander op aan te merken is, onder meer het niet toepassen van een controlegroep.

loop van het dementieproces blijven bestaan, maar de zingeving ervan verdwijnt: de dementerende kan niet meer aangeven waarom hij zo onrustig is (Van Loon, 2006). Te veel prikkelingen van buitenaf kunnen deze gevoelens van onrust oproepen, maar ook te weinig prikkelingen creëert een problematische situatie: de dementerende gaat dan zelf prikkelingen creëren om contact te maken met de wereld om hem heen te maken. De zoektocht naar zintuiglijke prikkelingen zorgt volgens Gerritsen (2004) in principe voor handhaving of verbetering van de kwaliteit van leven.⁹ Mensen zoeken naar prikkelingen om de kwaliteit van leven op niveau te houden of naar een hoger niveau te brengen. Een onevenwichtige toevoer van prikkelingen kan daarbij zorgen voor verwarring in het dagelijks leven. Onrustig gedrag is dan het gevolg en om dit te voorkomen, kan de televisie in zekere mate een oplossing bieden: dit medium kan namelijk zorgen voor visuele prikkelingen die de dementerende rustig houden (Van der Plaats, 2006).

De gedragsveranderingen beïnvloeden overigens niet alleen de programmavoorkeur, maar ook de manier van kijken: het concentratievermogen van dementerenden is lager dan dat van het gemiddelde publiek – maximaal twintig minuten houden dementerenden het vol om geconcentreerd televisie te kijken (Heijmans, 2006). Met deze gedragsveranderingen hangt de mate van gehechtheid nauw samen: het plezier in leven van dementerenden en de mate van sociaal contact tussen hen en hun omgeving kan beïnvloed worden door deze twee genoemde concepten. Diverse opvangmethoden en dagbehandelingen zijn niet voor niets gericht op het concept van gehechtheid.¹⁰

Gehechtheidsgedrag

De gehechtheidstheorie, ontwikkeld door John Bowlby, gaat uit van de gedachte dat iemand die zich veilig voelt, op onderzoek durft uit te gaan. Hierbij is een ‘secure base’ essentieel: een veilige thuishaven is een degelijke basis waarop men kan terugvallen indien dat nodig is. Mensen die op deze manier gehecht zijn, hebben minder angst voor het onbekende: er is immers altijd een plaats waar men terecht kan. Als men angstig of gespannen is, is er bijvoorbeeld de nabijheid van een beschermende bekende volwassen

⁹ Gerritsen (2004) koppelt ook fysiek en sociaal welbevinden aan het zoeken naar zintuiglijke prikkelingen.

¹⁰ Zie voor een uitgebreide beschrijving van de mogelijke opvang- en begeleidingsmethoden de paragraaf “begeleidingsprogramma’s” in dit hoofdstuk.

figuur (Bowlby, 1988). Om voor een dementerende een goede basis te creëren, is het nodig om een vertrouwensband met hem op te bouwen. Dankzij een dergelijke basis voelt men zich veilig genoeg om open te staan voor datgene wat op hen afkomt (Miesen, 2002). Bij dementerenden dient er bovendien aan de functie van gehechtheid meer aandacht besteed te worden dan bij gezonde mensen: dementerenden die niet gehecht zijn, kunnen vermijdingsgedrag vertonen: zij trekken zich terug en ontwijken contact met anderen (Miesen, 2002).¹¹

Adaptatie-copingtheorie

Een model dat sterk gelieerd is aan de gehechtheidstheorie en zich daarbij toespitst op chronisch zieken, is het adaptatie-copingmodel van Droës. Droës heeft in 1991 dit model gevormd door het crisismodel van Moos en Tsu (1977) en de copingtheorie van Lazarus en Folkman (1984) te combineren (De Lange, 2004). Dementie zorgt, net als andere chronische ziekten, voor veel veranderingen in het leven van de patiënt. De patiënt moet zich op diverse vlakken aanpassen om zo in evenwicht te blijven. Het omgaan met dergelijke moeilijke omstandigheden wordt ‘copinggedrag’ genoemd. De aanpassingen die vereist worden, zijn niet gering: omgaan met de eigen invaliditeit, handhaven van een emotioneel evenwicht en een positief zelfbeeld, omgaan met een onzekere toekomst, sociale relaties onderhouden en adequate verhoudingen met de verzorgers ontwikkelen (www.ontmoetingscentradementie.nl).

Overigens wordt er niet alleen van de dementerende vereist dat deze zich aanpast aan de veranderde omstandigheden; ook de omgeving dient rekening te houden met de gevolgen van het ziekteproces. Meer begrip vanuit de omgeving is niet alleen prettig voor de gemoedstoestand van de patiënt, maar maakt bovendien begeleiding tijdens het

¹¹ De oorzaken van dit vermijdingsgedrag zijn uiteenlopend. Er kan sprake zijn van een reactivering van ‘oud zeer’: onverwerkte ervaringen en herinneringen komen weer naar boven en beïnvloeden het gevoelsleven van de dementerende ernstig. Dit onverwerkte ‘oud zeer’ zorgt voor controleverlies en een toename van een gevoel van onveiligheid. Ook ontkenningsgedrag van de directe omgeving kan bijdragen aan een verminderde gehechtheid: familie en vrienden worstelen wellicht zelf ook met verwerkingsproblemen of weten niet hoe moet worden omgegaan met de ziekte. Beschadiging van de hersenschors van het voorste deel van de hersenen kan ook vermijdingsgedrag veroorzaken, met name bij patiënten met frontaalkwabdementie. Overigens wordt er bij deze laatste oorzaak gesproken van ‘gebrek aan beseft’ in plaats van vermijdingsgedrag, omdat het gedrag voortkomt uit het niet beseffen dat men ziek is. (Miesen, 2002).

dementieproces eenvoudiger en waardevoller, omdat de wereld van de dementerenden toegankelijker is. Vooral vanuit de nabije omgeving is het van belang inlevingsvermogen en geduld te tonen, om zo een rustige, veilige sfeer te vormen voor de patiënt. Logischerwijze betekent dit vooral dat de mantelzorg van de dementerende zich hiermee bezighoudt, daar deze veel contact heeft met de patiënt.

3.2 De rol van de mantelzorg

De mantelzorg is de persoon die ‘vanuit een vanzelfsprekendheid op regelmatige basis de zorg opneemt voor een zorgbehoevende persoon in zijn omgeving’ (Buntix et al., 2006). Deze mantelzorg heeft intensief contact met de dementerende en maakt de gedragsveranderingen van dichtbij mee.¹² De partner komt vaak terecht in de rol van mantelzorg. Hierbij is meestal sprake van een langzame, onbewuste taakverschuiving: het ‘samen zijn’ van de dementerende en de partner wordt door de ziekte langzaam ‘samen leven’ en eindigt uiteindelijk als ‘eenrichtingsverkeer’: de partner wordt 24-uursmantelzorg. De gezonde partner neemt na verloop van tijd steeds meer taken en verantwoordelijkheden op zich: niet alleen praktische zaken, maar ook emotionele zaken moet de gezonde partner zelf afhandelen – er is geen sprake meer van gezamenlijke verantwoordelijkheid, laat staan van een evenwichtige relatie. De basisvoorwaarden voor een goede relatie, wederzijds begrip en respect, saamhorigheid en het vermogen om problemen te bespreken, komen onder druk te staan door het dementieproces (Van Loon, 2006). Uit diverse casusstudies is al gebleken dat de communicatie tussen dementerende en partner verslechtert naarmate het dementieproces vordert: gesprekken worden korter en minder intensief. Deze vermindering hangt overigens samen met de manier waarop gecommuniceerd werd voordat de ziekte zijn intrede deed. Indien partners elkaar goed aanvoelden en gevoelens bespreekbaar waren, zal de communicatie minder snel afnemen (Van Loon, 2006). Het is belangrijk dat de mantelzorg – en de rest van de omgeving –

¹² De Lange (2004) onderscheidt vier soorten attitudes die de mantelzorg zich kan aanmeten tijdens het zorgen voor de dementerenden: de persoonsgerichte attitude: de mantelzorg richt zich vanuit een persoonlijke, sensitieve houding op de patiënt; de relatiegerichte attitude: de mantelzorg benadrukt de sfeer tijdens het zorgen voor de patiënt. Gezelligheid, warmte en vrolijkheid staan centraal; de taakgerichte attitude: de mantelzorg verzorgt de patiënt op een nette, bijna zakelijke manier en de afstandelijke attitude: de mantelzorg voert de taken uit op een routineuze en afstandelijke manier.

empathie toont tijdens de communicatie met de dementerende; de gesprekspartner kan door aandacht te geven aan de dementerende er namelijk voor zorgen dat deze zich meer op zijn gemak voelt – en als de dementerende de draad van het verhaal kwijtraakt, kan de gesprekspartner inspringen en het gesprek verder leiden (McKillop en Wilkinson, 2004). Inzicht in dementie draagt dus bij aan het creëren van een prettige omgeving, voor zowel de dementerende als de omgeving.

3.3 Begeleidingsprogramma's

Eerder is al naar voren gekomen dat het gedrag van de dementerende verandert. Door deze veranderingen wordt hij steeds afhankelijker van zijn omgeving en logischerwijze heeft de mantelzorger dus een zware taak aan de verzorging. Het huidige overheidsbeleid heeft deze druk niet minder zwaar gemaakt, doordat steeds langer thuis blijven wonen wordt gestimuleerd.¹³ De dementerenden blijven voor langere tijd hulpbehoevend thuis en een grotere belasting voor de mantelzorger is het gevolg. Om die druk op de mantelzorgers (en de dementerenden) te verminderen, wordt er van diverse kanten uit de samenleving hulp aangeboden. Begeleidingprogramma's van dementerenden zorgen voor opvang van de dementerenden: er wordt verlichting van de zorg voor dementerenden geboden en steun en begeleiding geregeld. Deze begeleiding draait vaak om kleinschaligheid en huiselijkheid: men probeert het 'woonkamer-gevoel' naar voren te laten komen in de diverse begeleidingsvormen. Hierbij staat het motto: 'Adding life to years, not merely years to life' centraal (Clarks in Droës et al., 2006). De diverse vormen van begeleiding en opvang van dementerenden zijn vaak gebaseerd op de besproken gehechtheidstheorie en het adaptatie-copingmodel.

Een regelmatig toegepaste vorm van hulpverlening is *psychosociale begeleiding*; dit is begeleiding die wordt geboden aan mensen met dementie en hun omgeving om hen bij te staan bij het accepteren van en omgaan met de gevolgen van dementie. De eigen cognitieve achteruitgang en de sociaal-emotionele gevolgen voor de omgeving worden hierbij centraal gesteld. Daarnaast is er de *realiteitsoriënterende benadering*, waarbij

¹³ Het stimuleren van langer thuis wonen heeft geleid tot een afname van het aantal mensen in verzorgingshuizen. Verbleef in 1990 bijna zeven procent van de 65-plussers in een verzorgingshuis, in 2001 was dit iets minder dan vijf procent (www.cbs.nl).

door het verstrekken van relevante informatie de desoriëntatie van patiënten wordt verminderd en hun controlegevoel wordt versterkt. Een andere vorm van begeleiding is de *reminiscentietherapie*. Hierbij worden herinneringen opnieuw beleefd en vervolgens gestructureerd, geïntegreerd met andere herinneringen en op een actieve manier uitgewisseld met anderen. Dit kan bijvoorbeeld door fotoalbums te maken of autobiografieën samen te stellen. Er is een therapie bestaande uit bewegingsactiviteiten en ontspanningsoefeningen: *psychomotorische therapie*. Bovendien zijn er *activiteitengroepen* en is er een vorm van therapie die met name in dagbehandelingen en verpleeghuizen wordt toegepast: *snoezelen*. Snoezelen is het ‘stimuleren van de zintuiglijke waarnemingen, door middel van licht, geur, geluid, smaak en tastbare materialen.’ (Dementiehandboek 2005).

Twee aparte vormen van begeleiding worden geboden in het Alzheimer Café en het Ontmoetingscentrum. Deze begeleidingsvormen zijn expliciet gebaseerd op de besproken modellen en opvattingen over gehechtheidsgedrag en adaptatie-copinggedrag. Zie voor een uitgebreide beschrijving van deze twee opvangmethoden appendix D.

Hoofdstuk 4. De invloed van televisie op kwaliteit van leven

Kijken naar bepaalde televisieprogramma's kan een prettige sfeer oproepen of juist zorgen voor onrust en spanning. Duidelijk is in ieder geval dat het medium televisie de kwaliteit van leven van dementerenden bewust en onbewust beïnvloedt. Om deze invloed te begrijpen en te kunnen onderzoeken, is het essentieel om het begrip kwaliteit van leven nader te bestuderen.

4.1 Kwaliteit van leven

Kwaliteit van leven is, volgens de Wereldgezondheidsorganisatie: 'Een persoonlijk ervaren toestand van normaal lichamelijk, geestelijk en sociaal functioneren'. De term 'ervaren' verwijst naar de beleving van een persoon: hoe gezond of fit voelt iemand zich? Dat is niet hetzelfde als hoe de gezondheidstoestand is naar medische maatstaven, al is er natuurlijk wel vaak een relatie tussen de gezondheidsbeleving van een patiënt en zijn lichamelijke toestand. Het begrip 'toestand' heeft betrekking op één persoon en 'lichamelijk, geestelijk en sociaal functioneren' verwijst naar hoe de persoon vindt dat hij in het dagelijkse leven handelt. Hierbij staat het lichamelijk functioneren voor het hebben van een baan of het kunnen uitvoeren van dagelijkse, huishoudelijke taken; het geestelijk functioneren verwijst naar het kunnen werken zonder emotionele of psychische problemen en met sociaal functioneren wordt bedoeld het kunnen onderhouden van sociale contacten (zonder lichamelijke emotionele problemen). De term 'normaal' is te definiëren als een gemiddelde kwaliteit van leven, zonder een moreel oordeel in termen van goed of slecht (www.who.int).

Er zijn diverse manieren waarop kwaliteit van leven benaderd kan worden. Deze benaderingen hebben als overeenkomst dat kwaliteit van leven als een multidimensionaal begrip wordt gezien. Zo worden in het onderzoek van verpleging- en verzorgingsbranche-organisatie Arcares vier dimensies onderscheiden die belangrijk zijn voor de kwaliteit van leven: lichamelijk welbevinden, leefomstandigheden, participatie en levenskunst, of

mentaal welbevinden. Een element dat samenhangt met alle vier de dimensies is sociaal contact. Ook door Droës (2006) wordt sociaal contact tussen de dementerenden en hun omgeving aangehaald als een belangrijk aspect van de kwaliteit van leven van dementerenden. Sociale contacten zijn meestal gericht op de directe omgeving en waardevol voor de dementerenden, omdat ze zorgen voor positieve prikkelingen en plezier (Blom et al., 2000).¹⁴

Net als andere mensen hebben dementerenden behoefte aan sociaal contact met hun omgeving om te kunnen communiceren, van gedachten te wisselen en ervaringen te delen. Door het dementieproces wordt het moeilijker voor hen om contact te maken met hun omgeving: spraakproblemen of afnemend taalbegrip bemoeilijken het voeren van gesprekken. Het is ook mogelijk dat de cognitieve en sociale stoornissen van dementerenden leiden tot onbegrip en schaamtegevoelens bij de gesprekspartners. Geduld en flexibiliteit van de omgeving zijn nodig om dementerenden te kunnen blijven betrekken bij de sociale interactie (Blom et al., 2000). Dit proces voltrekt zich overigens niet buiten de patiënt om: vaak is in de eerste fase van de ziekte nog duidelijk dat de patiënt zich bewust is van de achteruitgang, maar in een later stadium is dit bij de meeste vormen van dementie moeilijker te achterhalen. Echter, ‘aannemen dat er bij dementie een zekere besefscontext bestaat, maakt vooral de affectieve/emotionele gemoedstoestand van de persoon inzichtelijk en toegankelijk.’ (Miesen, 1997). Inlevingsvermogen en begrip vanuit de omgeving zullen dus bijdragen aan de mogelijkheden tot contact met de patiënt.

Kwaliteit van leven onderzoeken

Onderzoeken naar kwaliteit van leven op het gebied van dementie worden op diverse manieren uitgevoerd. Sommige onderzoekers benaderen het begrip op een objectieve manier door zich te richten op de meningen van experts, anderen stellen juist een subjectieve benadering centraal en richten zich op de meningen van dementerenden zelf.

¹⁴ De kwaliteit van leven wordt behalve door de mate van sociale contacten, ook bepaald door het plezier dat de dementerenden in het leven hebben en de manier waarop zij de wereld ervaren. Dit plezier in het leven wordt beïnvloed door gedragsveranderingen, die een onvermijdelijk gevolg zijn van dementie. De veranderingen zorgen er mede voor dat de dementerende zich steeds moeilijker kan uiten en daardoor is het niet altijd eenvoudig om te bepalen waaraan de dementerende plezier beleeft.

Ook worden er in de verschillende onderzoeken diverse dimensies gekoppeld aan het begrip 'kwaliteit van leven'. Daarbij zijn sommige benaderingen gebaseerd op theoretische modellen en andere juist op focusgroepen bestaande uit dementerenden, mantelzorgers of experts. In een onderzoek van Droës (2006) waarin kwaliteit van leven bij dementie is onderzocht, wordt onderscheid gemaakt tussen onderzoeken gericht op klinische experts, op mantelzorgers en op dementerenden zelf. Zij geven aan dat er opvallende verschillen tussen deze groepen naar voren komt wat betreft de beoordelingen van de kwaliteit van leven bij dementie.

Mogelijke onderzoeksvormen

Het onderzoeken van mensen met verstandelijke beperkingen vindt over het algemeen plaats via observatie. In *Quality of Life. Assessment, Analysis and Interpretation* (2000) wordt door Peter Fayers en David Machin echter aangegeven dat het onderzoeken van kwaliteit van leven via observatie kan leiden tot onduidelijke en uiteenlopende resultaten; het is namelijk mogelijk dat tijdens observatie situaties te positief of te negatief worden geschat. Het is daarom waardevol om informatie te achterhalen via de dementerende mensen zelf in plaats van alleen observatiemethoden toe te passen.

Het Landelijk Kennisnetwerk Gehandicaptenzorg (LKNG) legt uit waarom patiënten actief betrokken dienen te worden bij het interviewen: algemene sociaal-politieke ontwikkelingen elementen als persoonlijke vrijheid, individualisering, emancipatie en zelfontplooiing nemen een steeds prominentere plek in het gedachtegoed van de huidige westerse maatschappij in. Mensen zijn individueler ingesteld dan enkele decennia geleden en dienen de mogelijkheid te krijgen om hun stem te laten gelden. Deze mogelijkheid geldt ook voor mensen met verstandelijke beperkingen, zoals dementie. Weliswaar zijn zij niet gelijk aan gezonde mensen, maar wel gelijkwaardig en derhalve verdienen ze aandacht en ruimte om hun mening te ventileren (LKNG, 2004). Ook de wetenschappers McKillop¹⁵ en Wilkinson hebben zich gericht op het interviewen van dementerende mensen. Zij menen eveneens dat het zeer nuttig is om bij onderzoek naar dementie de patiënten zelf erbij te betrekken; het draagt bij aan meer begrip voor de

¹⁵ McKillop is zelf een dementiepatiënt (McKillop en Wilkinson, 2004).

ziekte en meer inzicht in de manier waarop patiënten omgaan met hun ziekte (McKillop en Wilkinson, 2004).

Het betrekken van verstandelijk beperkte patiënten bij onderzoeken naar henzelf is pas de laatste jaren een meer toegepaste methode in wetenschappelijk onderzoek. Begin jaren negentig werd vooral op een negatieve manier hierover gepubliceerd, zo blijkt bijvoorbeeld uit een onderzoek van Derks (Derks in LKNG, 2004). In dit onderzoek werden de complicerende factoren genoemd die het onderzoeken van patiënten met verstandelijke beperkingen via interviews bemoeilijken. Veel punten van het genoemde onderzoek zijn ook van toepassing op dementerende mensen – tenslotte is dementie een ziekte die leidt tot beperking van de verstandelijke vermogens. In het onderzoek zijn diverse aspecten naar voren gekomen: mensen met een verstandelijke beperking hebben moeite met het beantwoorden van open en abstracte vragen, vinden het moeilijk om verschillende antwoordcategorieën te begrijpen, zijn vaak niet gemotiveerd voor het onderzoek, hebben een laag concentratieniveau en ervaren snel een gevoel van onveiligheid. Een ander genoemd nadeel van onderzoeken uitvoeren via interviews is dat de door dementerenden ingevulde vragenlijsten gelden als momentopname. Dat is natuurlijk altijd het geval bij onderzoek naar de kwaliteit van leven, maar zeker bij een progressieve ziekte als dementie, waarbij het ziekteproces niet geheel lineair verloopt, hebben antwoorden op dergelijke vragenlijsten een korte 'houdbaarheid'. Het is daarom verstandig om aanvullende informatie te verkrijgen, bijvoorbeeld via de naasten van de patiënt. Dit levert weliswaar geen informatie uit de eerste hand op, maar kan de resultaten van onderzoeken via de patiënt in een bepaald kader plaatsen (LKNG, 2004).

Het interviewen van dementerenden is sowieso een moeilijke opgave. Het kan bijvoorbeeld gebeuren dat de geïnterviewde tegenstrijdige uitspraken doet, die zorgen voor onduidelijkheden. Door de geïnterviewde niet meteen in de rede te vallen om uit te leggen dat er voorheen iets anders werd beweerd door hem, maar juist subtiel door te vragen, wordt een ongemakkelijke en belemmerende sfeer vermeden.

Tussen de interviewer en de geïnterviewde ontstaat een relatie en, hoe kort deze ook mag duren, het is belangrijk voor het verloop van het interview te zorgen voor een evenwichtige, stabiele relatie. McKillop en Wilkinson (2004) geven een aantal aanknopingspunten voor een goede verhouding tussen de betrokkenen. Complimenteus

zijn, koffie of thee accepteren, foto's bewonderen – subtiele ijsbrekers zorgen voor een goede sfeer. Tijdens het interview wordt aangeraden om de mobiele telefoon uit te zetten: eventuele inkomende gesprekken kunnen de gesprekspartners afleiden.

Behalve deze maatregelen gericht op het correct beginnen en continueren van een interview, is de locatie van het interview belangrijk. Een rustige plaats, zonder hinderlijke achtergrondgeluiden, waar de patiënt zich op zijn gemak voelt is essentieel. Door obstakels als tafels te ontwijken wordt de afstand tussen de geïnterviewde en de interviewer niet te groot. Naast het letten op de afstand, is het overigens ook belangrijk dat er een goede verlichting is. Fel zonlicht dat de geïnterviewde recht in de ogen schijnt bevordert een comfortabel gevoel niet. De interviewer dient ontspannen en rustig te blijven, zodat de geïnterviewde geen opgejaagd gevoel krijgt. Te veel formulieren van de interviewer zorgen bovendien voor een te zakelijke sfeer. De geïnterviewde kan zich in een dergelijke situatie (onbewust) belemmerd voelen en minder op zijn gemak zijn. Dit zal zeker de kwaliteit van het interview beïnvloeden (McKillop en Wilkinson, 2004).

Het interviewen van de patiënten met cognitieve stoornissen vereist nog meer aandacht dan het interviewen van gezonde personen. Gesprekken met dementerende mensen dienen dus met extra oplettendheid en aandacht gevoerd te worden. McKillop en Wilkinson (2004) stellen dat er een aantal aspecten zijn waarmee de interviewer rekening mee dient te houden: de relatie tussen de geïnterviewde en de interviewer, de fysieke en sociale omgeving die gecreëerd wordt en de basisstrategieën die kunnen worden toegepast tijdens het interviewen.

De patiënt moet als een individu behandeld worden door hem zelf vragen te laten beantwoorden – niet de verzorger. Ook toestemming voor het interview kan aan hem gevraagd worden. Echter, omdat de verzorger de patiënt het beste kent, is het wel verstandig deze tot op zekere hoogte bij het interview te betrekken. Situaties waarin de patiënt wel geïnterviewd wil worden, maar de verzorger er niet welwillend tegenover staat, kunnen daarom ook beter vermeden worden om een ongemakkelijke sfeer te voorkomen. Ook voor het opnemen van het interview dient toestemming gevraagd te worden aan de patiënt zelf. Ze wijzen erop dat het belangrijk is om op lichaamstaal van de dementerende persoon te letten: zodra signalen van vermoeidheid worden opgevangen, is het beter het interview af te ronden (en eventueel later te hervatten). Naast

een ‘fysiek’ bedankje – een kleine attentie in de vorm van een kaart bijvoorbeeld – is het ook belangrijk de geïnterviewde het gevoel te geven daadwerkelijk te hebben bijgedragen aan het onderzoek. De geïnterviewde voelt zich hierdoor waardevol en zal met een tevreden gevoel het gesprek afsluiten (McKillop en Wilkinson, 2004).

Vragenlijsten

Er zijn diverse vragenlijsten ontwikkeld om patiënten met cognitieve en sociale stoornissen te kunnen interviewen. Ann Bowling heeft in *Measuring Health, A review of quality of life measurement scales* (2005) een overzicht gemaakt van de diverse onderzoekslijsten. In haar overzicht zijn onder andere vragenlijsten opgenomen die zich richten op de algemene gezondheidstatus, op het psychologische welzijn en op het meten van sociale netwerken. Twee vragenlijsten die door Bowling genoemd worden zijn de Neuropsychiatrische Vragenlijst-Questionnaire (NPI-Q) en de Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey (SF-36). Deze lijsten zich richten op een brede categorie patiënten waartoe ook dementerenden behoren. Ze zijn wereldwijd bekend en worden regelmatig gebruikt als voorbeeld voor nieuwe vragenlijsten.

Droës heeft uit al deze opvattingen drie dimensies geselecteerd die belangrijk zijn om de kwaliteit van leven van dementerenden te kunnen bepalen: sociaal contact, plezier beleven en gehechtheid. Deze dimensies, die verschillend worden beoordeeld door dementerenden en hun mantelzorgers, worden niet teruggevonden in de meetinstrumenten die zich richten op kwaliteit van leven van dementerenden, zoals de DQOL van Brod et al. en de Cornell-Brown Scale for QoL in dementia (Droës, 1993). Overigens komt het aspect ‘op zoek gaan naar prikkelingen’, zoals aangehaald door Gerritsen (2004), niet naar voren in het onderzoek van Droës (1993). Initiatief nemen om tot een betere kwaliteit van leven te komen wordt door hem bovendien buiten beschouwing gelaten, hoewel het in andere, algemene benaderingen van kwaliteit van leven wél genoemd wordt.

Deel 2. De onderzoeken

Om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden zijn twee onderzoeken uitgevoerd: een kwantitatief en een kwalitatief onderzoek. Het kwantitatieve onderzoek is gericht op de partners van thuiswonende dementerende ouderen. Aan hen is een meerkeuzevragenlijst voorgelegd, waarin vragen zijn gesteld over diverse programmacategorieën en de invloed van deze programma's op enkele deelaspecten van de kwaliteit van leven van de dementerende ouderen. De programmacategorieën zijn gebaseerd op eerder uitgevoerde onderzoeken naar programmavoorkeuren van dementerende ouderen. Zoals in het theoretisch kader in het eerste deel naar voren is gekomen, worden nieuws- en actualiteitenprogramma's niet vaak bekeken, net als amusementprogramma's. Programma's over religie, natuur en muziek zijn daarentegen wel populair (o.a. Heijmans, 2006; Blom et al., 2000). Deze categorieën zijn opgenomen in de vragenlijst, om te onderzoeken in hoeverre deze categorieën echt al dan niet gewaardeerd worden door de dementerende ouderen. Ter aanvulling is ook een categorie 'eigen keuze' toegevoegd, om andere voorkeuren van de dementerende ouderen te kunnen registreren. Het kwalitatieve onderzoek is gericht op de dementerenden zelf. Er is een groep dementerende ouderen geselecteerd (variërend van licht- tot matig-dementerend) en zij zijn geïnterviewd aan de hand van een topiclijst. Deze topics zijn samengesteld met behulp van de reeds opgestelde meerkeuzevragenlijst, opdat dezelfde onderwerpen en aspecten van televisie kijken aan bod zouden komen als bij het kwantitatieve onderzoek. De programmacategorieën die in dit onderzoek ter sprake komen, komen overeen met de categorieën uit het kwantitatieve onderzoek en zijn aangevuld met door de dementerende ouderen genoemde categorieën. De resultaten van beide onderzoeken worden eerst apart behandeld en vervolgens samengevoegd, om conclusies te kunnen vormen en de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden.

Hoofdstuk 5. Onderzoek via partners van dementerende ouderen

Het kwantitatieve onderzoek is gericht op de partners van dementerende, thuiswonende ouderen. De selectie van de respondenten, de opgestelde vragenlijsten en de methode om de gegeven antwoorden te analyseren worden hier besproken. Deze zogenoemde hetero-evaluatie is een pilotonderzoek: de kwaliteit van leven, gericht op het televisiekijkgedrag van dementerenden, is nog niet eerder op deze manier onderzocht. Dit onderzoek is dus exploratief: de resultaten zijn bedoeld als mogelijke leidraad voor vervolgonderzoek.

Aan de resultaten worden in dit hoofdstuk voorlopige conclusies verbonden, die in hoofdstuk 7 naast de voorlopige conclusies van het kwalitatieve onderzoek worden gelegd.

5.1 Methode

Selectie respondenten

De respondenten van de meerkeuzevragenlijst zijn allen bezoekers van Alzheimer Cafés in Nederland. De selectie van de Cafés is gebaseerd op in hoeverre de staf bereidwillig is om mee te werken aan het onderzoek, de bereikbaarheid van de locatie en de tijdspanne van het onderzoek. Dit heeft geleid tot een lijst van zes Alzheimer Cafés. In onderstaande tabel zijn de volgende gegevens verwerkt: op welke data Alzheimer Cafés bezocht zijn, het aantal aanwezige bezoekers (exclusief vrijwilligers) en het aantal correct en incorrect ingevulde vragenlijsten. Alle partners die voldeden aan de criteria, hebben een vragenlijst ingevuld. Lijsten die gedeeltelijk of op een andere manier foutief zijn ingevuld, zijn gemarkeerd als ‘onbruikbaar’ en niet meegenomen in het onderzoek. In totaal hebben 32 respondenten een correct ingevulde vragenlijst ingeleverd. Zie voor een overzicht van alle bezochte Alzheimer Cafés ook tabel 5.1, weergegeven op de volgende pagina.

Plaats	Naam Alzheimer Café	Datum	Aantal bezoekers	Aantal aanwezige partners	Aantal ingevulde vragenlijsten	Aantal onbruikbare vragenlijsten
Amsterdam (N.-West)	A'dam N.-West	15-05-07	6	4	4	2
Amstelveen	Amstelveen	26-04-07	25	15	11	3
Capelle a/d IJssel	Capelle a/d IJssel	07-05-07	15	7	2	0
Tilburg	Midden-Brabant	08-05-07	56	14	14	4
Venlo	Venlo	01-05-07	48	6	6	0
Vinkeveen	De Ronde Venen	09-05-07	18	8	6	2

Tabel 5.1 Bezochte Alzheimer Cafés

De respondenten zijn geselecteerd aan de hand van de volgende criteria:

- Leeftijd: De minimumleeftijd van de respondent, partner van een dementerende oudere, is 60 jaar. Deze leeftijdsgroep wordt over het algemeen gezien als senioren groep – partners van jong-dementerenden zijn uitgesloten van deelname. Een maximumleeftijd is niet vastgesteld.
- Woonsituatie: De respondent woont samen met de dementerende partner. Eventueel gaat de dementerende enkele dagen per week naar een dagbehandeling of ander ontmoetingscentrum. Daar de dementerende nog thuis woont, heeft de partner duidelijk zicht op welke programma's de dementerende (graag) kijkt. Indien de dementerende opgenomen is in een verzorging- of verpleeghuis, wordt de partner uitgesloten van

deelname, omdat het kijkgedrag van de dementerende in het tehuis niet besproken kan worden – men is er immers niet altijd bij aanwezig.

- Uit het bovenstaande volgt het criterium dat de dementerende in een lichte of matig-ernstige fase van het dementieproces verkeert; zeer ernstig dementerenden verblijven namelijk zelden thuis, daar zij intensieve zorg nodig hebben.

Demografisch overzicht

Aan het onderzoek hebben 32 respondenten deelgenomen: twintig vrouwen en twaalf mannen, allen partners van dementerenden.¹⁶ De door hen geleverde informatie richt zich dus op het televisiekijkgedrag van twaalf dementerende vrouwen en twintig dementerende mannen. De leeftijd van de respondenten varieert van 61 tot 84 jaar (gemiddeld 72,4). De leeftijd van de dementerende partners varieert van 64 tot 87 jaar (gemiddeld 74,5). De partners en de dementerenden zijn laag, gemiddeld en hoog opgeleid - de partners hebben vaker een hogere opleiding afgerond dan de dementerenden zelf. Zie ook tabel 5.2:

Hoogst afgeronde opleiding	Dementerenden	Partners van dementerenden
Lagere school	9	9
Middelbare opleiding	15	11
Hogere opleiding	8	12

Tabel 5.2 Opleidingsniveau van de respondenten en de dementerende partners

Meetinstrument

De vragen zijn gegroepeerd in drie dimensies:

Dimensie 1: Initiatief

1	Mijn partner geeft zelf aan een dergelijk programma te willen zien
---	--

¹⁶ Dat wil zeggen, 32 ingevulde vragenlijsten zijn meegenomen in het onderzoek. In totaal hebben 42 mensen een vragenlijst ingevuld, maar 11 lijsten zijn niet in behandeling genomen, daar deze foutief of onvolledig zijn ingevuld.

2	Mijn partner laat andere activiteiten liggen om een dergelijk programma te zien
3	Mijn partner zet zelf de televisie aan om een dergelijk programma te zien
4	Alleen als ik een dergelijk programma aanzet, kijkt mijn partner ernaar

Dimensie 2: Gemoedstoestand

5	Mijn partner lijkt plezier te beleven aan het kijken naar een dergelijk programma
6	Mijn partner gedraagt zich opgewekt na het kijken van een dergelijk programma
7	Mijn partner wordt nerveus van kijken naar een dergelijk programma
8	Mijn partner krijgt energie van kijken naar een dergelijk programma
9	Mijn partner is meestal vermoeid na het kijken van een dergelijk programma
10	Het kijken naar een dergelijk programma maakt mijn partner rustig en kalm
11	Mijn partner zapt tijdens het kijken van een dergelijk programma naar andere zenders

Dimensie 3: Communicatie

12	Het kijken naar een dergelijk programma bevordert de communicatie tussen mijn partner en mij
13	Het kijken naar een dergelijk programma maakt mijn partner spraakzaam
14	Mijn partner praat tijdens en na het kijken van een dergelijk programma graag over de onderwerpen die aan bod zijn gekomen

Aan de hand van de onderwerpen die aan bod komen in de SF-36 en de NPI-Q vragenlijst zijn bovengenoemde vragen opgesteld.¹⁷ De antwoordmogelijkheden zijn consistent en in de vorm van een Likertschaal. (Maes, Ummelen en Hoek, 1996). Er zijn vijf antwoordopties, variërend van 1 ('helemaal mee oneens') tot 5 ('helemaal mee eens'). De voorkeur voor een identieke invulwijze bij alle vragen wordt aangeraden door genoemde onderzoekers, het is namelijk de bedoeling dat respondenten 'zich concentreren op de inhoud van de items en niet zozeer op de wijze waarop ze de items moeten beantwoorden.' (Maes et al., 1996). Daarom is er gekozen om de vragen in gegroepeerde vorm aan te bieden aan de respondenten: oudere respondenten hebben al snel moeite met het invullen van vragenlijsten en het door elkaar plaatsen van vragen die veel op elkaar lijken, kan dan zorgen voor meer verwarring, waardoor de kwaliteit van de antwoorden negatief beïnvloed kan worden.

De vragenlijst is gericht op zes verschillende televisieprogrammacategorieën, namelijk:

1. Nieuws/actualiteitenprogramma's
2. Amusementprogramma's

¹⁷ Zie voor een bespreking van genoemde vragenlijsten appendix C.

3. Religieuze programma's
4. Natuurprogramma's
5. Muzikale programma's
6. 'Eigen keuze' (Extra categorie voor een favoriet programma dat niet in de overige categorieën te plaatsen is)

Voorafgaand aan de meerkeuzevragen van deze categorieën is de respondent gevraagd om enkele demografische gegevens (geslacht, leeftijd, hoogst afgeronde opleiding en burgerlijke staat) en vragen over het dementieproces in te vullen. Het mediagebruik van de dementerende is in enkele vragen ter sprake gekomen (vooral de tijd die wordt besteed aan de diverse media). De vragen behorend bij de categorieën zijn alleen ingevuld indien de dementerende echt programma's uit de desbetreffende categorie kijkt. Bij elke categorie is vervolgens de mogelijkheid geboden aan te geven wat het favoriete programma is van de dementerende en hoe vaak hij of zij dit kijkt.

Procedure

De vragenlijsten zijn uitgedeeld tijdens bijeenkomsten in de Alzheimer Cafés. Deze bijeenkomsten duren anderhalf tot twee uur en vinden 's avonds plaats, tussen zeven en tien uur. Voor aanvang van elke bezochte bijeenkomst is het onderzoek geïntroduceerd op een algemene manier; er is verteld dat het onderzoek gericht is op televisiekijkgedrag van diverse groepen kijkers. De partners van dementerenden in het publiek zijn verzocht in de pauze (van een half uur) de vragenlijst in te vullen. Tijdens het uitleggen van het onderzoek, is verteld dat de vragenlijst geheel anoniem ingevuld kan worden – er is niet gevraagd naar privacygevoelige gegevens zoals namen of adressen. Bij het inleveren van de vragenlijst is bovendien de mogelijkheid geboden om op- of aanmerkingen over de vragenlijsten te maken.

Statistische analyse

De verzamelde data zijn geanalyseerd met behulp van SPSS. Omdat er slechts 32 bruikbare vragenlijsten zijn ingeleverd, is er een methode toegepast om n groter te maken

– en zo te kunnen analyseren. Het aantal respondenten is vermenigvuldigd met het aantal programma's dat zij hebben aangegeven te kijken. Op deze manier is n 131 geworden. Zie hiervoor ook tabel 5.8 'Gemiddelden per programmagenre'.

Om vervolgens te beoordelen of de gegroepeerde vragen inderdaad samen dimensies vormen, is de factoranalyse uitgevoerd. De gemiddelden van de door de factoranalyse getoetste dimensies zijn vervolgens vergeleken met elkaar en met elke programmacategorie. Gezien het lage aantal respondenten is er voor gekozen geen verdere analyse met SPSS uit te voeren; daaruit voortkomende resultaten zouden niet significant te noemen zijn. In de discussie worden wel enkele voorstellen tot vervolgonderzoek gedaan.

5.2 Resultaten

Uit de door de partners ingevulde vragenlijsten is uiteenlopende informatie te extraheren, die in dit hoofdstuk geordend en besproken wordt. Het mediagebruik van de dementerenden wordt weergegeven en vervolgens wordt naar het televisiegebruik in het bijzonder gekeken, om een overzicht te hebben van welke programma's graag of minder graag worden bekeken en wat de achterliggende motieven zijn van de dementerende ouderen om televisie te kijken, naar mening van de partners.

Mediagebruik

Het gebruik van diverse mediavormen (krant, radio, video/dvd-speler en internet) door de dementerende ouderen is verwerkt in tabel 5.3 (zie volgende pagina). Met deze informatie kan een beeld gevormd worden hoe dementerende ouderen omgaan met media. Video/Dvd-spelers en internet zijn bijvoorbeeld impopulair bij de dementerenden; radio en krant zijn mediabronnen die meer worden gebruikt: elf personen luisteren dagelijks naar de radio en twaalf lezen elke dag de krant.

	Aantal dementerende ouderen dat mediavormen gebruikt			
Frequentie	Krant	Radio	Internet	DVD/Video
Dagelijks	12	11	2	0
3 á 6 keer per wk	2	3	1	1
1 á 2 keer per wk	3	3	1	3

≤ 4 x per mnd	2	1	2	8
Nooit	13	14	26	20

Tabel 5.3 Mediagebruik dementerende ouderen

Televisie-uren

Het aantal uren per week dat de dementerende ouderen voor de televisie doorbrengen, is over het algemeen erg hoog: zoals op te maken is uit de tabel kijkt 46,9% van de dementerenden meer dan 15 uur per week televisie. Opvallend is ook het hoge percentage dat minder dan 5 uur per week televisie kijkt: 28,1%. Zie ook tabel 5.4:

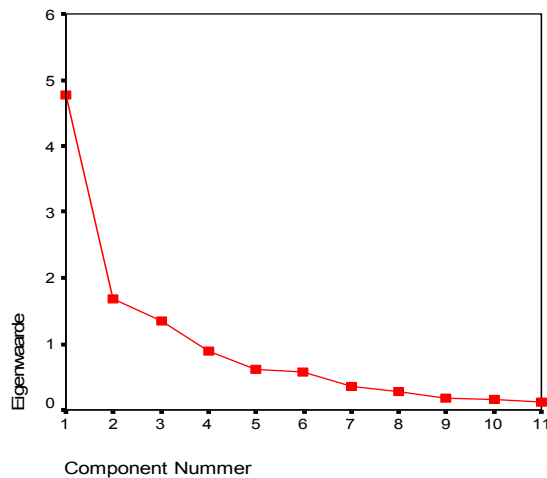
Frequentie televisie-uren per week	Percentage dementerenden
Tot 5 uur	28,1
5 tot 10 uur	9,4
10 tot 15 uur	15,6
Meer dan 15 uur	46,9

Tabel 5.4 Percentage dementerenden dat x aantal uren televisie kijkt

Factoranalyse

Om na te gaan in hoeverre de vragen daadwerkelijk in de drie gevormde dimensies initiatief, gemoedstoestand en interactie te bundelen zijn, is een Principal Component Analyse uitgevoerd met een oblique rotatie.¹⁸ Uit deze analyse is gebleken dat de voor aanvang van het onderzoek gevormde dimensies niet geheel houdbaar zijn: met behulp van de scree test is gebleken dat er vier factoren van belang zijn. Zie ook grafiek 5.A.

¹⁸ De PCA is een gangbare extractiemethode in de Uses & Gratification studies (Hendriks Vettehen, 1998).



Grafiek 5.A Scree-test

Uit de scree-test blijkt dat bij component 5 de grafiek een knik maakt. De eerste vier componenten kunnen dus betrokken worden bij de analyse, de volgende componenten echter zijn niet geschikt om te gebruiken. Er is daarom besloten om gebruik te maken van vier factoren.¹⁹

In onderstaande tabel 5.5 worden de correlaties tussen deze vier factoren en de vragen weergegeven. Vragen $>.60$ laden zeer hoog op een factor. In de tabel is er een grenswaarde gehanteerd van $.30$.²⁰ In deze tabel is n (131) gelijk aan het aantal respondenten maal het aantal programma's dat zij hebben aangegeven te kijken. De eerste factor (interactie) correleert met de tweede factor (humeur) ($r=0,41$) en de vierde factor (initiatief) ($r=-0,46$); verder geldt $r < 0,20$.

Item 2 laadde op de tweede en derde factor (resp. $.420$ en $-.658$) en is daarom verwijderd.²¹ Item 8 laadde laag op de eerste en tweede factor en is daarom ook verwijderd (resp. $.392$ en $.437$). Item 11 vertoonde een onverwachte samenhang met de vierde factor en kan niet gerekend worden tot de clusters humeur of ontspanning. Deze vraag lijkt door de respondenten geïnterpreteerd te zijn als 'mijn partner kan nog zappen',

¹⁹ Als er gekeken wordt naar de eigenwaarde van de componenten wordt deze beslissing ondersteund: vanaf component 5 is de eigenwaarde $.615$ of lager: lager dan de vereiste eigenwaarde 1.0 . Componenten met een eigenwaarde lager dan 1.0 zijn niet geschikt om te betrekken bij het onderzoek.

²⁰ Zie ook Brand-Koolen (1972) voor een overzicht van de waarden die toegekend worden aan de ladingen.

²¹ Een mogelijke verklaring voor deze 'dubbellader' is te vinden in de betekenis die aan vraag 2 wordt verleend. 'Mijn partner laat andere activiteiten liggen om een dergelijk programma te zien' kan duiden op enthousiasme voor een programma, in plaats van op het tonen van initiatief.

in plaats van ‘mijn partner wil zappen’. De vraag is daarom eveneens verwijderd. In de tabel is te zien dat de volgende items laden op de eerste factor: 12, 13 en 14. De items 5, 6 en 10 laden op de tweede factor. De items 7 en 9 laden op de derde factor. De eigenwaarde en verklaarde variantie van de vier factoren worden in tabel 5.6 weergegeven.

Vragen	Factor			
	1.Interactie	2.Humeur	3.Ontspanning	4.Initiatief
12 Bevordert communicatie	,917			
13 Maakt spraakzaam	,893			
14 Praat over onderwerpen	,920			
5 Lijkt plezier te beleven		,943		
6 Opgewekt na kijken		,840		
10 Rustig en kalm na kijken		,616		
7 (Niet) nerveus na kijken			,791	
9 (Niet) vermoeid na kijken			,851	
1 Geeft zelf aan te willen kijken				-,803
3 Zet zelf tv aan voor programma				-,798
4 (Niet) alleen kijken als ik tv aanzet				-,858

Tabel 5.5 Factorladingen kwaliteit van leven-items (Principal Component Analyse, Rotation Method: Oblique Rotation; N=131; alleen ladingen >.40)

	Factor			
	1.Interactie	2.Humeur	3.Ontspanning	4.Initiatief
Eigenwaarde	4,775	1,691	1,349	,893
Verklaarde variantie (%)	43,412	15,371	12,267	8,119

Tabel 5.6 Eigenwaarde en verklaarde variantie van de vier factoren

Aan de hand van bovengenoemde analyses kan daarom de volgende verdeling over de vier factoren, ofwel dimensies, gemaakt worden.

Dimensie 1: Interactie

12	Het kijken naar zo een programma bevordert de communicatie
13	Het kijken naar een dergelijk programma maakt mijn partner spraakzaam
14	Mijn partner praat tijdens en na het kijken naar zo een programma graag

Dimensie 2: Humeur

5	Mijn partner lijkt plezier te beleven aan het kijken naar zo een programma
6	Mijn partner gedraagt zich opgewekt na het kijken naar zo een programma
10	Het kijken naar een dergelijk programma maakt mijn partner rustig en kalm

Dimensie 3: Ontspanning

7	Mijn partner wordt (niet) nerveus van kijken naar een dergelijk programma
9	Mijn partner is meestal (niet) vermoeid na het kijken naar zo een programma

Dimensie 4: Initiatief

1	Mijn partner geeft zelf aan een dergelijk programma te willen zien
3	Mijn partner zet zelf de televisie aan om een dergelijk programma te zien
4	(Niet) alleen als ik een dergelijk programma aanzet, kijkt mijn partner ernaar

Betrouwbaarheid

Om de betrouwbaarheid te berekenen van de vier dimensies, is gebruik gemaakt van Cronbach's alpha. Indien Cronbach's alpha $\geq .60$ is, wordt de dimensie betrouwbaar geacht (Cronbach en Meehl, 1955). Uit de toets zijn de resultaten gekomen zoals vermeld in tabel 5.7. Hierbij dient opgemerkt te worden dat aan deze betrouwbaarheid geen harde conclusies verbonden kunnen worden: de berekeningen zijn gebaseerd op een lage n .

Dimensie	α
Interactie (12+13+14)	.940
Initiatief (1+3+4)	.835
Humeur (5+6+10)	.811
Ontspanning (7+9)	.546

Tabel 5.7 Betrouwbaarheid van de dimensies

Uit bovenstaande tabel blijkt dat wat betreft de dimensies communicatie, initiatief en humeur de betrouwbaarheid voldoende is: $\alpha > .60$. Bij de dimensie ontspanning is de betrouwbaarheid net iets lager dan $.60$ ($\alpha = .546$). Ondanks de lage betrouwbaarheid zullen de resultaten wel besproken worden, omdat het hier een kleinschalig

pilotonderzoek betreft. Wegens het exploratieve karakter van het onderzoek is het tenslotte belangrijk alle resultaten te bestuderen.

Factorgemiddelden

Aan de hand van tabel 5.8 worden de gemiddelden eerst per factor en vervolgens per genre besproken. De resultaten zijn niet getest op significantie; daarvoor is n te laag. Ze bieden wel ruimte voor vervolgstudies – het doel van dit pilotonderzoek.

	Gemiddelden per programmagenre						
	1 NIEUW S/ACTU ALITEIT	2 AMUSE MENT	3 RELIGI E	4 NATUU R	5 MUZIEK	6 EIGEN KEUZE	TOTAAL GEMID- DELDE
AANTAL	30	28	12	18	22	21	131
Interactie (12+13+14)	2,66	2,85	2,86	2,44	2,85	2,94	2,77
Initiatief (1+3+4)	2,72	2,51	2,56	2,50	2,47	2,75	2,59
Humeur (5+6+10)	2,87	3,50	3,58	3,65	4,00	3,90	3,58
Ontspanning (7+9)	3,05	3,20	3,71	4,08	3,70	3,95	3,62
Totaal gemiddelden	2,83	3,02	3,18	3,17	3,26	3,39	

Tabel 5.8 Gemiddelden per programmagenre

Programma's

De partners hebben aangegeven dat de invloed van nieuws- en actualiteitenprogramma's ($n=30$) op alle schalen laag is in vergelijking met de invloed van de overige programmacategorieën. Alleen de dimensie 'initiatief' wordt meer beïnvloed door het kijken naar nieuws en actualiteiten dan door het kijken naar andere programmasoorten. Bij de categorie amusementprogramma's ($n=28$) zijn over het algemeen hogere gemiddelden te constateren dan bij de categorie nieuws en actualiteiten. Gesteld zou kunnen worden dat de invloed op het niveau van communicatie, humeur en ontspanning groter is bij amusement dan bij nieuws en actualiteiten.

Bij de categorie religieuze programma's ($n=12$) is eenzelfde tendens zichtbaar als bij de categorie amusementsprogramma's. De partners van dementerende ouderen menen dat zij

de invloed van religieuze programma's vooral terugvinden op het gebied van de gemoedstoestand van de ouderen: de programma's hebben invloed op het humeur en op de mate van ontspanning. Vergeleken met de overige categorieën is de invloed van deze programma's op het niveau van communicatie redelijk groot, maar op het nemen van initiatief is het nihil. Bij de categorie natuurprogramma's ($n=18$) is te stellen dat het niveau van communicatie (met een gemiddelde van 2,44) niet duidelijk wordt beïnvloed door het kijken naar deze programma's. De factoren humeur en ontspanning scoren hierbij wel boven gemiddeld (resp. 3,65 en 4,08). De partners van dementerende ouderen geven hiermee aan dat de invloed van natuurprogramma's op het humeur en het niveau van ontspanning van de dementerenden hoger dan gemiddeld is.

De categorie muziekprogramma's ($n=22$) heeft een hoge gemiddelde totaalscore (3,26). Dit houdt in dat muziekprogramma's worden gezien als programma's die meer invloed hebben dan de overige programma's op de diverse factoren (interactie, humeur, ontspanning en initiatief). Vooral de invloed op de factoren humeur en ontspanning is hoog. De invloed op de mate van initiatief tonen is minder positief: respondenten geven aan dat muziekprogramma's geen duidelijke invloed hebben op de factor initiatief tonen. Bij de laatste categorie, 'eigen keuze', ($n=21$) scoren alle factoren hoger dan gemiddeld. De programma's die in de categorie 'eigen keuze' vallen – programma's die niet in voorgaande categorieën te plaatsen zijn maar die wel (regelmatig) worden gekeken door de dementerende ouderen – hebben over het algemeen een positieve invloed op alle vier de factoren. Deze positieve invloed komt vooral bij de factoren humeur en ontspanning naar voren. De programma's die in deze categorie worden genoemd, zijn zeer uiteenlopend. Er is dus geen duidelijke conclusie over het type programma's te geven, maar wel is een beeld te vormen van de invloed van favoriete programma's van dementerenden. Acht keer wordt 'sport' als favoriet programma genoemd,²² vier keer '(oude) films' en twee keer 'regionale zenders'. De overige respondenten hebben favorieten als 'EO', 'buitenlandse series' en 'praatprogramma's' genoemd.

²² Overigens wordt 'sport' ook vier keer genoemd als favoriet programma in de categorie nieuws/actualiteiten.

Interactie

Het totaal gemiddelde van de dimensie communicatie (2,77) is hoger dan het gemiddelde van de dimensie initiatief (2,59), maar lager dan die van de overige twee schalen (resp. 3,58 en 3,62). De partners van dementerende ouderen hebben hiermee aangegeven dat zij oordelen dat er een invloed van de programma's op het niveau van interactie te vinden is. Het is duidelijk dat zij deze invloed niet zeer groot achten, aangezien de gemiddelden maar net boven het schaal midden van 2,50 liggen. Deze invloed van de programma's op het niveau van communicatie varieert per categorie: programma's van de eigen keuze (2,94) beïnvloeden het niveau van communicatie meer dan natuurprogramma's (2,44). De invloed van natuurprogramma's is opvallend: de gemiddelde score ligt onder het schaal midden. De drie programmacategorieën amusement, religie en muziek hebben alle drie ongeveer evenveel invloed op de communicatie (resp. 2,85; 2,86 en 2,86). Nieuws en actualiteiten hebben een kleine invloed (2,66) op de interactie – meer invloed dan natuurprogramma's, maar minder dan de overige categorieën.

Initiatief

Deze dimensie heeft een totaal gemiddelde van 2,59. De partners van dementerende ouderen geven aan dat zij de invloed van de diverse televisieprogramma's op dementerenden wat betreft het nemen van initiatief laag schatten. Er zijn wel marginale verschillen te noemen tussen de diverse programmacategorieën: de categorie 'eigen keuze' en nieuws en actualiteiten hebben gemiddelden van resp. 2,75 en 2,72. Aan deze twee categorieën wordt dus door de respondenten nog een bepaalde invloed toegekend op het nemen van initiatief. De overige categorieën hebben minder hoge gemiddelden; muziekprogramma's hebben zelfs een gemiddelde onder het schaal midden (2,47).

Humeur

Het totaal gemiddelde van de dimensie humeur (3,58) ligt aanmerkelijk hoger dan de gemiddelden van de hiervoor besproken schalen. Alle programmasoorten (met uitzondering van de categorie nieuws en actualiteiten) hebben op deze dimensie een gemiddelde van 3,50 en hoger. Met name muziekprogramma's lijken een grote invloed te

hebben op het humeur van dementerende ouderen, naar mening van de partners van de dementerenden. De invloed van de categorie 'eigen keuze' volgt daarop met een gemiddelde van 3,90. Amusement-, religie- en natuurprogramma's hebben ongeveer eenzelfde gemiddelde (resp. 3,50; 3,58 en 3,65). Hieruit lijkt af te leiden dat de invloed van deze programma's op het humeur redelijk groot wordt geacht. De nieuws- en actualiteitscategorien is de enige categorie die wat betreft de humeur-dimensie een gemiddelde heeft onder de 3,50, namelijk 2,87. Relatief gezien is dit een lage score, die erop wijst dat de respondenten de invloed van de nieuws- en actualiteitenprogramma's op het humeur van de dementerenden niet hoog schatten: het kijken naar nieuws en actualiteiten heeft volgens de respondenten geen grote invloed op het humeur van de dementerenden.

Ontspanning

Zoals reeds is opgemerkt, is de dimensie 'ontspanning' niet als betrouwbaar aan te merken ($\alpha = .546$). Aangezien het hier een exploratief pilotonderzoek betreft, worden de resultaten wel besproken. Deze resultaten dienen zeer voorzichtig geïnterpreteerd te worden en ter ondersteuning van de conclusies is vervolgonderzoek gewenst.

Nieuws- en actualiteitenprogramma's en amusementprogramma's hebben relatief gezien de laagste scores wat betreft de invloed ervan op het niveau van ontspanning. De respondenten geven de invloed van deze categorieën een gemiddelde waardering van resp. 3,05 en 3,20. Uitgaande van de toegepaste antwoorddimensie van 1 t/m 5, is hieruit af te leiden dat deze twee programmacategorieën een lichte invloed lijken uit te oefenen op de mogelijkheden tot ontspanning van de dementerende kijkers. De overige programmacategorieën laten een grotere invloed hierop zien: vooral natuurprogramma's en programma's van eigen keuze lijken veel invloed uit te oefenen (de gemiddelden zijn resp. 3,08 en 3,95). Muziekprogramma's en programma's met een religieuze inslag blijven niet ver achter: uit de resp. gemiddelden van 3,70 en 3,71 valt te herleiden dat er zeker een bepaalde invloed is op het niveau van ontspanning.

5.3 Voorlopige conclusies

Naar aanleiding van de factoranalyse is het aantal dimensies aangepast; aanvankelijk was er namelijk sprake van drie dimensies, te weten initiatief, gemoedstoestand en interactie, maar na de factoranalyse is het dimensie ‘gemoedstoestand’ opgedeeld in twee deeldimensies: ‘humeur’ en ‘ontspanning’. Bij het deel ‘ontspanning’ dient wel opgemerkt te worden dat er hierbij sprake is van een lage alpha ($\alpha = .546$) en conclusies die verbonden worden aan de resultaten van dat deel dienen daarom, zoals gezegd, voorzichtig behandeld te worden.

Over de dimensie initiatief nemen kan gesteld worden dat de mate van initiatief nemen volgens de partners van dementerende ouderen wordt beïnvloed door sommige programmasoorten. Vooral de categorieën nieuws en actualiteiten en eigen keuze zorgen voor een bepaalde invloed. De partners geven aan dat de dementerende ouderen in zekere mate actief laten weten dat ze die programma’s echt willen kijken. Bij de overige programmacategorieën is er echter nauwelijks enige invloed op de mate van initiatief zichtbaar. Het tonen van initiatief is een aspect dat in diverse onderzoeken gekoppeld wordt aan het begrip kwaliteit van leven (zie ook Droës, 2006; Blom et al., 2000). Een grotere mate van onafhankelijkheid en een sterkere geestelijke groei – en dus meer actief gedrag – bevorderen het sociaal functioneren en de geestelijke gezondheid van een persoon; niet voor niets zijn dit belangrijke aspecten van de SF-36 vragenlijst (www.sf-36.com). Televisieprogramma’s die het nemen van initiatief stimuleren, kunnen dus bijdragen aan een hogere waardering van de ervaren kwaliteit van leven. Uit dit onderzoek is af te leiden dat vooral het kijken naar nieuws- en actualiteitenprogramma’s en andere favoriete, zelfgekozen programma’s initiatiefrijke gedrag bevordert.

Het humeur van de dementerende ouderen wordt door alle programmasoorten positief beïnvloed. Bij de categorie nieuws- en actualiteitenprogramma’s is deze invloed wel veel kleiner dan bij de overige categorieën: de partners menen dat de dementerende ouderen van het kijken naar nieuwsprogramma’s in mindere mate een goed humeur krijgen dan van het kijken naar andere programma’s. Muziekprogramma’s en programma’s van eigen keuze hebben een grotere invloed op het humeur. Een goed humeur draagt bij aan het

hebben van een rustig, evenwichtig gevoel – en dat zorgt weer voor een beter gevoel over de kwaliteit van leven. Chaos en onrust zijn namelijk elementen die een aangename kwaliteit van leven in de weg staan (Droës, 2006).

Wat betreft de mate van ontspanning wordt door de partners aangegeven dat het kijken naar televisieprogramma's over het algemeen invloed daarop heeft. Natuurprogramma's en programma's van eigen keuze hebben daarbij de grootste invloed, amusement en nieuws- en actualiteitenprogramma's hebben een veel minder sterke invloed. Net als het hebben van een goed humeur, draagt ook het hebben van voldoende ontspanning bij aan kwaliteit van leven. Bovengenoemde programmacategorieën dragen daar dus zeker aan bij.

De invloed van televisieprogramma's op de mate van interactie is gering, zo is op te maken uit het onderzoek. De categorie 'eigen keuze' laat wel een lichte invloed zien, net als de genres religieuze programma's en muziek- en amusementprogramma's, maar het betreft hier een geringe invloed. Bij nieuws- en actualiteitenprogramma's en natuurprogramma's is deze invloed zelfs (zo goed als) afwezig. Blijkbaar menen de geïnterviewde partners dat de interactie met de dementerende niet wordt verbeterd door te kijken naar bepaalde televisieprogramma's. Voldoende communicatie met de (nabije) omgeving is een zeer belangrijk element van de kwaliteit van leven: communicatie zorgt voor houvast en een mogelijk klankbord voor zorgen en gevoelens. Indien deze niet meer geuit kunnen worden, kan men grip op de realiteit kwijtraken – en dan wordt het contact met de maatschappij moeilijk. Dit kan een lagere kwaliteit van leven tot gevolg hebben.

Deze resultaten zijn gebaseerd op de meningen van de partners van dementerende ouderen. Om te achterhalen hoe de dementerende ouderen zelf denken over de invloeden van televisie kijken, is het nodig onderzoek op hen zelf te richten. Dit onderzoek zal in de volgende paragrafen besproken worden.

Hoofdstuk 6. Onderzoek via dementerende ouderen

Behalve het kwantitatieve onderzoek via de partners van dementerende ouderen, is er ook ruimte gemaakt voor onderzoek via de dementerenden zelf – oftewel auto-evaluatie. Dit kwalitatieve deel van het onderzoek heeft, net als het reeds besproken kwantitatieve onderzoek, een exploratieve vorm. Meer te weten te komen over het televisiekijkgedrag en over de ervaren kwaliteit van leven van dementerenden via interviews met henzelf is namelijk een onderzoeksvorm die nog niet vaak is uitgevoerd.

De voorlopige conclusies die in dit hoofdstuk worden afgeleid uit de resultaten van dit onderzoek, worden in hoofdstuk 7 gekoppeld aan de voorlopige conclusies van hoofdstuk 5.

6.1 Methode

Selectie respondenten

De respondenten van dit onderzoek zijn allen bezoekers van de Ontmoetingscentra in Nederland. De deelnemende Ontmoetingscentra zijn geselecteerd op bereidwilligheid van de staf om mee te werken aan het onderzoek, bereikbaarheid van de locatie en de tijdsperiode van het onderzoek. Drie Ontmoetingscentra voldeden aan deze criteria. In onderstaande tabel 6.1 is verwerkt wanneer de centra bezocht zijn, hoeveel bezoekers er aanwezig waren en bij hoeveel mensen een interview is afgenomen dat geschikt was voor het onderzoek. Tot de bezoekers zijn alleen de dementerenden gerekend; werknemers, vrijwilligers van de centra en aanwezige mantelzorgers zijn buiten beschouwing gelaten.

Plaats	Ontmoetingscentrum	Datum (2007)	Aantal aanwezige dementerenden		Aantal interviews	
Nieuwegein	Nieuwegein	24 mei	18		5	
Nijmegen	De Cypres	22 mei 29 mei	19	17*	2	3
Nijmegen	De Taxus	1 juni	16		5	

Tabel 6.1 Bezochte Ontmoetingscentra

* Op 22 en 29 mei zijn er 17 dezelfde bezoekers aanwezig – met op 22 mei twee deelnemers meer.

De toegepaste criteria om de respondenten te selecteren komen grotendeels overeen met de criteria die tijdens de hetero-evaluatie zijn gebruikt.

- Leeftijd: De minimumleeftijd van de respondenten is 60 jaar. Deze leeftijdsgroep wordt namelijk over het algemeen gezien als senioren groep en bovendien wordt zo de groep jong-dementerenden uitgesloten van deelname (Van Loon, 2006). Een maximumleeftijd is niet vastgesteld.
- Woonsituatie: De respondenten wonen nog thuis, al dan niet met een partner. De dementerende gaat minimaal één dag per week naar het Ontmoetingscentrum.
- Fase dementie: De respondent verkeert in een licht of matig-ernstige fase van dementie – dit is niet getest, maar gebaseerd op het feit dat alleen licht tot matig-ernstige dementerenden in de Ontmoetingscentra komen.

Demografisch overzicht

Er zijn in totaal vijftien interviews afgenomen. De respondenten, tien vrouwen en vijf mannen, variëren in leeftijd van 67 tot 92 jaar. De meesten zijn laag opgeleid: veertien respondenten hebben de lagere school afgerond, waarna negen van hen naar vervolgonderwijs zijn gegaan. In tabel 6.2 wordt weergegeven wat voor opleidingsniveau de respondenten hebben.

Hoogst afgeronde opleiding	Respondenten
Lagere school	6
Middelbare opleiding	8
Hogere opleiding	1

Tabel 6.2 Hoogst afgeronde opleiding van de respondenten

Topiclijst

De vragen die tijdens het interview zijn gesteld, zijn deels gebaseerd op de meerkeuzevragenlijsten die voorgelegd zijn aan de partners van dementerenden, om zo dezelfde onderwerpen aan bod te laten komen en de resultaten met elkaar te kunnen vergelijken. De vragen zijn gericht op televisiekijken in het algemeen en de topiclijst die daarbij is opgesteld, dient gezien te worden als richtlijn. Hiervan kan worden afgeweken,

indien bij de interviewer de gedachte rijst dat de respondent meer informatie zou willen of kunnen geven, die in eerste instantie niet naar voren komt aan de hand van de vragenlijst. De topics zijn geordend op eenzelfde manier als in de meerkeuzevragenlijst, zie hieronder:

- Algemene, demografische gegevens:

Leeftijd, burgerlijke staat, opleiding, eventueel algemene gegevens partner (leeftijd en opleiding). Het moment van diagnosticeren van de ziekte en de fase ervan is reeds achterhaald via het verzorgingsteam in het Ontmoetingscentrum of via de mantelzorg – deze informatie maakt namelijk deel uit van de selectieprocedure van de respondenten. Informatie over de mate van dementie zal derhalve voor aanvang van het interview al bekend zijn.

- Mediagebruik:

Van welke media maakt de respondent (behalve televisie) gebruik? Leest de respondent de krant, luister hij/zij wel eens naar de radio, maakt hij/zij gebruik van internet en kijkt hij/zij wel eens een video of dvd? Waarom wel of niet?

- Televisieprogramma's:

Algemene vragen:

- Kijkt men televisie? Hoeveel uur per dag?
- Welk programma is favoriet? Waarom?
- Welke overige programma's worden graag gekeken? Waarom?
- Wanneer kijkt men televisie? Waarom?
- Zou men zonder televisie kunnen leven? Waarom wel of niet?

Zelfstandig/actief gedrag:

- Wie zet de televisie aan?
- Op welke dag/Hoe laat worden de favoriete programma's getoond?
- Wordt het programma altijd gekeken?
- Loopt men weg tijdens een programma? Waarom?

Prikkelingen:

- Om welke programma's moet men lachen?
- Welke programma's kijkt men liever niet? Waarom niet?

- Valt men wel eens in slaap tijdens een programma? Zo ja, tijdens welke programma's wel/niet?
- Zapt men naar andere programma's? Waarom?
- Is men tevreden met het huidige aanbod? Wat wordt gemist/is overbodig?
- Zoekt (en vindt) men steun in bepaalde programma's? Op welke manier?

Communicatie:

- Praat men graag over televisieprogramma's? Zo ja, welke? Met wie? Waarom?

Onderzoeksuitvoering

De interviews zijn 's ochtends afgenomen, tussen half tien en half één. De interviews werden in een aparte kamer gehouden om te vermijden dat geluiden van de groep een bron van afleiding zouden zijn. Bij de interviews was geen verzorger of mantelzorger aanwezig, om een terughoudende sfeer te voorkomen. De respondenten zijn bovendien duidelijk gewezen op het anonieme karakter van de gesprekken en er is toestemming gevraagd voor het opnemen van de gesprekken. Geen van de respondenten heeft aangegeven hiermee moeite te hebben.

Analyse

Elk interview is opgenomen en vervolgens geheel uitgetypt. De resultaten zijn in Excel verwerkt om analyses te kunnen uitvoeren. De interviews zijn genummerd in de volgorde waarin ze zijn afgenomen. Citaten uit deze interviews zijn te herleiden via de nummers die tussen haakjes worden weergegeven na elk citaat. De antwoorden zijn gelabeld en aan de hand van deze labels zijn thema's afgeleid. De labels zijn gekoppeld aan de dimensies van kwaliteit van leven, zoals naar voren zijn gekomen in het theoretisch kader, en zijn gebruikt om de deelvragen te kunnen beantwoorden. Tot slot zijn de resultaten voortgekomen uit de interviews met de dementerende ouderen vergeleken met de resultaten van de vragenlijsten die zijn voorgelegd aan de partners van dementerende ouderen.

6.2 Resultaten

Door interviews af te nemen bij vijftien dementerende ouderen, allen bezoekers van Ontmoetingscentra, is informatie verzameld over de manier waarop zij hun televisiekijkgedrag beoordelen. Deze informatie is hier geordend en wordt ondersteund met diverse citaten uit de interviews.

Algemeen mediagebruik

Om een beeld te kunnen vormen van de manier waarop de respondenten omgaan met de diverse media, is er gevraagd naar de manier waarop zij de media gebruiken.

Krant: Negen van de vijftien respondenten lezen elke dag enkele of meerdere delen van de krant. Zes van hen hebben zelf geen abonnement, maar lezen gratis uitgaven (bijvoorbeeld *Spits* of een huis-aan-huiskrant) of lenen de krant van burens. De overige drie hebben wel een abonnement - een van hen is zelfs geabonneerd op twee kranten: de *Gelderlander* en het *NRC*. De andere twee hebben een abonnement op de *Telegraaf*, een krant waarover ze erg tevreden zijn: ‘Ik heb de *Telegraaf*. Dat is mijn lijfblad.’ (9).

Zes respondenten lezen de krant niet zelf, maar komen er wel regelmatig mee in aanraking omdat in het Ontmoetingscentrum de krant wordt voorgelezen. Als reden om de krant niet te lezen wordt vijf keer aangegeven dat het niet meer mogelijk is: het lettertype is te klein of de berichten zijn niet meer te begrijpen. ‘Want als ik zelf de krant lees, dan ben ik halverwege een artikel en dan ben ik het begin alweer vergeten. Eer ik een artikel uit heb, kan ik alweer opnieuw beginnen.’ (13). Slechts één respondent geeft aan dat ze geen abonnement op een krant neemt omdat het te duur is: ‘Ja nee dan wordt het toch wel een hoop geld en nee, dat doe ik niet joh.’ (2). Andere respondenten omzeilen het abonnementsgeld door bijvoorbeeld een abonnement te delen met de burens (drie respondenten).

De reden om de krant te lezen is zonder uitzondering ‘bijblijven’, op de hoogte blijven van de gebeurtenissen in de wereld en op die manier contact te houden met de maatschappij.

Radio: De radio wordt niet vaak gebruikt door de respondenten. Drie van de vijftien geven aan de radio zelfs helemaal niet te gebruiken – twee van hen vinden het te moeilijk om de radio te bedienen: ‘Mijn kinderen hebben een simpele radio gekocht. Maar ik krijg het niet voor elkaar. Dat heeft met al die cijfertjes te maken. Met wat ik moet doen. Snap je. Ik kan hiermee ook niet omgaan (wijst naar opname-apparatuur, MC).’ (9). Eén respondent vindt het te druk om de radio aan te hebben staan: ‘Vroeger wel, maar nu .. ik heb er geen behoefte meer aan. Het is te druk. Ik heb liever rust.’ (15). Drie respondenten luisteren wel regelmatig radio en drie hebben de radio af en toe aan staan. Een van hen luistert alleen naar het nieuws, een ander heeft een voorkeur voor praatprogramma’s en de overige vier luisteren naar muziek – licht klassieke muziek en Nederlandstalige muziek hebben hierbij de voorkeur.

Motieven om de radio aan te zetten zijn bij vijf van hen gericht op het ‘vullen van de stilte’. Achtergrondmuziek zorgt voor gezelligheid, maakt het huis levendiger – en tegelijkertijd kan men andere werkzaamheden uitvoeren: ‘Ja weet je wat het is, dan kun je bezig blijven. Dan hoef je niet de hele tijd te luisteren. Dat hoor je gewoon terwijl je met alles bezig blijft, terwijl dat ding aanstaat.’ (12). Alleen de respondent die graag discussieprogramma’s op de radio volgt, luistert geconcentreerd naar de radio en ziet de radio als hoofdactiviteit.

DVD/Videospeler: Twee respondenten hebben een videospeler in huis, maar geen van beiden weet hoe dit apparaat bediend moet worden; dat laten ze over aan hun partner. Twee andere respondenten geven aan dat ze wel een speler in huis hebben gehad, maar dat die inmiddels is weggedaan omdat ze er toch geen gebruik van maakten. De overige respondenten geven aan dat de DVD- of videospeler te ingewikkeld is wat betreft de bediening ervan: ‘Nee nee, al die knoppen. Nee.’ (9).

Internet: Geen van de respondenten maakt gebruik van internet. De respondenten vertellen dat ze internet niet nuttig vinden en dat ze bovendien geen zin hebben om te leren de computer te gebruiken.

Voor- en nadelen van de televisie

Alle respondenten hebben aangegeven regelmatig, dat wil zeggen dagelijks, televisie te kijken - één respondent heeft daarbij wel aangegeven zo min mogelijk televisie te kijken, omdat ze de programma's al snel als te druk ervaart. De overige respondenten noemen algemene motieven waarom de televisie wordt aangezet. Negen respondenten geven aan dat de televisie zorgt voor afleiding en vulling van de dag of avond: 'Ik moet toch ook mijn tijd doorkomen.' (12) en 'Ja, nou ja, het leidt toch af, hè. Anders zit je daar maar te zitten, hè.' (13). Het brengt geluid in huis – zonder televisie zou het maar stil zijn. Voorkeur voor bepaalde programma's hebben niet alle respondenten. Eén respondent is daar heel duidelijk in: 'En dan maakt het niet zoveel uit wat er komt, als mijn avond gevuld is, hè, daar gaat het om.' (11). Televisie is dus een middel om de avond door te komen. Echter, indien er bezoek komt gaat de televisie uit, zo geven drie respondenten uit zichzelf aan. 'Als je visite krijgt. Dan gaat dat ding gelijk uit. Dat vind ik nooit leuk.' (12). De respondenten kunnen zich een leven zonder televisie niet voorstellen. Elf geven expliciet aan dat ze niet zonder de televisie kunnen. De reacties variëren in heftigheid: van 'Ach ja .. ik zou 'm niet graag missen hoor' (13) tot 'Nou dan trok ik het behang van de muren af. Dat is alles wat ik heb, hè.' (14). Sommige respondenten twijfelen over een leven zonder televisie, maar zien wel duidelijk de voordelen van het toestel: 'Oh nou. Ik kan me wel vermaken. Maar de tijd gaat toch sneller met televisie, hè.' (9).

Televisie is ook een belangrijk middel om contact te houden met de buitenwereld: 'Ja, je hebt 'm gewoon hard nodig. Voor het contact, hè.' (13). Vier respondenten geven aan dat televisie ervoor zorgt dat ze grip houden op de realiteit: 'Want ik wil er wel over kunnen meepraten. Want als je het zelf hebt gezien, dan kun je zeggen dat ja, nou dat vind ik schandalig dat ze daar niets aan doen, hè.' (14). Ook de termen 'gezellig' en 'interessant' worden door twee respondenten gebruikt.

Hoewel de televisie dus niet meer weg te denken is uit de huishoudens, is niet iedereen onverdeeld positief over de beeldbuis. In de gesprekken met de respondenten komen ook enkele nadelen ervan naar voren, zowel wat betreft de programmering als het televisie kijken in het algemeen. Er zijn diverse aspecten van programma's die niet worden gewaardeerd door de respondenten. Zo wordt achtergrondmuziek door drie respondenten genoemd als vervelend, daar het volgen van gesprekken op televisie erdoor bemoeilijkt

wordt. Sex en geweld worden door zeven respondenten genoemd als onderwerpen die ongeschikt zijn voor televisieprogramma's. Ze kijken er niet graag naar – bovendien zijn het geen onderwerpen voor kinderen en dienen de onderwerpen omzichtig getoond te worden, zo menen ze. Reclames worden evenmin positief gewaardeerd, maar sommige respondenten geven aan dat ze er inmiddels aan gewend zijn en er gewoonweg niet meer op letten. 'Nou ik moet zeggen dat ik dat gewoon aan laat staan. Dat komt er niet in. Dat neem ik gewoon niet op. Ik weet ook niets van reclames.' (9). De ondertiteling van programma's noemen drie respondenten problematisch: de ondertiteling wordt vaak getoond in een klein lettertype en verdwijnt snel, derhalve is er niet voldoende tijd om alles te lezen. Eén respondent heeft besloten er gewoon niet meer op te letten: 'Ach daar let ik meestal niet zo op. Dat gaat zo snel.' (13).

Tijdstip van uitzending

In het weekend is er meestal minder tijd voor de televisie dan doordeweeks. Familiebezoek is vaak een reden om minder televisie te kijken, zo wordt aangegeven door vier respondenten. 'Ja dan zit je minder uitgebreid dan doordeweeks. Ja er komt dan altijd bezoek. Of ik ga naar familie.' (6). 'En in het weekend ja dan krijg ik meestal visite dus dan komt er al helemaal geen televisie aan.' (12).

Doordeweeks wordt er op meer reguliere basis televisie gekeken: zo kijken alle respondenten 's avonds televisie indien ze thuis zijn. Overdag daarentegen wordt er minder televisie gekeken; vijf zeggen dat ze overdag alleen bij uitzondering televisie kijken. 'Er zou misschien iets apart op moeten zijn, dan wel.' (11). Drie respondenten hebben de hele dag de televisie aanstaan als ze thuis zijn, niet alleen vanwege het 'vullen van de stilte', maar ook omdat dat eenvoudiger is. Zij leggen uit dat het wisselen van zender tegenwoordig te moeilijk voor hen is; ze begrijpen de knoppen en de rest van de apparatuur niet meer goed. De televisie aanzetten en vervolgens gewoon laten aanstaan is dan wel zo eenvoudig. 'Ja en daarom, die televisie, daarom laat ik 'm gewoon de hele dag aanstaan. Dan heb ik geen moeite met al die knoppen.' (9).

Twee respondenten geven aan dat ze de televisie uitzetten als er werkelijk niets is dat ze leuk vinden. De overige respondenten laten de televisie dan echter wel aanstaan en kijken

naar wat er voorbij komt: ‘Ach nou ja, ik ben van alle programma’s niet echt op de hoogte. Ik zet gewoon de tv aan en ik probeer het uit.’ (9).

Behalve deze algemene punten wat betreft televisiekijken zijn in de interviews ook specifieke programmagenres aan bod gekomen. De motieven van de dementerenden om bepaalde genres al dan niet te kijken worden hieronder besproken.

Initiatief

Zelf een programma selecteren is niet eenvoudig, zo geven de dementerende respondenten aan. De televisiegids gebruiken is al een gecompliceerde handeling: slechts twee respondenten geven aan programma’s uit te zoeken met behulp van de televisiegids. De overige dertien zeggen de tv-gids ‘niet nodig te hebben’, of geven aan de opbouw van de gids niet (meer) te begrijpen. Zeven leggen uit dat ze het niet eenvoudig vinden om de televisiegids te gebruiken, onder andere omdat het moeilijk leesbaar is – de letters zijn te klein – en omdat ze het begrijpend lezen niet meer goed beheersen. Ze onthouden bovendien niet wanneer een programma precies te zien is; om dit probleem op te lossen laten ze de televisie, zoals gezegd, continu aanstaan - zo merken ze vanzelf of er een leuk programma voorbij komt. Ook exact aangeven wat een favoriet programma is, kan al in de eerste fases van dementie een struikelblok zijn. Bij de vraag ‘Wat voor programma’s kijkt u graag?’ wordt slechts enkele malen een programmatitel genoemd. Algemene omschrijvingen van programma’s worden echter wel gegeven.

Er zijn verschillende programmacategorieën waarin respondenten geïnteresseerd zijn; nieuwsprogramma’s en soapseries zijn bijvoorbeeld erg populair, zo blijkt, bij beginnend dementerenden. Achterhalen welke nieuwsprogramma’s dan precies worden bekeken en welke soapseries worden gevolgd, kost echter meer moeite. Wel noemen dertien van de vijftien personen het nieuws als dagelijks bekeken programma. Niemand verwijst overigens naar deze categorie als ‘favoriet programma’, maar het is een algemene gewoonte om naar het nieuws te kijken.

Wat betreft de soapserie-categorie zijn met name buitenlandse soaps populair. *The Bold and the Beautiful* en *As the World Turns* worden beide drie keer genoemd. *Goede Tijden, Slechte Tijden* één keer. De drie die *The Bold and The Beautiful* als favoriet programma

noemen, noemen ook *As the World Turns* – hoewel het noemen van de titel voor zeker één respondent moeilijk is: ‘Ik kijk heel graag naar soaps. Soapjes. Soaps van *The Bold*. En ’s middags die eh... die andere die eh.. hoe heet die. Hoe heet dat stuk ’s middags om eh .. om eh, ’s middags. Ik ken er niet opkomen.’ (2). Van de overige tien personen, die niet (meteen) een specifiek favoriet programma noemen, verwijzen vier naar een algemene genres in plaats van daadwerkelijk een titel te noemen: wetenschappelijke programma’s, programma’s over het dagelijkse leven, actualiteiten, een ‘goed praatprogramma’ (14) of films. Eén persoon geeft overigens aan wat hij juist niet graag kijkt: ‘Nou, ik kijk praktisch geen films’ (8). Een andere respondent geeft duidelijk aan het niet weten en vraagt om voorbeelden. De overige vier noemen geen favoriete programma’s.

Gemoedstoestand

De geïnterviewden geven aan dat televisieprogramma’s een effect kunnen hebben op het humeur; met name natuur-, muziek- en amusementprogramma’s worden positief beoordeeld (zie voor exacte aantallen van de beoordelingen de paragrafen over de betreffende programmacategorieën verderop in dit hoofdstuk). Dit positieve effect wordt bevorderd door diverse audiovisuele prikkelingen: rustig kleurgebruik, langzame beelden en (licht)klassieke of Nederlandstalige (achtergrond)muziek. Sommige amusementprogramma’s, zoals *Mooi! Weer De Leeuw!*, worden beoordeeld als te druk – eenvoudige spelletjes daarentegen als *Lingo* en (vroeger) *Get the Picture* worden wel graag bekeken. Overigens worden niet alleen de shows van Paul de Leeuw overwegend negatief beoordeeld, ook andere drukke programma’s of programma’s waar veel geweld of veel sexueel getinte beelden naar voren komen, worden niet positief beoordeeld. Als dit soort programma’s op televisie komen, verandert men het liefst van zender of – indien dit te moeilijk is – zoekt men andere bezigheden.

Opvallend is overigens dat reclames niet meteen genoemd worden als vervelend of irritant: reclameblokken lijken algemeen geaccepteerd te zijn. Nieuws- en actualiteitenprogramma’s zijn de enige programma’s waarbij geen direct positief effect

op het humeur en de gemoedstoestand wordt aangegeven, maar die door de grote meerderheid van de respondenten wel wordt bekeken.

Contact met omgeving

Televisieprogramma's zijn niet vaak onderwerp van gesprek tussen dementerenden en hun omgeving. Slechts één respondent geeft expliciet aan af en toe met haar buurvrouw te praten over een soapserie: 'Jawel daar zitten we wel eens over te ouwehoeren saampjes. Zij kijkt ook precies waar ik naar kijk.' (2). Alle respondenten geven verder aan televisie te kijken voor de eigen gemoedstoestand; het bevorderen van de communicatie met de omgeving wordt niet genoemd als reden om televisie te kijken. Uitzondering daarbij is het kijken naar nieuwsprogramma's: die worden alleen gekeken om 'bij te blijven' (zie ook de paragraaf 'nieuws- en actualiteitenprogramma's') en 'mee te kunnen praten': 'En daarna kun je ook een keer meepraten he. Wat er gebeurt en zo en wat er aan de hand is.' (14).

Vijf mensen geven expliciet aan dat de televisie uitgaat zodra er bezoek is – één persoon merkt daarbij op dat de televisie alleen aan blijft als het bezoek zelf aangeeft het programma te willen zien: 'En in het weekend, ja, dan krijg ik meestal visite dus dan komt er al helemaal geen televisie aan. Want dat vind ik niets. Ja, of de visite moet het zelf leuk vinden wat er op is dan. Dan laat ik 'm wel even aan staan ja.' (12). De televisie laten aanstaan als er visite is, wordt dus bestempeld als 'niet gezellig'.

Nieuws- en actualiteitenprogramma's

Nieuws- en actualiteitenprogramma's worden door een meerderheid dagelijks bekeken; slechts twee personen kijken er niet naar, de overige dertien respondenten geven aan dat ze het nieuws zo vaak mogelijk kijken – minimaal één keer per dag. Zeven personen kijken om zes uur of half acht naar het RTL Nieuws. Vijf mensen noemen het *NOS Journaal* als bron van nieuwsinformatie. Een van hen kijkt alleen om acht uur naar het *NOS Journaal* als zijn vrouw er niet is: 'Ja [om acht uur] meestal niet, maar als m'n vrouw even weg is, dan wel.' (8). Drie kijken naar het regionale nieuws, eventueel via

een Duitse zender. (De respondenten uit Nijmegen zien het Duitse regionale nieuws waarschijnlijk als relevant voor hen omdat ze net over de grens wonen).

De twee respondenten die geen nieuws of actualiteitenprogramma's kijken, dragen hiervoor ook duidelijke redenen aan: 'Nee nee dat .. Al die ellende hè. Dat hoef ik niet meer te zien. Ik kijk liever wat vrolijkere' (3). De overwegend negatieve berichtgeving spreekt hen niet aan. Bovendien volgen de verschillende onderwerpen in het nieuws elkaar in een hoog tempo op en is het daardoor niet eenvoudig te volgen. De overige dertien laten weten dat ze het nieuws volgen om 'op de hoogte te blijven' en 'te weten wat er gebeurd is': 'Ja, daarom heb ik 'm ook de hele tijd aan, om bij te blijven. Dat is belangrijk, op de hoogte te blijven.' (9).

De overvloed aan nieuwsberichten maakt het volgen van een nieuwsprogramma dus niet eenvoudig: vijf respondenten zeggen dat ze het moeilijk vinden om alle berichten te onthouden: 'Elk uur kijk ik het. Ja, maar dat wil niet zeggen dat ik het allemaal kan onthouden, daarom zit ik hier [in het Ontmoetingscentrum, MC].' (9). 'Zoveel informatie hè. Dat onthou ik allemaal niet meer.' (6) 'ja je wil toch op de hoogte blijven hè. En dat ik onthou het niet allemaal hoor, dat niet, want mijn geheugen he.. ik vergeet veel. Maar je wilt toch bijblijven hè.' (11). Nieuws wordt dan ook niet beoordeeld als een prettig, ontspannend programma om naar te kijken. De enige reden om het te kijken is, zoals gezegd, het op de hoogte willen blijven van gebeurtenissen in de wereld. Sommige kijkers geven expliciet aan dat ze het niet leuk vinden om te zien, maar dat ze het nieuws toch kijken, omdat ze het belangrijk vinden te weten wat er speelt in de maatschappij: 'Alleen al die ellende hè, ja, ik kijk het wel maar leuk...' (14) 'Leuk? Ach .. nee. Al die oorlogen.' (11).

Actualiteitenprogramma's zoals *Nova* en *Netwerk* worden enkele malen genoemd, meestal niet in positieve zin. Slechts drie mensen geven expliciet aan dat ze *Netwerk* kijken. Als motivatie om het te kijken noemen de drie unaniem 'op de hoogte blijven'. De respondenten die er niet naar kijken geven aan dat ze via het journaal of een ander nieuwsbulletin al voldoende informatie te zien krijgen: 'Nou, ik kijk wel gewoon journaal, wat er elke dag gebeurd is. Maar niet allemaal van die ellende. Nee, dat hoeft voor mij niet meer.' (4). Als nadelig aspect van *Nova* wordt genoemd dat het te laat wordt

uitgezonden: ‘Ja *Nova* keek ik vooral ’s winters maar nou .. nou ga ik vroeg naar bed en dan zie ik het niet meer.’ (2).

Discussieprogramma’s

Enigszins gerelateerd aan de categorie nieuws- en actualiteitenprogramma’s is de categorie discussieprogramma’s. Zes respondenten geven aan regelmatig dergelijke programma’s te kijken. *Knevel en Van den Brink* (EO) wordt door twee personen genoemd. Eén respondent geeft daarentegen aan dat dit programma te laat wordt uitgezonden en daarom niet gevolgd wordt door hem. De talkshows van zender Max wordt door één respondent genoemd, net als presentatrice Tineke de Nooy (die overigens tegenwoordig geen praatprogramma op televisie heeft; zij maakte in 2006 wel een aantal programma’s voor omroep Max (www.omroepmax.nl) en maakt reclame voor de Biostabil via TelSell). De redenen om discussieprogramma’s te kijken komen grotendeels overeen met de redenen om nieuwsprogramma’s te volgen: op de hoogte willen blijven (vier keer genoemd). Bij sommigen speelt ook een entertainmentfactor mee: drie mensen noemen het kijken naar talkshows leuk en interessant.

Sportprogramma’s

Vijf respondenten geven aan graag naar sportprogramma’s te kijken. Alle vijf noemen voetbal als favoriete televisiesport. Daarnaast wordt door hen ook gekeken naar wielrennen, tennis, Formule 1 en schaatsen. Men geeft aan naar sport te kijken omdat het ‘leuk’ en ‘spannend’ is. Spannend wordt overigens alleen genoemd in de context van Formule 1 kijken: ‘Ja is mooi he, die snelheid, dat is toch spannend.’ (10). De meesten van hen keken altijd al naar sport; het is dus vooral een uiting van gewoontegedrag.

Eén respondent geeft aan dat sport met name leuk is als het in zijn eigen omgeving plaatsvindt: ‘Ja wielrennen. Ja bij ons op het dorp, dat is Lexmond. Daar hebben we zelf ook een ronde, en dat vind ik ook wel leuk om te kijken.’ De respondenten die niet naar sport kijken, laten soms een duidelijke antipathie blijken: ‘Al dat gedoe. En gepraat erover. Nee, dat vind ik echt niks.’ (9).

Religieuze programma's

Zes personen geven aan religieuze programma's te kijken. Vooral kerkdiensten worden veelvuldig gevolgd. Een respondent zet zelfs voor uitzendingen van verschillende geloofsovertuigingen de televisie aan: 'Ik luister ook graag dat is zondagsmorgens, zondagsmorgens is dat toch .. naar de boeddhisten. (...) En ik heb ook wel eens een uitzending van die moslim. Ja die hebben ook uitzendingen en daar wil ik ook wel eens naar kijken.' (1).

De mensen die zich niet interesseren voor televisiekerkdiensten, zeggen zelf nog naar de kerk te kunnen gaan (vijf personen) – en 'een beetje dubbel is dat dan.' (12). Een andere reden om geen kerkdiensten te kijken, is het niet aanhangen van een bepaalde religie (vier keer). Eén respondent geeft duidelijk aan dat ze kerkdiensten op televisie echt niets vindt: 'Ja sommige programma's die te kerks worden, die hangen me de keel uit. Maar ik ben dan ook niet zo gelovig he. Ik loop de kerk ook niet plat, zal ik maar zeggen.' (13). Behalve kerkdiensten wordt er ook gekeken naar andere religieus getinte programma's. Zo wordt de omroep EO twee keer genoemd en ook het programma *Schepper & Co*, een programma van de NCRV over spiritualiteit en levensbeschouwing, wordt tweemaal aangehaald door respondenten. *Het Vermoeden*, een religieus programma van IKON, wordt door een respondent in één adem genoemd met *Schepper & Co*. Jacobine Geel is een presentatrice die een van de respondenten is bijgebleven.

De respondenten geven overwegend dezelfde redenen om religieuze programma's te kijken: het zijn mooie, rustige programma's, waarbij de kijkers even kunnen ontspannen (vier respondenten). Een van hen geeft aan dat het ook met gewoontes te maken heeft: ze is gewend elke zondag naar de kerk te gaan en als dat niet mogelijk is kijkt ze een kerkdienst op televisie.

Amusementprogramma's

Amusement is te verdelen in zeer veel subcategorieën: van comedyseries tot showprogramma's en van realityprogramma's tot cabaret. De antwoorden die door de respondenten worden gegeven richten zich op diverse subcategorieën; de meest opvallende worden hier behandeld.

Quizen en spellen worden door acht respondenten gekeken. Met name *Lingo* en *Weekendmiljonairs* zijn hierbij erg populair – alle acht respondenten noemen *Lingo* als een leuk programma en twee mensen noemen Robert ten Brink met *Weekendmiljonairs* als goede zaterdagavondvulling. Een belangrijke reden om quizen te kijken is het kunnen oefenen van de woordenschat. ‘Maar, met een spel, dan kun je zelf meedoen. Ja. Dat is leuk, ja.’ (6). Dit ‘zelf meedoen’ gaat niet altijd even eenvoudig: ‘Ja nou, niet met potlood en papier meer, maar wel met m’n hersens hoor. Maar op het ogenblik merk ik het wel hoor, dan denk ik, nou zeg .. nou weet ik het echt niet meer’. (9). Het ‘zelf meedoen’ wordt door zes respondenten genoemd, maar is niet voor iedereen de hoofdreden. ‘Het is meer tijdverdrijf. Zo moet je het zien. Vooral als er te weinig op is.’ (6). Ook shows zijn populair: acht respondenten kijken hier graag naar. Vooral ijsdansshows als *Sterren dansen op het ijs* en *Dancing on ice* zijn populair. Redenen om naar shows op het ijs te kijken zijn vermaak en ontspanning: ‘Da’s op 7, dan is er ijsdansen. Da’s ook zo mooi. Dat kijk ik echt heel graag. Prachtig.’ (6).

Het programma van Paul de Leeuw (*Mooi! Weer De Leeuw*) wordt tweemaal genoemd, maar niet in positieve zin. Op de vraag wat men graag kijkt op zaterdagavond wordt gezegd: ‘Nee nou ja, het is meer mijn vrouw die ... ja, misschien Paul de Leeuw, hè. De een zegt, dat is niks, en de ander vindt het leuk.’. Als er verder wordt gevraagd blijkt de respondent zelf niet zo enthousiast over Paul de Leeuw te zijn: ‘Ja nou het is wat, het is een waterval van wat er in vijf seconden uitkomt.’ (10). Programma’s met kinderen worden hoger gewaardeerd: drie mensen geven expliciet aan graag *Praatjesmakers* (NCRV) te kijken, omdat ze vrolijk worden van de onverwachte uitspraken van de kinderen.

Twee respondenten geven aan dat ze (bijna) nooit shows kijken. Een van hen zegt: ‘Shows nee. Alleen dat wat belangrijk is.’ (5). Televisieprogramma’s dienen niet tot vermaak, voor haar. De andere respondent vindt de shows te druk: ‘Ach, alles is leuk he. Maar dat het mijn voorkeur heeft, dat niet.’ Ze kijkt de shows ‘soms. Als het rustig is.’ (13).

Realityprogramma's

Realityprogramma's worden door drie mensen expliciet genoemd. Zij kijken de realityshows om het dagelijks leven van anderen te volgen. Vooral realityprogramma's waarin Nederlandse sterren zoals BZN en Frans Bauer worden gevolgd worden positief beoordeeld: 'Ja vond ik heel mooi om te zien. Heel interessant. Dan zie je ook al die artiesten, want het was zo'n beetje een samenvatting van wat ze overdag doen. Ja dat vind ik leuk.' En 'Nou eh, gewoon wat ze zo dagelijks doen.' (15).

Opvallend is de voorkeur van drie respondenten voor een aparte categorie realityprogramma's: de zogenaamde ziekenhuisseries. Deze series geven het leven in ziekenhuizen weer, vaak op realistische wijze. 'Wel vind ik een doktersserie, weet je, vind ik ook interessant. Want ik zit me dan af te vragen of die want die dokters die zitten zich de benen onder het lijf uit te rennen en ik zit me dan af te vragen of dat in werkelijkheid ook gebeurt.' (1). Contact met de maatschappij is een reden om te kijken naar de ziekenhuisseries. Eén respondent geeft bovendien aan er zelf van te willen leren: 'Ja en ook hoe je er zelf mee kunt omgaan. Ik ben zelf ook geopereerd. En dan zie ik hoe dat gaat.' (8). Ziekenhuisseries en realityseries in het algemeen zorgen dus voor contact met de realiteit en met de maatschappij. Sommige hebben bovendien een educatief karakter, daar kijkers de gepresenteerde informatie in het dagelijks leven kunnen toepassen.

Soapseries

Over soapseries zijn de meningen zeer verdeeld. Drie respondenten kijken absoluut geen soaps en hebben er ook nooit naar gekeken. Drie respondenten kijken er juist graag naar: zij hebben een soapserie genoemd als favoriet programma. Vier respondenten keken vroeger graag naar soapseries; ze noemen allemaal *Goede Tijden Slechte Tijden* als 'vaste' soapserie. Tegenwoordig kijken deze vier geen soapseries meer, omdat het te moeilijk is om te volgen: 'Ja nee, steeds weer andere figuren, steeds weer andere medespelers. Ja, een paar jaar geleden ging nog wel, maar nu, nee, dat doe ik niet meer. Ja het is net als met boeken hè, dat kan ik ook niet. Te veel namen.' (9); 'Ja nou ... [de verhaallijnen ken ik] nu niet meer zo goed, want de laatste jaren kijk ik het een stuk

minder. Ik onthou dat ook allemaal wat minder.’ (6). Twee (mannelijke) respondenten geven aan niet uit eigen initiatief soapseries te kijken, maar wel af en toe met hun partner mee te kijken. Ze beleven niet veel plezier aan het kijken naar de soapseries: ‘Nou ja ... ik kijk wel mee, maar het interesseert me niet.’ Op de vraag waarom het niet interessant is, volgt het antwoord: ‘Nou ... al die namen. Al die personen. Dat is te veel’ (10).

De redenen om soapseries te kijken variëren: drie maal wordt gezegd dat soapseries kijken ‘gezellig’ is. Eén keer wordt het tijdverdrijf genoemd en één respondent noemt soapseries ‘spannend’. Overigens wordt door iemand anders juist ontkend dat het draait om de spanning; volgens haar is het ‘niet zo spannend. Maar gewoon, leuk.’ (6). Twee respondenten die graag soapseries kijken, halen hier veel voldoening uit. De enthousiaste reacties zijn duidelijk: ‘Is toch gezellig om te volgen hè. Wat ik je zeg. En dan zie ik dingen die dagelijks gebeuren.’ (5) en ‘Ik kijk heel graag naar soaps. Doe ik al jaren. Niets anders kijk ik.’ (2). De derde respondent die heeft aangegeven graag soaps te kijken, ziet een soap kijken niet als iets onmisbaars: ‘Ach ja het is gewoon tijdverdrijf he.’ (11). Geen soapseries meer kijken omdat er zoveel personages in voorkomen en de series hierdoor moeilijk te volgen zijn, wordt door een voorstander van soaps erkend als probleem: ‘Ja, al die namen. Daar raak ik soms in de war van.’ Maar op de vraag of ze de soapserie toch wil blijven volgen, antwoordt ze volmondig ja. Een van de drie respondenten die geen soaps kijken, laat duidelijk een afkeur voor het programmatype blijken: ‘Maar, ik zeg nogmaals, die doorgedraaide soaps die eh die nee, dan denk ik hop mn huis uit.’ (1); de overige twee respondenten die geen soapseries volgen zijn minder ongenueanceerd: ‘Ach nee, series daar heb ik het geduld niet voor.’ (13).

Muzikale programma’s

Muzikale programma’s worden over het algemeen graag gekeken door de respondenten. Slechts één respondent geeft aan niet naar muzikale onderwerpen te willen kijken, hoewel hij er niet bijzonder negatief op reageert: ‘Nee .. dat is niet de hoofdstrekking.’ (7). Deze respondent vindt politieke programma’s en nieuws en actualiteiten belangrijker. Van de respondenten die wél graag kijken naar muziekprogramma’s op televisie, geven tien van hen aan een voorkeur te hebben voor rustige, (licht)klassieke muziek. André

Rieu wordt hierbij vier keer genoemd. Zijn shows zijn ‘prachtig om naar te kijken’ (8). Andere artiesten die graag worden bekeken zijn BZN en Frans Bauer – bij de keuze voor deze artiesten speelt overigens waarschijnlijk mee dat er realityprogramma’s rondom hun levens zijn opgezet. Verder worden er showprogramma’s genoemd waarin diverse artiesten optreden. Duitse muziekprogramma’s worden door drie respondenten genoemd en één respondent verwijst naar ‘Muziek op het plein’ (15), waarmee het TROS-programma *Muziekfeesten op het plein* wordt bedoeld.

Muzikale programma’s vervullen een andere behoefte dan bijvoorbeeld de eerder besproken nieuws- en actualiteitenprogramma’s. Kijken naar muziekprogramma’s wordt geassocieerd met rust en mooie beelden (resp. drie en vier keer genoemd). Eén respondent geeft aan dat haar voorkeur voor klassieke muziek voortkomt uit haar vroegere hobby pianospelen. Klassieke muziek op televisie doet haar daaraan denken en dat vindt ze prettig.

Natuurprogramma’s

Programma’s die de natuur in beeld brengen worden niet door iedereen genoemd als interessante programma’s, maar de negen respondenten die wel dit soort programma’s kijken, zijn er erg enthousiast over. Natuurprogramma’s worden door hen mooi, rustgevend en interessant genoemd. Een reden om natuurprogramma’s te kijken is volgens drie respondenten ook het ‘in aanraking komen met de natuur’. ‘Ja de natuur, om dat allemaal te zien. Vroeger ging ik nog wel fietsen en dan kwam ik meer in de natuur dan tegenwoordig. En zo kan ik het toch nog zien. Hoe de natuur verandert en verkleurt, ja dat vind ik mooi. Maar dat fietsen nu, dat is allemaal afgelopen, dat kan ik niet meer. Ik kom ook niet zo vaak buiten hè.’ (13). De beelden van de natuur hoeven dus niet exotisch te zijn: natuur uit de directe omgeving in beeld wordt al graag gezien op televisie, omdat dat herkenbaar is voor de respondenten. Ondanks dat ze zelf niet meer zo vaak buiten komen, krijgen ze zo toch wat mee van de natuur om hen heen. Dieren in natuurprogramma’s zijn daarbij een mooie aanvulling: ‘Ja dat is leuk hè, om te zien hoe die beesten leven.’ (15). Dieren die in andere programma’s voorkomen worden ook positief gewaardeerd: ‘Vooral die ene aap. Die alles kapotsloeg. Ja dat vond ik spannend’

(15).²³ De respondenten die niet kijken naar natuurprogramma's, associëren televisiekijken niet met vermaak, maar zien in de televisie een verbinding met de realiteit. Drie respondenten hebben aangegeven alleen naar programma's te willen kijken die zij 'belangrijk' achten. Tot deze categorie 'belangrijk' behoren nieuws- en actualiteitenprogramma's en programma's die het 'echte leven' weergeven. Opmerkelijk genoeg rekent één respondent ook soapseries tot deze categorie: 'Wat ik kijk, zijn dingen van het dagelijkse leven. Ik hou veel van het dagelijks leven. Wat dagelijks gebeurt. [...] En dan zie ik dingen die dagelijks gebeuren.' (5).

Films

Over het kijken naar films zijn de meningen verdeeld. Zes respondenten kijken liever geen films, om verschillende redenen: films duren te lang, zijn te druk of moeilijk te begrijpen. Men heeft geen geduld om twee à drie uur te kijken naar een film en bovendien is het te moeilijk om zo lang de draad van het verhaal te volgen: 'Ja, twee of drie uur film kijken, dat houd ik toch niet vol.' (8). Twee respondenten wijzen er op dat films te druk zijn en moeilijk te begrijpen omdat er te veel personages in voorkomen: 'Nee, een film kan ik niet volgen.' (6). Zes andere respondenten geven juist aan dat ze wél graag films kijken. De meesten van hen zijn kieskeurig wat betreft films kijken – slechts één respondent geeft aan dat het niet uitmaakt wat voor film ze kijkt: 'Welk soort film maakt niet zoveel uit, het is maar dat ik afleiding heb. Want als ik zo ga zitten zitten, dan slaap ik zo.' Maar ook zij geeft aan liever niet te kijken naar films over de oorlog of vol geweld: 't Is altijd maar schieten enne moorden enne .. daar kijk ik niet naar.' (2). Een ander geeft aan juist wel naar oorlogsfilms te kijken, omdat dat een mogelijkheid tot reflectie biedt wat betreft zijn verleden: 'Ja dat vind ik wel interessant. Want ik heb zelf ook de oorlog meegemaakt. Dan is het wel interessant om dat 'ns van een andere kant te bekijken.' (12). Overigens varieert de voorkeur voor het soort films dat gekeken wordt sowieso erg veel: romantische drama's worden drie keer genoemd, dieren- of natuurfilms twee keer, cowboyfilms en waargebeurde verhalen beide één keer. De motieven die worden aangedragen om films te kijken zijn daarentegen vaak hetzelfde; respondenten

²³ Deze opmerking is gericht op het optreden van de gorilla Bokito, die in mei 2007 ontsnapte uit zijn verblijf in dierentuin Blijdorp (www.rotterdamzoo.nl).

zeggen films mooi en spannend te vinden en een goed tijdverdrijf: ‘dan vergeet je alles een beetje om je heen hè.’ (12). De respondent die heeft aangegeven graag naar waargebeurde verhalen te kijken, doet dit overigens omdat ze de films herkenbaar vindt: ‘Dat vind ik heel mooi en dan herken ik bepaalde dingen van mezelf of van anderen.’ (9).

Programma’s van ‘vroeger’

Favoriete programma’s van vroeger noemen blijkt eenvoudiger te zijn dan favoriete programma’s van nu opsommen; zo worden genoemd: *Swiebertje*, *Zeg eens Aaa* en *Ja Zuster, Nee Zuster*. Acteurs en komieken die men graag zou willen terugzien zijn André van Duin (twee keer genoemd) en Johnny Kraaykamp (één keer). Overigens is men niet onverdeeld enthousiast over oudere programma’s: ‘Ja d’r zijn erbij, daar vind ik niks aan. Want er zijn er die, dat *Schaep met de Vijf Pooten*, weet je wel, dat vond ik .. daar heb ik toch al niks aan gevonden en die hebben ze weer herhaald. Nou die heb ik dan toch niet gekeken.’ (2).²⁴ Een andere respondent meent dat de keuze tegenwoordig een stuk beter is dan vroeger: ‘Vroeger was er haast niets op tv’. (8). Deze meningen zijn uitzonderingen; een meerderheid (acht personen) geeft expliciet aan dat het leuk zou zijn als oude programma’s weer zouden worden getoond op televisie. De respondenten geven aan dat ze de oude programma’s ‘mooi’ en ‘lachen’ zouden vinden. Eén respondent laat weten dat ze beter niet te veel programma’s uit de oude doos halen: ‘Dan zit ik ook maar de hele dag voor die tv he. En dat wil ik ook niet hoor, nee.’ (1). Maar de meesten worden graag herinnerd aan vroeger: ‘Nou dat vind ik toch wel leuk, dan ken je lachen. Over destijds.’ (4); ‘Dat vond ik altijd wel gezellig.’ (4) en ‘programma’s van vroeger, van mijn tijd zeg maar. Dat vind ik leuk.’ (13).

²⁴ Het is mogelijk dat dit programma niet zo hoog werd gewaardeerd omdat het een remake is: het oude programma’s is geheel vernieuwd door de KRO. (www.kro.nl).

6.3 Voorlopige conclusies

Hoewel veel dementerende ouderen een duidelijke mening hebben over televisieprogramma's, geven ze zelf aan dat ze tijdens het kijken niet veel initiatief tonen: de televisie wordt op gezette tijden aan- en uitgezet en men verandert niet vaak van zender. Veel dementerenden zeggen dat het zappen te moeilijk is; ze begrijpen de apparatuur niet meer goed. Een andere reden om niet te zappen is de programmering niet kennen: men heeft wel favoriete programma's, maar weet niet precies wanneer deze uitgezonden worden. Het dementieproces heeft bij deze dementerenden het niveau van zelfstandig gedrag en initiatief tonen reeds aangetast. Het minder goed kunnen omgaan met de apparatuur weerhoudt de meesten er overigens niet van om een duidelijke mening over programma's te verkondigen – hierbij wordt dus wél duidelijk initiatief getoond. Vooral over nieuwsprogramma's, soapseries en kerkdiensten heeft men een uitgesproken (positieve of negatieve) mening: over het algemeen wil men dagelijks naar de nieuwsberichten kijken, soapseries worden of verafschuwd of juist dagelijks gevolgd en de gelovigen onder de dementerenden geven aan 's zondags kerkdiensten op televisie te kijken als het niet mogelijk is de kerk te bezoeken.

Het kijken naar bepaalde programma's op televisie heeft positieve en negatieve invloeden op de gemoedstoestand van dementerende ouderen, zo blijkt uit de interviews. Een grote meerderheid meent dat de televisie op zich een positieve invloed heeft op de thuissituatie: men zou zich een leven zonder televisie niet kunnen of willen voorstellen. Het geluid van de programma's verdrijft de stilte uit huis en door te kijken naar programma's die men als 'leuk' of 'gezellig' waardeert, zoals mooie shows of leuke quizzen, wordt het humeur op een positieve manier beïnvloed. Opvallend hierbij is overigens dat men het 'gezellig' vindt om de televisie aan te hebben als men alleen thuis is, maar de televisie gaat uit als er mensen op bezoek komen. Echt gezelschap wordt nog altijd verkozen boven het gezelschap van de televisie.

Diverse programmacategorieën hebben invloed op de gemoedstoestand van dementerende ouderen. Met name amusementprogramma's, zoals grote shows en programma's gericht op reallife-gebeurtenissen, hebben een goede uitwerking op het humeur en de mate van ontspanning – en daardoor ook invloed op de ervaren kwaliteit van leven; deze wordt namelijk beïnvloed door het humeur en het al dan niet ontspannen zijn. De dementerende ouderen geven aan graag te kijken naar programma's over het 'echte' leven. Reality-programma's zijn gericht op uiteenlopende onderwerpen: het volgen van de échte levens van sterren, kijken achter de schermen in van shows of meeleven met ingrijpende gebeurtenissen in de levens van normale mensen. Al deze programma's bieden contact met de maatschappij en meer inzicht in de ervaringen van anderen en hebben op die manier een positieve invloed op de gemoedstoestand van dementerende ouderen: men kan met behulp van deze programma's contact houden met de buitenwereld en 'blijven'. Niet alle programma's gericht op 'het echte leven' hebben overigens een positieve invloed op de gemoedstoestand: men geeft aan dat nieuws- en actualiteitenprogramma's geen positieve invloed hebben op het humeur. Met name op de gewelddadige beelden die tijdens het nieuws voorbij komen reageert men negatief. Toch kijkt een groot deel van de geïnterviewden naar het nieuws; de negatieve invloed ervan is minder belangrijk dan het grip houden op de realiteit (zie ook Bruggenwirth, 1986). Gewelddadige beelden in andere programma's dan het nieuws worden overigens ook niet graag gekeken: oorlog- of vechtfilms worden slechts door één respondent positief beoordeeld. Dat soort beelden zorgen voor onrust bij de dementerenden – en onrust heeft een weer slechte invloed op de kwaliteit van leven (Droës, 2006).

Soapseries zorgen voor uiteenlopende reacties: soaps geven een getheatraliseerd beeld van de werkelijkheid, verpakt in zich langzaam ontwikkelende verhaallijnen. De dementerenden die soapseries kijken, doen dit meestal uit gewoonte: de soapserie is een onderdeel van de dag geworden.

Dementerenden geven aan dat ze over het algemeen niet veel praten met hun omgeving over televisieprogramma's. Een uitzondering hierbij vormen de nieuwsprogramma's: die worden juist gekeken om gespreksstof te hebben en te kunnen deelnemen aan gesprekken

over de huidige ontwikkelingen in de maatschappij. Het is niet onderzocht of er echt sprake is van deelname, maar de mensen geven zelf al aan dat het moeilijk is om alle informatie over de gebeurtenissen te onthouden. Ze willen dus wel graag investeren in de mogelijkheden om te communiceren met de buitenwereld, maar de ziekte maakt het hen moeilijk om deze goede bedoelingen echt uit te voeren. De invloed van het kijken naar televisieprogramma's op de interactie van dementerenden zou dus – in het geval van het kijken naar nieuwsberichten – als positief beoordeeld kunnen worden, omdat men moeite doet om te investeren in de communicatie. Op die manier heeft het kijken naar het nieuws een goede invloed op de kwaliteit van leven; er wordt tenslotte gewerkt aan meer contact met de maatschappij; zo wordt gezorgd voor een zekere mate van stabiliteit.

Hoofdstuk 7. Conclusie

Er kan zonder meer gesteld worden dat dementerende ouderen veel televisie kijken. De televisie wordt bij hen doordeweeks dagelijks aangezet – met name om de lange, stille avonden te vullen. In het weekend is er ook ruimte voor het kijken van televisieprogramma's – mits er geen bezoek langskomt: écht contact met de omgeving wordt nog altijd verkozen boven de contacten via de televisie.

Uit de resultaten van het kwantitatieve en kwalitatieve onderzoek kunnen verschillende (voorlopige) conclusies afgeleid worden. Aan de hand van deze conclusies is het mogelijk om antwoorden op de deelvragen van het onderzoek te formuleren.

7.1 Interactie (communicatie)

De invloed van televisieprogramma's op het niveau van interactie is zowel volgens het kwalitatieve als het kwantitatieve onderzoek bij de meeste televisieprogramma's wel aanwezig, maar niet groot. Uit het kwantitatieve onderzoek, waaruit blijkt dat de categorie communicatie iets meer beïnvloed wordt dan de categorie initiatief en minder dan de categorieën humeur en ontspanning, komt naar voren dat programma's die als 'eigen keuze' zijn gemarkeerd, kunnen bijdragen aan de interactie tussen de dementerenden en hun omgeving. Die programma's worden graag bekeken en logischerwijze wordt daarover ook meer gepraat. Natuurprogramma's daarentegen hebben nauwelijks invloed op deze categorie. Deze lage invloed is voor meerdere verklaringen vatbaar. De reden om te kijken naar natuurprogramma's is – zo is naar voren gekomen uit het kwalitatieve onderzoek – het willen voldoen van de behoefte aan rust en ontspanning. De gezochte Gratification is de rust, en dankzij dergelijke programma's wordt dit gevonden. Communicatie is geen Gratification waaraan voldaan dient te worden - er wordt dan ook niet veel gepraat over natuurprogramma's. Niet voor niets scoort dit genre hoger bij de dimensies humeur en ontspanning.²⁵

²⁵ Zie ook tabel 7.5

Een andere verklaring voor de lage invloed van natuurprogramma's is dient wellicht gezocht te worden bij de respondenten: wellicht kijken voornamelijk zwaarder dementerenden naar dergelijke programma's, bij wie het niveau van communicatie al dermate laag is, dat dit niet zomaar verbeterd kan worden door te kijken naar een bepaald programma.²⁶

Bij de categorie nieuws- en actualiteitenprogramma's komt er een lichte discrepantie aan het licht tussen de meningen van de partners en van de dementerende ouderen zelf. Uit het kwalitatieve onderzoek blijkt namelijk dat de dementerenden naar nieuwsprogramma's kijken om de communicatie met de omgeving (en het contact met de samenleving) te verbeteren. Zij geven aan dat ze vroeger, toen het dementieproces nog niet was begonnen, met anderen over het nieuws praatten en dat willen ze ook nu nog kunnen blijven doen: meepraten over de gebeurtenissen in de wereld. Uit het kwantitatieve onderzoek komt naar voren dat de invloed van de programma's over nieuws en actualiteiten niet noemenswaardige invloed heeft op de mate van interactie. Een mogelijke verklaring voor deze discrepantie is dat dementerenden aangeven de intentie te hebben om de mate van interactie te verbeteren, maar het echt onthouden van nieuwsberichten is erg moeilijk voor hen.

De drang van dementerende ouderen om contact te houden met de maatschappij en interactie met de omgeving te zien als een essentieel deel van een goede kwaliteit van leven, komt overigens duidelijk naar voren in hun programmakeuzes. Dementie kan ertoe leiden dat patiënten een existentiële angst vormen: angst om het eigen 'ik' te verliezen (zie ook Miesen, 2000). Bovendien staan ouderen sowieso niet hoog aangeschreven in de westerse maatschappij, dat blijkt bijvoorbeeld uit de manier waarop ouderen op televisie worden benaderd. Daarbij is een duidelijk verschil tussen het Westen en het Oosten. Terwijl Westerse landen het oudere publiek op een negatieve manier benaderen, zijn landen in het Oosten een stuk positiever gestemd in hun benadering van ouderen. Zo zijn in China ouderen in televisieprogramma's meestal respectabele en energieke mensen en ook in India worden ouderen afgebeeld als wijs en vervullen ze vaak leiderrollen. Overigens is er op dit vlak in sommige Oosterse landen, waar de normen en waarden

²⁶ Tijdens het kwantitatieve onderzoek is er gevraagd naar de fase van het dementieproces. Deze vraag is echter niet betrokken bij de analyse, daar tijdens het afnemen van de vragenlijsten is gebleken dat dit moeilijk was om aan te geven.

verwesteren, een omslag te zien in de rol van ouderen. Daar neemt de stereotype, Westerse representatie van ouderen langzaam over. Zo is er in Japan al een serie met een vervelende, oude schoonmoeder – een typisch westerse benadering van familieverhoudingen. De Westerse benadering van ouderen draagt bij aan onze de bestaande angsten om ouder te worden. Riggs noemt hierbij met name de angst om onzichtbaar te worden: ‘We will be helpless, foolish, sick. We will be in the way. Worse, we will be invisible’. (Riggs, 1998). De angst van ouderen om vergeten te worden is dus niet ongegrond – en door het dementieproces vergeten zij ook zichzelf; daarom is het niet onlogisch dat zij deze angsten proberen te sussen door televisieprogramma’s te kijken die zouden kunnen zorgen voor een goede kwaliteit van leven en (daarmee samenhangend) een beter contact met de maatschappij.

Uit het kwalitatieve onderzoek is overigens wel naar voren gekomen dat televisie de interactie met de omgeving ook juist kan belemmeren. De televisie gaat uit zodra er bezoek langskomt en is dus eerder een substituut voor interactie dan een waardevolle bijdrage daaraan. Dit blijkt ook uit de opmerkingen van dementerenden dat de televisie als ‘gezellig’ wordt gezien als men een hele avond alleen thuis is, en als storend wordt ervaren als er bezoek is. Televisieprogramma’s dragen dus niet zozeer op een directe manier bij aan verbetering van de communicatie, maar bieden wel vervanging van afnemende communicatie door te functioneren als een communicatiekanaal met de buitenwereld. Op een indirecte manier kunnen televisieprogramma’s bovendien wel zorgen voor enige invloed op de interactie: uit het kwalitatieve onderzoek is naar voren gekomen dat dementerenden graag spellen en quizen kijken om zelf mee te doen – zo trainen ze hun geheugen en dit kan zorgen voor enige vertraging van het dementieproces.

7.2 Initiatief

Zowel uit het kwantitatieve als het kwalitatieve onderzoek komt naar voren dat men meent dat televisieprogramma’s over het algemeen weinig invloed hebben op het tonen van initiatief. Uit beide onderzoeken blijkt dat alleen bij nieuws- en actualiteitenprogramma’s en de uitgesproken favoriete programma’s initiatief tonen in kleine mate naar voren komt. Vaak is het televisiekijken te omschrijven als meekijken

met de partner - het gemiddelde van 'initiatief tonen' bij de categorie amusement geeft daartoe al een indicatie. Tot op bepaalde hoogte wordt er wel moeite wordt gedaan om bepaalde programma's te kijken – de dementerenden kijken bijvoorbeeld graag naar nieuws en actualiteiten, maar het komt vaak voor dat ze vergeten wanneer programma's worden uitgezonden en dan missen ze een uitzending, zo zeggen zowel de partners als de dementerenden zelf.

De keren dat er initiatief wordt getoond, is dat tijdens een programma dat de dementerende echt interesseert of bij een programma dat uit gewoonte wordt gekeken. Er zijn bijvoorbeeld respondenten die laten weten al jaren een soapserie als *The Bold and The Beautiful* te kijken en die dagelijks te volgen, omdat dat bijdraagt aan de gezelligheid. De verhaallijnen zien ze tegenwoordig wel als ingewikkeld, maar omdat ze het programma associëren met gezelligheid blijven ze het toch kijken. Als het model van Hendriks Vettehen (1998) hierop wordt toegepast, zou gesteld kunnen worden dat de gezochte gratificatie gezelligheid is en dat men dit verkrijgt door te kijken naar programma's waaraan dit gevoel al jaren wordt gekoppeld.

Een andere programmacategorie, nieuws en actualiteiten, wordt in eerdere onderzoeken genoemd als de categorie die alleen bekeken wordt door dementerenden die in de beginfase van het dementieproces verkeerden (Heijmans, 2006). Echter, in de hier uitgevoerde onderzoeken is naar voren gekomen dat ook dementerenden die in volgende fases van het dementieproces zijn, nieuws- en actualiteitenprogramma's willen kijken. Het motief dat de dementerenden aanvoeren om nieuws en actualiteiten te kijken, is te omschrijven als 'contact met de realiteit en maatschappij behouden'. Daar de dementerende ouderen meestal binnenshuis zijn en bovendien vaak moeite hebben met het onthouden van dagelijkse gebeurtenissen, hebben ze het gevoel contact met de realiteit en de maatschappij te verliezen. Door het nieuws – dat een overzicht geeft van recente gebeurtenissen in de maatschappij – te volgen, wordt er een poging gedaan om dit contact te herstellen. De door Bruggenwirth (1986) genoemde motieven 'informatie/educatie' en 'verveling/eenzaamheid' spelen dus een grote rol bij het initiatief tonen tijdens televisie kijken. Eerstgenoemd motief is nog verder toe te spitsen; het draait namelijk niet om informatievergarig in het algemeen, maar om het verkrijgen van maatschappelijk georiënteerde nieuwsberichten, om contact met de maatschappij te

behouden. Dementie zorgt voor een wankel evenwicht en vanuit deze instabiele psychische achtergrond kijkt men televisie om te zorgen voor evenwicht en stabiliteit: vasthouden aan oude gewoontes en contact houden met de buitenwereld zorgt daarvoor. Dit wankele evenwicht bleek ook al uit de definitie van Bere Miesen die hij heeft ontwikkeld voor dementie.²⁷ Angst voor verlies van contact met de omgeving en verlies van de eigen identiteit leidt tot het zoeken naar evenwicht. Om die stabiliteit te bereiken nemen dementerenden het initiatief tot het kijken van nieuwsprogramma's en programma's die ze ook in gezonde tijden keken, om zo vast te houden aan die goede, oude tijd.

7.3 Gemoedstoestand

De partners van dementerende ouderen en de dementerenden zelf lijken het met elkaar eens te zijn dat televisieprogramma's de gemoedstoestand kunnen beïnvloeden. Deze categorie is voor het kwantitatieve onderzoek opgesplitst in twee delen: humeur en ontspanning. Omdat dit bij het kwalitatieve onderzoek niet is gedaan, en beide onderwerpen samen te behandelen zijn, wordt hier alles in één paragraaf samengevoegd. Verschillende programma's die invloed hebben op de gemoedstoestand worden genoemd in het kwalitatieve onderzoek; met name programma's met trage audiovisuele prikkelingen, zoals natuur- of muziekprogramma's of kerkdiensten²⁸. Deze resultaten bevestigen eerder onderzoek naar de invloed van televisieprogramma's op het humeur van dementerende ouderen (zie o.a. Heijmans, 2006; Blom, 2000). Daarbij kwam al naar voren dat programma's over muziek en natuur graag worden bekeken door dementerenden, omdat die programma's zorgen voor rust en ontspanning, elementen die zeker welkom zijn tijdens de chaos die ontstaat door het dementieproces. Waarschijnlijk zijn dementerende ouderen op zoek naar programma's die voldoen aan de behoefte van rust. Deze behoefte wordt voldaan door te kijken naar programma's die langzaam gemonteerd zijn en kalme (achtergrond)muziek combineren met rustige beelden. In

²⁷ Dementie is volgens Miesen een 'onveilige situatie, door het onvermogen continuïteit in de levensloop te beleven en door verlies van het Ik' (Miesen, 1990 in De Lange, 2004), zie ook het theoretisch kader.

²⁸ De religieuze programma's, zoals kerkdiensten, lijken voornamelijk een positieve invloed te hebben op de gemoedstoestand van dementerenden als zij affiniteit hebben met het geloof.

genoemde onderzoeken wordt ook gesteld dat dementerenden niet graag kijken naar quizen en televisieseries, omdat deze te druk zijn en moeilijk te volgen. Uit het kwalitatieve onderzoek blijkt echter dat dementerende ouderen graag kijken naar eenvoudige amusementprogramma's, zoals *Lingo* (TROS) en *Get the Picture* (AVRO). Amusementprogramma's die te druk zijn hebben juist een tegenovergestelde invloed; de show van Paul de Leeuw (*Mooi! Weer De Leeuw* – VARA) wordt daarom liever niet gekeken.²⁹ Ook de partners van dementerende ouderen hebben in het kwantitatieve onderzoek aangegeven dat de dementerenden juist graag quizen en spellen kijken – ook hier wordt met name *Lingo* regelmatig als 'favoriet programma' genoemd. De genoemde spelprogramma's zorgen overigens behalve voor rust en ontspanning, ook voor regelmaat in de levens van de kijkers. Het kijken naar deze programma's maakt deel uit van een vast ritueel: elke doordeweekse avond worden de programma's uitgezonden en dragen zo bij aan orde in het leven van de (vaak rusteloze) dementerende kijkers. Wellicht zijn de verschillen tussen dit en eerder onderzoek te wijten aan diversiteit wat betreft de fase van het dementieproces van de onderzochte dementerenden, of er komen in dit onderzoek andere Uses and Gratifications van deze programmacategorie naar voren. Sommige dementerenden geven namelijk aan graag naar spelletjes te kijken om te kunnen bijblijven en de cognitieve hersenactiviteiten te trainen: de woordspelletjes worden gezien als een soort test. Er wordt dan televisie gekeken vanuit het door Brugger (1986) genoemde educatiemotief – dat nog duidelijker kan worden omschreven als een 'training' motief, omdat het expliciet gericht is op het trainen van de cognitieve functies. Uit de twee onderzoeken zijn ook programma's naar voren gekomen die een andere invloed hebben op de gemoedstoestand van dementerenden. Nieuws- en actualiteitenprogramma's worden door bijna alle ondervraagde dementerende ouderen gekeken, maar zorgen niet voor positieve reacties. De dementerenden zeggen expliciet dat ze het nieuws wel kijken; niet omdat het bijdraagt aan hun gemoedstoestand, maar omdat het zorgt voor (meer) contact met de maatschappij. Ook uit het kwantitatieve onderzoek is gebleken dat nieuws en actualiteiten niet zorgen voor een grote invloed op het humeur of de mate van ontspanning. Daar deze programma's wel door bijna alle

²⁹ Sommige dementerende ouderen geven wel aan dit programma te kijken, maar bij verder doorvragen is gebleken dat ze dat uit gewoonte zeiden; het programma wordt beoordeeld als te druk en moeilijk te volgen.

respondenten worden gekeken, dient de motivatie van de kijkers in een andere hoek gezocht te worden. Gesteld zou kunnen worden dat nieuws en actualiteiten op een indirecte manier wel bijdragen aan een prettige gemoedstoestand van de dementerenden; het contact zorgt namelijk voor meer grip op de realiteit en een prettiger evenwicht.³⁰ De gezochte Gratification is dan rust en stabiliteit creëren.

Het televisiekijkgedrag heeft dus duidelijk invloed op de drie aspecten – interactie, initiatief en gemoedstoestand - van de ervaren kwaliteit van leven van dementerende ouderen. Men reageert in meer of mindere mate op de beelden en wil bewust keuzes maken om te investeren in de eigen gemoedstoestand en het contact met de nabije omgeving. De mate van invloed op de kwaliteit van leven verschilt tussen de genres. Dit is te verklaren door te kijken naar de motieven van de dementerenden om te kijken en de dementiefase. Een motief dat vooral naar voren komt bij het kijken naar nieuws en actualiteiten en een grote rol speelt in het televisiekijkgedrag is het willen ‘blijblijven’, het contact willen houden met de samenleving. Dit motief wordt boven het ‘vermaak/gezelligheid’-motief geplaatst – men kijkt tenslotte naar nieuwsprogramma’s, hoewel deze niet een positieve bijdrage leveren aan de gemoedstoestand.

Duidelijk is in ieder geval wel dat het huidige programma-aanbod niet geheel aansluit op de wensen en behoeften van de dementerenden. Gezien vanuit de Uses & Gratifications benadering, bepalen zij tenslotte hun motieven om televisie te kijken vanuit hun sociale en psychische achtergrond. Deze achtergrond is meestal te definiëren als eenzaam en instabiel – ouderen hebben nu eenmaal minder contacten met de buitenwereld en dementie zorgt voor een instabiel evenwicht in de levens van de patiënten. Hieruit zijn de motieven ‘informatie’, ‘rustige ontspanning’ en ‘gewenning’ af te leiden. Deze motieven worden niet altijd vervuld door de diverse programmagenres – televisie zou dus nog meer invloed op de kwaliteit van leven kunnen hebben dan het nu heeft.

³⁰ Zie voor correlatie tussen de factoren ook hoofdstuk 4, de discussie.

7.4 Interviewen dementerende ouderen

Het interviewen van dementerenden is niet eenvoudig. De handleidingen die worden aangeboden door o.a. McKillop en Wilkinson (2004) zijn daarbij zeer nuttig geweest. De ervaring die in dit onderzoek is opgedaan, wijst vooral uit dat een rustige benadering van de dementerende het meest effectief is. Ervoor zorgen dat het gesprek plaatsvindt in een aparte ruimte waar niemand het gesprek kan storen is essentieel. Als het gesprek niet bij de dementerende thuis gevoerd kan worden – zoals in dit onderzoek het geval was – kan een aparte – vertrouwde – ruimte in bijvoorbeeld de dagbehandeling ook voldoen. Verstandig is om hierbij niet te kiezen voor een kantoorruimte, maar eerder voor een hoekje in een ‘normale’ gespreksruimte, of, indien het weer het toelaat, op een terras in de schaduw. Een kantoorruimte wordt al snel geassocieerd met officiële gesprekken; de dementerende voelt zich daarbij minder op hun gemak en het gesprek zal daardoor wellicht minder soepel verlopen.

Cognitieve stoornissen

Tijdens het interviewen dient rekening gehouden te worden met de cognitieve stoornissen van de dementerende. Het is niet ongewoon dat vragen niet worden beantwoord of dat men onverwacht anekdotes vertelt die (schijnbaar) niets te maken hebben met het interview. Het is dan zaak om het gesprek alsnog richting de vraag te sturen. Dit kan door bijvoorbeeld een verband te leggen tussen de anekdote en de vraag. Zo is het voorgekomen dat een respondent regelmatig over haar tuin begon te praten als er iets werd gevraagd over televisieprogramma's. Er is toen voor gekozen om in te gaan op haar interesse voor de natuur. Door te vragen of ze bijvoorbeeld ook graag naar tuinierprogramma's kijkt – of natuurprogramma's in het algemeen – wordt haar anekdote niet genegeerd, maar krijgt deze juist een belangrijke plek in het interview. Een andere respondent vertelde graag – te pas en te onpas – over zijn uitgebreide collectie muziekboeken. Aan hem werd gevraagd of hij graag naar muziekprogramma's kijkt. De respondenten voelen zich op deze manier gehoord en worden toch op zachte manier teruggestuurd naar het interview.

Emoties

Ontremmingen van emoties zijn een mogelijk gevolg van dementie (Van Loon, 2006). Het kan daarom gebeuren dat een respondent tijdens het interviewen onverwacht emotioneel reageert op een vraag, omdat een onderwerp onprettig is om over te praten. Er worden bijvoorbeeld vervelende herinneringen opgeroepen door een programma – men praat bijvoorbeeld over het algemeen niet graag over geweld of oorlogsbeelden op televisie. Deze onderwerpen kunnen wel worden aangesneden – niet iedereen reageert er onverwacht emotioneel op – maar het is belangrijk om hierbij te letten op de manier waarop de respondenten reageren, zowel verbaal als non-verbaal. Mocht een respondent moeite hebben met het onderwerp, dan is het belangrijk hier voorzichtig mee om te gaan en niet zomaar alle op rol staande vragen te stellen.

Het interviewen van dementerenden is dus een intensieve manier van onderzoek uitvoeren. Er is echter veel waardevolle informatie te verkrijgen via de dementerenden zelf en het is daarom zeker aan te raden om in volgende onderzoeken deze methode toe te passen. Wellicht kan deze kwalitatieve onderzoeksvorm ook worden toegepast op de partners van dementerende ouderen, omdat zo meer informatie verkregen kan worden dan via een vragenlijst waarbij de onderwerpen al zijn bepaald. Er zijn dus nog diverse aspecten die verbeterd kunnen worden – niet voor niets is dit een exploratief onderzoek – maar duidelijk is wel dat het combineren van diverse onderzoeksvormen interessante resultaten kan opleveren.

Hoofdstuk 8. Discussie

Het onderzoek heeft interessante resultaten opgeleverd en biedt zeker mogelijkheden tot het uitvoeren van volgende onderzoeken naar het televisiekijkgedrag van dementerende ouderen, maar er zijn wel enkele aanmerkingen te maken en verschillende punten ter verbetering te noemen, zowel wat betreft het kwantitatieve als het kwalitatieve onderzoek. Aanmerkingen en suggesties gericht op het kwalitatieve onderzoek worden eerst besproken en de laatste paragraaf is gewijd aan evaluatie van de interviewtechnieken die toe te passen zijn tijdens het ondervragen van dementerende ouderen.

8.1 Kwalitatief en kwantitatief onderzoek

Het onderzoek naar de partners van dementerende ouderen heeft door de tijdsperiode van het onderzoek enkele beperkingen. Zo zijn de respondenten die hebben meegewerkt aan dit kwantitatieve onderzoek allen bezoekers van het Alzheimer Café. Omdat daar meer vrouwelijke dan mannelijke partners van dementerenden komen, zo bleek tijdens de bezoeken, zijn de lijsten door meer vrouwen dan mannen beantwoord; de verdeling man-vrouw is daarom niet te zien als een representatieve afspiegeling van de Nederlandse maatschappij. Bovendien zijn de vragenlijsten slechts ingevuld door een kleine groep respondenten; daarom dient er rekening mee gehouden te worden dat de resultaten geen betrekking hebben op dementerenden in het algemeen, maar op een beperkte groep van hen. Door bij vervolgonderzoek de criteria ruimer te formuleren (en bijvoorbeeld niet alleen partners de vragenlijst voorleggen, maar ook andere mantelzorgers), kan wellicht een grotere steekproef worden gevormd en kan het onderzoek nog meer waardevolle resultaten leveren.

Het kwalitatieve onderzoek is net als het kwantitatieve onderzoek gebaseerd op een beperkt aantal respondenten. In verband met de beperkte tijd die beschikbaar was om het onderzoek uit te voeren bestaat de groep respondenten uit vijftien personen die zijn geselecteerd in drie Ontmoetingscentra. De resultaten van het onderzoek zijn dus niet

zonder meer te generaliseren naar een grote, algemene groep dementerenden, maar bieden wel mogelijkheden voor verder onderzoek.

De vragen in de vragenlijst van het kwantitatieve onderzoek zijn gegroepeerd in verschillende categorieën. Er is voor gekozen om de vragen op deze manier aan te bieden aan de respondenten, omdat uit onderzoek is gebleken dat ouderen moeite kunnen hebben met het invullen van meerkeuzevragenlijsten. Door vragen over hetzelfde onderwerp bij elkaar te plaatsen, is de vragenlijst overzichtelijker en begrijpelijker voor hen. Indien de vragen die over hetzelfde onderwerp gaan door elkaar zouden zijn geplaatst, kan er verwarring ontstaan onder de oudere respondenten. Een nadeel van deze groepering is wel dat het moeilijk te controleren is in hoeverre de vragen echt samengevoegd kunnen worden in groepen en zo gegroepeerd geanalyseerd kunnen worden. Vervolgonderzoek is hierbij daarom nodig.

De onderwerpen die in het kwalitatieve onderzoek aan bod zijn gekomen zijn in verband met de tijdsperiode van het onderzoek redelijk beperkt gehouden, maar kunnen uiteraard worden uitgebreid: er kan meer en verder gevraagd worden naar de motieven van de dementerenden, naar de tijden waarop ze kijken etc.

De respondenten van het kwantitatieve onderzoek hebben regelmatig de mogelijkheid benut om na het invullen van de vragenlijst de vragen te evalueren of algemene opmerkingen er over te maken. Velen gaven aan dat de vraag wat betreft de fase waarin de dementerende verkeert, moeilijk te beantwoorden is: zij kunnen de fase van dementie van hun partner meestal slechts schatten en niet exact benoemen. Deze vraag is daarom niet betrokken bij het onderzoek: de antwoorden zijn te subjectief en bovendien twijfelen de respondenten te veel over de correctheid van de antwoorden. In een volgend onderzoek is het belangrijk dat hiervoor een oplossing wordt gevonden; informatie over het niveau van dementie waarin de dementerenden verkeren is moeilijk te achterhalen, maar kan wel een interessante uitbreiding en verdieping van het onderzoek opleveren. Wellicht is het beter niet te verwijzen naar 'fase 1, 2, 3 of 4', maar bijvoorbeeld gebruik te maken van termen als 'licht, matig, matig-ernstig of zeer ernstig dementerend': dit is makkelijker te interpreteren.

Twee respondenten gaven aan dat zij graag zouden willen hebben kunnen noteren dat hun dementerende partners zich storen aan de overheersende achtergrondmuziek van diverse programma's. Het komt, volgens hen, regelmatig voor dat presentatoren of gasten moeilijk verstaanbaar zijn. Indien het geluid van de televisie harder wordt gezet om het gevoerde gesprek te kunnen volgen, wordt automatisch ook het volume van de achtergrondmuziek verhoogd; dit wordt als erg vervelend ervaren. Dit soort aspecten zijn niet besproken in de vragenlijst en het zou interessant kunnen zijn om de onderzoeksopzet van het kwalitatieve en kwantitatieve deel aan te passen: door niet te beginnen met het kwantitatieve onderzoek maar juist met het kwalitatieve deel, kan de informatie die voortkomt uit de afgenomen interviews met de dementerenden gebruikt worden om de vragenlijsten voor de partners te ontwikkelen. Echter, zoals het onderzoek nu is uitgevoerd, is wel duidelijk zichtbaar op welke punten overeenkomsten en verschillen zijn tussen de dementerenden en hun partners.

Bij het uitvoeren van het kwalitatieve onderzoek is er voor gekozen om de interviews af te nemen zonder notities op tafel te hebben liggen, want dat kan een intimiderend effect hebben, zoals door McKillop en Wilkinson (2004) werd uitgelegd. Alle vragen zijn daarom uit het hoofd gesteld – niet alle vragen zijn daarom in dezelfde volgorde gesteld. (Overigens werd door het gesprek zelf ook de vragenvolgorde beïnvloed: sommige antwoorden van de respondenten riepen nieuwe vragen op, die in eerste instantie niet op de lijst stonden). De verschillende volgorde van vragen vraagt tijdens het verwerken van de antwoorden iets meer tijd – een mogelijk nadeel waarvan kan worden overwogen om het te omzeilen tijdens vervolgonderzoeken.

Een ander idee voor toekomstige onderzoeken gericht op het televisiekijkgedrag van dementerende ouderen is het verzorgen van visuele prikkelingen om uitgebreidere antwoorden te verkrijgen. Door bijvoorbeeld een tv-gids bij interview te houden, is het makkelijker om programmatitels en –tijden sneller te achterhalen. Dit kan voor zowel de geïnterviewde als de interviewer zelf een nuttig hulpmiddel zijn. Verschillende ondervraagde dementerenden hadden immers moeite met het noemen van programmatitels.

Appendix A. Symptomen en oorzaken van dementie

Symptomen

Symptomen die duidelijkheid geven over het stadium waarin het dementieproces zich bevindt, kunnen worden verdeeld in twee groepen: cognitieve en psychologische symptomen (Wind en Boersma in Jonker, 2001). Onder cognitieve symptomen vallen stoornissen op het gebied van geheugen, taal, ruimtelijk inzicht, oordeelsvermogen en complexe handelingen – zoals koken, financiën beheren en nieuwe situaties kunnen overzien. Behalve deze cognitieve stoornissen is het ook mogelijk dat er niet-cognitieve veranderingen optreden. In deze tweede groep vallen stemming- en gedragsproblemen (Wind en Boersma in Jonker, 2001). Al deze stoornissen duiden op zich uiteraard niet op dementie, verdere onderzoeken via bijvoorbeeld de huisarts zijn essentieel voordat de diagnose ‘dementie’ gesteld kan worden (www.alzheimer-nederland.nl).

Oorzaken

Zoals het ziekteverloop van de diverse vormen van dementie verschilt per patiënt, zo is er ook geen eenduidige oorzaak aan te wijzen wat betreft het ontstaan van de ziekte. De stichting Alzheimer Nederland geeft aan dat er meer dan zestig oorzaken bekend zijn die kunnen leiden tot dementie (www.alzheimer-nederland.nl). Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, het RIVM (2000) groepeert deze oorzaken in drie globale factoren. Ten eerste is er de factor ‘exogene determinanten’: de fysieke en sociale omgeving en de leefstijlaspecten, zoals voeding, lichamelijke activiteit en roken. Deze eerste groep heeft een directe invloed op de tweede factor, de persoonskenmerken, zoals bloeddruk, lichaamsgewicht en erfelijk bepaalde ziektes. Ten slotte is er de factor zorg en preventie: het niveau van de gezondheidszorg, ziektepreventie en gezondheidsbescherming. Miesen houdt een andere indeling aan. Volgens hem zijn er zes mogelijke oorzaken van dementie: erfelijkheid, het zenuwstelsel, prikkeloverdrachtstoffen, een langzame virusziekte, het afweersysteem of vergiftiging (Miesen, 1997). Epidemiologe Van Duijn benadrukt ook de invloed van genen bij het vóórkomen van dementie: er bestaan erfelijke en niet-erfelijke vormen van dementie. Als

iemand in een familie aan een erfelijke vorm van dementie lijdt, dan is de kans groot dat bij leden van dezelfde familie eenzelfde diagnose dementie vaker dan gemiddeld gesteld wordt. Een eenduidige oorzaak noemen is moeilijk, omdat er vaak sprake is van diverse oorzaken die elkaar beïnvloeden (Miesen, 1997).

Appendix B. Bekende vormen van dementie

Vormen van dementie

Dementie kan voorkomen in primaire en secundaire vorm. Primaire dementie, ofwel dementie van de eerste orde, omvat dementievormen waarbij er in eerste instantie sprake is van hersenafwijkingen, terwijl lichamelijke gebreken pas later ontstaan of zelfs uitblijven. Bekende primaire vormen van dementie zijn onder andere de ziekte van Alzheimer, Huntington en Creutzfeldt-Jacob. Primaire dementie kan weer worden onderverdeeld in drie typen – waartussen overigens geen strikte grenzen tussen te stellen zijn, zo stelt zenuwarts Verhey in *Alzheimer en andere vormen van dementie* (2001).

Deze typen zijn corticale, subcorticale en frontotemporale dementie. Corticale dementie, waartoe de ziekte van Alzheimer wordt gerekend, heeft als belangrijkste kenmerken geheugenstoornissen en stoornissen als afasie, apraxie en agnosie. Subcorticale dementie, zoals de ziekte van Huntington, wordt gekenmerkt door stoornissen in aangeleerde complexe vaardigheden, stoornissen in ‘het opdiepen van informatie uit het geheugen’, vertraging van het denken en handelen en affectie-veranderingen. Het herkennen van objecten en mensen blijft opvallend genoeg relatief intact. Kenmerkend voor frontotemporale dementie (FTD) zijn stoornissen in plannen en evalueren, gedragsveranderingen zoals verruwing van het sociale gedrag. Geheugenstoornissen komen meestal pas in een later stadium naar voren (Verhey in Jonker, 2001).

Secundaire dementie, ofwel dementie van de tweede orde, ontstaat door afwijkingen in het lichaam. De lichamelijke afwijkingen, zoals een beroerte of ontstekingen, hoeven op zich niet te leiden tot dementie, maar kunnen er wel een gevolg van zijn. Bekende voorbeelden van secundaire dementie zijn de ziekte van Parkinson en vasculaire dementie, oftewel multi-infarctdementie (Miesen, 1997). Langdurig alcoholmisbruik of een langzaam-virusziekte, zoals aids, kunnen ook secundaire dementie veroorzaken (Jonker, 2001).

De ziekte van Alzheimer

De ziekte van Alzheimer komt in verschillende vormen voor: zowel bij jongere (type I) als oudere mensen (type II) en zowel in erfelijke als in niet-erfelijke vorm. Belangrijke eigenschappen van Alzheimer zijn het ‘sluipende begin’ en de ‘langzaam progressieve achteruitgang van cognitieve functies’ (Jonker, 2001:137-142). Deze achteruitgang betreft diverse functies: het opslaan en ophalen van informatie uit het (korte-termijn)geheugen wordt steeds moeilijker, het taalgebruik verarmt, het taalbegrip neemt af en praktische handelingen, zoals koffie zetten of een cd-speler bedienen, worden steeds moeilijker om uit te voeren. Ook het herkennen van dagelijkse producten zoals melk of schoonmaakmiddelen en zelfs van vertrouwde gezichten uit de nabije familie wordt moeilijk. In alledaagse conversaties kunnen al deze stoornissen nog verhuld worden, maar tijdens complexere situaties komen ze snel naar voren (Jonker, 2001).

Lewy Lichaampjes dementie (LLD)

Lewy Lichaampjes dementie wordt gezien als de tweede meest voorkomende vorm van dementie. Meestal komen de eerste verschijnselen van LLD naar voren tussen het vijftigste en tachtigste levensjaar van de patiënt. Stoornissen bij deze vorm van dementie zijn van uiteenlopende orde, maar de eerste symptomen zijn meestal van psychiatrische aard - zoals verwardheid, visuele hallucinaties en gedragsstoornissen. Behalve een lichte vorm van vergeetachtigheid komen er in het eerste stadium geen duidelijke geheugenstoornissen naar voren. Naarmate LLD vordert, worden de problemen op motorisch, sociaal en cognitief gebied groter. Hierbij kan sprake zijn van grote fluctuaties in de mate van cognitief functioneren: stoornissen en heldere momenten kunnen elkaar binnen enkele minuten afwisselen (Weinstein et al. in Jonker, 2001).

Vasculaire dementie

De neuroloog Hijdra geeft in zijn artikel over vasculaire dementie een definitie van deze vorm: ‘een dementiesyndroom dat wordt veroorzaakt door vasculaire hersenschade’ (Hijdra in Jonker 2001:178). Een patiënt met vasculaire dementie leeft gemiddeld ongeveer zes à zeven jaar na openbaring van de ziekte. Geschat wordt dat vasculaire

problemen ongeveer twintig procent van alle dementieën veroorzaken (Rozemuller et al. in Jonker, 2001). In de eerste fase van deze vorm van dementie komen voornamelijk motorische en neurologische stoornissen voor, zoals loopstoornissen en (gedeeltelijke) verlammingen. Hiermee onderscheidt vasculaire dementie zich duidelijk van de ziekte van Alzheimer, waarbij motorische stoornissen meestal uitblijven (Hijdra in Jonker, 2001).

Frontotemporale dementie (FTD)

Deze vorm van dementie, ook bekend als de ziekte van Pick, bestaat in erfelijke en niet-erfelijke vorm. FTD komt meestal tot uiting rond het vijfenvijftigste levensjaar en heeft een ziekte duur van vijf tot vijftien jaar. Door het sluipende begin wordt de diagnose vaak pas laat gesteld. De eerste ziektekenmerken komen tot uiting op sociaal vlak: de patiënt functioneert minder goed op het werk en in de persoonlijke omgeving. Met name emotionele onverschilligheid, ongedurigheid en zwerfgedrag komen naar voren. Ook spraakstoornissen komen naar voren, zij het in een later stadium dan bij de ziekte van Alzheimer. Het taalbegrip blijft relatief intact, net als het geheugen. De stoornissen zijn vooral op het niveau van persoonlijkheid en op sociaal vlak: de patiënt mengt zich minder in gesprekken en geeft geen uitgebreide antwoorden (Van Swieten in Jonker, 2001).

Appendix C. Onderzoeken SF-36 en NPI-Q

SF-36

De Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey (SF-36) vragenlijst is ontworpen door Ware et al. (1993) en werd in eerste instantie toegepast om een gezondheidsonderzoek uit te voeren: de Medical Outcomes Study (MOS) (Ware in Fayers en Machin, 2000). Dit tweejarige onderzoek richtte zich op het meten van de kwaliteit van leven van chronisch zieke mensen aan de hand van de fysieke, mentale en algemene gezondheidstoestand (www.rand.org). De uitslagen van de SF-36 werden gebruikt voor de klinische praktijk- en onderzoekswereld, de evaluatie van het gezondheidsbeleid en algemene populatieonderzoeken (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov>). De vragenlijst is echter in een kort tijdsbestek in diverse vakgebieden populair geworden, wellicht omdat het een moderne vragenlijst is (veel andere vragenlijsten zijn reeds ontwikkeld in de jaren tachtig) en deze zich meer richt op emotionele, sociale en existentiële aspecten dan de voorheen ontwikkelde lijsten. Een ander belangrijk voordeel ervan is dat de vragen zelfstandig kunnen worden ingevuld door de patiënten (Ware in Fayers en Machin, 2000).

De SF-36 lijst is op te splitsen in twee delen. Enerzijds richten de vragen zich op het fysieke welzijn van de patiënt, anderzijds op het mentale welzijn. Het deel van de SF-36 vragenlijst, gericht op het mentale welzijn, is verdeeld in vijf elementen, te weten vitaliteit, sociaal functioneren, emotionele rollen en geestelijke gezondheid. Bovendien is er een algemeen deel, bestaande uit twee vragen, die zich richten op hoe de patiënt zijn eigen gezondheid nu ervaart, in vergelijking met zijn gezondheidssituatie een jaar geleden (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov>).

NPI-Q

De Neuropsychiatrische Vragenlijst-Questionnaire (NPI-Q) is ‘ontwikkeld om in het alledaags klinische werk neuropsychiatrische symptomen beknopt in kaart te brengen.’

De vragenlijst wordt toegepast bij het onderzoeken van het gedrag van dementerenden; zij behoren immers tot de groep neuropsychiatrische patiënten.³¹ (www.psychiatrie.net).

In de NPI-Q worden twaalf dimensies genoemd die van belang zijn bij het onderzoeken van het gedrag van genoemde groep. Deze twaalf dimensies zijn: wanen, hallucinaties, agitatie of agressie, depressie of dysforie, angst, euforie of opgetogenheid, apathie of onverschilligheid, ontremd gedrag, prikkelbaarheid of labiliteit, ‘doelloos’ repetitief gedrag, gedrag 's nachts en eetlust of eetgedrag. In de NPI-Q worden, wat betreft deze twaalf dimensies, twee gebieden onderzocht: de ernst van de situatie voor de patiënt zelf en de emotionele belasting ervan voor de partner (Dementiehandboek, 2005).

³¹ Neuropsychiatrie richt zich op mentale stoornissen: stoornissen in de hersenen en geest.

Appendix D. Begeleiding en opvang dementerende ouderen

Het Alzheimer Café

Het eerste Alzheimer Café werd tien jaar geleden opgericht in Leiden. Inmiddels zijn deze Cafés verspreid over heel Nederland: er zijn 127 Alzheimer Cafés in verschillende steden en kleinere plaatsen. Miesen heeft zich bij het opstellen van de Alzheimer Café formule met name gericht op de gehechtheidstheorie van John Bowlby.³² Het doel van het Café bestaat uit drie aspecten. Ten eerste is het belangrijk dat er informatie over de psychosociale aspecten van dementie wordt verstrekt. Ten tweede is het Café gericht op het bevorderen van de communicatie tussen de patiënt en de familie. Tenslotte is het Café opgericht om het isolement van zowel de patiënt als de familie te verminderen – en indien mogelijk zelfs te voorkomen.

Elke maand is er in het Café een informele bijeenkomst, waarin de dementerenden een actieve rol hebben: zij zijn aanwezig bij de bijeenkomsten en nemen deel aan de gesprekken. De bijeenkomsten vinden normaal gesproken niet daadwerkelijk plaats in een café; meestal is er een ruimte beschikbaar gesteld in een buurthuis, een verzorging- of verpleeghuis of in een kerk. De samenkomsten in de cafés zijn zeer vrijblijvend opgezet: bezoekers hoeven zich niet van te voren aan te melden.

Elke bijeenkomst is op eenzelfde manier gestructureerd: de avond is opgedeeld in enkele halve uren: het eerste halfuur is er ruimte voor ontvangst van de bezoekers. Een kort welkomstwoord volgt, waarin het thema van die dag wordt uitgelegd. Deze thema's zijn zeer uiteenlopend: van bewindvoering en andere juridische aspecten tot 'leven na de diagnose'. Het volgende half uur is er een spreker aan het woord; meestal betreft het hier een deskundige op een bepaald gebied van dementie – een huisarts, psycholoog, maatschappelijk werker of jurist. Na deze spreker is er een half uur pauze, waarin de bezoekers elkaar kunnen spreken en de informatie kunnen verwerken. Vervolgens is er

³² Zie ook hoofdstuk 2 over gehechtheidsgedrag en dementie.

nog een half uur ruimte voor het stellen van vragen aan de deskundige of aan elkaar en kunnen er ervaringen worden uitgewisseld (www.alzheimer-nederland.nl).

Ontmoetingscentra – voor mensen met dementie en hun verzorgers

In 1993 werd op initiatief van Stichting Valerius en VU Medisch Centrum in Amsterdam het eerste Ontmoetingscentrum voor mensen met dementie en hun mantelzorgers opgericht. Inmiddels zijn er 24 Ontmoetingscentra in diverse regio's in Nederland. De ontmoetingscentra zijn opgericht voor enerzijds mensen met een lichte tot matige vorm van dementie en anderzijds voor hun mantelzorgers: meestal familie, vrienden of burens. Net als het Alzheimer Café is ook het ontmoetingscentrum gebaseerd op een filosofie die gelieerd is aan de theorieën rondom dementie, in dit geval het besproken adaptatie-copingmodel van Droës. De centra zijn opgericht omdat de zorgende familieleden van mensen met dementie die thuis wonen, een verhoogd risico op gezondheidsproblemen hebben vergeleken met de algemene bevolking. In de Ontmoetingscentra kunnen ze onder andere terecht voor hulp en ondersteuning om de mantelzorg te verlichten (www.ontmoetingscentradementie.nl).

De begeleiding bestaat uit een klein team: een programmacoördinator, een activiteitenbegeleider en een verzorgende, door wie diverse programma's worden opgezet. Er is een tweewekelijkse gespreksgroep, er zijn regelmatig informatieve bijeenkomsten en het is mogelijk om praktische hulp te krijgen bij het regelen van bijvoorbeeld zorg aan huis of een verpleeghuisopname. Speciaal voor de dementerenden zelf worden er in de dagsociëteit recreatieve activiteiten aangeboden – zo'n drie dagen per week. Ook zijn er gezamenlijke activiteiten voor zowel de dementerenden als de mantelzorgers en is er wekelijks de mogelijkheid om langs te gaan op het spreekuur van een deskundige.

Het belangrijkste verschil tussen ontmoetingscentra en 'normale' dagbehandelingen is dat de ontmoetingscentra zich niet alleen richten op de dementerenden, maar ook op de mantelzorgers. (www.ontmoetingscentradementie.nl).

Literatuur en overige bronnen

Blom, M., Tjadens, F. & Withagen, P. (2000). *Weten van vergeten. Tips en adviezen bij het omgaan met dementie*. Utrecht: NIWZ Uitgeverij.

Bos, J. (2006). *Bewegen als communicatiemiddel*. In Plaats, A. van der. (Ed.). (2006). *Nieuws onder de zon! De meest recente inzichten in het leven en wonen van dementerende ouderen*. Nijmegen: UMC St. Radboud/PAOG Heyendaal. 18-19.

Bowling, A. (2005). *Measuring Health. A review of quality of life measurement scales*. Berkshire: Open University Press.

Brand-Koolen, M.J.M. (1972). *Factoranalyse in het sociologisch onderzoek: explicatie en evaluatie van enige modellen*. Leiden: Stenfert Kroese.

Bryant, J. & Zillmann, D. (Eds.). (1991). *Responding to the Screen. Reception and Reaction Processes*. New Jersey, Hove, Londen: Lawrence Erlbaum Associates.

Buntix, F., Lepeleire, J. de & Ylieff, M. (Eds.). (2006). *Zorg voor dementerenden in België. Honderd vragen en antwoorden op basis van het Qualidem-onderzoek*. Antwerpen/Apeldoorn: Garant.

Campen, C. van. (Ed.). (2006). *Gezond en wel met een beperking. Ervaren kwaliteit van leven en functioneren van mensen met langdurige lichamelijke beperkingen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Delft, J.H. van. (2006). *Wanneer is hier de tijd voorbij? Demente ouderen aan het woord*. Amsterdam: Anthos.

Heijmans, L. (2006). *De vergeten doelgroep. Over nut en noodzaak van televisie voor dementerende ouderen*. Masterthesis, Erasmus Universiteit Rotterdam.

Hendriks Vettehen, P. (1998). *Conceptualisering en operationalisering van het begrip "motief" in uses & gratifications onderzoek*. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen.

Jonker, C. (2002). *Dementie: Ziekte of veroudering*. Amsterdam: Vrije Universiteit.

Fayers, P. & Machin, D. (2000). *Quality of Life. Assessment, Analysis and Interpretation*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd.

Lange, J. de. (2004). *Omgaan met dementie*. Utrecht: Trimbos-Instituut.

- Loon, J. van. (2006). *Mijn partner raakt de weg kwijt. Omgaan met dementie*. Pearson Education Benelux.
- Memelink, R. (2007). *Statistiek voor marktonderzoek*. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff.
- Miesen, B. (1997). *Dement. Zo gek nog niet*. Utrecht/Antwerpen: Kosmos-Z&K.
- Miesen, B. (1990). *Gehechtheid en dementie: ouders in de beleving van dementerende ouderen*. Katholieke Universiteit Nijmegen.
- Miesen, B. (2002). *Het Alzheimer Café*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Munichs, J. & Miesen, B. (Eds.). (1987). *Gehechtheid in relaties. Cahiers in perspectief*. Van Loghum Slaterus.
- Musschenga, A.W. (1987). *Kwaliteit van leven: criterium voor medisch handelen*. Baarn: Ambo.
- Nispen, R.M.A., Beek, A.P.A. van & Wagner, C. (2005). *Verantwoorde zorg en kwaliteit van leven bij cliënten in verpleeg- en verzorgingshuizen: een kwalitatief onderzoek. Deelrapport 1*. Utrecht: Nivel (Arcare).
- Peeters, A., Jager, R. & Kalfs, N. (2005). *Wie kijkt? De meting achter de kijkcijfers*. Amsterdam: Boom Onderwijs.
- Plaats, A. van der. (2006). *De wondere wereld van de dementie*. In Plaats, A. van der (2006). *Nieuws onder de zon! De meest recente inzichten in het leven en wonen van dementerende ouderen*. Nijmegen: UMC St. Radboud/PAOG Heyendaal. 14-15.
- Tester, S. (1996). *Community care for older people: a comparative perspective*. New York: St. Martin's Press.
- Gool, W. van. (2001). *Dementie en misverstand*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- Hilt, M.L. & Lipschultz, J.H. (2005). *Mass Media, an Aging Population, and the Baby Boomers*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Riggs, K.E. (1998). *Mature Audiences. Television in the Lives of Elders*. New Jersey: Rutgers University Press.
- Verhey, F.R.J. (2007). *De psychiater in het verpleeghuis*. Tijdschrift voor Psychiatrie 49-9, 593-595.

Internetbronnen

<http://www.alzheimer nederland.nl> – website van Alzheimer Nederland. Geraadpleegd februari-juli 2007.

www.cbs.nl – website van Centraal Bureau voor de Statistiek. Geraadpleegd mei/juni/juli 2007.

<http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/dossiers/vergrijzing/publicaties/persberichten/2006-117-pb.htm>.

<http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/mens-maatschappij/gezondheid-welzijn/publicaties/persberichten/2006-711-pb.htm>

<http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/mens-maatschappij/gezondheid-welzijn/publicaties/persberichten/2006-711-pb.htm>

<http://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/9F14A8D3-5714-444F-821C-C3B6451761A3/0/index1050.pdf>

[http://statline.cbs.nl/StatWeb/Table.asp?STB=T&LA=nl&DM=SLNL&PA=70660ned&D1=10,25,27,29,31,33,35,37-38,41,83,85,88,90,92,94,96,98,101,116&D2=0,5,\(1-1\),1&HDR=G1](http://statline.cbs.nl/StatWeb/Table.asp?STB=T&LA=nl&DM=SLNL&PA=70660ned&D1=10,25,27,29,31,33,35,37-38,41,83,85,88,90,92,94,96,98,101,116&D2=0,5,(1-1),1&HDR=G1).

<http://statline.cbs.nl/StatWeb/table.asp?TT=2&LA=nl&DM=SLNL&PA=70655ned&D1=0-4&D2=0,12-16,37-41,63&D3=1&HDR=&STB=G1,T&LYR=G2:0>

www.kro.nl – website van omroep KRO. Geraadpleegd oktober 2007.

<http://tschaepmetdevijfpooten.kro.nl/>

www.ncbi.nlm.gov – website van National Centre for Biotechnology Information. Geraadpleegd: maart 2007.

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=1593914&dopt=Abstr&holding=f1000,f1000m,isrcn

www.omroepmax.nl – website van omroep Max. Geraadpleegd: juli/augustus 2007.

<http://www.omroepmax.nl/?waxtrapp=lf gobDsHnHUVGYJ>

<http://www.omroepmax.nl/?waxtrapp=trkbzCsHnHUVGgBZ&zoekSite=tineke+de+nooy>

www.ontmoetingscentradementie.nl – website van de ontmoetingscentra voor mensen met dementie & hun mantelzorgers. Geraadpleegd: februari-juni 2007.

www.psychiatrienet.nl – website van psychiaters, onafhankelijke selectie van belangrijkste sites. Geraadpleegd: maart 2007.

http://www.psychiatrienet.nl/oudesite/files/NPI-Q_N_V_toelichting_en_vragenlijst.pdf

www.rand.org – website van RAND Corporation. Geraadpleegd: maart 2007.

http://www.rand.org/health/surveys_tools/mos/

www.rivm.nl – website van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
Geraadpleegd: maart 2007.

http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o1471n17535.html

www.rotterdamzoo.nl – website van Diergaarde Blijdorp. Geraadpleegd augustus 2007.

<http://www.rotterdamzoo.nl/?DocID=3512>

www.sf-36.com – website met SF-tools. Geraadpleegd maart 2007.

<http://www.sf-36.org/tools/sf36.shtml>

www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl – website van Tijdschrift voor Psychiatrie.
Geraadpleegd: maart 2007.

<http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/meetinstrumenten/download.php?id=36>

www.who.int/countries/nld/en – website van de Wereldgezondheidsorganisatie.
Geraadpleegd april 2007.

http://www.who.int/mental_health/media/en/781.pdf