

KATHOLIEKE UNIVERSITEIT LEUVEN

FACULTEIT PSYCHOLOGIE EN PEDAGOGISCHE WETENSCHAPPEN

Afdeling Orthopedagogiek

**WELBEVINDEN EN BETROKKENHEID TIJDENS HET
SNOEZELLEN BIJ KINDEREN MET EEN ERNSTIG
MEERVOUDIGE HANDICAP**

Verhandeling aangeboden tot het verkrijgen
van de graad van Licentiaat in de
Pedagogische Wetenschappen

Kristien Hermans en Leen Vanermen
o.l.v. Prof. dr. Bea Maes

2006

Kristien Hermans en Leen Vanermen,

Welbevinden en betrokkenheid tijdens het snoezelen bij kinderen met een ernstig meervoudige handicap
Verhandeling aangeboden tot het verkrijgen van de graad van Licentiaat in de Pedagogische Wetenschappen,
juni 2006.

Promotor: Prof. dr. Bea Maes.

Het Balanske vzw (Vlaams-Brabant) is een vrijetijdscentrum voor kinderen met een handicap en hun gezin. Samen met de Emiliusschool (Nederland) startten zij een project om het concept en de methodiek van het snoezelen uit te werken. Ons onderzoek sluit aan bij dit project en heeft als bedoeling om via directe observatie het welbevinden en de betrokkenheid tijdens het snoezelen na te gaan bij kinderen met een ernstig meervoudige handicap.

In het eerste hoofdstuk belichten we de doelgroep van ons onderzoek. Een handicap wordt in de huidige maatschappij niet meer gezien als een persoonskenmerk, maar als een kenmerk van het functioneren van een persoon binnen de context van de samenleving. In de omschrijving van het begrip “ernstig meervoudige handicap” komt deze aanbodzijde echter minder aan bod. Aan deze nieuwe belichting van de term handicap worden een aantal nieuwe visies gekoppeld, zoals volwaardig burgerschap en inclusie. Mensen met een ernstig meervoudige handicap hebben zeer diverse ondersteuningsnoden, dit onder andere op cognitief gebied en op het gebied van adaptief gedrag. Hoe deze noden te rijmen vallen met de nieuwe visies op mensen met een handicap, leest u in de laatste paragraaf van dit hoofdstuk.

We maken kennis met het snoezelen in het *tweede hoofdstuk*. We bekijken de ontstaansgeschiedenis en omschrijven het begrip. Het woord snoezelen is ontstaan uit een samentrekking van het woord snuffelen en het woord doezelen. Door deze twee termen wordt meteen naar de twee hoofdaspecten van het snoezelen verwezen, met name een activerende en een relaxerende component. Bij het snoezelen wordt er op een sfeervolle manier genoten van zintuiglijke stimuli. Een warmwaterbed en een ballenbad zorgen bijvoorbeeld voor sensorische stimulatie. Ook de principes en doelstellingen van het snoezelen komen in dit hoofdstuk aan bod. De doelgroepen die kunnen genieten van het snoezelen zijn heel divers. Ook de plaatsen waar men kan snoezelen blijven niet beperkt tot een snoezelruimte. Ten slotte belichten we de voorwaarden waaraan een snoezelruimte moet voldoen en de praktische inrichting ervan.

In een *derde hoofdstuk* onderzoeken we de literatuur die tot dusver verschenen is met betrekking tot het snoezelen bij onze doelgroep. Aangezien deze erg schaars is, hebben we de doelgroep voor dit hoofdstuk verbreed naar mensen met een verstandelijke handicap. We omschrijven hier de doelgroep, de onderzoeksvariabelen, de onderzoeksmethoden en de resultaten waarvan sprake is in de wetenschappelijke onderzoeksliteratuur.

Ons onderzoek wordt in een breder kader gesitueerd in het *vierde hoofdstuk*. De hoofdparters Het Balanske en de Emiliusschool worden voorgesteld en de keuze van de variabelen voor ons onderzoek wordt verantwoord. De variabelen welbevinden en betrokkenheid verwijzen naar het theoretische kader van Laevers over de sociaal-emotionele ontwikkeling van kinderen.

Vervolgens wordt in een *vijfde hoofdstuk* ons onderzoeksopzet omschreven. We kozen voor een empirisch kwantificerend onderzoek met behulp van directe observatie via videoregistratie. We observeerden zeventien kinderen die kwamen snoezelen met hun ouder of begeleider. Voor ieder kind organiseerden we drie sessies, steeds in een andere snoezelruimte. Aan de ouders/begeleiders gaven we ook vragenlijsten mee om niet voorbij te gaan aan de soms idiosyncratische manier van communiceren van deze doelgroep. We gaan in ons onderzoek de mate van welbevinden en betrokkenheid na tijdens het snoezelen, de handelingsstrategieën die ouders/begeleiders hanteren, de mogelijke samenhang tussen de handelingsstrategieën en het welbevinden en de betrokkenheid van het kind, de eventuele samenhang tussen de twee variabelen enerzijds en de ruimte waarin er wordt gesnoezeld anderzijds en het al dan niet belangrijk zijn van de responsiviteit van de ouder/begeleider.

In het *zesde hoofdstuk* omschrijven we de resultaten van ons onderzoek. Uit deze resultaten blijkt dat er een grote mate van welbevinden en betrokkenheid is tijdens het snoezelen. Eveneens blijkt dat het niet zozeer belang heeft welke strategie de begeleider hanteert, maar wel of deze strategie, voor betrokkenheid, in respons is op het kind. Ten slotte geven de resultaten weer dat de ruimte waarin het relaxerende en het sfeervolle beklemtoond wordt het meest een positief effect heeft op het welbevinden en de betrokkenheid bij de kinderen betrokken in ons onderzoek.

We sluiten in een *zevende hoofdstuk* af met een beknopte bespreking van het gehele onderzoek en een discussie.

Hoofdstuk 1: Personen met een ernstig meervoudige handicap

1 Inleiding

Dit eerste hoofdstuk handelt over de groep van mensen waarop onze thesis zich zal richten. Er wordt vooreerst een omschrijving gegeven van het begrip handicap en meer bepaald ernstig meervoudige handicap. Vervolgens wordt aangegeven welke de nieuwe visies zijn die de laatste jaren naar voor komen met betrekking tot de zorg voor personen met een handicap. In de volgende paragraaf worden de noden van personen met een ernstig meervoudige handicap aangehaald en verduidelijkt. We sluiten dit hoofdstuk af met een koppeling tussen de nieuwe visies en deze noden.

2 Ernstig meervoudige handicap

2.1 Omschrijving van het begrip handicap

In het Engels wordt een onderscheid gemaakt tussen drie begrippen wanneer men het heeft over een gebrek of een handicap. Deze begrippen zijn *impairment*, *disability* en *handicap*. Om een beter zicht te krijgen op de lading die het begrip handicap dekt, ook in deze thesis, lichten we elk van deze begrippen kort toe.

Met *impairment* wordt bedoeld op elk verlies of afwijking van een psychologische, fysiologische of anatomische structuur of functie (WHO, 2002). Voorbeelden hiervan zijn een neurologisch deficit, een dermatologisch probleem, mentale retardatie of leerproblemen.

Disability wijst op een beperking of afwezigheid van de mogelijkheid om activiteiten uit te voeren op een wijze zoals die normaal wordt geacht voor iedereen en dit ten gevolge van een fysiek of een mentaal letsel.

Handicap ten slotte verwijst naar interactie. Met eenzelfde gebrek kan een persoon meer of minder gehandicapt zijn, dit in functie van de aanpassingen die in zijn omgeving worden gedaan en de barrières die zijn omgeving opwerpt. Bij de twee vorige begrippen, *impairment* en *disability*, stond de persoon centraal, bij dit laatste staat wisselwerking meer in het voetlicht. Deze benadering wordt ook de omgevingsbenadering genoemd (Maes, 2001).

Er is evenwel een benadering die nog een stap verder gaat. Deze wordt de mensenrechtenbenadering of sociaal-politieke benadering genoemd (Maes, 2001). Een handicap wordt hierin gezien als een consequentie van het maatschappelijk systeem dat

mensen met een handicap beschouwt als een minderheidsgroep. Deze zijn aldus onderworpen aan onder andere vooroordelen en discriminatie. Mensen worden met andere woorden gehandicapt gemaakt omdat ze niet op een gelijkwaardige manier kunnen participeren aan de samenleving. De manier om dit te overstijgen moet gezocht worden in een aanpassing van de samenleving waarbij het respect voor diversiteit centraal gesteld wordt. Mensen behorende tot de zogenaamde minderheidsgroepen moeten versterkt en ondersteund worden om op te komen voor zichzelf en op een optimale manier deel te nemen aan de samenleving.

Tot besluit van deze paragraaf kan gesteld worden dat een handicap tegenwoordig niet meer aanzien wordt als een persoonskenmerk, maar als een kenmerk van de actuele wijze van functioneren van de persoon binnen de context van de samenleving. Het is dus nodig om zowel inzicht te krijgen in de mogelijkheden en beperkingen van de persoon als in de kenmerken van de samenleving (Buntinx & Bernard, 1996).

2.2 Omschrijving van het begrip ernstig meervoudige handicap

Er bestaan een groot aantal te onderscheiden handicaps. In het voorliggende onderzoek beperken we ons tot één specifieke groep en dat zijn personen met een ernstig meervoudige handicap.

Een ernstig meervoudige handicap wordt meestal gedefinieerd als een combinatie van functiestoornissen. Bij een persoon zijn hierbij twee of meer functiestoornissen aanwezig die dusdanig ernstig zijn dat ze op zichzelf al zouden leiden tot een handicap. Dit leidt echter niet tot een optelsom van stoornissen, maar tot een handicap die meer is dan de som van de delen. Het betekent een kwalitatief 'anders-zijn' (Vlaskamp, 1993). Uitgaande van deze beschrijving zijn er vele combinaties mogelijk. In deze studie wordt dit beperkt tot de groep van personen die zowel ernstig motorische als ernstig verstandelijke beperkingen hebben. Wat betreft de motoriek gaat het meestal om spastische tetra- of quadriplegie (Vlaskamp, van Wijck, & Nakken, 1993). Cognitief gaat het om een zeer laag niveau van verstandelijk functioneren. Dit betekent een IQ lager dan 20 à 25 (Petry, 2004). Voor velen blijft het daar niet bij. Een grote groep van mensen met een ernstig meervoudige handicap heeft bijvoorbeeld bijkomende zintuiglijke beperkingen, epilepsie of vertraagde of verstoorde spraak-taalontwikkeling (Vlaskamp et al., 1993).

Een ernstig meervoudige handicap kan het gevolg zijn van genetische afwijkingen, aangeboren hersenbeschadigingen, degeneratieve aandoeningen, metabolismestoornissen of problemen tijdens de zwangerschap of geboorte (Petry & Maes, 2005a).

In de term ‘ernstig meervoudige handicap’ verwijst het predicaat ‘ernstig’ naar de moeilijke verstaanbaarheid van het gedrag voor anderen. Hoe moeilijker verstaanbaar, hoe ernstiger de handicap. De term ‘meervoudig’ wijst erop dat de verschillende stoornissen elkaar beïnvloeden en zo de ondersteuningsnoden vergroten (Petry, Maes, & Demuynck, 2004).

In aansluiting met de eerste paragraaf kan de voorgaande beschrijving van mensen met een ernstig meervoudige handicap in functie van stoornissen en beperkingen niet kritiekloos worden overgenomen. Er worden in deze beschrijving weinig of geen interactieve elementen opgenomen die er op wijzen dat een handicap een wederkerig gegeven is. Een suggestie die in de literatuur wordt gegeven (Vlaskamp, 1993) is de meer handelingsgerichte omschrijving. Er wordt dan gesproken over conflicterende handelingsprogramma’s. Hiermee wordt bedoeld dat bij personen met een ernstig meervoudige beperking leer- en opvoedingsprogramma’s die ten goede komen aan de ene stoornis niet perse toepasbaar of effectief zijn voor de andere stoornis. Pas wanneer dit geldt, is er sprake van een ernstig meervoudige handicap. Hier wordt de aanbodzijde al wat meer centraal geplaatst en zijn het niet enkel de beperkingen van de persoon die centraal staan. Toch zou een meer interactieve beschrijving van het begrip ernstig meervoudige handicap meer op zijn plaats zijn.

3 Nieuwe visies inzake begeleiding van personen met een handicap

In iedere samenleving zijn er bepaalde grondhoudingen op politiek, sociaal en pedagogisch vlak. Deze grondhoudingen bepalen ook de wijze van omgaan met personen met een handicap. Ze vloeien voort uit heersende culturele tradities (Van Gennep, 1997). De afgelopen twintig jaar zijn zowel nationaal als internationaal processen op gang gekomen die emancipatie hoog in het vaandel dragen, waarin een gelijkwaardige maatschappelijke positie voor mensen met een handicap en hun gezinnen wordt vooropgesteld. De streefdoelen zijn duidelijk: mensen met een handicap willen niet langer betutteld worden, ze willen keuzes kunnen maken en controle houden, ze willen met andere woorden regisseur zijn over hun eigen leven.

In wat volgt introduceren we de verschillende onderwerpen waar deze nieuwe grondhouding rond draait. We bespreken achtereenvolgens volwaardig burgerschap en inclusie, emancipatie en empowerment, het ondersteuningsmodel en sociale netwerkvorming en ten slotte kwaliteit van leven (Maes, 2001).

3.1 Volwaardig burgerschap en inclusie

Een korte historische schets zal duidelijk maken hoe maatschappelijke processen en visies geëvolueerd zijn tot het huidige gedachtegoed rond inclusie en volwaardig burgerschap.

Vroeger werd de persoon met een handicap gezien als een gebrekkige, als een persoon met beperkingen. Zijn onmogelijkheden stonden lijnrecht tegenover de mogelijkheden en de competenties van ‘normale’ mensen. Het is dan ook niet verwonderlijk dat de persoon met een handicap vóór de Tweede Wereldoorlog gesegregeerd werd van de samenleving. Men handelde naar een medisch model waar de waarden neutraliteit, classificatie en objectiviteit hoog in het vaandel stonden. Belangrijk was aan te kunnen duiden ‘wat’ de persoon met de handicap was en niet ‘wie’ hij was (Het Balanske, n.d.b).

In de jaren zestig kwam een andere visie naar voor waarbij de integratiegedachte opgang maakte. De nadruk lag op het feit dat minderheidsgroepen zich moesten aanpassen aan de normen en waarden van de samenleving en op die manier konden aansluiten bij deze samenleving. Mensen die ‘anders’ waren moesten met andere woorden inspanningen leveren om als volwaardig burger gerekend te worden. Personen die niet voldeden aan de ‘normale’ waarden en normen moesten hierin getraind worden en sociaal aanvaardbare gedragingen aanleren.

In de jaren negentig van vorige eeuw kwam in toenemende mate reactie op deze visie. Ze werd gezien als een ontkenning van de eigenheid van personen met een handicap. Om deze reden stelden de critici van het integratiedenken een andere visie voor: inclusie.

Bij inclusie gaat men er, in tegenstelling tot bij integratie, vanuit dat alle mensen automatisch deel uitmaken van de samenleving en iedereen een evenwaardige plaats inneemt (Kennes, 2001 cit. in Geerts et al., 2004). De maatschappij is dan ook diegene die haar infrastructuur en organisatie aanpast en diversiteit als meerwaarde ziet, niet de mensen behorende tot de minderheidsgroepen moeten zich aanpassen. In een inclusieve samenleving staan gelijkwaardigheid, rechtvaardigheid en democratische participatie centraal.

Toegepast op de sector van de mensen met een handicap verwoordt Jean-Paul Meirens, secretaris van de Katholieke Vereniging voor Personen met een handicap (KVG) en ondervoorzitter van het Vlaams Fonds het als volgt:

“Het begrip inclusie lijkt meer en meer het begrip integratie te gaan verdringen. Inclusie gaat dan ook een stap verder dan integratie. Integratie heeft nog iets van ‘gehandicapten die zich moeten aanpassen aan een maatschappij die een gunst verleent en het mogelijk maakt dat gehandicapten kunnen deelnemen’. Inclusie daarentegen betekent dat het vanzelfsprekend is dat mensen met een handicap er gewoon bijhoren. Daaruit volgt dat men op alle mogelijke

domeinen (onderwijs, werken, wonen, vrije tijd, enz.) er moet vanuit gaan dat ook mensen met een handicap hieraan moeten kunnen deelnemen.” (Meirens, 1998 p.5, cit. in Geerts et al., 2004)

Deze mensen moeten dan ook de nodige ondersteuning en begeleiding krijgen om optimaal gebruik te kunnen maken van hun mogelijkheden en capaciteiten om zodoende hun leven op een zo kwaliteitsvol mogelijke manier te leven (Inclusie Vlaanderen, n.d.).

Inclusie is terug te vinden in diverse vormen: in onderwijs, vrijetijdsbesteding, wonen en tewerkstelling.

Volwaardig burgerschap ligt in het verlengde hiervan. Mensen met een handicap maken per definitie deel uit van de samenleving. Dat wil dan ook zeggen dat ze volwaardig kunnen deelnemen aan de samenleving en er ook hun eigen bijdrage aan kunnen leveren. Hun rechten zijn gelijk aan die van andere burgers (Maes, 2001).

3.2 Emancipatie en empowerment

In het verleden voerden bescherming en betutteling vaak de regie in de zorg voor mensen met een handicap. Het reeds aangehaalde medische model van zorgen en verzorgen stond centraal. Mensen met een handicap werden als volledig afhankelijk beschouwd.

De emancipatorische processen waar we het hiervoor al over hadden, gooien het over een heel andere boeg. De regie over het leven hoort toe aan de persoon zelf en ook de persoon met een handicap heeft hiertoe mogelijkheden. De hulpverlening wordt dan niet overbodig maar zal er in bestaan mensen met een handicap, waar nodig, ondersteuning te bieden en hen de nodige zelfstandigheid bij te brengen om deze taken op zich te nemen.

Den Dulk (1998, p.32 cit. in Maes, 2001) omschrijft *empowerment* als volgt:

“Empowerment is (leren) zeggen of laten zien hoe je ergens over denkt of voelt, (leren) keuzes maken, (leren) acties ondernemen om te zorgen dat bereikt wordt wat je wil bereiken en (leren) verantwoordelijk te zijn voor je eigen situatie, m.a.w. zelf de regie over je leven (mede) in eigen handen hebben.”

Het is belangrijk dat personen met een handicap zelfvertrouwen ontwikkelen en zeker zijn van hun eigen competenties. Op deze manier ontwikkelen zij veerkracht (*resilience*) om wanneer er een moeilijke situatie is, hiermee om te kunnen gaan (De Belie, 2000 cit. in Maes, 2001).

Het is belangrijk dat personen met een handicap zowel op persoonlijk vlak, onder andere competenties en zelfbepaling, als op interpersoonlijk vlak, steun van andere mensen, als op

politiek structureel vlak, onder andere gelijke kansen en rechten en politieke participatie, empowered zijn.

3.3 Het ondersteuningsmodel en sociale netwerken

De twee vorige concepten schuiven vooral naar voor dat mensen met een handicap de mogelijkheid hebben om zelf richting te geven aan hun leven. Ze hebben hier echter, zoals reeds aangegeven, ook ondersteuning voor nodig. De ondersteuning die vooropgesteld wordt in het nieuwe paradigma wijkt echter af van het klassieke zorgmodel. Ze moet namelijk optimaal tegemoet komen aan de noden en wensen van de persoon met een handicap en de direct betrokkenen en aansluiten bij zijn mogelijkheden en beperkingen. Het nieuwe paradigma van ondersteuning stelt dat individuen eerst vooropstellen op welke manier ze hun leven willen leiden en welke omgeving ze daarbij willen betrekken. Deze doelen worden dan het uitgangspunt van de zorg (Schalock, 2001).

Belangrijk daarbij is dat het niet noodzakelijk een ondersteuning op alle vlakken moet zijn. De ondersteuning wordt enkel geboden op gebieden waar het nodig en wenselijk is, op plaatsen en momenten die aansluiten bij wat de gebruiker wil en nodig heeft en gedifferentieerd naar tijd en duur. Ook hier wordt het inclusieve vooropgesteld. Het is met andere woorden belangrijk dat personen met een handicap in, voor hun leeftijd en cultuur, gewone settings wonen, werken, school lopen en vrije tijd besteden en daarvoor de ondersteuning krijgen die ze nodig hebben (Maes, 2001).

Eveneens belangrijk in deze ondersteuning is het sociale netwerk. Het is belangrijk dat vooral de leden hiervan (bijvoorbeeld ouders, broers, zussen, familieleden en burens) aspecten van ondersteuning opnemen en dat het sociaal vangnet (bijvoorbeeld huisarts, OCMW en het buitengewoon onderwijs) pas in tweede instantie in werking treedt (Maes, 2001).

3.4 Kwaliteit van leven

3.4.1 Omschrijving van kwaliteit van leven

Kwaliteit van leven is een begrip dat steeds meer verspreid raakt en steeds meer centraal komt te staan. Het houdt de mate in waarin tegemoet gekomen wordt aan persoonlijke wensen, noden en voorkeuren en waarin iemand keuzes kan maken en invloed kan uitoefenen.

Kwaliteit van leven is een uniek begrip dat een specifieke invulling krijgt van persoon tot persoon. Individualisering is hierin dan ook een kernbegrip (Maes, 2001).

Van Gennep (1997, p. 199) formuleert het als volgt:

“Kwaliteit van leven is het zelf vorm en inhoud geven aan het eigen bestaan volgens algemeen-menselijke en specifieke (uit de aard van de beperkingen voortvloeiende) basisbehoeften, onder gewone leefomstandigheden en volgens gewone leefpatronen en zodanig dat de betrokkene tevreden is met het eigen bestaan.”

Met deze formulering wordt duidelijk dat in kwaliteit van leven de drie voorgaande aspecten van het nieuwe paradigma verenigd worden, namelijk burgerschap en inclusie, keuze en controle en ondersteuning en sociale netwerken.

Kwaliteit van leven wordt, zoals aangegeven in de definitie, niet enkel bepaald door persoonlijke factoren maar ook door omgevingsfactoren. Deze factoren zijn bij personen met een handicap niet fundamenteel anders dan bij personen zonder een handicap. Het begrip omvat zowel objectieve als subjectieve componenten. Objectieve componenten zijn componenten zoals materiële omstandigheden, uitgebreidheid van het sociale netwerk en functionele vaardigheden. Subjectieve componenten verwijzen eerder naar de waarde die een persoon toekent aan bepaalde aspecten in zijn leven. Dit zijn subjectieve gevoelens en belevingen over de eigen situatie (Petry et al., 2004).

3.4.2 Kerngebieden van kwaliteit van leven

Kwaliteit van leven heeft betrekking op verschillende levensgebieden. Verschillende auteurs hebben deze al omschreven. Felce & Perry (1996) noemen het fysiek welbevinden, het materieel welbevinden, het sociaal welbevinden, de ontwikkeling en activiteit en het emotioneel welbevinden.

Fysiek welbevinden is een zeer belangrijke peiler om het genieten van een kwaliteitsvol leven mogelijk te maken. Hieronder wordt gezondheid, mobiliteit, lichamelijke verzorging, voeding en rust verstaan

Materieel welbevinden bestaat uit het hebben van aangepaste hulpmiddelen en een adequate infrastructuur van de leefomgeving. Deze aspecten zijn geen luxe voor personen met een handicap, maar een must.

Activiteit en ontwikkeling is het kunnen participeren aan activiteiten, het persoonlijk ontwikkelen, invloed hebben op de omgeving, keuzes maken en maatschappelijke

participatie. Het gaat hier over aspecten die evident zijn voor personen zonder een handicap en het ook zouden moeten zijn voor personen mét een handicap.

Emotioneel welbevinden wordt bepaald door de positieve affectie en waardering die een persoon krijgt, door de mogelijkheid een eigen levensstijl op te bouwen en voldoende eigenwaarde op te bouwen. Ook de sfeer in de dagelijkse leefomgeving is van belang voor het zich emotioneel goed voelen.

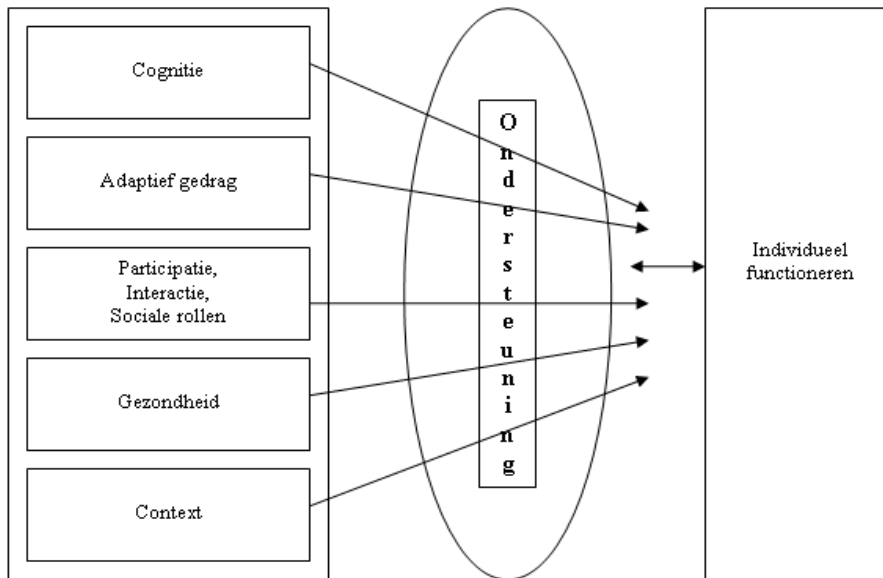
Sociaal welbevinden wordt bepaald door een drietal relaties, dit zijn gehechtheidsrelaties, sociale relaties en functionele relaties. Elk van deze drie relaties is van belang voor een goede kwaliteit van leven (Petry et al., 2004).

4 Noden van personen met een ernstig meervoudige handicap

Zoals in de eerste paragraaf aangegeven, bestaat ‘de’ persoon met een ernstig meervoudige handicap niet. Er zijn verscheidene combinaties van motorische, zintuiglijke en verstandelijke beperkingen. Toch gaan we hieronder proberen de ondersteuningsnoden van personen met een ernstig meervoudige handicap in het algemeen te omschrijven. Deze verschillen in wezen niet veel van de noden van mensen zonder handicap of met een andere handicap, maar ze zullen vervuld moeten worden op een manier die aansluit bij de individualiteit van deze mensen.

Het kader dat we gebruiken om de noden te beschrijven is het ondersteuningsmodel van de *American Association on Mental Retardation (AAMR)* (Luckasson et al., 2002).

Dit model geeft aan dat het functioneren van personen met een verstandelijke handicap en hun ondersteuning kan gezien worden als een interactie van factoren op vijf dimensies (zie figuur 1). Het woord interactie duidt aan dat de vijf dimensies niet los van elkaar staan, integendeel, factoren op de ene dimensie moeten altijd in samenhang met factoren op andere dimensies bekeken worden (Buntinx, 2003).



Figuur 1: Ondersteuningsmodel van AAMR

Voor een omschrijving van de vijf dimensies baseren we ons op Buntinx (2003, p. 10-12):

- cognitie: dit verwijst naar de verstandelijke vermogens of de intelligentie zoals gemeten in intelligentietests;
- adaptief gedrag: dit is een verzamelterm voor conceptuele, sociale en praktische vaardigheden die een persoon nodig heeft om in het dagelijkse leven te kunnen functioneren;
- participatie, interactie en sociale rollen: hiermee wordt verwezen naar de mate waarin een persoon participeert in voor zijn leeftijd en cultuur typische situaties en toegang heeft tot publieke diensten;
- gezondheid: dit omvat de lichamelijke en geestelijke gezondheid van een persoon met een verstandelijke beperking; dit aspect beïnvloedt in hoge mate zijn functioneren;
- context: dit verwijst naar de totale omgeving waarin iemand functioneert. Dit is de directe omgeving (gezin, klas), de bredere omgeving (familie, buurt, school) en de overkoepelende patronen van de cultuur (wetten en regels).

We lichten in wat volgt één voor één deze ondersteuningsbehoeften verder toe, toegespitst op onze doelgroep, personen met een ernstig meervoudige handicap. Dit gebeurt op basis van een tekst van Petry en Maes (2005a).

4.1 Cognitie

Cognitie slaat op het kennisnemen van iets, het vermogen om iets te leren. Zoals reeds aangegeven functioneren personen met een ernstig meervoudige handicap op een zeer laag niveau van verstandelijk functioneren. Hun IQ ligt doorgaans lager dan 20 à 25 of de cognitieve ontwikkelingsleeftijd lager dan twee jaar (Ware, 1994 cit. in Petry & Maes, 2005a).

Voor personen met deze ontwikkelingsleeftijd zijn vanuit het denkkader van Piaget (Kerssies et al., 1989 cit. in Petry & Maes, 2005a) volgende kennisdomeinen van belang: objectpermanentie, middel-doel relaties, imitatie, operationele causaliteit, objectrelaties in de ruimte en cognitieve schema's. De opbouw van senso-motorische actieschema's door middel van een integratie van zintuiglijke informatie en lichaamsbewegingen en door herhaling is van belang (Petry & Maes, 2005a).

Basale leerprocessen, zoals associatief leren en operante conditionering, zijn eveneens belangrijke factoren. Ze stellen deze personen in staat om gebeurtenissen te voorspellen en situaties te beïnvloeden. Zo zal een gedrag dat positieve gevolgen heeft meer gesteld worden dan een gedrag dat het tegenovergestelde effect of geen effect heeft (Remington, 1996 cit. in Petry & Maes, 2005a).

Het is belangrijk dat deze personen zich gestimuleerd voelen door hun omgeving om deze nieuwe dingen te leren. Om dit te kunnen doen moet de begeleiding zich er van bewust zijn dat personen met een verstandelijke handicap hier daadwerkelijk toe in staat zijn.

4.2 Adaptief gedrag

Met adaptieve gedragingen worden conceptuele en communicatieve, sociale en emotionele en praktische vaardigheden bedoeld. Personen met een ernstig meervoudige handicap hebben op dit vlak eveneens ondersteuning en stimulansen nodig.

Het leerproces van deze personen moet systematisch aangepakt worden. Dit betekent dat het in kleine stapjes moet gebeuren, het tempo aangepast moet zijn, adequate hulpvormen nodig zijn en het gebruik van bekrachtigers aangewezen is. Het is eveneens belangrijk dat zelfsturing en eigen inbreng als cruciale factoren beschouwd blijven worden. Positieve verwachtingen en het opdoen van succeservaringen dragen dan bij tot een positief zelfbeeld en zelfvertrouwen (Petry & Maes, 2005a). Ook alertheid en aandacht zijn belangrijke

kenmerken in het leerproces. Ze komen naar voor als een noodzakelijke basis voor leren en ontwikkelen (Arthur, 2003).

Op het vlak van communicatie zijn personen met een ernstig meervoudige handicap vaak zeer moeilijk verstaanbaar, ze maken amper gebruik van gesproken taal en de signalen die ze uitzenden zijn idiosyncratisch en dus moeilijk interpreteerbaar. Hun wensen en gevoelens worden weliswaar kenbaar gemaakt, maar dan door middel van pre- of protosymbolische communicatie zoals onder andere bewegingen en gelaatsuitdrukkingen. Het is belangrijk om op zoek te blijven gaan naar de betekenis van de signalen van een persoon en om hier dan ook gevolg aan te geven (Petry & Maes, 2005a).

Ondersteuning op dit vlak moet dan ook gericht zijn op het begrijpen van communicatieve signalen, het ontwikkelen van communicatieve vaardigheden, het stimuleren van initiatief en inbreng in de relatie en het gebruik van ondersteunde hulpmiddelen zoals de *Big Mack*, prenten en voorwerpen.

Op het vlak van emotionele ontwikkeling zijn individuele aandacht en positieve affectie belangrijke factoren in de ondersteuning. Ook het voorspelbaar maken van wat staat te gebeuren is een aspect dat de basisveiligheid ten goede komt. Dit kan verwezenlijkt worden door eenvoudige aandachtspunten als het aanpassen van het tempo, het aankondigen van activiteiten en de integratie van routines. Op basis van deze zaken zullen een positief zelfwaardegevoel en het ontwikkelen van een eigen wil bevorderd worden (Maes, 2004).

Sociale ontwikkeling wordt gewaarborgd door het creëren van basisveiligheid en geborgenheid, door contacten met familie en anderen en door de aanpak van gedragsproblemen (Maes, 2004). Op deze manier hebben deze mensen ruimte om zich open te stellen en ontvankelijk te zijn voor relaties met anderen.

Op het vlak van zelfredzaamheid zullen mensen met een ernstig meervoudige handicap blijvend ondersteuning nodig hebben bij nagenoeg alle activiteiten van het dagelijkse leven zoals aankleden, wassen en toiletgebruik. Het is belangrijk om zo'n verzorgingsmomenten op een voor de persoon aangename manier te laten verlopen in een sfeer waarin contact centraal staat. Het is van belang dat de verwerving van zo veel mogelijk zelfstandigheid op dit vlak ook niet uit het oog wordt verloren (Maes, 2004; Petry & Maes, 2005a).

4.3 Participatie, interactie en sociale rollen

Het is belangrijk dat mensen met een ernstig meervoudige handicap kunnen deelnemen aan activiteiten die aangepast zijn aan hun noden en voorkeuren. Omdat hun belevingswereld vooral lichaamsgebonden is, nemen vooral zintuiglijke en bewegingservaringen een centrale rol in hun activiteiten in (Fröhlich, 1995).

Deze activiteiten die ze ondernemen moeten voldoende stimulerend en uitdagend zijn, ze moeten uitnodigen tot beweging, (re)actie, manipulatie en exploratie van materialen. Ze breiden door deze aspecten hun ervaringen uit en ontdekken er nieuwe (Petry et al., 2004).

Ook maatschappelijke participatie is een belangrijke factor, deze mensen moeten kunnen deelnemen aan activiteiten in de buurt en in de bredere samenleving. Vooraleer mensen met een ernstig meervoudige handicap echter echt kunnen deelnemen aan de maatschappij zijn er in de maatschappij nog aanpassingen nodig zowel op visionair gebied als op praktisch gebied (cfr. infra).

4.4 Gezondheid

Senso-motoriek

De bewegingsbeperkingen die deze mensen vaak ondervinden ten gevolge van onder andere spastische tetra- of quadriplegie, scoliose, misvormingen, vergroeiingen of broze beenderen, moeten zoveel mogelijk gecompenseerd of behandeld worden (Petry & Maes, 2005a). Ook een goede houding is van belang. Wanneer personen de ganse tijd in dezelfde houding blijven, blijft hun perspectief op de omgeving beperkt. Wanneer ze echter regelmatig van houding wisselen, laat dat ook deze mensen toe de wereld vanuit diverse perspectieven te zien. Dit verhoogt hun lichaamscomfort en verbetert de sociaal-communicatieve interacties (McEwan, 1992 cit. in Petry & Maes, 2005a).

De juiste lichaamshouding die alle mogelijkheden van de persoon maximaliseert, bevordert eveneens het leerproces (Smith et al., 2001). Om dit te bereiken, worden aangepaste hulpmiddelen als ligortheses, staplanken en zitschelpen gebruikt (Petry & Maes, 2005a). Met hulpmiddelen om zich voort te bewegen wordt het mogelijk voor mensen met een ernstig meervoudige handicap om te participeren aan activiteiten.

Ten slotte zorgen gerichte activiteiten ervoor dat basale grof- en fijnmotorische vaardigheden verworven worden zoals oog-hand coördinatie, oriëntatie en mobiliteit (Petry & Maes, 2005a).

Lichamelijke gezondheid

Voor mensen met een ernstig meervoudige handicap is zich lichamelijk goed voelen niet evident. Het is dan ook van belang dat hun diverse medische aandoeningen behandeld worden, dit zal hun algemeen welzijn ten goede komen. Het is noodzakelijk dat hun gezondheidstoestand goed opgevolgd en geregistreerd wordt, zodat op tijd en stond kan gezocht worden naar oplossingen voor opduikende problemen. Ook hun medicatiegebruik moet zeer goed opgevolgd worden, bijgestuurd en wanneer mogelijk afgebouwd (Petry & Maes, 2005a).

Andere factoren zijn voldoende rust, ondersteuning bij hospitalisaties en aandacht voor voedingsproblemen (Maes, 2004; Petry & Maes, 2005a).

Geestelijke gezondheid

Ook mensen met een ernstig meervoudige handicap hebben soms te kampen met gedragsproblemen. Het is van belang dat deze onderkend en behandeld worden aangezien zij belemmerend zijn voor de groei en ontwikkeling van deze mensen, voor de sociale relaties en voor de participatie aan de maatschappij (Petry & Maes, 2005a).

Net als zoveel andere factoren is ook de emotionele toestand van mensen met een ernstig meervoudige handicap moeilijk te interpreteren (Ross & Oliver, 2003). Deze personen zijn daarenboven extra kwetsbaar. Individuele factoren, interactionele factoren (bijvoorbeeld gebrek aan positieve aandacht, gebrek aan eigen inbreng) en contextuele factoren (bijvoorbeeld groepsdruk, gebrek aan aangepaste activiteiten) zorgen dan ook voor een verhoogd risico op gedragsproblemen (Petry & Maes, 2005a).

4.5 Opvoedingsomgeving

Om hetgeen hierboven beschreven te kunnen bieden, dient ook de ondersteuning op een adequate en aangepaste manier te gebeuren.

Relationeel opvoedingsperspectief

Een relationele afhankelijkheid staat centraal in het opvoedingsproces van personen met een ernstig meervoudige handicap. Ze hebben anderen nodig die aandacht hebben voor hun subtiele uitingen van wensen en verlangens, mensen die hier niet aan voorbijgaan en hier iets mee willen doen (Vlaskamp & Verkerk, 2000 cit. in Petry & Maes, 2005a). Deze

afhankelijkheid wordt niet als negatief gepercipieerd maar als een middel waardoor vorm kan gegeven worden aan het bestaan en aan de kwaliteit van leven van deze mensen.

Zoals gezegd zijn veilige gehechtheidsrelaties een zeer belangrijke component met betrekking tot het welbevinden van deze personen (Petry et al., 2005a). Een gevoel van veiligheid bieden door beschikbaarheid en sensitieve responsiviteit is daarin onmisbaar. Door deze factoren is de persoon in staat zich te ontplooien, zich competent te voelen en actief en sturend en zoekend in de wereld te staan. Deze meerwaarde wordt eveneens verzekerd door het overzichtelijk maken van de omgeving en door herkenbare routines in te bouwen (Petry & Maes, 2005a).

Kenmerken van de opvoeders

Zoals al eerder vermeld, is het belangrijk dat opvoeders geloven in de mogelijkheden van personen met een ernstig meervoudige handicap. Enkel wanneer opvoeders van dit feit overtuigd zijn, zullen zij zich inzetten om die mogelijkheden ook maximaal te verwezenlijken.

Vier aspecten zijn hiervoor van belang volgens Vlaskamp en Verkerk (2001, cit. in Petry & Maes, 2005a). Vooreerst is aandachtige betrokkenheid van de opvoeder nodig om de behoeften van deze personen te ontdekken. Deze zorg daadwerkelijk opnemen vereist verantwoordelijkheid en competentie. Ontvankelijkheid is nodig om na te gaan of het individu de zorg werkelijk als een reactie op zijn nood ervaart. In de dialoog met het individu creëren opvoeders op deze manier kansen voor eigen inbreng van de persoon en zorgen ze dat hun handelen afgestemd wordt op zijn noden.

Twee aspecten meer gericht op het functioneren van de opvoeder zelf zijn het kritisch kunnen reflecteren op zichzelf (Maeckelberghe, 2004 cit. in Petry & Maes, 2005a) en het doorlopen hebben van een kwalitatieve opvoeding en permanente vorming.

Kenmerken van de ondersteuningscontext

Het is belangrijk dat er bij de ondersteuning van mensen met een ernstig meervoudige handicap een goede samenwerking bestaat tussen de verschillende hulpverleners en ouders. Een volwaardig partnerschap met respect en een gedeelde verantwoordelijkheid is van belang voor het goede verloop van het proces van hulpverlening (Petry & Maes, 2005a).

Continuïteit in de zorg is belangrijk om een gevoel van veiligheid te garanderen, een te groot verloop van opvoedend personeel komt het welbevinden van deze mensen niet ten goede (Zijlstra et al., 2001 cit. in Petry & Maes, 2005a).

Ook een voldoende groot aantal personeelsleden is van belang om op een kwalitatief hoogstaande manier te kunnen voldoen aan de noden van deze mensen.

Een doelgerichte en planmatige opvoeding is ten slotte ook een na te streven principe (Petry et al., 2005b cit. in Petry & Maes, 2005a). Dit betekent dat er een grondige beeldvorming wordt gemaakt van het betreffende individu en zijn omgeving. Vervolgens wordt nagedacht over hoe de begeleiding afgestemd kan worden op deze noden en voorkeuren. Men bepaalt doelen en werkwijzen en evalueert regelmatig of de doelen gerealiseerd zijn en of de wijze van aanpakken helpt.

5 Nieuwe visies gekoppeld aan de noden van personen met een ernstig meervoudige handicap

In paragraaf drie bespraken we de nieuwe visies op de begeleiding van personen met een handicap. Het is evident dat deze nieuwe visies ook gelden voor de begeleiding van personen met een ernstig meervoudige handicap. Aangezien we in paragraaf vier (cfr. supra) zagen dat de noden van deze doelgroep zeer uitgebreid zijn, gaan we na wat deze nieuwe visies concreet betekenen voor de omgang met deze mensen.

5.1 Volwaardig burgerschap en inclusie

Zoals aangegeven is het belangrijk dat personen met een handicap aangezien worden als volwaardige burgers die dezelfde rechten hebben als personen zonder handicap. Dit geldt eveneens voor de doelgroep hier besproken. Het is belangrijk dat ook van deze mensen hun eigen levensstijl erkend wordt en hier respect voor wordt opgebracht, ook al kunnen ze deze niet verbaal uiten of op een andere manier duidelijk maken (Maes, 2004). Ook mensen met een ernstig meervoudige handicap zijn dan in staat om inbreng te hebben en om hun eigen stempel te drukken.

Inclusie is een ideaalbeeld voor de samenleving, iedereen hoort erbij en iedereen doet inspanningen om dit te verwezenlijken. Het is echter noodzakelijk dat vooral voor de doelgroep hier besproken nog aanpassingen doorgevoerd worden. Zo kan echte participatie enkel gebeuren wanneer structurele en fysieke barrières gesloopt worden en wanneer de beeldvorming positiever wordt (Maes, 2004). De straten zijn nog steeds ontoegankelijk voor mensen in een rolstoel, de beeldvorming over mensen met een ernstig meervoudige handicap is nog steeds te negatief om nu al te spreken van een echte inclusie. Zo zouden zij recht

moeten hebben op extra ondersteuning en tegemoetkomingen om al hun mogelijkheden ten volle te ontwikkelen en deze in te zetten in de samenleving (Maes, 2004).

5.2 Emancipatie en empowerment

Ook mensen met een ernstig meervoudige handicap moeten in staat gesteld worden om invloed uit te oefenen. Daarvoor is het noodzakelijk dat we moeite doen om op systematische wijze hun voorkeuren en wensen te ontdekken en te leren kennen en hen dan ook bij te staan in het maken en uiten van keuzes. Op deze manier kunnen ze in staat gesteld worden om ook hun mening kenbaar te maken.

Voor mensen met een ernstig meervoudige handicap is het niet evident te leren. Wanneer er niemand de relatie met hen wil aangaan, blijven zij in de kou staan. Het is dus belangrijk dat de kans geboden wordt om toch die ervaringen en kennis op te doen. Dit zal hen toelaten zelfstandiger te worden, een positiever zelfbeeld te hebben en meer eigenwaarde op te bouwen. Dit kan gerealiseerd worden door bijvoorbeeld herhaling, oefening of bekrachtiging (Maes, 2004).

5.3 Het ondersteuningsmodel en sociale netwerken

Zoals reeds aangegeven is het belangrijk relaties aan te gaan met mensen met een ernstig meervoudige handicap, pas dan wordt duidelijk wat hun noden en voorkeuren zijn en pas dan kan duidelijk worden wat hun ondersteuningsnoden zijn en op welke vlakken ze met andere woorden hulp nodig hebben. Het is belangrijk dat ook bij deze mensen niet over het hoofd gezien wordt dat een algemene verzorging niet volstaat, maar dat die afgestemd dient te worden op hun noden. Een veilige gehechtheidsrelatie en het opbouwen van een voor beide partijen verstaanbare communicatie zijn daarbij onontbeerlijk (Maes, 2004).

Ook personen met een ernstig meervoudige handicap zijn gebaat met een ondersteunend sociaal netwerk. Het biedt hen mogelijkheden om ervaringen op te doen en relaties uit te bouwen, die belangrijk zijn voor hun ontwikkeling en zelfwaardegevoel.

5.4 Kwaliteit van leven

Voor personen met een ernstig meervoudige handicap is kwaliteit van leven eveneens een centraal begrip. Wanneer de bovenstaande nieuwe visies verwezenlijkt worden in hun

begeleiding zal deze kwaliteit toenemen en zullen deze mensen meer tevreden zijn met hun eigen bestaan.

Ook de kerngebieden van kwaliteit van leven die opgenoemd werden (cfr. supra) zijn belangrijk. Wanneer een persoon met een ernstig meervoudige handicap zich fysiek niet goed voelt, zal dit zorgen voor een daling van de kwaliteit van leven, ook op andere gebieden. Dat is ook de interactie waar het AAMR kader het over heeft. Aldus kan besloten worden dat de bewaking van het evenwicht tussen de verschillende kerngebieden van kwaliteit van leven en de aanwezigheid van kwaliteit van leven zelf uitermate belangrijk zijn in de zorg voor deze doelgroep.

Hoofdstuk 2: De wereld van het snoezelen

1 Inleiding

In dit hoofdstuk willen we het concept snoezelen situeren. Allereerst doen we dit door het ontstaan van het snoezelen historisch te duiden. Verscheidene definities van snoezelen zijn gangbaar en enkele ervan halen we aan. De basisprincipes die snoezelen maken tot wat het is, lichten we vervolgens toe. Eveneens geven we daar een kort overzicht van alle, in de literatuur vermelde, doelstellingen die met het snoezelen beoogd worden. We richten ons voornamelijk op het snoezelen bij mensen met een handicap, maar ook andere snoezelaars komen in dit hoofdstuk aan bod. Vervolgens staan we even stil bij de plaatsen waar men kan snoezelen. De belangrijkste plaats om te snoezelen is in een snoezelruimte, ook wel MSE (*multi sensory environment*) en MSR (multi-sensore ruimte) genoemd. We lichten kort de voorwaarden toe waaraan een goede snoezelruimte moet voldoen. Tot slot beschrijven we ter illustratie per zintuig een aantal snoezelactiviteiten en ook snoezelmateriaal.

2 Het ontstaan van het snoezelen

Het is niet mogelijk om precies aan te geven welke ideeën en factoren aanleiding gegeven hebben tot het ontstaan van het snoezelen. Het gaat eerder om verscheidene tendensen en concrete initiatieven op diverse plaatsen die samen de basis vormden voor het fenomeen snoezelen.

In de tweede helft van de vorige eeuw merken we zowel in de Verenigde Staten als in Europa belangrijke voorlopers enerzijds en concrete initiatieven anderzijds (Van der Flaas, 1989).

Snoezelen vindt niet alleen zijn oorsprong in de zorg voor personen met een handicap. Toch beperken we ons tot deze doelgroep bij het geven van het historisch overzicht.

2.1 Initiatieven in de Verenigde Staten

Snoezelen wordt aangezien als een vrij recent fenomeen, maar toch omschreven C. G. Cleland en C. M. Clark in een artikel van 1966 snoezelruimtes al als ‘sensorische cafetaria’ (Cleland & Clark, 1966). De idee afzonderlijke ruimten te voorzien voor ‘diepzwakzinnigen’ met als doel expliciete sensorische stimulering, vindt men voor het eerst terug bij deze auteurs.

Webb (1969) verwerkte in haar sensori-motorisch ontwikkelingsprogramma heel wat ideeën die eveneens aan de grondslag liggen van het snoezelen. Er werd door haar vastgesteld dat mensen met een diep verstandelijke handicap een onderontwikkeling vertonen op vier gedragsdomeinen, met name het bewustzijn, de motoriek, het vermogen tot manipulatie en de houding en beweging (Webb, 1969). Met haar trainingsprogramma, dat bestond uit primaire sensorische stimulering, trachtte zij de integratie van verschillende zintuiglijke ervaringen met een adequate motorische respons te bevorderen.

Bradtke (1972) op zijn beurt stelde voorop dat men de lichaamstaal bij diepzwakzinnigen als uitgangspunt moet nemen en hier als begeleider moet proberen op in te spelen. Hij zegt het als volgt:

“Slechts via het bieden van lichaamscontact en voldoende fysieke stimulatie kan men de barrières doorbreken en tot deze mens doordringen, en een interpersoonlijke relatie opbouwen.” (Bradtke et al., 1972).

Het stimulatieprogramma van Safford et al. (1976), het HEED-project genoemd, werd ontwikkeld voor sensorisch beperkte kinderen met een meervoudige handicap (Safford et al., 1976). Als eerste stap probeerden ze de kinderen te ontspannen in een prikkelarme, rustige omgeving. Daarna was er sprake van een gewogen en geïsoleerde stimulatie van diverse zintuigen. Momenten van relaxatie en voeding werden tussendoor voorzien. Tot slot van de sessie werd het kind uitgenodigd tot exploratie van de omgeving.

Tot slot staan we nog even stil bij het opzet van Glover en Mesibov dat dateert uit 1978. De gelijkenis met het huidige snoezelen in snoezelruimtes is opvallend, toch kreeg de sfeer in dit programma minder aandacht. Lokalen werden opgedeeld in een vijftal aparte ‘sensorische area’ (Glover & Mesibov, 1978). In elke aparte hoek kwam een uitgebreid gamma van uiteenlopende zintuiglijke ervaringen geïsoleerd aan bod.

In de Verenigde Staten heeft men de noodzaak aan zintuiglijke stimulatie bij mensen met een diep verstandelijke handicap meermaals aangetoond. Uit de omschrijving van de concrete initiatieven blijkt eveneens dat ze deze overtuiging praktisch vorm hebben gegeven.

Opvallend is wel dat bij de vroegere programma’s het trainingsmoment centraal stond. Dit is een element dat bij het huidige snoezelen naar de achtergrond werd geschoven.

2.2 Eerste aanzet in Europa

De idee 'snoezelen' is in 1974 ontstaan in Huize Haerendal te Haaren (Nederland). Door het intensief zoeken naar meer specifieke ontspanningsmogelijkheden voor mensen met een diep verstandelijke handicap en naar analogie met de sensorisch cafetaria van Cleland en Clark, zag het begrip snoezelen toen voor het eerst het daglicht. Snoezelen werd als een primaire sensorische benaderingswijze uitgewerkt. Een eerste snoezelruimte werd opgericht en voor de vormgeving ervan deed men voornamelijk beroep op de vindingrijkheid van het personeel van Huize Haerendal (Leenaars et al., 1978 cit. in Vangansbeke, 1985).

Enkele jaren later, in 1978, werd dit idee opnieuw opgepikt en dit in Huize Piusoord te Tilburg (Vangansbeke, 1985). In dit dagverblijf werd een snoezelexperiment opgezet. Het succes van het experiment en het enthousiasme van de begeleiding zorgde voor de beslissing om definitief met het snoezelen door te gaan. Enige jaren later beschikte men in Tilburg over een eigen ontspanningsruimte voor mensen met een diep verstandelijke handicap; met andere woorden een grote permanente snoezelruimte.

De idee raakte ook bekend op De Hartenberg te Ede en dit naar aanleiding van verscheidene snoezelhappenings, onder andere in Huize Piusoord. In het jaar 1978 gaf men er voor het eerst gestalte aan het concept snoezelen. Dit gebeurde weliswaar op een primitievere wijze, namelijk onder de vorm van een activiteitentent. In een dergelijke tent vonden verscheidene activiteiten plaats, waarbij de zintuigen zo selectief en gedoseerd mogelijk aangesproken werden (Hulsegge & Verheul, 1986). Ook hier vroegen de verrassende resultaten om herhaling en leidde het tot een definitieve vaste ruimte in 1984 (De Hartenberg, 1979 cit. in Vangansbeke, 1985). De Hartenberg verkoos een ruimte met een aantal vertrouwde kernactiviteiten in combinatie met een aantal wisselende activiteiten in de experimentele sfeer.

De verspreiding van de idee rond snoezelen en de uitwerking ervan gebeurde voornamelijk via de drie vermelde Nederlandse voorzieningen. Via talrijke studiedagen en symposia werd het fenomeen snoezelen bekend in Europa. De interesse voor snoezelen bleef groeien en dit niet alleen binnen de zorg voor mensen met een handicap.

3 Omschrijving van het begrip snoezelen

3.1 Ontstaan van het begrip

De term ‘snoezelen’ is in Nederland eerder bij toeval ontstaan; het werd door twee personen van het instituut Haerendal bedacht. Het gaat om een samentrekking van het woord snuffelen en het woord doezelen (Hulsegge & Verheul, 1986). Door deze twee termen wordt meteen naar de twee hoofdaspecten van het snoezelen verwezen, met name een activerende en een relaxerende component.

Het doezelen geeft aan dat het om een rustgevende activiteit gaat. Het slaat op de sfeer in de snoezelruimte, die warmte, geborgenheid, gezelligheid en veiligheid uitstraalt.

Het snuffelen geeft meer dynamiek weer. We denken hierbij aan het voorzichtig exploreren van de omgeving en het genieten van tal van sensorische gewaarwordingen die men zelf kiest (Hulsegge & Verheul, 1986). Op deze manier is het woord ‘snoezelen’ een soort verzamelnaam, waarachter verscheidene activiteiten schuilgaan. De term snoezelen wordt in verschillende talen letterlijk overgenomen.

3.2 Definitie van het begrip

Een sluitende definitie van het begrip snoezelen bestaat niet. We geven een aantal definities die terug te vinden zijn in de literatuur om zo enig zicht te krijgen op het begrip snoezelen.

“Doel van het snoezelen is de diepergestoorde zich prettig te laten voelen. Een situatie scheppen waar hij misschien tot een of andere vorm van actief bezig zijn komt, alhoewel wij ook tevreden zijn als hij passief geniet.” (Leenaars et al., 1978 cit. in Van der Flaas, 1989, p. 39)

“Onder snoezelen verstaan we het selectief aanbieden van primaire prikkels in een sfeervolle omgeving.” (Hulsegge & Verheul, 1986, p. 33)

“Snoezelen is een primaire activering van ernstig verstandelijk gehandicapten, vooral gericht op de zintuiglijke waarneming en ervaring door middel van licht, geluid, tast, reuk en smaak.” (Hulsegge & Verheul, 1986, p. 33)

“Snoezelen is het scheppen van authentieke belevingsmomenten voor diegenen die anders zijn.” (Hulsegge & Verheul, 1986, p. 33)

“Het Snoezelen houdt in: het selectief aanbieden van (primair) sensorische prikkels aan de diepgestoorde geestelijk gehandicapte. Men bedoelt een primaire activering, welke vooral gericht is op de (primair) zintuiglijke waarneming en ervaring: gezicht, gehoor, beweging,

gevoel, tast, smaak en reuk. Hiertoe wordt een snoezelruimte ingericht, een sfeervolle ruimte, waarin authentieke belevingsmomenten geschapen worden.” (De Hartenberg, 1980 cit. in Vangansbeke, 1985, p. 150)

“Snoezelen biedt, dankzij het selectief aanbod van zintuiglijke prikkels in een sfeervolle ruimte, een bijzonder circulair interactieproces (ontmoeting) tussen de persoon met een handicap en de andere participanten, waardoor er effecten ontstaan van ontspanning, uiten van eigen belevingswereld, doorbreken van isolatie, affectie, innerlijke rust en samenhang. Snoezelen draagt hierdoor bij aan de kwaliteit van leven van personen met een handicap.” (Van Oekelen & Van der Stappen., 1999 cit. in Het Balanske, n.d.b)

“Behind Snoezelen is a multi functional concept: In a purposely designed room (mostly a white room) the use of light and sound elements, scents and music initiate sensual sensations. These have both relaxing and activating effects on the different perception areas. The specific design directs and arranges the stimuli; it creates interest, brings back memories and guides relationships. Snoezelen induces wellbeing, in a calm atmosphere fear will be taken away, people feel secure. Snoezelen is therapy as well as promotion and is used for all stages of development (from toddlers to old people).” (Mertens, 2003/2005 cit. in ISNA, n.d.)

Deze definities van snoezelen zijn er maar een paar vergeleken met het aantal bestaande en gangbare definities. Een aantal kernwoorden uit de definiëringen lichten we toe. Het gaat hier om principes die snoezelen tot snoezelen maken.

4 Principes en doelstellingen van snoezelen

Wanneer we kijken naar het snoezelen worden er verscheidene principes en doelstellingen vooropgesteld. In wat volgt geven we aan welke principes in de literatuur aangegeven worden als noodzakelijke en voorwaardenscheppende elementen voor het snoezelen. Vervolgens bekijken we welke doelen in de literatuur genoemd worden met betrekking tot het snoezelen.

4.1 Principes

Eerst lichten we een aantal kernbegrippen uit de definities toe. Het gaat om principes waaraan voldaan moet worden wanneer men over snoezelen spreekt.

Snoezelen is het selectief aanbieden van primaire prikkels op zintuiglijk gebied

Men beoogt bij het snoezelen een ‘gewogen’ stimulering van alle zintuigen; men zoekt naar een evenwichtige verhouding tussen meer activerende stimulering en eerder relaxerende activiteiten (Vangansbeke, 1985). Mogelijke storende elementen worden gereduceerd of geëlimineerd. Hierdoor wordt het snoezelen overzichtelijker en gestructureerder. Daarnaast

biedt het snoezelen een geïsoleerde zintuiglijke stimulering. De zintuigen worden met andere woorden in de diepte aangesproken. Dit bereikt men bij het snoezelen door bij elke activiteit het hoofdaccent te leggen op één bepaalde sensorische modaliteit. Samenvattend kan men zeggen dat snoezelen een doordacht aanbod van sensorische prikkels betreft. Men doelt op een 'gewogen' stimulering, waartoe de sensorische prikkels geselecteerd, voorgewerkt en geïsoleerd dienen aangeboden te worden.

Met het snoezelen bedoelt men een primair sensorische activering

De persoon met een ernstige verstandelijke handicap ervaart zijn leven voornamelijk via zijn eigen lichaam. Hierdoor voelen zij zich het meest aangesproken door de proximale of direct op het lichaam betrokken zintuigen. Naast gehoor en gezicht gaat de aandacht dan ook expliciet naar tast-, geur-, smaak- en kinetische ervaringen. Een voldoende aanbod van dergelijke stimulering is per definitie een noodzakelijke voorwaarde (Van der Flaas, 1989).

Verder gaat snoezelen over een vorm van activering, maar niet in die zin dat er een prestatie verwacht wordt. De omgeving moet uitnodigend werken op de snoezelende persoon; met name uitnodigen tot activiteit of tot ontspanning.

Tijdens het snoezelen worden authentieke belevingsmomenten geschapen

Snoezelen gebeurt in een vrije, ongedwongen sfeer (Vangansbeke, 1985). Een belangrijk kenmerk is 'alles mag, niets moet'. De mogelijkheid zelf te kiezen en de mogelijkheid het tempo te bepalen, staan centraal. Door de snoezelstijl van de persoon met de handicap te respecteren, kan hij ten volle genieten van deze authentieke belevingsmomenten.

Het snoezelen vereist een sfeervol ingerichte snoezelruimte

De sfeer is een noodzakelijke factor die erg bepalend is voor de kwaliteit van het snoezelen (Van der Flaas, 1989). Net als elk ieder is ook een persoon met een verstandelijke handicap heel gevoelig voor sfeer. Vooral rust, gedimd en zacht licht, sfeermakende muziek en tactiele elementen blijken de sfeermakers te zijn bij het snoezelen. De relaxerende sfeer zorgt voor een geleidelijke overgang en een soepele acceptatie van het snoezelgebeuren.

Naast deze principes geeft Hulsegge (1986) ook nog het belang aan van herhaling, de juiste tijdsduur, de juiste grondhouding en de juiste begeleiding. Eigenlijk komt het er steeds op neer om de persoon met een handicap te observeren, alert te zijn voor zijn signalen en vervolgens op de gepaste manier hierop in te spelen; hij snoezelt en wij snoezelen mee.

Om het snoezelen op een optimale manier te laten verlopen, schuift Het Balanske vzw (cfr. infra) de volgende vier factoren naar voor: de voorkennis van de ouders of de begeleider, observatie en waarnemingsgericht werken, houding en attitude en kennis over het snoezelen (Het Balanske, n.d.b).

4.2 Beoogde doelen

In deze paragraaf geven we een overzicht en omschrijving van de doelen, aangegeven in de literatuur, die men met snoezelen beoogt.

Onaangepast gedrag/probleemgedrag reduceren

Verschillende auteurs geven aan dat snoezelen als activiteit gebruikt wordt om een diversiteit aan probleemgedrag te verminderen. Voorbeelden van onaangepast gedrag zijn onder andere zelfstimulerend, agressief en stereotiep gedrag (Cuvo et al. in Lancioni, Cuvo, & O' Reilly, 2002; Hogg et al., 2001; Lindsay et al., 1997; Shapiro et al., 1997; Singh et al., 2004; van Lankveld, 1992; Vlaskamp et al., 2002).

Aangepast gedrag bevorderen

Daarnaast stellen meerdere auteurs voorop dat met snoezelen adaptief gedrag verkregen kan worden. Het doel dat hier naar voor wordt geschoven is met andere woorden het verwezenlijken van gedragsverbeteringen (Cuvo et al. in Lancioni, Cuvo, & O' Reilly, 2002; Hogg et al., 2001; Lindsay et al., 1997; Shapiro et al., 1997; van Lankveld, 1992; Vlaskamp et al., 2002).

Alertheid, aandacht, concentratie en betrokkenheid bevorderen

Een toename van reacties en/of belangstelling gericht op zichzelf, andere personen of de omgeving kan volgens een aantal auteurs bekomen worden door het snoezelen (Ashby et al. in Lancioni, Cuvo, & O' Reilly, 2002; Cuvo et al. in Lancioni, Cuvo & O' Reilly, 2002; Lindsay et al., 1997; Martin et al., 1998; Vlaskamp et al., 2002).

Keuzes, voorkeuren, initiatief en zelfbepaling stimuleren

Hier gaat het om het belang van het kunnen duidelijk maken van eigen voorkeuren, ook aan de omgeving. Dit kan bijvoorbeeld geuit worden door een keuze van activiteit te maken in de snoezelruimte (Hulsege & Verheul, 1986; Martin et al., 1998).

Activiteit en exploratie stimuleren

Een ander doel van snoezelen dat een drietal auteurs benoemen is het stimuleren van actief gedrag en het uitnodigen tot het verkennen van materiaal of de omgeving (Matson et al., 2004; Shapiro et al., 1997; Vlaskamp et al., 2002).

Ontwikkeling (op diverse vlakken) stimuleren

Eén auteur geeft aan dat snoezelen de ontwikkeling kan stimuleren en dit op verscheidene gebieden. Hij verwijst onder andere naar de zintuiglijke en de cognitieve ontwikkeling (van Lankveld, 1992).

Plezier, ontspanning, recreatie en relaxatie bewerkstelligen

Verscheidene auteurs geven aan dat snoezelen gebruikt kan worden als een aangename vrijetijdsbesteding, wat belangrijk is voor de zelfontwikkeling en de zelfrealisatie van een persoon (Hogg et al., 2001; Lindsay et al., 1997; Martin et al., 1998; Matson et al., 2004; Mount & Cavet, 1995; Shapiro et al., 1997; Singh et al., 2004; van Lankveld, 1992; Vlaskamp et al., 2002).

Contact, relatie, wederzijdse interactie en responsiviteit verbeteren

Een aantal auteurs geven aan dat snoezelen een manier is om wederzijdse interactie te bewerkstelligen en te verbeteren (Hulsegge & Verheul, 1986; Lancioni et al., 2002; Lindsay et al., 1997).

Tevredenheid en welbevinden verbeteren

Tot slot benoemen een aantal auteurs snoezelen als een activiteit die een gevoel van welbevinden bewerkstelligt. Tijdens het snoezelen voelt de persoon zich gelukkig en tevreden (Hulsegge & Verheul, 1986; Meijs-Roos, 1990; Shapiro et al., 1997; van Lankveld, 1992).

5 Wie snoezelt?

Snoezelen is een activiteit die geschikt is voor mensen van alle leeftijden en voor verschillende doelgroepen. Het fenomeen ontstond oorspronkelijk binnen de zorg voor mensen met een handicap, maar eveneens andere doelgroepen hebben een steeds toenemende interesse voor het snoezelen.

5.1 Personen met een handicap

Binnen de zorg voor mensen met een handicap is snoezelen een - aangename - activiteit waarmee men diverse doelen wil bereiken (cfr. supra). Op te merken valt dat het snoezelen niet exhaustief voor mensen met een ernstig verstandelijke handicap bestemd is. Mensen met een lichtere vorm van handicap kunnen eveneens genieten van deze activiteit. Naast mensen met een verstandelijke handicap is er ook veel interesse voor het snoezelen bij andere doelgroepen, onder andere mensen met een lichamelijke handicap, met een meervoudige handicap, een sensorische handicap en mensen met een autisme spectrum stoornis.

Of iemand graag snoezelt en op welke wijze hangt, naast de persoonlijkheid van iemand, ook af van de aard van zijn handicap. Het lijkt logisch dat bijvoorbeeld mensen met een fysieke handicap anders snoezelen dan mensen met een autistiforme handicap. De wijze van communiceren verschilt ook sterk naargelang iemands handicap. Voor de begeleiding is het van groot belang hiermee vertrouwd te zijn om te weten te kunnen komen wat iemand zijn mogelijkheden en wensen met betrekking tot het snoezelen zijn.

Uit het voorgaande kunnen we reeds afleiden dat het inrichten van één snoezelruimte, die ideaal is voor alle soorten handicaps en voor alle personen, niet realiseerbaar is. Een verscheidenheid aan snoezelruimtes, wat eveneens een verscheidenheid aan snoezelmateriaal met zich meebrengt, zal er beter voor zorgen dat elke persoon met een handicap aan zijn trekken kan komen.

Personen met een handicap kunnen snoezelen met hun gezin of in groep. Wanneer iemand komt snoezelen in groep denken we onder andere aan residentiële centra, ambulante diensten, buitengewoon onderwijs en revalidatiecentra. Belangrijk is dat de groepsgrootte beperkt blijft. Door te snoezelen in te grote groepen gaat een deel van de sfeer verloren en komen zintuiglijke prikkels door omgevingslawaaï meer op de achtergrond.

5.2 Andere snoezelaars

Naast snoezelen bij mensen met een handicap, zijn er nog een groot aantal doelgroepen die positieve reacties uiten met betrekking tot deze activiteit.

In eerste instantie denken we hier aan bejaarde mensen, al dan niet dementerend. Snoezelen wordt voor hen gebruikt als middel om de zintuigen te activeren om zo sensorische deprivatie

te voorkomen (Het Balanske, n.d.b). Via communicatie door lichamelijk contact kan bij dementerende bejaarden het eventueel persoonlijk isolement doorbroken worden.

Ook binnen de psychiatrie heeft het snoezelen zijn intrede gedaan. Hier wordt het vooral aangeboden als rustgevende activiteit (Hulsegge & Verheul, 1986). Door het scheppen van rustgevende elementen kan de omringende wereld voor psychiatrische patiënten minder bedreigend overkomen.

Naast deze twee opvallendste groepen snoezelaars, én de mensen met een handicap, vinden we in de literatuur ook bijdragen terug waar men snoezelen gebruikt als middel bij het bestrijden van pijn en stress en bij mensen met ADHD (*Attention Deficit/Hyperactivity Disorder*) (World Wide Snoezelen.com, n.d.).

6 Waar snoezelt men?

6.1 Snoezelen binnen een voorziening

Een snoezelruimte binnen de woon-leefsituatie

Het snoezelen binnen de woon-leefsituatie is kleinschalig, eenvoudig van opzet en wordt ook wel mini-snoezelen genoemd (Hulsegge & Verheul, 1986, p. 43). Het kan hier zowel gaan over een - tijdelijk - omgebouwde woon- of slaapruijnte als over een permanent ingerichte ruimte binnen een woon-leefsituatie bestemd voor het snoezelen. De inrichting van een dergelijke ruimte kan bestaan uit bijvoorbeeld kussens, knuffeldieren, geuren en een hangmat (Het Balanske, n.d.b). Nadelig aan een snoezelruimte binnen een woon-leefsituatie kan het storende element van medebewoners zijn.

Een centrale snoezelruimte buiten de woon-leefsituatie

Voorzieningen kiezen vaak ook voor een centrale, vaak grote, permanente snoezelruimte buiten de woon-leefruimte; men noemt dit het maxi-snoezelen (Hulsegge & Verheul, 1986, p. 48). Er kan gekozen worden voor enerzijds één grote ruimte waarin alle zintuiglijke waarnemingen en ervaringen plaatsvinden. Selectie en dosering van prikkels is mogelijk, maar het uitzuiveren van bijkomende storende elementen is hier niet zo eenvoudig. Anderzijds kan men kiezen om een ruimte in te delen in verscheidene aparte hoeken. Wanneer men kiest voor deze optie, worden de zintuigen meer optimaal en selectief aangesproken (Hulsegge & Verheul, 1986). In een aparte snoezelruimte is het mogelijk een groter aanbod

van prikkels aan te bieden. De overgang naar een andere ruimte kan eveneens voor een bijkomende aangename ervaring zorgen (Het Balanske, n.d.b).

6.2 Snoezelen buiten een voorziening

Er bestaan eveneens centra waar men snoezelruimtes aanbiedt. Het Balanske vzw is hier een voorbeeld van. Zij stellen hun snoezelruimtes open voor mensen met een handicap en hun gezin. Vooraf wordt een snoezelmoment gereserveerd en gedurende die duur is de gehele snoezelruimte ter hunner beschikking. Daarnaast kan men ook komen snoezelen met de leefgroep waartoe de persoon behoort. Dit heeft als voordeel dat voorzieningen de uitgebreide infrastructuur zelf niet moeten aanschaffen, maar wel een aangename activiteit kunnen voorzien voor de personen met een handicap.

6.3 Snoezelen in de dagelijkse zorg

Hulsegge (1986) geeft aan dat snoezelen nog te vaak gezien wordt als een op zichzelf staande activiteit. Een groot deel van de ervaringen en belevingen die tijdens een snoezelactiviteit worden opgedaan, kunnen evenzeer bereikt worden tijdens een verzorgingsmoment. We kunnen hierbij bijvoorbeeld denken aan badmomenten, eetsituaties en het moment van slapen gaan. Het eigen tempo van de persoon meer respecteren en inspelen op de zintuiglijke gewaarwordingen die de persoon graag heeft, leidt eveneens tot snoezelen. Tijdens de verzorgingsmomenten werkt het enorm contactbevorderend, stelt Hulsegge (1986), dus waarom zouden we enkel snoezelen in een snoezelruimte?

Ook naast de verzorgingsmomenten moeten we oog hebben voor het aanbieden van eenvoudige activiteiten en materialen (Hulsegge & Verheul, 1986). De persoon verschillende zintuiglijke ervaringen laten opdoen kan op diverse creatieve manieren bereikt worden, waardoor men kan snoezelen op ieder moment van de dag. We denken hierbij, bij wijze van voorbeeld, aan het opzetten van zachte muziek, eens een extra knuffel geven en het aansteken van kaarsjes (Hulsegge & Verheul, 1986).

6.4 Een snoezelspeeltuin

Het Balanske vzw ontwikkelt momenteel, naast de binnenruimtes, ook een snoezelspeeltuin. Een dergelijk speeltuin, *BAMB' île*, is opgebouwd uit verschillende snoezeleilanden. Het

principe van de binnenactiviteit 'snoezelen' blijft ook hier behouden: op elk snoezeiland worden prikkels voor één bepaald zintuig aangeboden. Met een snoezelspeeltuin treedt men letterlijk maar ook figuurlijk meer naar buiten met de personen met een handicap (Het Balanske, n.d.b). Wel is het zo dat men heel wat aan sfeer inboet met een dergelijke snoezelspeeltuin. Ook storende elementen kunnen minder geëlimineerd worden wanneer men zich buiten bevindt.

7 Voorwaarden waaraan een snoezelruimte moet voldoen

Een snoezelruimte kunnen we als volgt omschrijven: een ruimte waar allerlei stimuli aangeboden worden die beroep doen op alle zintuigen, en waaraan mensen plezier kunnen beleven en/of waarmee ze iets kunnen doen, mee om kunnen gaan (Vangansbeke, 1985).

Voortvloeiend uit de basisprincipes van snoezelen en de doelen die met snoezelen beoogd worden, komen we tot een aantal voorwaarden waaraan een snoezelruimte moet voldoen. Dat een snoezelruimte meer is dan het bij elkaar zetten van allerlei zintuiglijk stimulerend materiaal, blijkt uit de volgende eisen die aan de inrichting van een snoezelruimte worden opgelegd.

De *sfeer* binnen een snoezelruimte is, zoals eerder aangegeven, van groot belang (Vangansbeke, 1985). Daarnaast moet er bij het uitbouwen van een snoezelruimte zeker rekening gehouden worden met de doelgroep. De ruimte moet *toegankelijk* zijn en het materiaal *gebruiksvriendelijk* voor de bedoelde populatie. Om tegemoet te komen aan individuele noden, zal een snoezelruimte moeten bestaan uit een op alle zintuiglijke domeinen gericht *voldoende gevarieerd aanbod* van sensorische stimulerende activiteiten. Eveneens is het aanbrengen van *structuur* in de snoezelruimte een belangrijke voorwaarde. De ruimte moet overzichtelijk zijn voor de persoon met een handicap, zodat die zich er veilig voelt en er zich kan ontspannen. De ruimte als *veilig en vertrouwd* ervaren, kan bereikt worden door vertrouwde situaties in te lassen tijdens het snoezelen. Bij de inrichting van de ruimten moet er ook gezorgd worden voor een *goede verhouding tussen activerende en relaxerende activiteiten*. Rustgevende elementen moeten regelmatig ingelast kunnen worden. Om tot snoezelen te komen, moet de persoon aangesproken worden door al wat er zich in de snoezelruimtes bevindt. Dit kan enkel bereikt worden wanneer de ruimten *aantrekkelijk* ingericht worden.

Naast deze voorwaarden is het natuurlijk eveneens van belang dat men voldoende *hygiënisch* kan omspringen met al het materiaal dat zich in de snoezelruimtes bevindt. Het *onderhoud* ervan is van groot belang. De ruimten en het snoezelmateriaal moeten, tot slot, ook voldoende *veilig* zijn voor iedereen en eveneens moet er voldaan worden aan de nodige eisen in verband met brandveiligheid (Van der Flaas, 1989).

8 Praktische inrichting van snoezelruimtes

De praktische inrichting van de diverse ruimten verschilt van snoezelruimte tot snoezelruimte. We geven in wat volgt beknopt een aantal illustraties van snoezelmateriaal en –activiteiten per zintuig op basis van Hulsegge & Verheul (1986).

8.1 Het tactiele

De aandacht voor de tast mag zeker niet ontbreken in een snoezelruimte. Mensen met een verstandelijke handicap maken veelvuldig gebruik van de tastzin om een beeld te verkrijgen van hun omgeving. Vele tastelementen kunnen in de ruimte zo geplaatst worden zodat de bezoeker er niet omheen kan; hij wordt er mee geconfronteerd. We denken hierbij aan gordijnen die men deels opzij kan duwen indien men verder wil gaan. Tastzin en informatietechnologie kunnen ook prachtig gecombineerd worden. Met een lichte druk op een hand ontstaan er bijvoorbeeld visuele of auditieve effecten.

Tactiele elementen die zeker aanspreken, zijn onder andere: een zachte vloer, een warmwaterbed, een ballenbad en voelwanden.

8.2 Het auditieve

Geluid moet niet enkel als middel gebruikt worden, bijvoorbeeld achtergrondmuziek als sfeermaker, stelt Hulsegge, maar eveneens als doel op zich tijdens het snoezelen. Het gebruik van een koptelefoon leidt er bijvoorbeeld toe dat men nog meer geconcentreerd luistert. Een microfoon gekoppeld aan een trilvloer is ook een element dat zeker behoort tot de gehoorzin; geluid is tenslotte ook waarneembaar via onze tastzintuigen. Hetzelfde geldt voor de muziektrillingen die men voelt wanneer men op het warmwaterbed ligt. Ook een *soundbeam* is een illustratie van het auditieve; hier worden bewegingen omgezet in geluid.

8.3 Het visuele

De visuele prikkel is in onze beleving vaak de meest sterke prikkel. Informatie over de directe omgeving wordt vaak door onze ogen verkregen. Vandaar dat ook dit zintuig voldoende aanwezig moet zijn in de snoezelruimtes via allerlei materiaal en effecten. Bij de *bubble-units* ziet men in eerste instantie een stroom van gekleurde luchtbelletjes die in buizen opborrelt. Later ervaart men ook de trillingen en het geluid van de opborrelende luchtbellens. Andere visuele illustraties zijn onder andere een vloeistofprojector, een spiegelbol, allerlei soorten spiegels en algemeen ook de kleurkeuze van de ruimten en het materiaal.

8.4 Geur en smaak

Tot slot zijn geur en smaak ook belangrijke componenten waarlangs men sensorische ervaringen kan opdoen. De manier waarop men deze beide zintuiglijke aspecten kan aanbieden, is minder eenvoudig dan bij de voorgaande. Het aanbieden van smaakervaringen, geuren in combinatie met warme of koude lucht of gebruik maken van geurige oliën tijdens een massage zijn hier enkele voorbeelden van.

Hoofdstuk 3: Overzicht van onderzoek over snoezelen

1 Inleiding

De literatuur die in wat volgt wordt besproken, werd gevonden door het uitvoeren van gecomputeriseerde zoektochten in databanken zoals Medline, Francis, Eric en Psycinfo. Eveneens kregen we een aantal teksten via Het Balanske. De criteria bij het selecteren van de literatuur waren de termen ‘snoezelen’ en ‘ernstig meervoudige handicap’ en dit zowel in het Engels als in het Nederlands. Voor snoezelruimtes worden in de onderzoeken vaak de afkortingen MSE (*multi sensory environment*) en MSR (multi-sensore ruimte) gebruikt. We kwamen tot de vaststelling dat de literatuur die daarover beschikbaar is, zeer beperkt is. Ook in de onderzoeken zelf wordt het gebrek aan studies over snoezelen vermeld (van Lankveld, 1992; Vlaskamp et al., 2002). We hebben dan ook de keuze gemaakt om onze doelgroep in het literatuuroverzicht te verruimen tot mensen met een verstandelijke handicap.

In wat volgt geven we een schematisch overzicht van de doelgroep waarop het onderzoek zich richt, de onderzoeksvariabelen en de onderzoeksmethoden. We zullen elk van deze aspecten nadien uitgebreid toelichten.

In een volgende paragraaf bespreken we de resultaten van de studies. Zijn de beoogde effecten bereikt? Levert het snoezelen iets op wanneer men kijkt naar de verhouding kosten tegenover baten? Wat zijn de procesvoorwaarden die in de onderzoeken worden aangegeven?

2 Schematisch overzicht van de onderzoeken

Auteur	Doelgroep	Afhankelijke variabelen	Onderzoekopzet (design en conditie)	Onderzoeksmethoden (methode en soort codering)
Meijs-Roos (1990)	Zes 'diepzwakzinnige' bewoners, tussen 8 en 40 jaar	(1) gedrag en kennelijk welbevinden (2) oordeel groepsleiding (3) invloed van interactie initiatief door de groepsleiding op het gedrag van de bewoner	- snoezelen in vergelijking met muziekruimte - repeated pretest-posttest single-subject design (1) - alternating treatments design (1)	- observatie met behulp van partiële interval registratie (1&3) - event-registratie observatie (3) - vragenlijsten voor zorgverleners (2)
van Lankveld (1992)	15 mannelijke geestelijk gehandicapte bewoners. Drie subgroepen, elk bestaand uit 5 personen, verschillend in ontwikkelingsniveau (sociale redzaamheid en ambulantie) (1) hoog niveau (2) laag niveau/ambulant (3) laag niveau/niet ambulant, telkens tussen 30 en 54 jaar	- gedragsveranderingen tijdens snoezelen - samenhang met ontwikkelingsniveau en mobiliteit	- snoezelen in vergelijking met leefgroepsituatie - iedere deelnemer werd geobserveerd in elke situatie op verschillende dagen van de week en met een verschillende volgorde van de condities	- video-opnames - ethologische methode: een zo volledig mogelijke objectieve observatie=in dit onderzoek een gedragslijst
Lindsay, Pitcaithly, Geelen, Buntin, Broxholme, & Ashby (1997)	8 personen met diep verstandelijke handicap, 6 mannen en 2 vrouwen, tussen 23 en 62 jaar	Concentratie en ontspanning/plezier	- snoezelen in vergelijking met 3 condities (relaxatie, handmassage /aromatherapie en actieve therapie) - crossover design, alle personen kregen alle behandelingen 20 keer. De behandelingen werden gecounterbalanceerd tussen de subjecten, elke conditie had twee subjecten die deze eerst, tweedes en derdes kregen.	- video-opnames van opdrachten om concentratie te meten, werd achteraf gescoord - voor ontspanning/plezier score op basislijn, na 10 sessies, na 15 sessies en na de laatste sessie van elke behandeling. Scores op basis van vooropgenomen video-opnames
Shapiro, Parush, Green, & Roth (1997)	20 kinderen tussen 5 en 10 jaar met matig of ernstig verstandelijke handicap en stereotiepe gedragingen	Korte termijn effect van snoezelen (1) daling van zelfstimulerend gedrag in aantal en duur (2) stijging van adaptief gedrag in aantal en duur (3) groter verschil in hartslag	- snoezelen in vergelijking met 'speelkamer' - experimenteel cross-over design	- Behaviour Checklist (1&2) - elektrocardiogram monitor (3)

Auteur	Doelgroep	Afhankelijke variabelen	Onderzoekopzet (design en conditie)	Onderzoeksmethoden (methode en soort codering)
Martin, Gaffan, & Williams (1998)	27 volwassenen met ernstig/diepe verstandelijke handicap met uitdagend gedrag waarvan 18 mannen en 9 vrouwen	- gedragseffecten van MSE - effect van snoezelen op de reductie van uitdagend gedrag rekening houdend met 'sensory feedback'	- snoezelen in vergelijking met controlegroep - dubbel crossover design	- directe observatie en gestandaardiseerde evaluatie voor en na elke fase van het onderzoek
Cuvo, May, & Post (2001)	Exp 1: 4 personen met diep verstandelijke handicap en stereotiep gedrag tussen 4 en 65 jaar Exp 2: 3 personen met diep verstandelijke handicap en stereotiep gedrag tussen 48 en 65 jaar	Exp 1: effect op stereotiep gedrag en betrokkenheid Exp 2: effect van duur versus goedkoop materiaal op stereotiep gedrag en betrokkenheid	- snoezelen in vergelijking met leefruimte Exp 1: alternating treatments design Exp 2: alternating treatments design	Exp 1: analyseren van de effecten van leefruimte en snoezelruimte, observatie voor, tijdens en na elke snoezelsessie Exp 2: observatie
Flaskamp, de Geeter, Huijsmans, & Smit (2002)	177 volwassen personen met ernstig meervoudige handicap, uit 15 verschillende voorzieningen, 75 vrouwen en 102 mannen	Alertheid en interactie	- snoezelen in vergelijking met normale woonomgeving	- interview bij zorgverlener - observatie bij 19 personen: gebruik makend van momentary time sampling, scoring op basis van observatieschema
Matson, Bamburg, & Smalls (2004)	52 deelnemers met ernstig (7 personen) tot diep (45 personen) verstandelijke handicap. 18 personen: bijkomende motorische problemen. 36 mannen en 16 vrouwen, tussen 24 en 73 jaar.	Belonende waarde van snoezelen		Aanbieden van stimuli gedurende 6 sessies, elke sessie met 1 van de 6 stimuli. Aanbod gedurende 20 seconden, scoring van hoofd-oriëntatie, oogcontact en interesse
Singh, Lancionni, Winton, Molina, Sage, Brown, & Groeneweg (2004)	45 participanten in drie groepen van elk 15 personen, 31 mannen en 14 vrouwen tussen 22 en 57 jaar. Allemaal ernstig tot diepe verstandelijke handicap en as 1 stoornissen.	Agressie en zelfverwonding	Repeated measures counterbalanced design, elke groep doorliep de drie experimentele condities: ADL, Snoezelen, Vocational skills.	observatie

Tabel 1: Overzicht van de onderzoeken

2.1 Overzicht van de doelgroepen

Het was aanvankelijk de bedoeling om in dit literatuuroverzicht enkel onderzoeken op te nemen met als doelgroep personen met een ernstig meervoudige handicap. Zoals reeds vermeld, bleek dat dit resulteerde in een zeer laag aantal onderzoeken, met name één (Vlaskamp et al., 2002). Bij twee andere onderzoeken (Matson et al., 2004; van Lankveld, 1992) bestond een deel van de doelgroep uit mensen die naast hun verstandelijke handicap ook bijkomende motorische beperkingen hebben.

Wanneer we de doelgroep nog zouden verkleinen tot de groep waartoe we ons beperken in ons eigen onderzoek, namelijk kinderen met een ernstig meervoudige handicap jonger dan 11 jaar, is er niet één onderzoek met betrekking tot de effecten van snoezelen dat overblijft. Om toch een ruimer beeld te krijgen over wat al gezegd en geschreven is over het snoezelen, verruimden we onze doelgroep, tenminste voor wat het literatuuroverzicht betreft, tot mensen met een verstandelijke handicap. Ook daar was het resultaat niet overvloedig. In totaal weerhielden we negen studies, op basis waarvan we dit literatuuroverzicht kunnen weergeven.

2.1.1 Graad van handicap van de deelnemers

Slechts één van de onderzoeksgroepen bestaat uitsluitend uit personen met een ernstig meervoudige handicap (Vlaskamp et al., 2002). Twee andere onderzoeken omschrijven een deel van hun doelgroep als mensen met een laag niveau en motorische beperkingen (Matson et al., 2004; van Lankveld, 1992).

Shapiro et al. (1997) hebben als doelgroep in hun onderzoek mensen met een matig tot ernstige verstandelijke handicap. Zowel Martin et al. (1998) als Singh et al. (2004) doen hun onderzoek bij mensen met een ernstige tot diep verstandelijke handicap en drie van de onderzoeksgroepen bestaan uit deelnemers met een diep verstandelijke handicap (Cuvo et al., 2001; Lindsay et al., 1997; Meijs-Roos, 1990).

2.1.2 De grootte van de groepen

Wanneer we kijken naar het aantal deelnemers aan de onderzoeken, bekomen we een gemiddelde van iets meer dan negenendertig personen. Iets meer in detail bekeken, merken we op dat slechts één van de studies een aantal deelnemers omvat dat de honderd overschrijdt

(Vlaskamp et al., 2002). Dit geldt echter enkel voor een deel van het onderzoek, namelijk voor de afname van de interviews. Voor de observaties bestond de onderzoeksgroep slechts uit negentien personen. Van de overgebleven studies zijn er drie die minder dan tien deelnemers omvatten (Cuvo et al., 2001; Lindsay et al., 1997; Meijs-Roos, 1990), twee die tussen tien en twintig deelnemers bevatten (Shapiro et al., 1997; van Lankveld, 1992) en drie die tussen twintig en honderd deelnemers bevatten (Martin et al., 1998; Matson et al., 2004; Singh et al., 2004).

Het is opvallend dat er zo'n brede variatie in grootte van de onderzoeksgroepen te bemerken is.

2.1.3 Leeftijdsbereik

Zoals reeds aangegeven, zijn onderzoeken met als doelgroep 'kinderen jonger dan 11 jaar met een ernstig meervoudige handicap' onbestaande. Ook wanneer de doelgroep verruimd wordt tot kinderen met een verstandelijke handicap is het resultaat gering. Er werd door ons slechts één onderzoek gevonden waarvan de onderzoeksvariabelen met betrekking tot snoezelen louter gericht waren op kinderen in de leeftijdscategorie van 5 tot 10 jaar (Shapiro et al., 1997).

Eén ander onderzoek betreft, naast volwassenen, eveneens kinderen in zijn doelgroep. De leeftijdsrange in dat onderzoek bedraagt 8 tot 40 jaar (Meijs-Roos, 1990).

De andere onderzoeken werden uitgevoerd bij volwassenen. Het leeftijdsbereik varieert hier tussen ongeveer 32 jaar en 63 jaar (Cuvo et al., 2001; Lindsay et al., 1997; Matson et al., 2004; Singh et al., 2004; van Lankveld, 1992). Twee andere studies geven geen leeftijdsbereik aan, maar duiden wel aan dat hun studie zich richt op personen boven de 18 jaar (Martin et al., 1998; Vlaskamp et al., 2002).

2.1.4 Verhouding tussen mannen en vrouwen in de doelgroep

Bij alle studies die de verhouding tussen mannen en vrouwen weergeven, op één na, is het aantal mannen, dat in de doelgroep betrokken is, groter dan het aantal vrouwen (Lindsay et al., 1997; Martin et al., 1998; Matson et al., 2004; Singh et al., 2004; van Lankveld, 1992; Vlaskamp et al., 2002). De aantallen over alle studies heen bedragen respectievelijk 210 en 118. Bij één studie zijn de aantallen gelijk, namelijk 2 op 2 (Cuvo et al., 2001).

2.2 Overzicht van de onderzoeksvariabelen

In de volgende paragraaf zullen we de afhankelijke variabelen die in de gevonden literatuur onderzocht worden, bespreken. We zullen dit doen aan de hand van de beoogde doelen die we in hoofdstuk 2 opmaakten. Eerst zullen de afhankelijke variabelen besproken worden die samenvallen met de beoogde doelen, daarna geven we aan welke extra variabelen onderzocht worden en ten slotte zullen we bespreken welke beoogde doelen niet in de onderzoeken terugkomen.

2.2.1 Bespreking van de afhankelijke variabelen die teruggevonden worden bij de beoogde doelen

Onaangepast gedrag/probleemgedrag reduceren

Deze afhankelijke variabele komt in vier van de onderzoeken terug, zij het niet steeds op dezelfde manier.

Shapiro et al. (1997) hebben het over zelfstimulerende gedragingen. Hun hypothese is dat het aantal en de duur van deze gedragingen afneemt in de snoezelruimte. Ze verstaan hier onder andere flapperen met de handen, gooien met voorwerpen en schreeuwen onder.

Ook in het onderzoek van Cuvo et al. (2001) wordt in één van de twee experimenten ingegaan op het effect dat het snoezelen heeft op het stereotiepe gedrag van volwassenen met een diep verstandelijke handicap. De vraag is of dit stereotiepe gedrag daalt in de snoezelruimte en of er langetermijn- en transfereffecten zijn. Stereotiep gedrag wordt in dit onderzoek omschreven in termen van wiegen van het lichaam, objecten in de mond steken en andere.

Cuvo et al. (2001) voeren in hun tweede experiment de analyse van de kosten tegenover de baten van het snoezelgebeuren uit. In hun onderzoeksvraag formuleren ze dit als volgt: *“Is the commercially purchased sensory equipment necessary to reduce stereotypy and increase engagement, or is it possible to achieve similar outcomes in a more cost-effective manner?”*.

In onderzoeken die rond het onderwerp snoezelen uitgevoerd worden, is dit aspect vaak een element van discussie. Is het de typische sfeer en methode van het snoezelen dat de effecten van snoezelen veroorzaakt of zijn het andere elementen die hiertoe bijdragen; de aandacht van de begeleiders, de rustige sfeer, de interactie? Hierover later meer.

In het onderzoek van Martin et al. (1998) wordt verondersteld dat personen die onaangepast gedrag vertonen omwille van een gebrek aan sensorische stimulatie het meest vooruitgang

boeken in een snoezelruimte. Deze hypothese zou betekenen dat de prikkels die de snoezelruimtes teweegbrengen, leiden tot een vermindering van het onaangepast gedrag.

Singh et al. (2004) zijn ten slotte de enige onderzoekers die enkel variabelen onderzoeken die onder deze categorie vallen. Zij bestuderen het effect van snoezelen op de agressie en het zelfverwondend gedrag.

Aangepast gedrag bevorderen

Het enige onderzoek dat deze afhankelijke variabele opneemt, is dat van Shapiro et al. (1997). Naast de hypothese dat er een vermindering zou zijn in de duur en het aantal van onaangepaste gedragingen, wordt er in dit onderzoek ook vanuit gegaan dat er een positief effect van het snoezelen zal zijn op het aantal en de duur van adaptieve gedragingen. Opvallend is dat in zeer veel onderzoeken deze afhankelijke variabele wordt aangehaald als een beoogd doel, maar dat hier in de praktijk weinig onderzoek naar wordt gedaan.

Alertheid, aandacht, concentratie en betrokkenheid bevorderen

In ons literatuuroverzicht zijn er drie onderzoeken die zich richten op één van de bovenstaande variabelen.

Een eerste onderzoek (Lindsay et al., 1997) focust zich onder andere op concentratie. In deze studie wordt nagegaan welk van de vier condities waar de cliënten aan deelnemen het meest concentratie uitlokt. De vier condities zijn snoezelen, relaxatie, handmassage/aromatherapie en actieve therapie (springkasteel).

Het onderzoek van Cuvo et al. (2001) gaat, naast andere variabelen, de betrokkenheid op stimuli in een snoezelruimte na. Ook gaan ze in hun onderzoek de langetermijneffecten en de mogelijkheid tot transfer na. Betrokkenheid wordt in hun onderzoek onder andere geoperationaliseerd als het juist gebruik van materialen, het deelnemen aan activiteiten en het kijken naar visuele stimuli.

Het derde onderzoek (Vlaskamp et al., 2002) richt zich op het activerende effect van snoezelen. Dit is volgens deze auteurs in de literatuur het meest genoemde effect van snoezelen. Echter bij de doelgroep van mensen met een ernstig meervoudige handicap ontbreekt onderzoek op dit domein. In dit onderzoek wordt de mate van 'actief zijn' opgedeeld in interactie en alertheid. Alertheid houdt volgens deze auteurs in dat er reacties

gericht op zichzelf of op de materiële omgeving waar te nemen zijn, zoals het maken van geluiden, het draaien van het hoofd naar de geluidsbron of het aanraken van het materiaal.

Activiteit en exploratie stimuleren

Zoals reeds aangegeven onderzoeken Vlaskamp et al. (2002) het activerend effect van snoezelen. Aangezien deze variabele in dit onderzoek opgedeeld wordt in twee delen, namelijk interactie en alertheid, bespreken we deze niet hier maar in de specifieke onderdelen.

Plezier, ontspanning, recreatie en relaxatie bewerkstelligen

Het onderzoek van Lindsay et al. (1997) richt zich, naast alertheid, op de variabele '*responsiveness*'. Met deze variabele wordt plezier of ontspanning bedoeld. Er wordt nagegaan welke therapie het meest een ontspannend/plezierbevorderend effect heeft op de persoon met een diep verstandelijke handicap.

Opvallend is dat er slechts één onderzoek deze variabele bestudeert. In de literatuur komt namelijk naar voor dat het oorspronkelijke doel van snoezelen voornamelijk recreationeel is. Plezier en ontspanning worden als belangrijker gezien dan eventuele gedragsveranderingen die snoezelen met zich mee zou brengen (Lindsay et al., 1997). Het is bedoeld als een kans voor mensen met een handicap om een gevoel van verfrissing te krijgen door het participeren in activiteiten die plezierig en stimulerend zijn, zonder druk te ervaren (Lancioni et al., 2002).

Contact, relatie, wederzijdse interactie en responsiviteit verbeteren

In het onderzoek van Vlaskamp et al. (2002) wordt zoals gezegd een onderscheid gemaakt tussen interactie en alertheid. Een toegenomen mate van interactie betekent hier een toegenomen belangstelling voor personen in de omgeving, hetgeen zichtbaar wordt door onder andere het maken van oogcontact met een zorgverlener en het aanraken van zorgverleners. De stimuli waarop de persoon reageert en die door andere personen zijn voortgebracht, kunnen visueel, auditief, olfactorisch of tactiel van aard zijn.

Tevredenheid en welbevinden verbeteren

Het enige onderzoek dat zich deels richt op welbevinden is het onderzoek uitgevoerd door Meijs-Roos (1990). Er wordt in dit onderzoek nagegaan of het welbevinden bevorderd wordt door deel te nemen aan het snoezelgebeuren. Er wordt hierbij gekeken naar de gezichtsuitdrukking van de deelnemer. De range gaat hierbij van 'zeer boos' tot 'heel vrolijk'.

2.2.2 Algemene gedragsvariabelen

In drie onderzoeken worden wel specifieke gedragsvariabelen meegenomen, maar is er een globale beoordeling van het gedrag die niet gedifferentieerd wordt voor de afzonderlijke gedragsvariabelen. Deze onderzoeken zullen hieronder toegelicht worden.

In het onderzoek van Meijs-Roos (1990) worden verschillende gedragsvariabelen onderzocht. Zo wordt er het effect nagegaan op onder meer aandacht, omgaan met voorwerpen en verbalisaties.

In het onderzoek dat van Lankveld (1992) uitvoerde, is de centrale vraag welke verschillen in waarneembaar gedrag te observeren zijn bij personen met een handicap tussen rustige momenten in de leefgroep en momenten in de snoezelruimten. Er wordt onder andere aandacht besteed aan de mimiek, de beweging en het geluid. De auteur stelt naast de effecten van snoezelen op het gedrag de vraag of de gevonden verschillen in frequenties van gedrag parallel lopen voor drie verschillende groepen snoezelaars die hij onderscheidt. Dit zijn ten eerste personen met een hoog ontwikkelingsniveau, ten tweede mensen met een laag ontwikkelingsniveau en ambulant en ten derde mensen met een laag ontwikkelingsniveau en niet ambulant.

In het onderzoek van Martin et al. (1998) worden de gedragseffecten van MSE's op mensen met een ernstige tot diep verstandelijke handicap nagegaan. De gedragsvariabelen waarop effect werd nagegaan, waren onder andere aandacht voor een taak, sociaal gedrag, aandachtsspanne en activiteitsniveau.

2.2.3 Restcategorie

Een aantal onderzoeken stellen ook afhankelijke variabelen voorop die moeilijk te plaatsen zijn in een specifieke doelcategorie. Net daarom zullen we ze onder deze paragraaf elk apart behandelen.

Het eerste onderzoek is dat van Shapiro et al. (1997). In dit onderzoek wordt, met behulp van een elektrocardiogrammonitor, het aantal hartslagen gemeten. De hypothese is hierbij dat er een grotere verandering zou zijn in hartslag van *pre-treatment* naar *treatment* en van *treatment* naar *post-treatment* tijdens het snoezelen in vergelijking met de speelkamer.

De tot nu toe besproken onderzoeken richten zich allemaal op effecten en gedragsveranderingen bij de persoon met een handicap zelf. Meijs-Roos (1990) gaat echter ook na of er effecten zijn op de begeleiders wanneer zij deelnemen aan het snoezelgebeuren. De auteur stelt zich de vraag in welke mate de wetenschap dat een bewoner gaat snoezelen van invloed is op de wijze waarop de groepsleiding het gedrag van de bewoner beoordeelt en verandering meent waar te nemen. Daarnaast tracht ze de invloed van het interactie-initiatief door de groepsleiding op het gedrag van de bewoner vast te stellen.

Matson et al. (2004) geven aan dat het belangrijk is in de begeleiding van personen met een diep verstandelijke handicap gepaste bekrachtigers te vinden die dan ook kunnen ingezet worden bij training en andere aspecten. Deze studie gaat dan ook de bekrachtigende waarde van snoezelen na voor personen met een ernstige tot diep verstandelijke handicap. Er werd hierbij dan ook nagegaan welke stimuli het meest bekrachtigend waren in de snoezelruimte.

2.2.4 Beoogde doelen die niet in de onderzoeken terugkomen

Twee van de categorieën die in hoofdstuk twee worden aangegeven als beoogde doelen van het snoezelen, worden niet teruggevonden in de empirische onderzoeken. Hoewel in de literatuur wel herhaaldelijk wordt verwezen naar deze aspecten als zijnde een mogelijk resultaat van snoezelen, werd hier tot op heden nog geen onderzoek naar verricht. Deze categorieën zijn ten eerste het stimuleren van keuzes, voorkeuren, initiatief, zelfbepaling en dergelijke en ten tweede het stimuleren van ontwikkeling (op diverse vlakken).

2.3 Onderzoeksmethoden

In de hierna volgende paragrafen gaan we na welke onderzoeksmethoden in de geselecteerde onderzoeken gebruikt worden. We zullen aangeven of er met controlecondities en vergelijkingsgroepen gewerkt wordt, welke onderzoeksdesigns er gebruikt worden, welke methoden van dataverzameling gebruikt worden en wat hierin opvalt. Ook de methoden die men gebruikt om gegevens en informatie van begeleiders te verkrijgen, worden besproken.

2.3.1 Onderzoeksopzet

2.3.1.1 Gebruik van controlecondities en vergelijkingsgroepen

In op één na alle studies (Matson et al., 2004) wordt de snoezelconditie vergeleken met een andere conditie. Deze conditie is soms een controleconditie zoals de gewone leefsituatie, andere keren is het een andere behandeling of een andere omgeving die verondersteld wordt invloed uit te oefenen.

Vergelijking met normale leefsituatie

Bij van Lankveld (1992) vindt een vergelijking plaats tussen rustige momenten in de leefgroep en momenten in de snoezelruimte. De leefgroepsituatie omvat hier gewone momenten van vrij bezig zijn. Intensieve verzorgingsmomenten en dergelijke werden uitgesloten.

Eveneens bij Cuvo et al. (2001) en Vlaskamp et al. (2002) wordt gecontroleerd door een normale leefgroepsituatie.

In het onderzoek van Martin et al. (1998) echter worden de effecten van de MSE vergeleken met een controleconditie die in mate van sociaal contact en aandacht overeenkomt met die in de snoezelruimte, maar niet dezelfde sensorische input heeft; dit om de effecten van de snoezelruimte heel concreet te kunnen observeren.

Vergelijking met andere experimentele condities of behandelingen

In het onderzoek uitgevoerd door Meijs-Roos (1990) worden, naast metingen in de snoezelruimte, ook metingen in de muziekrimte uitgevoerd, dit om vergelijkingsmateriaal te verkrijgen. In deze conditie was muziek de enige stimulering, terwijl bij de snoezelconditie dit maar één van de vele stimuli was.

Lindsay et al. (1997) vergelijken dan weer met drie andere condities. Dit zijn, zoals reeds vermeld, de relaxatieconditie, de handmassage/aromatherapie en de actieve therapie. In de relaxatieconditie werden de deelnemers gevraagd om neer te liggen op tapijten en kussens en ze werden begeleid in het aannemen van relaxerende posities. In de handmassage/aromatherapie werden de handen van de cliënten gemasseerd op een vooraf omschreven manier met oliën uit de aromatherapie. In de actieve therapie mochten de deelnemers zich uitleven op een springkasteel. Alle deelnemers krijgen in dit onderzoek alle behandelingen.

Shapiro et al. (1997) vergelijken de duur en het aantal van aangepaste en onaangepaste gedragsvormen in de snoezelruimte en in de speelkamer. In de speelkamer waren voorwerpen aanwezig die zorgden voor sensorische en motorische stimulatie met geen specifieke lichteffecten, muziek, aroma's of bewegende voorwerpen.

In de studie van Cuvo et al. (2001) wordt in het tweede experiment, naast het gebruik van de snoezelconditie en de leefruimte, ook gebruik gemaakt van een buitenconditie. In deze conditie maken de onderzoeker en de deelnemer een wandeling over het terrein. Er is enkel interactie wanneer deze geïnitieerd wordt door de deelnemer.

Singh et al. (2004) ten slotte vergelijken het effect op agressie en zelfverwondend gedrag in een snoezelconditie, een 'activiteiten van het dagelijkse leven training' (ADL-Training) en spreekvaardigheidstraining.

2.3.1.2 Onderzoeksdesign

In het onderzoek van Meijs-Roos (1990) wordt gebruik gemaakt van een *repeated pretest-posttest single-subject design*. Dit is een design om te bepalen of er verandering optreedt in het gedrag. Er werden hierbij data verzameld in de leefgroep net voor en net na ieder bezoek aan de snoezelruimte of muziekruimte.

Ook wordt gebruik gemaakt van een *alternating treatments design*, dit om de gegevens van de muziekconditie te kunnen vergelijken met die in de snoezelruimte. Het is een onderzoeksontwerp waarbij minstens twee verschillende condities aangeboden worden en waarvan de effecten worden nagegaan

Ook in het eerste experiment uitgevoerd door Cuvo et al. (2001) wordt gebruik gemaakt van een *alternating treatments design*. De participanten werden geobserveerd in de snoezelruimte en in de leefruimte. Dit gebeurde voor, tijdens en na elke snoezelsessie voor de snoezelconditie en voor en na elke snoezelsessie voor de leefruimteconditie. Het tweede experiment gebeurde op gelijkaardige manier.

De studie uitgevoerd door Lindsay et al. (1997) maakt gebruik van een *crossover design*, hierbij nemen alle participanten aan alle behandelingscondities deel. Het design werd zo opgezet dat elke behandelingsconditie twee deelnemers had die als eerste deze behandeling kregen, als tweede en als derde. Dit wordt benoemd als een *gecounterbalanceerd design*.

Ook Shapiro et al. (1997) maken gebruik van een *experimenteel crossover design*. Nadat de twee groepen een oefensessie hadden doorlopen, begon de eerste groep aan het onderzoek in de snoezelconditie en ging dan over in de speelkamerconditie. De tweede groep begon in de speelkamer en ging vervolgens naar de snoezelconditie. Dit werd gedaan om na te gaan of de volgorde tussen de twee settings een effect had.

Martin et al. (1998) maken eveneens gebruik van een *crossover design*. De onderzoeksgroep werd, net zoals bij Shapiro, in twee gesplitst. De eerste groep startte met MSE-sessies, gevolgd door controlesessies, gevolgd door opnieuw MSE-sessies. Groep twee startte met de controleconditie, gevolgd door de MSE-conditie en gevolgd door opnieuw een controleconditie.

Singh et al. (2004) maken gebruik van een *repeated measures counterbalanced design*. De onderzoeksgroep werd verdeeld in drie groepen. De eerste groep volgde een ABC volgorde, de tweede een BCA volgorde en de derde een CAB volgorde. Dit gebeurde elke dag van de week gedurende tien weken.

In het onderzoek uitgevoerd door van Lankveld (1992) wordt het design niet duidelijk geëxpliciteerd. Wel wordt aangegeven dat iedere persoon alle condities ondergaat en dat er bij de opnames rekening werd gehouden met vermoeidheid, drukte in de groep en andere. Ook werd de volgorde van de opname in de twee situaties telkens gewisseld.

In de onderzoeken van Vlaskamp (2002) en Matson (2004) wordt het onderzoeksdesign niet geëxpliciteerd.

2.3.2 Methoden van dataverzameling bij de deelnemers

Observatie en gedragstaxonomieën

Zowat alle studies gebruiken observatie als methode van dataverzameling.

In het onderzoek uitgevoerd door Meijs-Roos (1990) vond, met behulp van partiële-intervalregistratie, observatie plaats van bewonersgedrag en kennelijk welbevinden en van interactie-initiatief van de begeleidster naar de bewoners. Bij partiële-intervalregistratie kan de observeerder het voorkomen van het doelgedrag coderen wanneer het ergens in het tijdsinterval voorkomt (Thompson et al., 2000). Met behulp van 'event'-registratie vond

observatie plaats van interactie-initiatief, bewonersrespons en vervolggedrag van groepsleiding in de leefgroep. Bij deze vorm van registratie is het de observator er om te doen bepaalde gebeurtenissen of gedragingen in hun geheel te bestuderen. Hij wacht tot het te observeren gedrag zich voordoet en beschrijft dan nauwkeurig hoe en wanneer het optreedt (Thompson et al., 2000).

De (ethologische) observatie wordt, in het onderzoek uitgevoerd door van Lankveld (1992), vooropgesteld als de methode bij uitstek om kennis te verwerven over het innerlijke leven van mensen met een handicap. Het totale gedrag wordt in de ethologische observatie tot kleine stukjes herleid. Hierdoor wordt objectiviteit gegarandeerd omdat voor het vaststellen van deze kleine gedrags-elementen geen interpretatie is vereist. In dit onderzoek werd hiervoor een gedragslijst gebruikt die bestond uit zeven gedragscategorieën die samen al het uiterlijk waarneembare gedrag bevatten. In dit onderzoek werd gewerkt met video-opnames die in blokken van vijf minuten bekeken en gescoord werden.

Voor het beoordelen van concentratie namen Lindsay et al. (1997) het uitvoeren van taken tijdens elk van de vier condities op video op. De concentratie werd gemeten door het aantal bewegingen die betekenisvol waren in het uitvoeren van de taak te scoren. De scoring van plezier/ontspanning werd eveneens uitgevoerd met behulp van video-opnames die bekeken en gescoord werden.

In de studie van Shapiro (1997) ten vierde, werd de *Behaviour Checklist* ingevuld op basis van observaties die opgenomen waren op video. De checklist omvatte gedragingen als wiegen, lachen en handflapperen.

De studie van Martin et al. (1998) beoordeelde het gedrag voor en na elke behandelingsfase gebruikmakend van directe observatie en gestandaardiseerde evaluaties (cfr. infra). De observatiegegevens werden verzameld voor elke subgroep en gaven resultaten weer van het uitdagend en het taakgerelateerd gedrag van elk individu. Zo werd gemeten of er blijvende verandering optreedt ten gevolge van de sessies. De scoring gebeurde op basis van opnames van sessies in vier condities bij elke subgroep.

Deze vier condities waren:

- alleen;
- contingente aandacht: aandacht werd alleen gegeven samenhangend met het voorkomen van het specifiek uitdagend gedrag van dat individu; deze aandacht bestond uit een verbale vraag om het gedrag te stoppen.;
- niet contingente aandacht: er werd aandacht gegeven die niet samenhangend was met het (uitdagend) gedrag; er werd dus gedurende heel de conditie aandacht geschonken in de vorm van een verbale 'chat';
- eisend: voortdurende eisen werden gemaakt om sommige academische taken te volbrengen, zoals bijvoorbeeld prenten en puzzels maken. De vragen/eisen die werden gesteld, werden gradueel anders onderbroken. Eerst werd er verbaal onderbroken; wanneer de participant niet reageert, werd er met een gebaar te kennen gegeven wat verwacht werd en vervolgens met een fysieke eis, bijvoorbeeld een duwtje.

In het eerste experiment uitgevoerd door Cuvo et al. (2001) werden de participanten geobserveerd in de snoezelruimte en in de leefruimte. Er werd onderzocht hoe groot het aantal stereotiepe gedragingen was per minuut in elk van de settings. Betrokkenheid werd geëvalueerd door het aantal intervallen waarin het gedrag voorkwam te turven. Het tweede experiment gebeurde op gelijkaardige manier.

In het onderzoek van Vlaskamp et al. (2002) werd naast het afnemen van interviews (cfr. infra) ook gebruik gemaakt van observaties bij een deel van de proefpersonen. Hierbij werd gebruik gemaakt van *momentary time sampling*. Dit is een methode die toelaat dat het gedrag van zowel deelnemer als zorgverlener geregistreerd werd. Bij de scoring werd gebruik gemaakt van een observatieschema. Elke dertig seconden werd het gedrag van de persoon gescoord binnen een van de categorieën van de observatielijst. Ook contextuele variabelen werden gescoord.

Matson et al. (2004) onderzochten de belonende waarde van het snoezelen. Ze deden dit door objecten aan te bieden aan personen met een handicap en te observeren hoe zij op deze objecten reageren. De deelnemers werden gescoord op hoofdoriëntatie, oogcontact en interesse in de stimulus.

In het onderzoek van Singh et al. (2004) werden leden van de staf opgeleid als observators. Deze personen observeerden het voorkomen of het niet voorkomen van stereotiep gedrag.

Elektrocardiogrammonitor

In het onderzoek van Shapiro et al. (1997) werd, naast andere variabelen, ook de hartslag van de deelnemers gemeten. Dit werd gedaan met behulp van een elektrocardiogrammonitor. Tijdens de sessies werden de kinderen gefilmd en hun hartslag gemeten.

Vragenlijsten

In het onderzoek van Martin et al. (1998) werd, naast observatie, ook gebruik gemaakt van gestandaardiseerde evaluatie. Dit aan de hand van *The Functional Performance Record* en *The Problem Behaviour Inventory*. De eerste meet de functionele prestaties van de participant gedurende de voorbijgaande week. De categorieën hierin waren activiteitsniveau, agressie, aandachtsspanne, sociaal gedrag en sociaal onaanvaardbaar gedrag. De tweede is een evaluatie van de frequentie van specifieke probleemgedragingen zoals zelfstimulerend gedrag, zelfverwondend gedrag, aandacht en activiteitsproblemen en andere probleemgedragingen in iemands omgeving.

2.3.3 Methoden van dataverzameling bij de zorgverleners

Interviews

In de studie van Vlaskamp et al. (2002) werd bij de zorgverleners van 177 personen een interview afgenomen waarbij twee vragen werden gesteld. Ten eerste werd gevraagd welk doel of welke doelen men voor ogen had met het gebruik van de MSR bij de desbetreffende persoon. Wanneer de persoon antwoordde dat het gebruik zich (onder andere) richtte op het activeren van de persoon werd gevraagd welk materiaal daartoe werd ingezet. Later werden uit deze steekproef bewoners geselecteerd voor observatie (cfr. supra).

Vragenlijsten

De tweede onderzoeksvraag in de studie van Meijs-Roos (1990) draait rond de invloed van de wetenschap dat een bewoner gaat snoezelen op de wijze waarop zorgverleners het gedrag van die bewoner beoordeelt. Om dit na te gaan werd een vragenlijst opgesteld. De vragen hadden betrekking op zowel het gedrag als het kennelijk welbevinden van de bewoner.

2.3.4 Opmerkingen

Opvallend is dat observatie bij onderzoeken over snoezelen een heel vaak voorkomende methode van dataverzameling is. Zoals aangegeven geeft onder andere van Lankveld (1992) aan dat dit een goede methode is bij deze doelgroep om het gedrag in detail en objectief te beschrijven. Bij de doelgroep waarop onze literatuurstudie zich richt is de keuze voor observatie in plaats van interviews en vragenlijsten ook meer werkbaar en meer gericht op het specifieke publiek.

Vele van de onderzoeken kiezen ook voor indirecte observatie, namelijk het filmen van de sessies. Het gedrag van een persoon is dikwijls zo complex en zo veelvuldig dat het onbegonnen werk is dit allemaal op het moment zelf te registreren. Een medium zoals de videorecorder is dan ook het ideale hulpmiddel om bepaalde gedragingen en intervallen meermaals te bekijken.

Observaties hebben natuurlijk ook beperkingen. Het zou kunnen zijn dat het gebruik van andere indicatoren, zoals bijvoorbeeld het meten van de zweetsecretie, de specificiteit van de scores vergroten (Vlaskamp et al., 2002).

Een tweede opmerking is dat er slechts twee studies zijn die ook gebruik maken van de kennis en de invloeden van de zorgverleners. In het onderzoek van Vlaskamp et al. (2002) wordt aan de zorgverleners informatie gevraagd over de onderzoekspersonen. Aangezien de doelgroep in dit onderzoek bestaat uit mensen met een ernstig meervoudige handicap kan informatie van de begeleiders een zeer nuttige bron van gegevens zijn. Het onderzoek van Meijs-Roos (1990) richt zich eerder op de beïnvloeding van de begeleiders. Hoewel in theoretische uiteenzettingen over snoezelen vaak gesteld wordt dat personeelsleden meer aandacht geven net omdat ze gaan snoezelen, wordt dit in weinig onderzoeken nagegaan.

3 Bespreking van de resultaten

In wat voorafging, gaven we een overzicht van de doelgroep waarop de onderzoeken zich richten, de afhankelijke variabelen en de onderzoeksmethoden. We bespraken elk van deze onderdelen daarna meer uitgebreid.

In wat volgt geven we aan tot welke resultaten deze onderzoeken hebben geleid. We vragen ons eerst af wat de studies aan resultaten opleverden over de vraag of de vooropgestelde doelen via het snoezelen effectief bereikt worden. We doen dit opnieuw aan de hand van de

besproken beoogde doelen (cfr. supra). Daarna staan we even stil bij bemerkingen en aanvullingen die uit een aantal onderzoeken naar voor komen. In een eerste punt gaat het over de vraag of de effecten van snoezelen ook bereikt kunnen worden op een minder kostenintensieve manier. In een tweede punt staan we stil bij elementen die de onderzoekers aangeven over het proces van snoezelen. Hoe moet je snoezelen om tot positieve resultaten te komen?

3.1 Effectevaluatie

3.1.1 Onaangepast gedrag/probleemgedrag reduceren

Shapiro et al. (1997) onderzochten de kortetermijneffecten van het snoezelen, onder andere het effect op het zelfstimulerend gedrag, en dit in vergelijking met de speelkamer. Uit de resultaten blijkt dat de frequentie en de duur van het zelfstimulerend gedrag bij de kinderen lager ligt tijdens het snoezelen dan in de speelkamer. Shapiro et al. besluiten dat snoezelen een positief kortetermijneffect heeft op het zelfstimulerend gedrag bij kinderen met een verstandelijke handicap.

In het onderzoek van Martin et al. (1998) werd de hypothese onderzocht dat de MSE een groter effect heeft op de reductie van uitdagend gedrag bij individuen wanneer dit gedrag samenhangt met *sensory feedback*. Dit betekent dat het uitdagend gedrag in stand gehouden wordt door zintuiglijke reacties vanuit de omgeving. Uit de resultaten blijkt dat bij een aantal personen een vermindering van uitdagend gedrag bereikt wordt door het snoezelen. Opmerkelijk is dat het gedrag van deze personen inderdaad *sensory reinforced* is. Er is dus sprake van een samenhang tussen het uitdagend gedrag enerzijds en de sociale interactie tussen de persoon en de begeleider anderzijds. De vermindering van uitdagend gedrag, dat zich dus voordoet bij de personen waarbij het gedrag *sensory reinforced* is, wordt echter zowel in de MSR-conditie gezien als bij de controlegroep. Desondanks geven kwalitatieve nota's toch aanwijzingen aan voor het effect van snoezelen op de reductie van uitdagend gedrag bij bepaalde individuen. In het onderzoek wordt het voorbeeld gegeven van een persoon die heel moeilijk inslaapt en die in de snoezelruimte wel snel in slaap valt.

Uit het onderzoek van Cuvo et al. (2001) blijkt snoezelen in het algemeen een positief effect te hebben op stereotiep gedrag. De resultaten van het onderzoek geven aan dat er een reductie van het stereotiep gedrag plaatsvindt wanneer de personen van de leefruimte naar de

snoezelruimte gaan én dat er een verhoging van het stereotiepe gedrag plaatsvindt wanneer ze terugkeren naar de leefruimte. Wel is er geen verschil met betrekking tot het stereotiepe gedrag vast te stellen in de leefruimte voor en na de snoezelsessie. Er is met andere woorden geen transfer van de effecten van het snoezelen eenmaal de bewoners terug in de leefruimte zijn. De resultaten van dit onderzoek zorgen voor een voorlopige steun van het nut van een snoezelconditie. Toch stellen Cuvo et al. dat deze resultaten erg voorzichtig geïnterpreteerd moeten worden. Zo is het van belang weet te hebben van het feit dat er een natuurlijke temporele variatie bij stereotiep gedrag voorkomt. We mogen het positieve effect niet enkel toeschrijven aan de MSE, zo stelt men in het onderzoek. De resultaten kunnen ook aan andere variabelen te wijten zijn, bijvoorbeeld een meer gunstige verhouding tussen begeleider en bewoner tijdens de snoezelconditie. Een andere verklaring die men zelf aangeeft is dat doordat de bewoners erg vaak in de leefruimte aanwezig zijn, het kan zijn dat ze gehabitueerd raken aan de stimuli die daar aanwezig zijn. Een verandering in hun routine en van ruimte kan hierdoor een positief effect op het gedrag van de bewoner veroorzaken.

Cuvo et al. leggen in dit onderzoek de nadruk op het volgende: de positieve effecten moeten bekeken worden behorende tot onder andere deze setting, deze doelgroep en deze procedure en mogen dus niet veralgemeend worden.

Uit de resultaten van het onderzoek van Cuvo et al. (2001) blijkt ook dat de buitenactiviteit het meest gunstige heeft gescoord met betrekking tot stereotiep gedrag en betrokkenheid (cfr. infra). In dit onderzoek komen vooral wandelen en dansen naar voor. Deze twee buitenactiviteiten hebben een positief effect op het stereotiepe gedrag van personen met een diep verstandelijke handicap. Vervolgens komt de snoezelruimte aan bod en minst gunstig blijkt de leefruimte. In het onderzoek wordt er een verklaring gegeven voor het verschil tussen de buitenactiviteit en het snoezelen. Cuvo et al. geven aan dat de kwaliteit van de stimulatie buiten meer gerelateerd kan zijn aan het stereotiepe gedrag van de personen.

Singh et al. (2004) bekomen eveneens vrij positieve resultaten in hun onderzoek naar het effect op agressief en zelfverwondend gedrag in drie verschillende condities. Agressie en zelfverwonding zijn het laagst in de snoezelruimte, dan bij de spreekvaardigheidstraining en het hoogst bij de ADL-Training. Wel op te merken is dat de resultaten significant zijn voor agressief gedrag. Voor zelfverwondend gedrag is het verschil tussen de snoezelconditie en de ADL-Training en ook het verschil tussen de spreekvaardigheidstraining en de ADL-Training significant. Wanneer we kijken naar de overdraagbaarheid van deze effecten, zeggen de resultaten ons het volgende: een vergelijking van het zelfverwondend gedrag in de condities

voor en na de snoezelconditie toont aan dat de snoezelconditie een significant positief effect heeft. Wanneer men het agressief gedrag voor en na de snoezelconditie vergelijkt, vindt men echter een niet significant effect. Singh et al. geven zelf een aantal verklaringen bij deze resultaten. In tegenstelling tot de snoezelconditie, zijn in de twee andere condities *learning demands* essentieel. In een snoezelruimte kunnen de personen gewoon genieten en worden hen geen eisen of vragen gesteld. Ook geeft men in dit onderzoek aan dat bepaalde stimuli agressief gedrag en zelfverwondend gedrag meer uitlokken.

3.1.2 Aangepast gedrag bevorderen

Via de scores op de *Behavior Checklist* stellen Shapiro et al. (1997) vast dat het aantal en de duur van adaptieve gedragingen bij het snoezelen hoger ligt in vergelijking met de speelkamer. Uit deze resultaten wordt eveneens geconcludeerd dat bij kinderen met een verstandelijke handicap het snoezelen voor een positief kortetermijneffect zorgt op het adaptief gedrag.

3.1.3 Alertheid, aandacht, concentratie en betrokkenheid bevorderen

Lindsay et al. (1997) gingen onder andere de concentratie na bij vier verschillende condities. Uit hun onderzoek kan men concluderen dat snoezelen én relaxatie een positief effect teweegbrengen met betrekking tot de concentratie van de acht geteste personen met een diep verstandelijke handicap. De twee andere condities, handmassage/aromatherapie en actieve therapie, hebben geen of eerder een negatief effect op hun concentratie. Snoezelen heeft een significant effect op de mogelijkheden van een persoon, zo stellen Lindsay et al. In dit onderzoek waren de effecten van de tijd en van de verschillende therapeuten onder controle gehouden. Dit zorgt ervoor dat de vastgestelde verschillen toegeschreven kunnen worden aan de relatieve effectiviteit van de procedures. Wel geven Lindsay et al. aan dat er hier geen veralgemeend effect werd vastgesteld. Het gaat hier enkel over onmiddellijke effecten van deze behandelingen op mensen met een diep verstandelijke handicap.

Cuvo et al. (2001) stellen een verhoging van betrokkenheid vast wanneer de bewoners van de leefruimte naar de snoezelruimte gaan én een verlaging wanneer ze terugkeren naar de leefruimte. Een verschil in betrokkenheid in de leefruimte voor en na de snoezelsessie is er niet. Ook bij deze onderzoeksvariabele wijzen Cuvo et al. erop dat voorzichtigheid nodig is

bij het interpreteren van deze op het eerst zicht positief lijkende resultaten. Zoals eerder vermeld, worden in dit onderzoek zelf variabelen aangehaald waaraan de resultaten eveneens te wijten kunnen zijn (cfr. supra). Eveneens uit het onderzoek van Cuvo et al. blijkt dat de buitenactiviteit het meest gunstige heeft gescoord met betrekking tot stereotiep gedrag en betrokkenheid, dan de snoezelruimte en minst gunstig bleek de leefgroep (cfr. supra).

Uit de resultaten van de interviews van Vlaskamp et al. (2002) blijkt dat 99 op 177 zorgverleners het gebruik van de MSR vooral inzet om een toename van alertheid en interactie te bewerkstelligen. 62 personen hiervan geven dit aan als enige doel, de 37 andere geven dit doel in combinatie met andere doelen aan. Bij deze 99 zorgverleners werd vervolgens bevraagd welk materiaal zij kiezen om dat effect te bereiken. De resultaten geven het volgende weer: 66 % zegt hiervoor gebruik te maken van visuele stimuli, 65 % zegt auditieve stimuli aan te bieden, 54 % werkt met tactiele stimuli om dit doel te bereiken en 12 % geeft aan hiervoor geur stimuli te gebruiken. 89 % van de zorgverleners vindt dat een combinatie van stimuli aangewezen is. Het aantal zorgverleners dat kiest voor een combinatie van twee stimuli (de combinatie visueel en auditief is het populairst) en drie stimuli (de combinatie visueel, auditief en kinesthetisch is het meest populair) bedraagt respectievelijk 41 % en 36 %.

Vervolgens observeerden Vlaskamp et al. negentien personen in een MSR en in een normale woonomgeving (WO). Ze willen de verschillen in de mate van alertheid en interactie tussen de beide situaties nagaan. Vlaskamp geeft aan dat enige voorzichtigheid met betrekking tot het trekken van conclusies nodig is, daar de streekproef vrij klein is. Wanneer we naar de resultaten kijken, merken we het volgende op: er is weinig verschil tussen beide situaties met betrekking tot de mate van actief zijn (alertheid en interactie) wanneer er naar de ganse groep gekeken wordt. Enkel de categorie 'zintuiglijk en motorisch actief, gericht op materiaal' wordt vaker gescoord in de MSR en dit verschil is significant. Wel zijn er individuele verschillen zichtbaar. Sommige personen zijn actiever in de MSR, anderen zijn passiever en bij een deel is er geen verschil vast te stellen.

Daarnaast gingen Vlaskamp et al. eveneens de relatie tussen de mate van activiteit en contextuele variabelen na. Ondanks dat de begeleiders aangeven specifiek materiaal te gebruiken om een toename van interactie en alertheid te bewerkstelligen, gebruiken ze in de praktijk in 97 % van de gevallen alle beschikbare materiaal. Om de reden dat er weinig variatie vast te stellen was, werd gekeken naar niet-continu aangeboden stimuli.

Deze stimuli werden opgedeeld in vijf categorieën:

- specifieke stimuli door zorgverleners;
- niet-specifieke stimuli door zorgverleners;
- specifiek materiaal;
- andere deelnemer;
- specifiek materiaal in combinatie met een persoon.

Vlaskamp et al. gaan de relatie na tussen de mate van alertheid en interactie en niet-continue stimuli. Uit de resultaten wordt duidelijk dat in de MSR ruim twee keer zoveel niet-continue stimuli zijn waargenomen dan in de WO. Bij het nagaan van de samenhang tussen de verschillende activiteitsniveaus en de niet-continue stimuli, kan worden opgemerkt dat de (samengestelde) categorieën D1+E1 (alert en gericht op materiaal), C (alert, gericht op zichzelf) en A+B (niet actief en niet alert) procentueel even vaak samengaan met niet-continue stimuli (ongeveer 30 %). Dit wil zeggen dat er in de overige ongeveer 70 % van de observaties van deze verschillende activiteitsniveaus geen sprake is van niet-continue stimuli. Enkel de samengestelde categorie D2+E2 (interacties) blijkt vrijwel altijd samen te gaan met niet-continue stimuli, namelijk in 96 % van de gevallen. Een vergelijkbaar patroon is te zien in de WO.

Vlaskamp et al. stellen eveneens verschillende dingen vast wanneer ze de resultaten van de interviews en van de observaties naast elkaar leggen:

- in de interviews geven de zorgverleners aan welk materiaal ze gebruiken om het gewenste effect te bereiken. Tijdens de observaties valt op dat dit specifieke materiaal zelden wordt aangeboden. In bijna alle situaties gebruiken de zorgverleners al het beschikbare elektronische materiaal;
- tijdens het interview geeft maar 11 % van de zorgverleners aan meer dan vier stimuli gelijktijdig aan te bieden; in de geobserveerde gevallen gaat het hier over 97 %.

Dit onderzoek kan niet aantonen dat de MSR zorgt voor een toename van alertheid en interactie. Soms stimuleert de MSR passiviteit in plaats van activiteit. Wel is er een verband gevonden tussen de mate van activiteit en contextuele variabelen: de doelgroep vertoont sterke reacties op stimuli van de zorgverlener (bijvoorbeeld aangeraakt en toegesproken worden). Hieruit volgt dat de invloed van het materiaal op de mate van activiteit gering is.

3.1.4 Plezier, ontspanning, recreatie en relaxatie bewerkstelligen

Lindsay et al. (1997) onderzochten bij dezelfde groep aan welke conditie ze het meeste plezier beleefden en in welke conditie de personen het meest ontspannen waren. Het lijkt dat snoezelen en relaxatie door de cliënten als meest plezierig wordt ervaren. Toch kunnen Lindsay et al. geen significante hoofdeffecten vaststellen. Voor de vier condities is er, met betrekking tot plezier/ontspanning, maar sprake van een heel kleine verbetering op het einde van de sessies ten aanzien van het begin. De onderzoekers zelf geven hiervoor twee mogelijke redenen aan. Ten eerste is het van belang om uitingen van plezier bij deze doelgroep op een heel specifieke manier te meten. Deze individuen hebben een idiosyncratische wijze van plezier uitdrukken en de manier om dit te meten moet hieraan aangepast zijn. Een tweede mogelijke reden waarom er weinig verandering vastgesteld kon worden, is dat de taak noch relaxerend noch plezierig voor hen was. De taak wekte interesse op en moedigde hun concentratie aan, maar ze vereiste een complexer systeem van reacties, waarbij aandacht voor de stimuli komt kijken, eerder dan gewoon de uitdrukking van plezier.

3.1.5 Contact, relatie, wederzijdse interactie en responsiviteit verbeteren

Bij het onderzoek van Vlaskamp et al. (2002) ging men het effect van de MSR na op de alertheid en ook op de interactie van deze volwassenen. Net zoals bij alertheid, blijkt uit de resultaten van de interviews en de observaties dat de MSR niet zorgt voor een toename van interactie (cfr. supra).

Wel kan opgemerkt worden dat zowel in de MSE als in de WO de samengestelde categorie D2+E2, waaronder interactie wordt verstaan, als enige een samenhang vertoont met de aanwezigheid van niet-continue stimuli.

3.1.6 Tevredenheid en welbevinden verbeteren

In het onderzoek van Meijs-Roos (1990) wordt er gesproken over een positief effect van snoezelen op het kennelijk - goed waarneembaar, duidelijk, hier via gezichtsuitdrukking na te gaan - welbevinden. Zo blijkt dat tijdens het snoezelen de subcategorie 'heel boos' - behorende tot de categorie 'gezichtsuitdrukking'- afneemt en dat de subcategorie 'heel vrolijk' toeneemt. Meijs-Roos stelt wel dat deze effecten situatiegebonden zijn. De effecten die te zien zijn tijdens het snoezelen kunnen later in de groep niet meer geconstateerd worden,

dus er is geen sprake van transfer. Ook wijzen de resultaten erop dat het weinig uitmaakt of de persoon de snoezelruimte of de muziekruimte bezoekt. In het algemeen blijkt met andere woorden dat het effect van snoezelen op het kennelijk welbevinden van ‘diepzwakzinnigen’ minimaal is. Meijs-Roos besluit uit dit onderzoek dat *“snoezelen alleen beschouwd kan worden als één van de mogelijkheden om op een creatieve manier met bewoners om te gaan met als doel het creëren van een rustige omgeving waarin de bewoner zich prettig kan voelen”* (Meijs-Roos, 1990, p. 149).

3.1.7 Onderzoeken met algemene gedragsvariabelen

In het onderzoek uitgevoerd door Meijs-Roos (1990) werd onder andere gekeken naar het effect van snoezelen op het gedrag. Uit de observaties leidt men af dat het stereotiepe gedrag tijdens het snoezelen afneemt en dat de subcategorie ‘gericht kijken’ - behorende tot de categorie ‘aandacht’- toeneemt. Toch zijn de effecten minimaal, daar er geen statistisch significante verschillen aangetroffen worden tussen de voor- en de nametingen en doordat er geen verschil vastgesteld kon worden tussen de snoezelconditie en de muziekconditie.

van Lankveld (1992) observeerde in zijn onderzoek vijftien mannen om het effect van snoezelen op hun gedrag na te gaan. De resultaten tonen bij het snoezelen in vergelijking met de leefgroep een vermindering aan van de somscores bij vier gedragscategorieën: ‘mimiek’, ‘locomotie’, ‘blik’ en ‘gebaren/contact’. De gevonden verschillen blijken significant voor de categorieën ‘mimiek’ en ‘gebaren/contact’. Voor deze categorieën kan gezegd worden dat het gedrag dat daarmee wordt aangeduid globaal genomen trager wordt. Er is in de snoezelruimte sprake van mindere wisselingen in deze categorieën, aldus van Lankveld. *“Een gedragselement wordt slechts een maal per 5 seconden gescoord wanneer het binnen deze observatie-eenheid niet is afgewisseld met een of meer andere elementen. Het gedrag krijgt daardoor een langere gemiddelde duur per geobserveerd element”* (van Lankveld, 1992, p. 41). De verminderde wisseling die vastgesteld werd, gaat samen met een stijging van de gemiddelde duur hiervan, zo stelt van Lankveld. Deze verminderde wisseling en een langere gemiddelde duur leveren een zichtbare tempovertraging in de snoezelruimte op.

De categorieën ‘vocalisatie/geluid’, ‘romphouding en -beweging’ en ‘hoofdhouding en -beweging’ worden ongeveer gelijk gescoord in de snoezelruimte en in de leefgroep. ‘Rondkijken’ - behorende tot de categorie ‘blik’- en ‘liggen’ - behorende tot de categorie ‘romphouding en -beweging’- komen meer voor in de snoezelruimte en dit verschil is

statistisch significant. 'Liggen' komt in de leefgroep 4 % voor en tijdens het snoezelen 24 %. De bewoner is tijdens het snoezelen sensorisch actiever en tegelijk motorisch passiever, zo geeft van Lankveld aan. De resultaten leiden volgens hem tot enige ondersteuning voor de veronderstelling dat snoezelen leidt tot meer ontspanning enerzijds en tot het actief in zich opnemen van de aangeboden prikkels anderzijds.

Wel merkt van Lankveld op dat deze waargenomen verschillen voorzichtig geïnterpreteerd moeten worden. We kunnen hieruit niet meteen een causaal verband afleiden, daar één of meerdere niet geobserveerde variabelen deze verschillen eveneens veroorzaakt kunnen hebben. van Lankveld geeft zelf het voorbeeld aan dat de gedragingen van de groepsleiding tussen de beide geobserveerde situaties kunnen verschillen.

In dit onderzoek werd door van Lankveld (1992) ook nagegaan of de gevonden effecten van het snoezelen op het gedrag in vergelijking met een leefgroep, parallel lopen voor drie groepen die verschillen van ontwikkelingsniveau (sociale redzaamheid en ambulantie). Uit de resultaten blijkt dat het globale activiteitsniveau bij het snoezelen in de meeste gedragscategorieën daalt, ongeacht het zelfredzaamheidsniveau en de mate van ambulantie. Per categorie zijn er wel een aantal verschillen vastgesteld tussen de groepen:

- voor gezichtsuitdrukking:
 - bij de groep 'niet ambulant-laag niveau' wordt de subcategorie 'neutraal gezicht' minder vaak gescoord dan in de twee andere subgroepen;
 - bij de groep 'ambulante bewoners-laag niveau' wordt 'lach/glimlach' minder vaak gescoord in beide observatiesituaties.
- voor blik:
 - de groep 'niet ambulant' scoort hoger op de subcategorie 'blik verspringt'.
- voor romphouding en -beweging:
 - de groep 'hoog niveau' ligt helemaal niet in beide situaties;
 - bij de groep 'laag niveau' is er een sterk verschil wat betreft de subcategorie 'liggen' naargelang de situatie: personen die niet ambulant zijn worden vaker uit de rolstoel getild om bijvoorbeeld op het waterbed te leggen in de snoezelruimte. De zelfstandige bewegingen bij deze personen zijn wel beperkt.

Bij Martin et al. (1998) wordt geen algemeen effect van de MSE op het gedrag van de deelnemers van dit onderzoek vastgesteld. Sommigen worden rustiger en meer relaxed in de MSE, maar de objectieve metingen van hun gedragingen leiden niet tot een verschil tussen de MSE en de controleconditie. Martin et al. concluderen dat de MSE geen effect heeft behalve

deze die toegeschreven kunnen worden aan de sociale interactie tussen de deelnemer en de zorgverlener.

3.1.8 Restcategorie

Shapiro et al. (1997) gingen in hun onderzoek de hartslag van de kinderen na via een elektrocardiogrammonitor. Men kan uit dit onderzoek besluiten dat snoezelen een regulerend effect heeft op de hartslag, daar de richting van het verschil niet consistent is. Bij rustige kinderen stijgt de hartslag tijdens het snoezelen en bij actieve kinderen daalt deze tijdens het snoezelen. Wanneer de resultaten van de twee groepen gecombineerd worden, werd er vastgesteld dat de hartslag, in absolute mate, hoger ligt in de snoezelruimte in vergelijking met de speelkamer. Door dit absolute verschil tussen de hartslag voor, tijdens en na het snoezelen concluderen Shapiro et al. dat snoezelen een positief kortetermijneffect heeft op kinderen met verstandelijke beperkingen.

Meijs-Roos (1990) ging in haar onderzoek het effect na op de begeleiders wanneer deze weten dat een bewoner gaat snoezelen. Uit de resultaten komt naar voor dat de groepsleiding het gedrag van de bewoners na de snoezelsessie en na de muzieksessie nauwelijks verschillend beoordeelt. Over het algemeen wordt er ook geen verandering waargenomen in het gedrag van de bewoners met betrekking tot de verschillende gedragscategorieën.

Op basis van de resultaten wordt in dit onderzoek ook vastgesteld dat er door het snoezelen geen verandering werd geconstateerd in de frequentie van interactie-initiatief. Meijs-Roos stelt dat dit zou kunnen betekenen dat een activiteit buiten de leefgroep niet van invloed is op de frequentie van interactie-initiatief van de groepsleiding naar de bewoners.

In het onderzoek van Matson et al. (2004) blijkt uit de MANOVA (*Multivariate Analysis of Variance*) dat de hoofdoriëntatie en het oogcontact van de deelnemers zorgen voor significante effecten; deze worden het frequentst gebruikt. Deze twee gedragingen worden met andere woorden gebruikt als maatstaf om de belonende waarde van het snoezelen na te gaan. Men ging het belonende effect van drie stimuli na, namelijk auditieve, tactiele en visuele stimuli. De resultaten van de *repeated measures* ANOVA geven een significant hoofdeffect voor de visuele stimuli. De visuele stimuli hebben met andere woorden de meest belonende waarde in de snoezelruimte. Uit het onderzoek blijkt via een *one-way* ANOVA dat

bij deze visuele stimuli vooral de spiegelbal met lichtstimuli en de projectorstimuli het meest belonend werken voor de groep.

3.2 Kosten-batenanalyse

Wanneer we naar de onderzoeken kijken die we hierboven bespraken, wordt er door de onderzoekers vaak zelf enige voorzichtigheid gevraagd bij het interpreteren van de resultaten. In verscheidene onderzoeken wordt als mogelijke verklaring van de effecten ook de veranderde interactie tussen de begeleider en de persoon met een handicap aangegeven (Cuvo et al., 2001; Martin et al., 1998; van Lankveld, 1992). Vlaskamp (2002) vraagt zich het volgende af: als de persoonlijke aandacht van de zorgverlener leidt tot een grotere toename van alertheid en interactie, dan is het misschien efficiënter om te investeren in zorgverleners in plaats van in elektronische apparatuur.

Dat er meer onderzoek nodig is, is vanzelfsprekend en dit om twee redenen. Ten eerste is het belangrijk om te weten of snoezelen effectief is voor deze doelgroepen. Zij hebben recht op stimuli en activiteiten die afgestemd zijn op hun behoeften, zo stelt Vlaskamp. Ten tweede gaat het aanschaffen van een snoezelruimte gepaard met een hoog prijskaartje. Als het niet erg effectief blijkt en bovendien relatief duur, dan zoekt men beter naar andere manieren om al deze verschillende doelen te bereiken. Uit het onderzoek van Vlaskamp (2002) kan besloten worden dat de invloed van het doorgaans kostelijk materiaal op de mate van activiteit gering is. In het onderzoek van Martin et al. (1998) werd er geen groter resultaat gevonden bij een goeduitgeruste MSE tegenover een *low budget* ruimte. Hier wordt gesteld dat de positieve resultaten niet bij de speciale software liggen, maar eerder bij de sociale interactie tussen de deelnemer en de begeleider. De muziekconditie in het onderzoek van Meijs-Roos (1990) heeft op sommige vlakken zelfs meer effect en is minder zwaar qua kost dan snoezelmateriaal. Ook snoezelactiviteiten zonder een echte snoezelruimte zouden effecten hebben, zo stelt zij. Cuvo et al. (2001) gingen in hun tweede experiment de betrokkenheid en het stereotiep gedrag na in drie condities: buitenactiviteit, snoezelactiviteit en een activiteit in de leefruimte. De resultaten van dit onderzoek geven weer dat de buitenactiviteit het meest gunstige was voor deze twee variabelen.

Om echt de effectiviteit van snoezelen na te gaan, zal er nog veel onderzoek nodig zijn. Deze studies zullen moeten handelen over experimenten waarbij zoveel mogelijk andere variabelen onder controle worden gehouden. Ook de vraag op welke afhankelijke variabele(n) men het effect van snoezelen wil nagaan, is van belang. Een positief effect van snoezelen op agressie

en zelfverwonding kan niet veralgemeend worden tot de stelling dat snoezelen in het algemeen effectief is, zo stellen Singh et al. (2004). Cuvo et al. (2001) wijzen in hun onderzoek erop dat de bekomen positieve resultaten enkel betrekking hebben op een specifieke doelgroep, een specifieke setting en een specifieke gehanteerde procedure.

3.3 Proces van snoezelen

Op welke manier moet er gesnoezeld worden zodat deze activiteit een positief effect heeft op mensen met een verstandelijke handicap? Opvallend is dat er tot nu toe nog maar weinig onderzoek gebeurd is naar het proces van snoezelen. Uit het onderzoek van Vlaskamp (2002) blijkt dat snoezelen soms kan leiden tot passiviteit in plaats van tot activering. Personen kunnen zich afsluiten van de snoezelomgeving door de overdaad van stimuli die er aanwezig is. Ze worden er als het ware in ondergedompeld en kunnen deze hoeveelheid van stimuli niet verdragen. Dat een beperkter aanbod van stimuli, zowel qua aanbod als intensiteit, zal leiden tot een beter effect, is een misvatting. Het blijkt volgens Vlaskamp dat sommigen net wel gewenst reageren op een grote hoeveelheid gelijktijdig aangeboden prikkels. Er zijn met andere woorden verschillen tussen personen en de kennis van deze factoren is noodzakelijk. Het belang om snoezelen af te stemmen op de individuele noden van de personen is een voorwaarde die ook in het onderzoek van Singh et al. (2004) naar voor komt. In dit onderzoek wordt ook gesteld dat de snoezelomgeving aangepast moest zijn zodat de personen de stimuli niet als behandeling ervaren

4 Besluit

Na dit literatuuroverzicht stellen we vast dat het wetenschappelijk onderzoek omtrent snoezelen bij mensen met een verstandelijke handicap schaars is. Het bestaand onderzoek biedt geen eenduidige resultaten met betrekking tot de effecten van snoezelen bij deze doelgroep. Algemeen kunnen we stellen dat snoezelen een positief effect teweegbrengt ten aanzien van verscheidene variabelen, onder andere reductie van onaangepast gedrag en het bevorderen van concentratie. Een aantal auteurs geven evenwel aan dat snoezelen een manier is om deze effecten te bekomen, echter niet de enige manier.

Aangezien geen enkel wetenschappelijk onderzoek zich richt op het welbevinden en de betrokkenheid tijdens het snoezelen bij kinderen met een ernstig meervoudige handicap,

besloten we een eigen onderzoek te starten. In het volgende hoofdstuk situeren we dit onderzoek en in het vijfde hoofdstuk geven we het opzet ervan weer.

Hoofdstuk 4: Situering van het onderzoek

1 Aanleiding tot het onderzoek

Na goedkeuring door de Europese Unie kon het In-Com-Clusie project starten in het kader van het Interregprogramma voor de Euregio Benelux Middengebied. Volgende partners nemen deel: Gezinsactiviteitencentrum Het Balanske vzw (Vlaams-Brabant), de Emiliusschool (Noord-Brabant in Nederland), vzw Voluntas (Antwerpen), de Regenboog vzw (Belgisch Limburg), vzw Viataal (Nederlands Limburg), Radar (Nederlands Limburg), Koninklijk Instituut voor Doven en spraakgestoorden (Hasselt) en Koninklijk Centrum Antwerpen (In-Com-Clusie, n.d.).

Interreg vertaalt zich in een Europees programma dat de samenwerking tussen grensgebieden wil versterken door middel van financiële ondersteuning (Interreg III, n.d.). Eveneens wil Europa via deze projecten de economische, sociale, culturele en natuurlijke ontwikkeling van deze gebieden bevorderen.

De projecten moeten passen binnen één van de vijf aangeduide thema's (Igres, 2000):

- verbetering van de fysieke structuur;
- bevordering van economie, technologie en innovatie;
- bescherming van het leefmilieu;
- ontwikkeling en benutting van het menselijk potentieel;
- bevordering van de maatschappelijke integratie.

Interreg III financiert mee het In-Com-Clusie project dat de bovengenoemde acht organisaties samen willen realiseren. Dit project kadert duidelijk in één van de thema's die Interreg vooropstelt, met name bevordering van maatschappelijke integratie.

De twee hoofddoelen zijn vervat in de naam van het project. In-Com-Clusie verwijst ten eerste naar het streven naar zo groot mogelijke **inclusie**kansen voor kinderen met een handicap en ten tweede dit te verwezenlijken via ondersteunende **communicatie**.

Een van de drie zorgprogramma's die worden opgezet om deze doelen te bereiken, is het uitwerken van het concept en de methodiek van snoezelen. Het Balanske ontwikkelt hierrond in samenwerking met de Emiliusschool en de andere partners een aantal projecten (onder andere een snoezeldossier, aangepaste infrastructuur en een snoezelspeeltuin). Onze thesis maakt hiervan deel uit.

2 Situering van de hoofdparters

Aangezien de uitwerking van het project rond het concept van snoezelen geleid wordt door Het Balanske vzw en de Emiliusschool, maken we in wat volgt kennis met deze twee partners.

2.1 Het Balanske vzw

Het Balanske vzw is een gezinsactiviteitencentrum te Tielt-Winge (Vlaams-Brabant) voor gezinnen met een kind met een handicap. Het centrum is gegroeid uit een gezinswerking voor deze mensen. Veertien jaar geleden kwam de vraag naar meer vrijetijds mogelijkheden voor kinderen met een handicap en zo werd Het Balanske opgericht. In dit centrum staat het kind met zijn gezin centraal. Men wil door een groot aanbod aan vrijetijdsbesteding een bijdrage leveren om de balans tussen de draagkracht en de draaglast van een gezin in evenwicht te houden. Er worden verscheidene activiteiten aangeboden voor gezinnen met een kind met een handicap en eveneens voor gezinnen met (jong)volwassenen met een handicap. We denken hierbij onder andere aan speelpleinen, gezinsvakanties, muziek-, crea- en dansateliers, thuisoppas, zwemmen en snoezelen (Balanske, n.d.a). De doelgroep waarop het centrum zich richt, is heel ruim: ieder gezin met een kind met een handicap is er welkom, ongeacht over welk soort handicap het gaat.

2.2 De Emiliusschool

In de Emiliusschool te Son wordt onderwijs en zorg aangeboden aan leerlingen met een meervoudige handicap tussen 3 en 20 jaar. Het gaat hier over kinderen met een verstandelijke én motorische beperking. De school werkt nauw samen met het behandelcentrum Zonhove te Son. Dit is een centrum waar een aantal leerlingen van de school verblijven, omwille van pedagogische- en/of behandelingsproblematiek (Zonhove, n.d.).

Waar in Het Balanske ontspanning centraal staat, focust men zich in de Emiliusschool meer op opvoeding en begeleiding, waardoor de leerling zich verder kan ontplooiën en terecht kan komen op een hoger niveau van zelfstandigheid (Emiliusschool, n.d.).

3 Keuze van variabelen voor het onderzoek

Op basis van een literatuurexploratie maakten we een overzicht van de noden die we kunnen toeschrijven aan kinderen met ernstig meervoudige beperkingen (cfr. supra hoofdstuk 1). Tevens stelden we een lijst op van doelen die men wil bekomen met snoezelen (cfr. supra hoofdstuk 2). Het gaat hier wel degelijk om beoogde doelen, niet alleen om doelen waarvan aangetoond is dat ze effectief bereikt kunnen worden via het snoezelen.

Het Balanske en de Emiliusschool gaven op basis hiervan (cfr. supra) aan

- op welke noden zij vooral willen inspelen met het snoezelen;
- welke doelen zij vooral vooropstellen met de snoezelactiviteiten.

Vanuit de noden van kinderen met een ernstig meervoudige handicap werd de keuze gemaakt voor de sociale ontwikkeling, de emotionele ontwikkeling en de communicatie. Zoals vermeld bij de noden van kinderen met een ernstig meervoudige handicap (cfr. supra) houdt de sociale ontwikkeling van een kind verschillende aspecten in. Deze hebben te maken met het opbouwen van een veilige gehechtheidsrelatie, het opbouwen van contacten met andere mensen en met familie. De emotionele ontwikkeling doelt dan weer op de gemoedstoestand en de affectieve ervaringen van de betrokkenen. Aspecten hiervan zijn onder andere een positief zelfwaardegevoel en het ontwikkelen van een eigen wil. In de praktijk, en ook in het verdere verloop van deze thesis, worden deze twee aspecten samengenomen tot de term sociaal-emotionele ontwikkeling. Hier worden dan die vaardigheden en kenmerken mee bedoeld die een belangrijke rol spelen in de interactie tussen mensen (Depuydt, 1997). Onder

communicatie wordt de omgang verstaan, het gedrag waardoor een persoon verbaal en/of non-verbaal contact heeft met een andere persoon.

Wanneer we kijken naar onze doelgroep, zijn deze drie domeinen extra belangrijk. Bij kinderen met een ernstig meervoudige handicap kan de communicatie moeizamer verlopen, hetgeen de sociaal-emotionele ontwikkeling kan belemmeren.

Vanuit Het Balanske zijn deze keuzes erg begrijpelijk, doordat het centrum zich voornamelijk richt op ontspanning en het zich goed voelen van het ganse gezin.

De Emiliusschool werkt met vier domeinen waaraan hun leerstofaanbod gekoppeld is, met name: sociaal-emotionele ontwikkeling, communicatie, zelfredzaamheid en sensomotoriek. Naar hun mening zijn de twee eerste domeinen zeker een basisvoorwaarde voor de twee andere domeinen. Hierdoor is eveneens de keuze van de Emiliusschool voor het sociaal-emotionele en communicatie erg begrijpelijk.

Mensen met een ernstig meervoudige handicap maken hun sociaal-emotionele noden duidelijk met behulp van communicatie. We zullen in wat volgt ons enkel toespitsen op het sociaal-emotioneel welzijn bij de kinderen aangezien communicatie hier noodzakelijkerwijze in vervat zit.

Uit literatuur blijkt dat het sociaal en emotioneel welzijn - dat samenhangt met de sociaal-emotionele ontwikkeling - onderdelen zijn van het begrip kwaliteit van leven. Kwaliteit van leven is een multidimensioneel concept, zoals reeds eerder vermeld. Zo omvat het volgens Felce en Perry (1996):

- fysiek welzijn;
- materieel welzijn;
- sociaal welzijn;
- productief welzijn;
- emotioneel welzijn;
- burgerlijk welzijn.

Eveneens in de omschrijving die Schalock (2000 cit. in Schalock & Felce, 2004) aan het begrip kwaliteit van leven geeft, wordt de notie sociaal-emotioneel welzijn vermeld.

Dit houdt in dat wanneer blijkt dat het snoezelen bijdraagt aan een betere sociaal-emotionele ontwikkeling, er ook sprake is van een verhoging van de kwaliteit van leven van het kind. Het begrip kwaliteit van leven staat centraal in de recente visies op mensen met een handicap en is

dus belangrijk om na te streven, zoals reeds aangegeven in het inleidende hoofdstuk over personen met een ernstig meervoudige handicap.

Uit het overzicht van doelen die men met snoezelen beoogt (cfr. supra), kozen de centra in overleg voor welbevinden en betrokkenheid. Deze begrippen worden in hoofdstuk 5 gedefinieerd.

Zowel vanuit een schoolse blik (Emiliusschool) als wanneer we ontspanning centraal zetten (Het Balanske), is het erg logisch dat deze concepten van belang zijn en dus zeker zinvol om na te streven. Beide concepten worden in de literatuur gekoppeld aan de sociaal-emotionele ontwikkeling. Onder meer door Laevers wordt aangegeven dat kinderen kwetsbaar zijn. Wanneer bij hen signalen van welbevinden ontbreken, wijst dit volgens Laevers (2001) op een bedreiging van de sociaal-emotionele ontwikkeling. Eveneens bij Laevers (2001) wordt gesteld dat betrokkenheid een belangrijke factor is voor het bevorderen van de ontwikkeling. Vanuit deze theorie kunnen we besluiten dat welbevinden en betrokkenheid operationalisering zijn van de sociaal-emotionele ontwikkeling.

Samenvattend kunnen we dus stellen dat kwaliteit van leven na te streven is. De gekozen noden, het sociaal welzijn, het emotioneel welzijn en communicatie, maken deel uit van dit concept. De vooropgestelde doelen, welbevinden en betrokkenheid in activiteit, die we zullen onderzoeken tijdens de snoezelactiviteit, zijn, zoals aangetoond op basis van de theorie van Laevers, operationalisering van het sociaal-emotioneel welzijn. Wanneer zou blijken dat door het snoezelen het welbevinden en/of de betrokkenheid in activiteit verhoogt, levert dit dus een bijdrage aan onze vooropgestelde nood van sociaal-emotionele ontwikkeling.

Wanneer we dit schematisch voorstellen, ziet het er als volgt uit:



Figuur 2: Noden en doelen

Hoofdstuk 5: Onderzoeksopzet

1 Inleiding

In dit hoofdstuk zullen we eerst onze probleemstelling nader belichten. Hierna zullen we deze probleemstelling concretiseren in de onderzoeksvragen. De termen die we hierbij aanhalen worden daarna toegelicht in het onderdeel operationalisering van onderzoeksvariabelen. Vervolgens bespreken we de groep die we geselecteerd hebben om deel te nemen aan ons onderzoek. Hierna zullen we het hebben over de methoden die we gebruikten om de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden. Nadien bespreken we hoe we de verkregen data verwerkt hebben en hoe het proces van onderzoek verlopen is. We sluiten dit hoofdstuk af met een bespreking van de betrouwbaarheid van ons onderzoek.

2 Probleemstelling

Vanuit Het Balanske en de Emiliusschool werd in het kader van het In-Com-Clusie project ons de vraag gesteld in welke mate snoezelen kan leiden tot sociaal-emotioneel welzijn bij kinderen met een ernstig meervoudige handicap en op welke manier dit bekomen kan worden.

Vrije tijd en schools functioneren moeten noodzakelijkerwijze vanuit een goede interactie en communicatie vertrekken om tot de gewenste resultaten te kunnen leiden. Het is dan ook niet verwonderlijk dat beide centra veel belang hechten aan de relatie tussen kind en ouders/begeleiders tijdens de snoezelsessie. Vandaaruit besloten we deze interactie tussen kind en ouders/begeleiders tijdens het snoezelen als centraal thema te nemen voor ons onderzoek.

Later wil men op deze onderzoeksresultaten verder bouwen om leerlijnen te ontwikkelen voor het buitengewoon/speciaal onderwijs.

3 Onderzoeksvragen

We willen in ons onderzoek de interactie analyseren tussen het kind en de ouder/begeleider tijdens het snoezelen. Bij het kind richten we ons op de aspecten van welbevinden en

betrokkenheid. In wat volgt zullen we spreken over betrokkenheid in activiteit, dit omdat we de betrokkenheid nagaan tijdens de snoezelactiviteit.

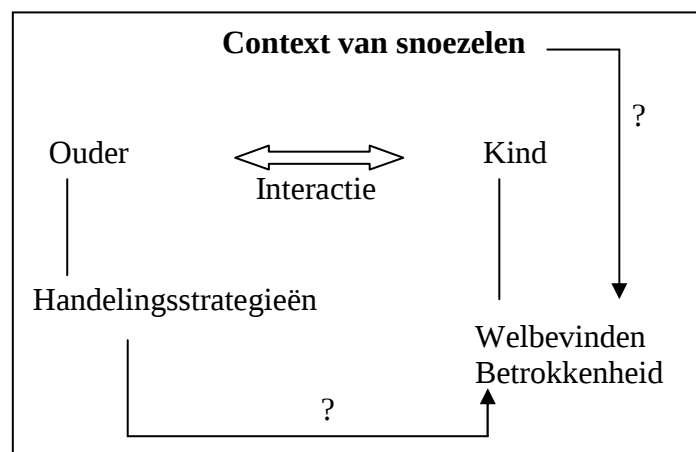
Bij de begeleider zullen we nagaan welke interactie- en communicatiestrategieën deze gebruikt tijdens het snoezelen.

Uiteindelijk willen we nagaan of de handelingsstrategieën van de begeleider samenhangen met het welbevinden en de betrokkenheid van het kind in de activiteit.

Onze onderzoeksvragen zijn de volgende :

- in welke mate en op welke wijze toont het kind welbevinden en betrokkenheid in de directe interactie met zijn ouder/begeleider tijdens de snoezelactiviteit?
- welke handelingsstrategieën gebruikt de ouder/begeleider tijdens het snoezelen met het kind?
- hangen bepaalde handelingsstrategieën van de ouder/begeleider samen met de het welbevinden en de betrokkenheid van het kind?
- in welke mate hebben kenmerken van de snoezelactiviteit op zich (ruimte) invloed op het welbevinden en de betrokkenheid van het kind?
- zijn de voorkomende handelingsstrategieën overwegend een actie van de begeleider, een reactie of is er sprake van interactie? Is er een verband tussen de variabele actie, interactie en reactie en het welbevinden en/of de betrokkenheid?

In onderstaande figuur worden deze onderzoeksvragen schematisch voorgesteld.



Figuur 3: Onderzoeksvragen

4 Operationalisering van onderzoeksvariabelen

4.1 Gedragsuitingen

We maakten een lijst van gedragingen waarop we codeerden wanneer we de beelden van het kind bekeken. Deze lijst ontstond op basis van literatuur van onder andere Daelman (2003), Laevers (2001) en Petry & Maes (2005b). We vulden deze lijst aan met eigen bevindingen.

We maakten in deze taxonomie een onderscheid naar vorm en functie. Onder het onderdeel ‘vorm’ verstaan we gedragingen die je objectief kan waarnemen. Onder het onderdeel ‘functie’ worden aan de gedragingen waarden toegekend naargelang hun functie met betrekking tot welbevinden of betrokkenheid.

4.2 Handelingsstrategieën

Om de strategieën van de ouder/begeleider te coderen, stelden we hiervoor eveneens een lijst op. De basis hiervoor vonden we in literatuur van onder meer Felce & Emerson (2004) en Vlaskamp (2002). Aanvullen deden we met eigen bevindingen. Voor het opstellen van deze strategieënlijst leek het ons eveneens zinvol om te rade te gaan bij ouders die vaak snoezelen met hun kinderen. Het Balanske organiseerde in het najaar van 2004 een reflectiegroep waarop ze ouders uitnodigden om hun snoezelervaringen met elkaar te delen. Het centrum had hiermee de bedoeling om stil te staan bij eventuele opmerkingen en wensen van de ouders met betrekking tot de snoezelactiviteit. Wij maakten van deze bijeenkomst gebruik om aan iedere ouder te vragen welke handelingen zij stellen tijdens het snoezelen. Het ging hier niet om ouders van onze doelgroep. Mede hierdoor kregen we een breder zicht op al de mogelijke strategieën die je als ouder/begeleider kan toepassen binnen de snoezelruimtes.

4.3 Welbevinden

Welbevinden is, naast betrokkenheid in activiteit, één van de variabelen waarvan we de aanwezigheid willen nagaan tijdens het snoezelen en de eventuele samenhang met bepaalde handelingsstrategieën van ouders/begeleiders. Het realiseren van welbevinden is een belangrijk concept wanneer we kijken naar ontwikkeling.

Laevers definieert welbevinden als volgt:

*“Kinderen die in een toestand van welbevinden verkeren, voelen zich ‘als een vis in het water’. De hoofdtoon van hun bestaan is **genieten**. Ze beleven plezier, hebben deugd aan elkaar en aan de dingen. Ze stralen **vitaliteit** uit en tegelijk ontspanning en **innerlijke rust**. Ze stellen zich **open en ontvankelijk** op voor wat op hen afkomt. Ze zijn **spontaan** en durven zichzelf zijn. Welbevinden is vaak verbonden met **zelfvertrouwen**, een goed zelfwaardegevoel, voor zichzelf durven opkomen, weerbaarheid. In de diepte veronderstelt welbevinden het **invoeling zijn met zichzelf**, het contact hebben met de eigen ervaringsstroom, ‘volfunctioneren’.” (Laevers, 2001, p. 10)*

4.4 Betrokkenheid in activiteit

De betrokkenheid van het kind tijdens een snoezelactiviteit willen we eveneens nagaan, ook de verwezenlijking hiervan draagt bij tot ontwikkeling.

Laevers definieert betrokkenheid als volgt:

*“Betrokkenheid is een toestand waarin kinderen zich bevinden wanneer ze op een intense manier met iets bezig zijn. We merken het aan hun hoge **concentratie**, een opgeslorpt, tijdvergeten bezig zijn. Hun handelingen en houding verraden een **intense mentale activiteit**. Ze zijn heel aanspreekbaar voor wat de omgeving te bieden heeft, stellen zich **open** op. Ze voelen zich van binnen uit **gemotiveerd** om met de activiteit aan de slag te blijven. De enorme **voldoening** die ze daarbij ervaren vloeit voort uit de bevrediging van hun **exploratiedrang**: het genieten van greep krijgen op de werkelijkheid. Betrokkenheid komt alleen voor in het smalle gebied tussen ‘al-kunnen’ en ‘nog-niet-kunnen’. Kinderen bewegen er zich **aan de grens** van hun mogelijkheden. Betrokkenheid is met al die kenmerken samen dé conditie bij uitstek voor het realiseren van ontwikkeling in de diepte of **fundamenteel leren**.” (Laevers, 2001, p. 15)*

4.5 Soorten ruimten

Aangezien de snoezelomgeving in Het Balanske uit meerdere ruimten bestaat, besloten we ook deze variabele op te nemen in ons onderzoek en per kind observaties te maken in drie ruimten. De drie ruimten die we kozen zijn de **witte ruimte**, de **actieve ruimte** en de **gecombineerde ruimte**. We lieten één ruimte buiten beschouwing en dat is de muziekrimte. Dit deden we vooral om praktische redenen. Het was onmogelijk vier ruimten in het onderzoek op te nemen. We kozen er dan ook voor deze ruimte weg te laten, omdat ook de witte ruimte muziek aanbiedt en de muziekrimte door onze doelgroep niet frequent gebruikt wordt, dit in tegenstelling tot de andere ruimten.

We bespreken in wat volgt de gekozen ruimten afzonderlijk en geven dit in tabel 2 schematisch weer.

De witte ruimte is in oppervlakte de grootste en het voornaamste element hierin is het warmwaterbed. Dit is een zeer groot bed gevuld met warm water, waaronder geluidsboxen staan, die de trillingen van de muziek overbrengen naar het water. Ook aanwezig in deze kamer is een hangmat, die voldoende groot is zodat er een kind en een begeleider in kunnen gewiegd worden. Er kan ook gebruik gemaakt worden van een trilstoel. Terwijl men relax in deze stoel zit en naar muziek luistert, voelt men de trillingen. Verder bestaat deze ruimte uit heel wat lichteffecten. Zo is er onder andere een olievlek die geprojecteerd wordt op de grote muur tegenover het waterbed, er zijn drie zuilen waar gekleurde bellen in opborrelen (*bubble units*), er is een spot die door een kleurplaat verschillende kleuren kan aannemen en een discobal die kan bewegen zodat heel de ruimte gevuld wordt door lichtgevende punten. Relaxatiemuziek maakt het geheel af. Het totale aanbod van tactiele, auditieve en visuele prikkels creëert een zeer rustgevend effect.

De actieve ruimte bestaat uit een ballenbad en een luchtkasteel. Het ballenbad is een groot afgebakend bad met zachte wanden, dat gevuld is met ontelbare ballen in verschillende kleuren, wat een uniek tactiel en visueel effect geeft. Het luchtkasteel heeft drie opstaande wanden en heeft ook verschillende kleuren. In deze ruimte wordt het actieve sterk aangesproken.

Onder de gecombineerde ruimte verstaan wij de voelgang en de spiegelruimte. Deze twee ruimten worden bijeengenomen om puur praktische redenen. Wij gaan ervan uit dat deze ruimten op zich niet genoeg activiteit bieden om de hele observatieperiode te vullen en daarom besloten we ze als één ruimte op te vatten.

De voelgang bestaat uit een groot aantal tactiele prikkels. Er hangen allerlei materialen die verschillende gewaarwordingen teweegbrengen zoals bijvoorbeeld schuurborstels, maar ook bontvellen. Verder in de gang zijn er plaatsen aangeduid met behulp van geschilderde handjes. De kinderen kunnen hier hun hand opleggen en dit brengt verschillende effecten teweeg, die de kinderen zelf moeten ontdekken. Zo gaan er bijvoorbeeld toeters blazen, is er het geluid en het lichteffect van een voorbijrijdende trein en gaat er een schijf aan het draaien. Wanneer op een bepaald handje gedrukt wordt, verschijnen er op een scherm verschillende voorwerpen, dieren en gebeurtenissen met een bijhorend geluidseffect. Voorbeelden hiervan zijn een blaffende hond, lachende mensen en kwakende eendjes. Op datzelfde scherm verschijnt een beeld van wat er zich in de voelgang zelf afspeelt, met behulp van een ingebouwde camera.

De spiegelruimte is een ruimte die helemaal omgeven is door spiegels in alle soorten en maten. Er zijn kleine spiegels, grote spiegels, spiegels die je klein, lang, dun, dik doen lijken. In het midden van de ruimte bevindt zich een grote ronddraaiende schijf in verschillende kleuren.

Deze gecombineerde ruimte heeft dus vooral visuele, auditieve en tactiele stimuli.

	Witte ruimte	Actieve ruimte	Gecombineerde ruimte
Methodieken	Warmwaterbed Hangmat Trilstoel Bubble-units Lichteffecten Geluidseffecten	Ballenbad Luchtkasteel	Voelwand Actie-reactie Spiegels Draaischijf
Sfeer	Rustgevend Relaxerend	Activerend	Activerend Explorerend
Soorten prikkels	Tactiel Auditief Visueel	Visueel Tactiel	Visueel Auditief Tactiel

Tabel 2: Overzicht van de drie ruimten

4.6 Actie, interactie en reactie

In het schema van de onderzoeksvragen (zie figuur 3) komt tot uiting dat we willen nagaan of de handelingsstrategie van de ouder/begeleider een actie is of een reactie op een gedrag van het kind, of dat er sprake is van interactie. Dit omdat het ons belangrijk lijkt vast te stellen wie initiatief neemt tijdens een snoezelactiviteit; sturen of volgen kunnen immers belangrijke strategieën op zich zijn.

We scoorden een strategie als actie van ouder/begeleider wanneer deze duidelijk een nieuwe actie initieert. Wanneer de strategie die de ouder/begeleider onderneemt een reactie is op een zichtbare uiting van het kind duiden we dit aan als een reactie. Wanneer er drie of meer keer zichtbaar werd ingespeeld op elkaar scoorden we de handelingsstrategie als interactie. Bij dit laatste is van ondergeschikt belang wie de interactie begon, beiden interageren immers minstens éénmaal. Reactie en interactie zijn beide vormen van responsief reageren op het kind vanuit de begeleider. Responsiviteit houdt in dat je het gedrag van een kind observeert, interpreteert en op gepaste wijze reageert (Claussen & Crittenden, 2000). Actie wordt eerder als sturend gedrag gezien; hier onderscheidden we drie mogelijke vormen van actie. Ten eerste actie in een situatie waar nauwelijks iets of waar niets gebeurt; de begeleider neemt initiatief tot iets nieuws (A1). Ten tweede in een situatie waarin het kind iets anders doet dan de ouder/begeleider; er vindt een strategie plaats die naast de activiteit van het kind staat (A2). Ten derde in een situatie waarvan we niet weten of het A1 of A2 is.

5 Onderzoeksgroep

5.1 Selectiecriteria en -procedure

Onze onderzoeksgroep bestaat uit kinderen jonger dan 11 jaar met ernstig meervoudige beperkingen (cfr. supra). De doelgroep werd naar voor geschoven door Het Balanske en de Emiliusschool. De specifieke leeftijdsgrens komt voort uit de richtlijnen hieromtrent in het Interreg III project.

De kinderen uit onze concrete onderzoeksgroep werden geselecteerd uit de totale populatie van bezoekers van Het Balanske vzw.

Vanuit de databank van het centrum gingen we op zoek naar kinderen die tot onze doelgroep behoorden. Aangezien vele kinderen met deze problematiek in een voorziening verblijven,

kozen we ervoor zowel voorzieningen aan te schrijven als individuele ouders. Alle correspondentie en contactnames gebeurden via het Balanske en onze contactpersoon daar.

Er werden door ons verschillende brieven opgesteld. Vooreerst was er een brief voor de directie van de voorzieningen, waarin om deelname aan ons onderzoek werd gevraagd (zie bijlage 1). Verder werd een brief verzonden aan de ouders van de kinderen in de voorzieningen. Hierin vragen we of ze hun kind überhaupt wilden laten deelnemen aan ons onderzoek. De tweede vraag was of ze zelf met hun kind kwamen snoezelen of dat hun kind onder begeleiding van een begeleider kon komen snoezelen (zie bijlage 2). Dan was er een brief om aan individuele gezinnen deelname aan ons onderzoek te vragen (zie bijlage 3). Via een invulstrookje vroegen we aan iedere ouder de toestemming om hun kind aan het onderzoek te laten deelnemen. Hiermee gaven ze ook hun goedkeuring om het verzamelde videomateriaal te analyseren. In de brief werd de nodige anonimiteit verzekerd met betrekking tot hun deelname aan het onderzoek.

Het terugkrijgen van ieder strookje was van belang voor de bescherming van de privacy van de kinderen.

5.2 Beschrijving van de onderzoeksgroep

Onze uiteindelijke onderzoeksgroep bestond uit zeventien kinderen. Elf kinderen hiervan kwamen snoezelen met een begeleider vanuit de voorziening, vijf kinderen snoezelden met een ouder, één kind kwam met de voorziening snoezelen, maar onder begeleiding van haar ouders.

De twee deelnemende voorzieningen zijn gesitueerd in de buurt van Leuven. Begeleiders uit deze voorzieningen komen regelmatig met kinderen snoezelen in Het Balanske. De eerste voorziening, waarvan negen kinderen meededen aan ons onderzoek, bestaat uit een semi-internaat en een dagcentrum. De doelgroep van deze voorziening zijn niet-schoolgaande kinderen tussen 0 en 21 jaar met een matig tot zware verstandelijke handicap of met een motorische handicap van groep B en met eventueel bijkomende beperkingen. In de praktijk zijn dit bijna allemaal kinderen met een ernstig meervoudige handicap zoals door Vlaskamp omschreven. De tweede voorziening is eveneens een semi-internaat voor niet-schoolgaande jongeren. Uit deze voorziening namen drie kinderen deel aan ons onderzoek. De doelgroep van deze voorziening bestaat uit kinderen en jongeren met een ernstig tot diepe verstandelijke

handicap of meervoudige handicap. Eén kind van deze groep werd begeleid door haar moeder. We stelden als vereiste voor de begeleiding van de andere kinderen uit de voorzieningen voorop dat deze moest gebeuren door een persoon waar het kind mee vertrouwd was (bijvoorbeeld geen stagiair).

De kinderen die met hun ouder(s) kwamen snoezelen, zijn eveneens allemaal kinderen die in de buurt van Leuven wonen en aangesproken zijn omdat ze regelmatig komen snoezelen. Zij waren allemaal onder de 11 jaar op het moment waarop ons onderzoek startte en hebben allemaal een ernstig meervoudige handicap zoals omschreven door Vlaskamp.

We vroegen de ouders en/of de begeleiders per kind een vragenlijst (zie bijlage 4) in te vullen waardoor we onze doelgroep beter konden omschrijven en de gedragingen bij de analyses beter zouden kunnen interpreteren. In onderstaande tabel (tabel 3) geven we de verkregen informatie in een overzicht weer. De belangrijkste elementen hierin worden vervolgens besproken. De informatie per individueel kind staat beschreven in bijlage 5.

1 Leeftijd	23,5 % jonger dan 5 jaar	76,5 % ouder dan 5 jaar			
Geslacht	Man: 64,7 %	Vrouw: 35,3 %			
Ontwikkelingsleeftijd	Onder de leeftijd van 2 jaar: 76,5 %	Niet gekend: 23,5 %			
Motorische problemen	Ernstig motorische problemen: 100 %				
Sensorische beperkingen	Slechtziend: 29,4 %	Blind: 5,9 %	Slechthorend: 5,9 %		
Voedingsproblemen	Aantal: 70,6 %				
Epilepsie	Aantal: 47,1 %				
Andere medische problemen	Luchtwegen: 29,4 %	Urinewegen: 5,9 %	Constipatie: 47,1 %	Ander: 11,8 %	
Probleemgedrag	Lichamelijk probleemgedrag: 5,9 %	Zelfverwondend: 17,6 %	Stereotiep: 17,6 %	Teruggetrokken: 11,8 %	Ander: 5,9 %
2 Psychische problemen	Autisme spectrum stoornis: 11,8 %				
Wonen	Thuis: 88,2 %	Internaat: 11,8 %			
3 Dagbesteding	School: 29,4 %	Dagverblijf: 70,6 %	Semi-internaat: 47,1 %		
Communicatie	Verbaal: 17,6 %	Niet verbaal: 82,4 %			

Tabel 3: Overzicht totale onderzoeksgroep

Opvallend is dat van geen enkel kind het IQ gekend was. Bij de ontwikkelingsleeftijd werd steeds aangegeven dat het niet ging om een exacte leeftijd, maar dat het gelegen was rond de opgegeven leeftijd. Van een drietal kinderen kennen we geen ontwikkelingsleeftijd. Het ging hier om kinderen uit één van de voorzieningen. De begeleiding gaf echter wel aan dat al hun kinderen een ontwikkelingsleeftijd hebben die onder de 24 maanden gelegen is, waarvan velen zelfs beneden het jaar. In het individueel overzicht (zie bijlage 5) zien we dat 13 van de 17 kinderen zeker behoren tot de doelgroep kinderen met een diep verstandelijke handicap. Vier van de moeders konden ons geen zekerheid geven omtrent dit onderwerp, dus hiervan hebben we geen gegevens. De kans dat deze kinderen tot onze doelgroep behoren is echter reëel. Via de omschrijving van hun beperkingen beantwoorden ze aan de doelgroep zonder de exacte ontwikkelingsgegevens te kennen.

Wanneer we gaan kijken naar de motorische problemen die zich voordoen bij de kinderen die behoren tot onze onderzoeksgroep, kunnen we zeggen dat ze allemaal een ernstige motorische beperking hebben. Vlaskamp is vrij vaag over deze criteria, maar het gaat over personen die niet kunnen of moeite hebben met onder andere stappen, zitten en grijpen. Uit de bevraging van onze onderzoeksgroep blijkt dat iedereen aan deze criteria voldoet.

In het overzicht komt ook duidelijk naar voor dat er zich bij een groot aantal van de kinderen voedingsproblemen voordoen, net als bijkomende sensorische beperkingen en epilepsie. Vlaskamp geeft bij de beschrijving van de doelgroep aan dat deze bijkomende beperkingen vaak voorkomen bij personen met een ernstig meervoudige handicap.

6 Methoden

6.1 Soort onderzoek

We kozen in onze thesis voor empirisch kwantificerend onderzoek. Klassiek bestaat er een onderscheid tussen empirisch-analytische en interpretatieve methoden (Onghena, 1998). Toch mag dit onderscheid niet als volledig dichotoom beschouwd worden. Ook in een empirisch onderzoek moeten zaken geïnterpreteerd worden, net zoals in een interpretatief onderzoek gebruik gemaakt wordt van empirisch materiaal.

In ons onderzoek kozen we er duidelijk voor empirisch materiaal te verzamelen en dit later te analyseren, we kunnen dus stellen dat we empirisch-analytisch werken. Deze keuze maakten

we om verschillende redenen. Ten eerste geeft het bestaande onderzoeksmateriaal geen eenduidige resultaten weer. We wilden dan ook niet één van deze onderzoeken als basis nemen voor onze studie en aldus een ambigue en reeds waardengeladen keuze maken. Ten tweede werd vanuit de centra Het Balanske en de Emiliusschool een zeer specifieke doelgroep naar voor geschoven, met name kinderen met een ernstig meervoudige handicap. Het was niet evident om artikels terug te vinden waarin een snoezelonderzoek gebeurde met deze doelgroep en waarin aandacht werd besteed aan de noden die de voorzieningen kozen. Eveneens daarom kozen wij ervoor om onze eigen data te verzamelen wat met zich meebracht dat we zelf een onderzoek opstartten.

In het merendeel van deze studies wordt gebruik gemaakt van experimenteel onderzoek waarin een controlegroep of vergelijkingsgroep aanwezig was. Wij kozen er in overleg met Het Balanske en de Emiliusschool voor om dit niet te doen omdat het de effecten van het snoezelen is dat het onderwerp is van het onderzoek en niet het 'niet-snoezelen' of andere condities. We wilden met andere woorden de effecten nagaan van snoezelen, maar niet zo zeer de meerwaarde ten opzichte van andere activiteiten.

6.2 Directe gedragsobservatie via videoregistratie

6.2.1 Verantwoording

We kozen om te werken met directe gedragsobservatie, omdat op deze manier de meest rechtstreekse informatie wordt verkregen over iemands daadwerkelijk gedrag. Wanneer we voor ons onderzoek vragenlijst hadden laten invullen door ouders en begeleiders, was de informatie waarschijnlijk veel onbetrouwbaarder geweest en gekleurd door de interpretatie van de bevroagden. Nu observeerden we alle kinderen volgens dezelfde standaarden en dit zorgt voor een grotere betrouwbaarheid (Onghena, 1998).

We werkten met videoapparatuur omdat dit het observeren van het gedrag vergemakkelijkt. Wanneer we op het moment zelf én de gedragingen van het kind én de gedragingen van de begeleider zouden turven, zouden we veel gedragingen uit het oog verliezen wegens de snelheid waarmee een mens verschillende gedragingen stelt. Ook het beoordelen van de gedragingen wordt hierdoor vergemakkelijkt, het kan namelijk regelmatig herhaald en bijgestuurd worden.

6.2.2 Concrete uitvoering

We kozen ervoor het kind en de ouder/begeleider te filmen met een analoge camera in een één op één situatie. Deze keuze maakten we omdat de aanwezigheid van andere kinderen/begeleiders van invloed zou kunnen zijn op de door ons te meten variabelen. Het was ons doel de gedragingen van kind en begeleider zo exact mogelijk te meten, zonder interferentie van anderen. Ook praktisch gezien was dit de beste keuze.

We besloten om met twee beelden te werken, daar het voor ons onderzoek heel belangrijk is exact de gedragingen en uitdrukkingen van zowel de begeleider als van het kind vast te leggen. Wanneer we dit niet zouden doen en alles zouden opnemen met één beeld, hadden we observaties kunnen verliezen wanneer één van de twee partijen zich van het beeld onttrok. Met twee camera's konden we beter elk van de betrokkenen apart volgen. Vooraleer de opname begon, besloten we telkens wie van ons beiden het kind volgde en wie de ouder/begeleider.

Voor de kinderen die met hun ouders kwamen snoezelen legden we telkens een datum en een moment vast van anderhalf uur. Negentig minuten is de gebruikelijke duur van een snoezelsessie binnen Het Balanske. Een aantal kwam met gans het gezin snoezelen. Tijdens de opname werd er voor gezorgd dat de ouder en het kind de andere gezinsleden noch zagen noch hoorden. Deze verbleven gedurende de opnametijd in een andere snoezelruimte die niet in verbinding stond met de ruimte waar gefilmd werd.

Eén gezin nam deel aan ons onderzoek met hun beide kinderen. De mama snoezelde met het ene kind en de papa met het andere. Dit zijn de enige opnames die we hebben van een snoezelende papa. Al de andere kinderen van de gezinnen snoezelden tijdens de opnames met hun moeder.

We lieten de gezinnen eerst wat wennen aan de snoezelruimtes, vooraleer we startten met de opname. Toch kozen we er voor om de opname eerder in het begin van de sessie te maken dan op het einde. Dit deden we om verscheidene redenen. Ten eerste zou het kunnen dat voor de kinderen het nieuwe er wat af was na anderhalf uur snoezelen, zodat de kans bestond dat ze zich gingen vervelen. In het begin van een snoezelactiviteit is het meer een ontdekking en een op zoek gaan naar. Ten tweede wilden we rekening houden met de kans dat er steeds iets technisch fout kon lopen bij de opname. Door de opname vooraan in de sessie te plannen,

voorzagen we nog tijd nadien om, indien nodig, technische problemen op te lossen. Dit heeft zich echter niet voorgedaan. Ten derde vonden we het ook belangrijk in acht te nemen dat het snoezelen een gezinsgebeuren is waarvan iedereen geniet. Het was voor de gezinnen aangenamer dat ze na de opname nog wat tijd hadden om samen met hun gezin te snoezelen zonder dat er iemand van ons bij was.

Voor de kinderen die met hun begeleiders kwamen snoezelen, voorzagen we eveneens anderhalf uur. Eén van de groepjes kwam snoezelen met vijf kinderen; hiervoor trokken we meer tijd uit. Net zoals bij de gezinnen lieten we hen bij aankomst eerst wat tijd om zich aan te passen aan de snoezelruimtes. Daarna begonnen onze opnames en volgde de ene opname de andere op. Tijdens het filmen was het eveneens bij hen van belang dat de andere kinderen en begeleiders niet aanwezig waren in die ruimte, zodat het steeds om een één op één interactie ging.

Om de kinderen aan het videomateriaal te laten wennen, stelden we ons materiaal op voorhand reeds op. We voorzagen per kind vijftien minuten per ruimte, waarvan later tien minuten effectief zouden gecodeerd worden. Deze vijf minuten extra voorzagen we om eventuele aanpassingsperiodes, onderbrekingen en dergelijke in rekening te kunnen brengen.

Voor elk kind werden er drie observatiemomenten voorzien: één in de witte ruimte, één in de actieve ruimte en één in de gecombineerde ruimte. De volgorde van opname in deze ruimten werd willekeurig door ons bepaald, zodat iedere ruimte wel eens al eerste opnameruimte bij een kind gekozen werd.

We kozen er aanvankelijk voor om te filmen vanop statieven, die in beide uithoeken van de snoezelkamer zouden geplaatst worden. Eén van ons beide zou de ouder/begeleider volgen en de andere het kind. Tijdens de opnames echter bleek dat dit onhaalbaar was wanneer we gebruik maakten van statieven. Zowel de begeleider als het kind begaf zich regelmatig naar plaatsen die zich aan het oog van de camera onttrokken of richtten hun gezicht weg van de camera's. We besloten dan ook om zonder statief te werken en zodoende onze proefpersonen beter te kunnen volgen. We maakten hierbij wel overvloedig gebruik van onze inzoomknoppen om ervoor te zorgen dat er niet te veel invloed uitgeoefend werd op het snoezelgebeuren. Uit navraag bij de ouders/begeleiders bleek dat noch zij noch de kinderen onze nabijheid als storend of opvallend ervaren hebben.

6.3 Bevraging van ouders/begeleiders

6.3.1 Verantwoording

We werkten naast video-opnames ook met vragenlijsten. Aangezien kinderen met een ernstig meervoudige handicap op een zeer specifieke wijze communiceren, wilden wij hun individuele signalen achterhalen aan de hand van onze vragenlijst vooraf. Daarenboven is het niet ondenkbaar dat men aan de gedragsuitingen van een kind niet ziet dat het (niet-)tevreden of (niet-)betrokken is, vandaar dat we dit wilden ondervangen door de ouder/begeleider hierover te bevragen na iedere snoezelsessie.

6.3.2 Concrete uitvoering

Voordat de observatiemomenten begonnen, kreeg elke ouder/begeleider een vragenlijst. Hij kon daarin aangeven welk de meest voorkomende gedragingen zijn van het kind wanneer het tevreden en ontevreden is en wanneer het betrokken en niet betrokken is (zie bijlage 6). We vroegen telkens voor een opname aan de ouder/begeleider om expliciet te letten tijdens het snoezelmoment op het welbevinden en de betrokkenheid van het kind. Hun bevindingen hieromtrent lieten we hen achteraf omschrijven (zie bijlage 7). Dit zal ons hulp bieden bij het interpreteren van de gedragingen van het kind, evenals de ingevulde vragenlijsten voor de snoezelsessie. Andere bemerkingen, bijvoorbeeld dat het kind wat ziek was, konden hier eveneens aangegeven worden.

7 Verwerking

7.1 Klaarmaken van materiaal

Het beeldmateriaal dat we bekwamen met onze analoge camera's werd overgezet in digitale computerbeelden via een TV-capture kaart. Vervolgens plakten we de twee aparte beelden aan elkaar, vermits we werkten met twee camera's per opname. Dat deze aparte beelden gesynchroniseerd werden, was van groot belang om de interactie tussen beide personen goed te kunnen volgen. Doordat de geplakte bestanden erg groot waren, gingen we ze eerst comprimeren om ze dan vervolgens te branden op een cd-rom. Dit alles gebeurde via de

programma's Avisynth (Rudiak-Gold et al., 2006) en Virtualdub (Lee, 1989). We gebruikten voor elke opname een nieuwe cd-rom, mede doordat de gecomprimeerde bestanden meestal rond de 400 megabytes groot zijn.

Dit gehele proces was erg tijdrovend. Wanneer men werkt met analoge beelden duurt het omzetten naar digitaal beeldmateriaal even lang als de echte opnametijd. Hier zou een digitale camera ons veel tijd bespaard kunnen hebben.

7.2 Codeerschema's

7.2.1 Taxonomie van gedragsuitingen

Taxonomie naar vorm	
Vorm	
1	geluiden
2	blik (gezichtsuitdrukking)
3	mimiek (gezichtsuitdrukking)
4	beweging van bovenste ledematen
5	hoofdbeweging/hoofdhouding
6	beweging van de onderste ledematen
7	mondbewegingen
8	lichaamshouding
9	fysiologische reactie
10	geen activiteit
11	restcategorie (ook niet scorebaar of niet zichtbaar)

Taxonomie naar functie	
Welbevinden	
2	Positief a zich ontspannen of rustig voelen b tevredenheid, plezier, vreugde uitdrukken c positieve spanning, verwachting, opwinding tonen
0	Negatief a negatieve spanning, opwinding, onrust tonen b ontevredenheid, boosheid, protest uitdrukken c angst of verdriet uitdrukken
1	Neutraal - niet duidelijk positieve of negatieve beleving

Taxonomie naar functie	
Betrokkenheid	
1	Geen of neutrale betrokkenheid a ongeïnteresseerd, afwezig, verveeld zijn, afgeleid zijn b routineus, sterotiep, gewoontegedrag c slapen, rustig liggen d afwachtend, ondergaand (bij overgang tussen activiteiten) e neutrale betrokkenheid
0	Negatieve betrokkenheid a materiaal weggooien, materiaal of begeleider wegduwen of afweren b protesteren, 'neen' uitdrukken, zich afwenden, iets weigeren c anderen pijn doen, schade berokkenen, ander onaangepast gedrag
2	Betrokkenheid op zichzelf a in / met zichzelf bezig zijn b aandacht trekken op zichzelf
3	Positieve betrokkenheid a zich toewenden naar de andere, contact zoeken, in contact zijn b iets vragen, kiezen, iets duidelijk maken, commentaar geven c interesse, verwondering uitdrukken, aandacht tonen, geboeid zijn, luisteren, reactie op prikkel d iets doen met materiaal, exploratie, verkenning, instrumentele handeling, spelen

Tabel 4: Taxonomie van gedragsuitingen

7.2.2 Taxonomie van handelingsstrategieën

Handelingsstrategieën	
1	<i>Materiaal aanbieden</i> a materiaal aanreiken b iets voordoen met materiaal, functie of gebruik van materiaal voordoen c samen met het kind iets doen met materiaal (eventueel met lichamelijke ondersteuning/hulp) d muziek opzetten e sfeer creëren in de snoezelruimte met materiaal
2	<i>Lichamelijke strategieën</i> a lichamelijke beweging (voor)doen (geen materiaal) b strelen, fijn aanraken, affectie c vastnemen om samen iets te doen (functioneel, bv. dragen of duwen van de rolstoel) d lichamelijke bewegingen samen maken (klappen, wiegen, springen) e afstand nemen, in het oog houden, kijken en volgen + reactie op prikkel nagaan f situatie aanpassen g noden vervullen h blik, mimiek (oogcontact)
3	<i>Verbale strategieën</i> a afkeuren b prijzen/bekrachten c opdracht geven d verbaal begeleiden van de activiteit e uitnodigen tot activiteit (kan ook in opdrachtvorm, bv. 'kijk eens') f praten/vertellen/iets vragen g zingen/neuriën h geluiden produceren (handen, klappen, fluiten)
4	<i>Restcategorie (bv. spel)</i>
Actie, interactie en reactie	
A	<i>Actie</i> de begeleider stelt een actie 1 in een situatie waar nauwelijks iets of waar niets gebeurt, een situatie die stilvalt, de begeleider neemt initiatief tot iets nieuws 2 in een situatie waarin de cliënt iets anders doet dan de begeleider (dus wel vanalles aan de gang), een strategie die naast de activiteit van het kind staat 3 in een situatie waarvan we niet weten of het A1 of A2 is
I	<i>Interactie</i> een zichtbare beurtwisseling tussen de begeleider en het kind, een wederzijds op elkaar inspelen, afwisseling tussen actie en reactie, minstens 3 keer
R	<i>Reactie</i> het kind doet iets (zichtbaar, een actief initiatief) en de begeleider speelt hier op in (minder dan 3 keer)

Tabel 5: Taxonomie van handelingsstrategieën

7.2.3 Niveaus van welbevinden en betrokkenheid in activiteit

Wanneer we de gedragingen van het kind gecodeerd hebben zullen we deze scoren met betrekking tot niveau van welbevinden en van betrokkenheid in activiteit. Hiervoor stellen we een schema op per doel waarin verschillende niveaus van welbevinden (zie tabel 6) en betrokkenheid in activiteit (zie tabel 7) beschreven worden. Het gaat hier met andere woorden over continue variabelen. Hoe hoger het niveau en dus de score, hoe hoger het welbevinden/de betrokkenheid. De schema's kwamen tot stand op basis van Laevers' schalen voor welbevinden en betrokkenheid (Laevers, 2001). Voor welbevinden vulden we dit aan met eigen bedenkingen, voor betrokkenheid in activiteit vulden we dit aan met literatuur van Vlaskamp en eigen bedenkingen.

Zeer laag	Laag welbevinden	Matig welbevinden	Hoog welbevinden	Zeer hoog
De hoofdtoon in deze categorie is zich niet gelukkig voelen. Dit uit zich door gespannenheid, geen innerlijke rust, nooit echt genieten. Vele signalen wijzen op negatieve beleving van interactie met omgeving en zichzelf, zoals hoofd afwenden, vocalisaties zoals huilen, roepen, zuchten, kreunen, met handen of armen iets wegduwen, zich weinig open opstellen. De kinderen schijnen soms wel te genieten, maar doorgaans van ‘verkeerde’ dingen (bv anderen pijn doen, hangerig zijn)	Het kind voelt zich overwegend ongelukkig. De signalen die voorkomen bij zeer laag welbevinden, vinden we hier ook terug, maar minder intens en in mindere mate.	De kinderen geven een neutraal beeld, een ‘onbewogen’ indruk. Ook kunnen de kinderen een gemengd beeld geven, ze schommelen tussen weinig uitgesproken positieve en negatieve signalen van welbevinden. De signalen van zich niet optimaal voelen of van plezier hebben, zijn niet intens en voorbijgaand. Relaties met omgeving zijn niet echt intens en optimaal, maar ook niet echt zorgwekkend. Dit niveau van welbevinden kunnen we o.a. merken aan een neutrale gezichtsuitdrukking, voor zich uit staren, het lichaam laten hangen, doelloze activiteit.	Het kind voelt zich overwegend gelukkig. De signalen die voorkomen bij zeer hoog welbevinden, vinden we hier ook terug, maar minder intens en in mindere mate.	De hoofdtoon in deze categorie is genieten, plezier beleven, deugd hebben aan elkaar, zichzelf en aan de dingen. Dit uit zich door vitaliteit en tegelijk innerlijke rust en ontspanning. Het kind stelt zich open, ontvankelijk, weerbaar en spontaan op. Ze passen zich soepel aan nieuwe of vreemde situaties aan. Ze kunnen goed omgaan met tijdelijke frustraties. Herkenbare signalen in dit niveau zijn o.a.: hoofd toewenden, vocalisaties zoals lachen en blij roepen, oogcontact, zich openstellen voor fysiek contact.

Tabel 6:Niveaus van welbevinden¹

¹ Op basis van Laevers, 2001, *Procesgericht kindvolgsysteem voor kleuters. Achtergrond en praktijksuggesties*. Aangevuld met eigen bedenkingen en ideeën.

Negatieve betrokkenheid op de omgeving (materieel en sociaal)	Betrokkenheid op zichzelf	Geen betrokkenheid	Matige positieve betrokkenheid op de omgeving	Hoge positieve betrokkenheid op de omgeving, incl. sociale omgeving	Zeer hoge positieve betrokkenheid op de omgeving, incl. sociale omgeving
Er is zeker sprake van betrokkenheid op anderen personen dan zichzelf en op de materiele omgeving. Deze betrokkenheid wordt echter door het kind als negatief beleefd.. We kunnen dit o.a. opmerken door de volgende uitingen: hoofd afwenden, wegduwen van persoon of materiaal, zuchten, verdriet uiten, onaangepast gedrag, agressieve geluiden.	Het kind pikt weinig op van zijn omgeving. Al zijn activiteiten zijn gericht op zichzelf. Deze op zichzelf gerichte oriëntatie uit zich bijvoorbeeld in kijken naar eigen kleding, luisteren naar eigen geluiden, aanraken van eigen lichaam, zelf pijniging. Ook wordt er gebruik gemaakt van zelfstimulerende of stereotiepe motorische beweging, zoals bijvoorbeeld herhaalde hoofdbewegingen.	Het kind komt nooit echt tot activiteit, staart voor zich uit, lijkt afwezig en lusteloos. Het is niet aanspreekbaar voor aanbod, er is geen exploratiedrang. Andere signalen van geen betrokkenheid zijn o.a.: geen waarneembaar oogcontact met externe stimuli, geen waarneembare lichaamsbewegingen, geen vocalisaties behalve het maken van stereotiepe geluiden.	Het kind komt meestal tot activiteit. Toch is het kind geregeld afgeleid, is er sprake van eerder een beperkte aandachtsspanne, er is geen lange fixatietijd, en wordt het niet echt door de activiteit opgeslorpt. Ze lijken nogal routineus bezig, zonder veel inzet. Ondanks de matige betrokkenheid, wordt deze wel als positief beleefd door het kind en zo geuit.	In het patroon van het kind overweegt betrokkenheid. Deze is positief en uit zich zowel naar de materiele omgeving toe, als naar de sociale. Er is een grotere aandachtsspanne en creativiteit als bij de matige betrokkenheid, maar het kind is in mindere mate ononderbroken bezig met zijn activiteit als bij zeer hoge positieve betrokkenheid.	Het kind is zeer geconcentreerd, ononderbroken bezig met zijn omgeving. Dit zowel met de materiële als de sociale omgeving. Het kind is weinig afleidbaar, alert, is helemaal opgeslorpt, geboeid, vaak gefascineerd en geniet van exploreren. Andere signalen hiervan zijn o.a.: blik is ononderbroken op handelingen en materiaal, vallen niet terug op routine, tonen tevredenheid in hun activiteit.

Tabel 7: Niveaus van betrokkenheid in activiteit²

² Op basis van Laevers, 2001, *Procesgericht kindvolgsysteem. Achtergronden en praktijksuggesties* en Vlaskamp et al., 2002, *Het activerend effect van snoezelen en eigen aanvullingen*.

7.3 Statistische analyse

Bij het bekijken van onze opnames worden de gedragingen van zowel het kind als de ouder/begeleider op de gedragslijsten geturfd. Bij het turven van de gedragingen van het kind beperken we ons bijvoorbeeld tot het camerabeeld dat het kind volgde. Voor het coderen van onze variabelen per interval maken we gebruik van het programma Vitessa (Van Puyenbroeck et al., 2005). Hierbij werken we met intervallen van vijftien seconden. Aangezien we vijf scores zullen geven per interval houden we de intervallengte kort om zo weinig mogelijk informatie te verliezen. De intervallengte van amper vijftien seconden is eveneens van belang voor de sequentiële analyses die we nadien uitvoeren. Aangezien tien minuten per kind, per sessie effectief worden gecodeerd, zal dit resulteren in 40 intervallen per sessie. Voor de variabelen vorm en handelingsstrategie wordt de score bepaald door het beeld waarop het interval stopt na vijftien seconden. Bij de andere variabelen echter, zal gebruik gemaakt worden van het ganse voorafgaande interval om een juiste interpretatie per variabele te kunnen geven. We maken met andere woorden gebruik van interval codering. Enkel voor de juiste interpretatie wordt de voorafgaande context mee in rekening gebracht. Aangezien we met twee coderen, zal elk van ons beide een gedeelte van de observaties voor zijn rekening nemen. Om de observaties te verdelen, worden deze chronologisch (in volgorde van opname van eerste sessie) geordend, waarbij de ene de ‘even’ kinderen en de andere de ‘oneven’ kinderen zal coderen. Een klein deel van het beeldmateriaal (24,5 %) zal dubbel gecodeerd worden om de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid te garanderen.

8 Verloop

De praktische kant van het vastleggen van de data voor het snoezelonderzoek was niet altijd eenvoudig. De snoezelruimtes in Het Balanske zijn erg geliefd en ten gevolge hiervan worden ze vaak lang op voorhand gereserveerd. Bij het vastleggen van snoezelmomenten voor ons onderzoek moesten we steeds rekening houden met drie aspecten: is de snoezelruimte in Het Balanske vrij, past het moment voor de kinderen en de ouders/begeleiding en is het een mogelijk moment voor ons om de opname te gaan maken? De afspraken werden steeds telefonisch gemaakt en dit zowel door ons als door onze contactpersoon in Het Balanske. Een aantal weken voor het begin van de opnames stuurden we naar iedere deelnemer per post de afgesproken data door waarop zij verwacht werden in Het Balanske.

Het verwerven van het onderzoeksmateriaal verliep ongeveer volgens plan. We stelden een schema op (zie bijlage 8) waarop aangegeven stond welk kind op welke datum in welke ruimte werd gefilmd. Eén enkele keer kon er een gemaakte afspraak niet doorgaan, doordat twee van de drie kinderen die kwamen snoezelen ziek waren. Er werd dan dadelijk gezocht naar een nieuwe geschikte datum. Van één kind maakten we twee opnames op dezelfde dag (wel met anderhalf uur tussen beide opnames) doordat het meisje de afspraak voordien niet aanwezig was. Nog een ander kind kon niet aanwezig zijn op de laatste afspraakdag wegens ziekte, waardoor we van haar maar twee opnames hebben kunnen maken.

Van één jongen werd in de actieve ruimte een opname gemaakt van 7 minuten wegens zeer expliciete tegenzin en verdriet in deze ruimte. De sessie werd om deze reden dan ook vroegtijdig stopgezet. De begeleiding gaf als reden hiervoor aan dat de jongen al wat uitgekeken was op deze ruimte, vermits deze opname pas op het einde van de snoezelsessie plaatsvond.

De tweede opname van een andere jongen bestaat uit een eerste opname van 8 minuten en een latere tweede opname van 10 minuten. De begeleidster gaf aan dat deze jongen verzot is op de *bubble units* en eenmaal hij deze gezien heeft, hier niet meteen van weg te slaan is. Tegen het einde van de snoezelsessie begonnen de *bubble units* hem wat te vervelen en wou hij wel graag snoezelen in een andere snoezelruimte.

Het meisje dat samen met haar mama en andere kindjes van haar voorziening kwam snoezelen, wou absoluut niet blijven in de witte ruimte. De mama gaf aan dat dit echt haar ruimte niet was en dit zagen we dan ook door dat ze erg veel verdriet had wanneer ze nog maar binnenkwamen. Een begeleidster van haar heeft wat later, wanneer ze wat rustiger was, toch nog eens geprobeerd samen naar de witte ruimte te gaan. Dit leverde ons een opname op van ongeveer 10 minuten.

Onze eerste opname vond plaats op zondag 6 maart 2005 en de laatste dag dat we gingen filmen in Het Balanske was donderdag 28 april 2005. Binnen deze periode maakten we dus 50 opnames - drie opnames van zestien kinderen en twee opnames van één kind - van telkens 15 minuten. We zetten onze videobestanden regelmatig over op computer en verwerkten dit dan onmiddellijk tot het eindbestand op cd-rom.

9 Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid

De betrouwbaarheid van een beoordeling kan men meten door de overeenkomst tussen meerdere beoordelaars na te gaan. Dit noemt men de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid.

We berekenden deze maat van overeenkomst voor 25 % van onze observaties. Concreet omvatte dit 13 van de 50 sessies, waarvan achteraf één werd weggelaten omwille van de slechte kwaliteit van de video-opname. De keuze van de observaties die we gebruikten voor het bepalen van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid werd bepaald door het toeval. We maakten een tabel waarin de kinderen in volgorde staan waarin ze kwamen snoezelen (bepaald door hun eerste snoezelsessie). Daarvan nam de ene beoordelaar de ‘even’ kinderen voor haar rekening en de andere de ‘oneven’ kinderen wat betreft het coderen. Voor de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid zetten we de ‘even’ en ‘oneven’ kinderen apart in alfabetische volgorde en namen er respectievelijk de eerste zes en de eerste zeven van. Wel zorgden we dat de drie ruimten voldoende voorkwamen. Om deze reden namen we soms de eerste snoezelsessie van de drie sessies van een kind, soms een tweede sessie en soms een derde sessie.

Voor het berekenen van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid voor de categorieën van variabelen die wij gebruikten in ons onderzoek, was het oorspronkelijk onze bedoeling te werken met Cohen’s kappa. Deze kappa geeft de overeenkomst weer tussen twee onafhankelijke beoordelaars die op nominaal niveau classificeren. De kappa meet de proportie overeenkomst met uitsluiting van de toevallige overeenkomst. Bij een toevallige overeenkomst zal de kappa dan ook 0 zijn, bij een volkomen overeenkomst is deze 1 (Vermeersch, 1988).

Bij de berekening van de resultaten voor de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid volgens deze methode, werd al snel duidelijk dat dit voor ons onderzoek geen goede methode was. Dit omwille van het feit dat indien één van de observators steeds hetzelfde scoort, de kappa score altijd 0 is, ongeacht wat de andere observator scoort. De reden hiervan is dat het codeergedrag van die ene observator niet gevarieerd genoeg is om een schatting te maken van het verwachte verband, en dus ook niet van de mate waarin de geobserveerde waardes afwijken van dat model. Dit heeft als gevolg dat het in principe mogelijk is dat de kappa waarde 0 is bij een perfecte overeenkomst. Dit probleem, dat zich voordoet bij het berekenen van de kappa, heeft te maken met de aard van onze classificatie en met de specificiteit van ons onderzoek.

We kozen er dan ook voor om de proportie overeenkomst te berekenen. Met andere woorden, we berekenden het aantal overeenkomsten tegenover het totale aantal metingen. Het is evenwel belangrijk in gedachten te houden dat de overeenkomst een lichte overschatting inhoudt, daar een deel van de gemeten overeenkomst te wijten kan zijn aan het toeval (Cohen, 1960 cit. in Vermeersch, 1988).

We hebben in de literatuur een norm trachten te vinden waaraan de overeenstemming moet voldoen om de beoordelingen als betrouwbaar te aanschouwen. We vonden echter geen betrouwbare bronnen hiervoor. In overleg met onze promotor kozen we voor een grens van 75 % overeenkomst.

9.1 Vorm

Bij het bekijken van onze data, codeerden we als eerste de variabele vorm. In onze oorspronkelijke taxonomie maakten we een onderscheid tussen 11 onderverdelingen naar vorm. Vermits niet alle 11 categorieën betrouwbaar leken wanneer we de scores van beide beoordelaars naast elkaar legden, vereenvoudigden we ons codeersysteem tot 5 onderverdelingen. Vaak was er sprake van een combinatie van twee of meerdere vormonderverdelingen. Om deze reden dichotomiseerden we onze data. Hierdoor konden we elke vormonderverdelingen apart, dus niet in combinatie, nagaan en vergelijken. De betrouwbaarheid van het beoordelen van de variabele vorm wordt per vormcategorie aangegeven in tabel 8. Al de vormonderverdelingen liggen boven 75 % en dus nemen we deze mee in onze verdere analyses. In totaal, dus over de vormcategorieën heen, komt 87,20 % van de beoordelingen van de variabele vorm overeen. We kunnen dus spreken van een goede betrouwbaarheid.

Vorm 1: geluid en vocalisaties	88,54 %
Vorm 2: mimiek, blik, mondbeweging	77,92 %
Vorm 3: beweging	77,33 %
Vorm 4: geen activiteit	97,67 %
Vorm 5: rest, niet zichtbaar	94,55 %
Vorm totaal	87,20 %

Tabel 8: Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid met betrekking tot de variabele vorm

9.2 Welbevinden

Voor de variabele welbevinden gingen we de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid na op subcategorie-niveau. We berekenden de overeenkomst door gebruik te maken van een 7x7 kruistabel waarop we de scores van beiden beoordelaars uitzetten. De som van de diagonalen gaf de overeenkomst weer van één sessie, met andere woorden op 40 intervallen. Het resultaat voor welbevinden op het niveau van de subcategorieën over alle sessies en alle kinderen heen, voldoet niet aan ons criterium. Slechts 61,25 % van onze beoordelingen komt overeen (zie tabel 9). Wanneer we de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid nagingen op het niveau van de hoofdcategorieën, bekomen we een resultaat van 0,77. Met andere woorden: 77 % van de beoordelingen op hoofdcategorie (positief, negatief en neutraal welbevinden) komt overeen (zie tabel 9). Het gaat hier over een relatief lage betrouwbaarheid, maar zeker voldoende hoog om verder te gebruiken in onze analyse.

Subcategorie	61 %
Hoofdcategorie	77 %

Tabel 9: Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid met betrekking tot de variabele welbevinden

9.3 Betrokkenheid

We zijn bij deze variabele eveneens gestart met het berekenen van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid op het niveau van de subcategorieën. We maakten per kind en per sessie een 14x14 kruistabel waarop we de scores van beide beoordelaars uitzetten. Hierbij deelden we de som van de diagonaal door het totaal aantal metingen. Voor deze variabele is het resultaat hiervan over alle sessies en alle kinderen heen 0,68, dus 68 % van onze metingen komt overeen (zie tabel 10). Aangezien wij een norm van 0,75 vooropstellen, besloten we ook deze variabele enkel op het niveau van hoofdcategorie op te nemen. De betrouwbaarheid met betrekking tot de variabele betrokkenheid op het niveau van de hoofdcategorieën (deze zijn positieve betrokkenheid op de omgeving, betrokkenheid op zichzelf, negatieve betrokkenheid en geen betrokkenheid) bedraagt 0,86 (zie tabel 10). Op dit niveau komt dus 86 % van onze beoordelingen overeen. Op het niveau hoofdcategorie is deze variabele aldus betrouwbaar.

Subcategorie	68 %
Hoofdcategorie	86 %

Tabel 10: Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid met betrekking tot de variabele betrokkenheid

9.4 Handelingsstrategie

Voor de variabele handelingsstrategie maakten we in onze taxonomie 4 hoofdcategorieën en deze bestaan samen uit 22 subcategorieën. Net zoals bij de variabele vorm, komen er vaak combinaties van handelingsstrategieën voor. Om deze reden zetten we ook hier onze data om in dichotome variabelen. Wel nemen we in onze verdere analyse de combinaties van handelingsstrategieën mee, daar we denken dat dit belangrijke informatie kan bevatten. We berekenden de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van elke subcategorie (zie tabel 11). We zien dat 20 subcategorieën een overeenkomst hebben van meer dan 75 %. De twee overgebleven subcategorieën, met name 2e en 3d, nemen we ondanks hun lage score toch mee in de verdere analyses. Het zijn vaak voorkomende handelingsstrategieën en om deze reden vinden we het te belangrijk om deze informatie verloren te laten gaan. Natuurlijk zullen we met hun lagere score met betrekking tot betrouwbaarheid rekening houden bij het interpreteren. Daar de meeste subcategorieën voor handelingsstrategie hoog scoren, is het logisch dat ook de score op het niveau van hoofdcategorie hoog ligt (zie tabel 11). Het totale percentage van overeenkomst voor de variabele handelingsstrategie bedraagt 92,62 %. We kunnen hier dus spreken van een hoge betrouwbaarheid.

Subcategorie		Hoofdcategorie	
1a	98,33 %	1 (materiaal aanbieden)	94,90 %
1b	86,29 %		
1c	89,90 %		
1d	100,00 %		
1e	100,00 %		
2a	99,79 %	2 (lichamelijke strategieën)	89,95 %
2b	81,74 %		
2c	84,83 %		
2d	99,58 %		
2e	67,46 %		
2f	92,24 %		
2g	97,69 %		
2h	96,23 %		
3a	100,00 %	3 (verbale strategieën)	93,75 %
3b	99,57 %		
3c	99,36 %		
3d	64,12 %		
3e	91,43 %		
3f	97,28 %		
3g	98,51 %		
3h	99,58 %		
4	93,70 %	4 (restcategorie)	93,70 %
Handelingsstrategie totaal			92,62 %

Tabel 11: Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid met betrekking tot de variabele handelingsstrategie

9.5 Actie, interactie en reactie

Net zoals bij welbevinden en betrokkenheid kwamen we voor deze variabele tot de vaststelling dat de proportie overeenkomst op het niveau van de subcategorieën te laag was om deze onderverdeling te behouden. Ze bedraagt namelijk 61 % (zie tabel 12). Na herberekening op niveau van de hoofdcategorieën kregen we een resultaat van 74 % (zie tabel 12). Ook al valt dit getal onder de norm die we onszelf hadden opgelegd, is de afwijking zo laag en de variabele zo belangrijk dat we toch besloten de variabele mee te nemen in ons verder onderzoek.

Subcategorie	61 %
Hoofdcategorie	74 %

Tabel 12: Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid met betrekking tot de variabele actie, interactie en reactie

9.6 Uiteindelijke taxonomie

Op basis van de resultaten van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid kwamen we te weten welke categorieën betrouwbaar zijn en we dus mogen meenemen in onze verdere analyses. De uiteindelijke taxonomie wordt weergegeven in onderstaande tabel.

Taxonomie naar vorm	
Vorm	
1	geluiden en vocalisaties
2	blik, mimiek en mondbeweging
3	beweging
4	geen activiteit
5	restcategorie (ook niet scorebaar of niet zichtbaar)
Taxonomie naar functie	
Welbevinden	
2	positief
0	negatief
1	neutraal
Taxonomie naar functie	
Betrokkenheid	
1	geen of neutrale betrokkenheid
0	negatieve betrokkenheid
2	betrokkenheid op zichzelf
3	positieve betrokkenheid op de omgeving

Tabel 13: Uiteindelijke taxonomie van gedragsuitingen

Handelingsstrategieën	
1	<i>Materiaal aanbieden</i> a materiaal aanreiken b iets voordoen met materiaal, functie of gebruik van materiaal voordoen c samen met het kind iets doen met materiaal (eventueel met lichamelijke ondersteuning/hulp) d muziek opzetten e sfeer creëren in de snoezelruimte met materiaal
2	<i>Lichamelijke strategieën</i> a lichamelijke beweging (voor)doen (geen materiaal) b strelen, fijn aanraken, affectie c vastnemen om samen iets te doen (functioneel, bv. dragen of duwen van de rolstoel) d lichamelijke bewegingen samen maken (klappen, wiegen, springen) e afstand nemen, in het oog houden, kijken en volgen + reactie op prikkel nagaan f situatie aanpassen g noden vervullen h blik, mimiek (oogcontact)
3	<i>Verbale strategieën</i> a afkeuren b prijzen/bekrachtigen c opdracht geven d verbaal begeleiden van de activiteit e uitnodigen tot activiteit (kan ook in opdrachtvorm, bv. 'kijk eens') f praten/vertellen/iets vragen g zingen/neuriën h geluiden produceren (handen, klappen, fluiten)
4	<i>Restcategorie (bv. spel)</i>
Actie, interactie en reactie	
A	<i>Actie</i> de begeleider stelt een actie
I	<i>Interactie</i> een zichtbare beurtwisseling tussen de begeleider en het kind, een wederzijds op elkaar inspelen, afwisseling tussen actie en reactie, minstens 3 keer
R	<i>Reactie</i> het kind doet iets (zichtbaar, een actief initiatief) en de begeleider speelt hier op in (minder dan 3 keer)

Tabel 14: Uiteindelijke taxonomie van handelingsstrategieën

Hoofdstuk 6: Verwerking en resultaten

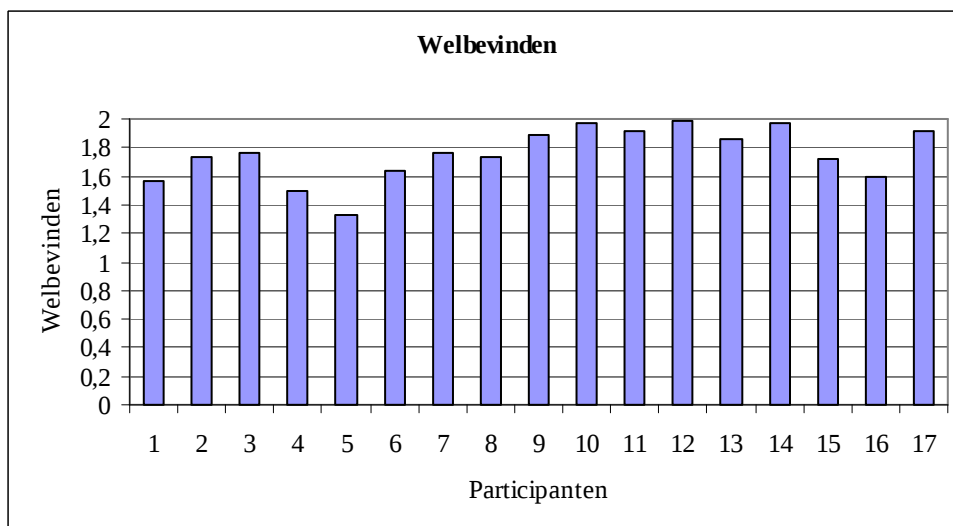
1 Inleiding

In wat volgt zullen we de onderzoeksvragen die we reeds opsomden in hoofdstuk 5 één voor één behandelen. Op onze gegevens, bekomen door het programma Vitessa, voerden we per onderzoeksvraag de gepaste analyses uit. We geven telkens aan wat deze verwerking als resultaat oplevert.

2 **Onderzoeksvraag 1: In welke mate en op welke wijze toont het kind welbevinden en betrokkenheid in de directe interactie met zijn ouder/begeleider tijdens de snoezelactiviteit?**

2.1 **In welke mate tonen de kinderen welbevinden en betrokkenheid?**

In deze eerste onderzoeksvraag gaan we na in welke mate de geobserveerde kinderen welbevinden en betrokkenheid tonen tijdens het snoezelen met hun ouder/begeleider. Hiervoor vertrokken we van de score voor welbevinden (0-2) en voor betrokkenheid (0-3) per interval. Vervolgens berekenden we per kind een gemiddelde van hun welbevinden- en hun betrokkenheidsscores over de drie sessies en dus ook over de drie snoezelruimtes heen. Per kind zetten we de gemiddelde score voor welbevinden (zie figuur 4) en voor betrokkenheid (zie figuur 5) uit in een staafdiagram. Hierdoor kunnen we de kinderen onderling vergelijken. De score voor welbevinden per interval varieert tussen 0 en 2. Op het staafdiagram zien we dat de gemiddelde score voor welbevinden over de sessies heen vrij hoog ligt voor alle kinderen. Enkel bij één kind ligt de gemiddelde score voor welbevinden onder 1,3. Over al de kinderen heen bekomen we een hoog gemiddelde voor welbevinden, namelijk 1,8 op maximaal 2.



Figuur 4: Gemiddelde score voor welbevinden per kind

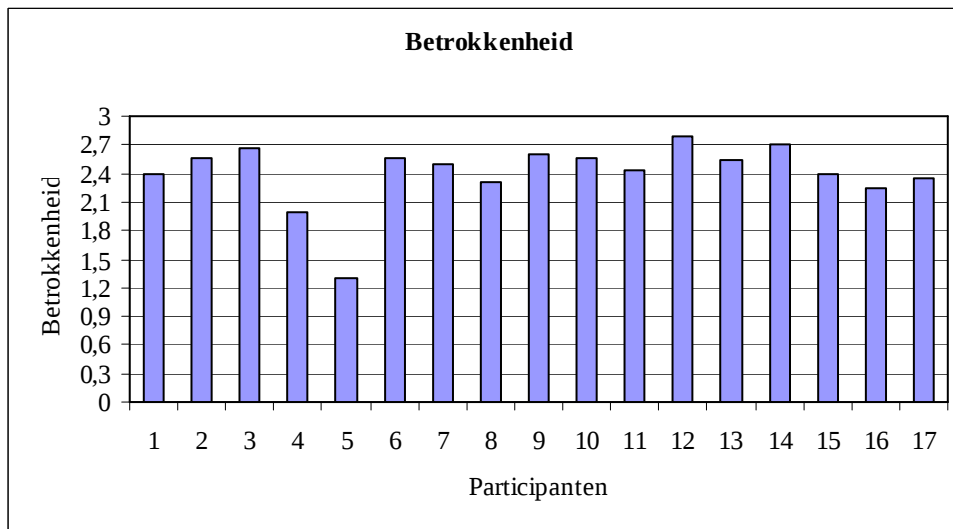
Om betekenis te kunnen geven aan deze gemiddelde scores voor welbevinden maken we gebruik van de niveaus van welbevinden, zoals beschreven in hoofdstuk 5. Uit tabel 15 blijkt dat geen enkel kind zich op de drie laagste niveaus, namelijk 'zeer laag welbevinden', 'laag welbevinden' en 'matig welbevinden' bevindt wanneer we kijken naar de gemiddelde scores. Per niveau wordt in tabel 15 eveneens het interval weergegeven. Acht van de kinderen uit de onderzoeksgroep situeren zich op het continuüm op het niveau 'hoog welbevinden'. Dit wil zeggen dat deze kinderen zich overwegend gelukkig voelen tijdens de snoezelsessies. De overige negen kinderen bevinden zich gemiddeld op het niveau 'zeer hoog welbevinden'. Hiermee wordt een toestand bedoeld waarin de hoofdtoon genieten is, plezier beleven, deugd hebben aan elkaar, zichzelf en/of aan de omgeving. De kinderen stellen zich open, ontvankelijk, weerbaar en spontaan op. Ook de gemiddelde score over de kinderen heen van 1,8 bevindt zich op dit hoogste niveau.

Niveaus van welbevinden	Interval	n
Zeer laag welbevinden	0,00 - 0,25	0
Laag welbevinden	0,25 - 0,75	0
Matig welbevinden	0,75 - 1,25	0
Hoog welbevinden	1,25 - 1,75	8
Zeer hoog welbevinden	1,75 - 2,00	9
		totaal = 17

Tabel 15: Situering van de kinderen op de niveaus van welbevinden

Ook voor de variabele betrokkenheid berekenden we per kind een gemiddelde score over alle sessies heen. De maximale score bedraagt 3. De gemiddelde score voor betrokkenheid per kind is vrij hoog; enkel bij twee kinderen is de score 2 of lager. Over alle kinderen heen

bekomen we een gemiddelde voor betrokkenheid dat behoorlijk te noemen is, namelijk 2,4 op een maximum van 3.



Figuur 5: Gemiddelde score voor betrokkenheid per kind

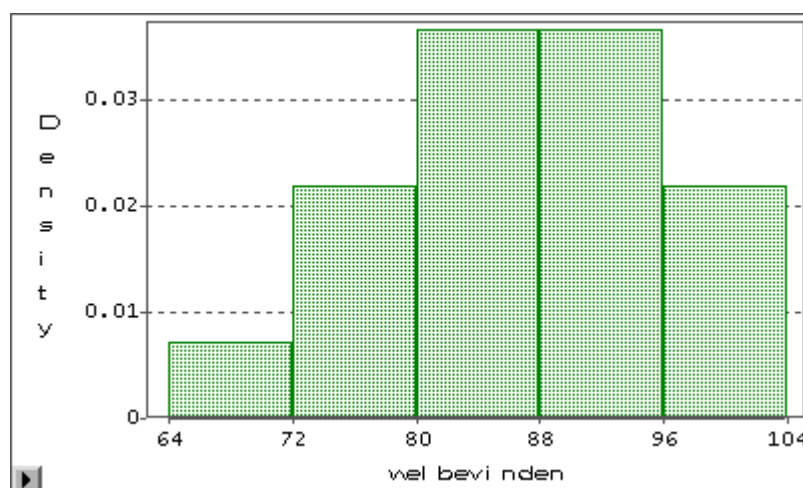
Om ook aan deze gemiddelde scores betekenis te kunnen geven, plaatsen we ze in de niveaus van betrokkenheid (cfr. supra). In tabel 16 wordt het interval per niveau weergegeven. Zoals te zien is in deze tabel bevindt geen enkel kind zich op het laagste niveau, ‘negatieve betrokkenheid op de omgeving (materieel en sociaal)’. Eén kind valt onder de categorie ‘geen betrokkenheid’. Dit betekent dat het kind nooit echt tot activiteit komt, het staart voor zich uit, lijkt afwezig en lusteloos en er is geen sprake van exploratiedrang. Twee kinderen bevinden zich op het continuüm op het niveau ‘betrokkenheid op zichzelf’. Deze kinderen pikken weinig op van hun omgeving; de activiteiten zijn gericht op zichzelf. Op het niveau ‘matige positieve betrokkenheid op de omgeving’ scoren zeven kinderen. Hiermee wordt bedoeld dat deze kinderen meestal tot activiteit komen, maar geregeld afgeleid zijn. Er is sprake van een beperkte aandachtsspanne en routineus gedrag. Deze matige betrokkenheid wordt wel als positief beleefd door het kind. Eveneens de gemiddelde score voor betrokkenheid in de groep (2,4) verwijst naar een matige positieve betrokkenheid op de omgeving. Op het niveau ‘hoge positieve betrokkenheid op de omgeving, inclusief sociale omgeving’ bevinden zich zes kinderen. Betrokkenheid overweegt in het patroon van deze kinderen, deze is positief en uit zich zowel ten opzichte van materiaal als ten opzichte van omgeving. Ten slotte is er het hoogste niveau, namelijk ‘zeer hoge positieve betrokkenheid op de omgeving, inclusief sociale omgeving’ waarop één kind scoort. Dit betekent dat dit kind zeer geconcentreerd is en ononderbroken bezig is met zijn materiële en sociale omgeving. Het kind is alert, geboeid en geniet van exploreren.

Niveaus van betrokkenheid	Interval	n
Negatieve betrokkenheid op de omgeving	0,00 - 0,50	0
Geen betrokkenheid	0,50 - 1,50	1
Betrokkenheid op zichzelf	1,50 - 2,25	2
Matige positieve betrokkenheid op de omgeving	2,25 - 2,50	7
Hoge positieve betrokkenheid op de omgeving	2,50 - 2,75	6
Zeer hoge positieve betrokkenheid op de omgeving	2.75 - 3,00	1
		totaal = 17

Tabel 16: Situering van de kinderen op de niveaus van betrokkenheid

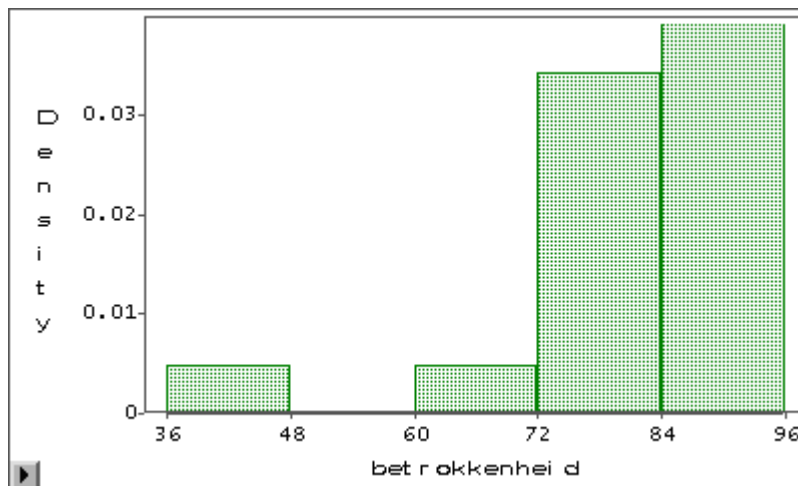
De gemiddelde score voor welbevinden, respectievelijk betrokkenheid per kind werd via SAS (SAS, 2003) in het programma Insight uitgezet op twee histogrammen (zie figuur 6 en 7). We deden dit om de verdeling van de variabelen na te gaan.

Op het histogram van welbevinden zien we dat de gemiddelde scores zich normaal verdelen. De maat voor scheefheid bedraagt -0,70. Als test voor normaliteit gebruikten we de *Shapiro-Wilk Test For Normality* en bekwamen een waarde van 0,936002. De nulhypothese dat de verdeling normaal is, wordt niet verworpen. De bijhorende p-waarde is 0,2738.



Figuur 6: Histogram welbevinden

De verdeling van de gemiddelde scores voor betrokkenheid zetten we eveneens uit op een histogram. De maat voor scheefheid bij deze verdeling is -2,30. Als test voor normaliteit gebruikten we eveneens de *Shapiro-Wilk Test For Normality*, we bekwamen een waarde van 0,777352. De nulhypothese wordt hier verworpen met een p-waarde van 0,0010. Het is met andere woorden een scheve verdeling. We spreken hier van linksscheef of negatief scheef en dit is duidelijk zichtbaar op het histogram.



Figuur 7: Histogram betrokkenheid

Naast de mate waarin welbevinden en betrokkenheid voorkomen en de verdeling die deze twee variabelen aannemen, waren we ook geïnteresseerd in hun onderlinge samenhang. We vroegen ons immers af of het relevant is al onze analyses uit te voeren op welbevinden én op betrokkenheid apart dan wel of deze twee afhankelijke variabelen als één variabele aangezien mogen worden. Om dit na te gaan, berekenden we de Pearson correlatie tussen welbevinden en betrokkenheid. Dit deden we op basis van de gemiddelde scores van de twee variabelen per kind. De uitvoer in SAS laat ons zien dat er een correlatie tussen welbevinden en betrokkenheid bestaat van 0,80. De bijhorende p-waarde is 0,0001 en geeft dus aan dat het hier gaat over een significante samenhang. Ondanks het feit dat deze correlatiewaarde vrij hoog ligt, moeten we zeker oog blijven houden voor de covariantie tussen de twee variabelen. Er is een sterke samenhang tussen welbevinden en betrokkenheid, maar ze hebben elk ook nog hun individuele relevantie. Om deze reden nemen we in de volgende analyses de twee variabelen toch steeds apart mee.

2.2 Op welke wijze tonen de kinderen welbevinden en betrokkenheid?

Vervolgens gaan we na op welke wijze de kinderen welbevinden en betrokkenheid tonen in de directe interactie met hun ouder/begeleider tijdens het snoezelen. Per interval codeerden we welk gedrag het kind stelde en dit op basis van de vereenvoudigde taxonomie (cfr. supra). Voor dit onderdeel van onderzoeksvraag 1 koppelen we de scores van welbevinden en betrokkenheid aan de geobserveerde gedragsvorm van het kind.

2.2.1 Parametrische technieken

Allereerst gebruikten we een parametrische techniek, namelijk een *repeated measures* ANOVA (*Analyses of Variance*). ANOVA wordt gebruikt om hypothesen te testen over verschillen tussen gemiddelden. Dit levert in dit geval een schatting en een toets op voor het effect van vorm. We gebruikten *repeated measures* omdat dit toelaat de individuele variantie bij de deelnemers, die over alle condities hetzelfde zijn, na te gaan.

We koppelden op intervalniveau de vormcode met de score voor welbevinden, respectievelijk betrokkenheid. Vervolgens berekenden we per kind de gemiddelde score voor welbevinden en betrokkenheid per vormcategorie (zie bijlage 9). We scoorden vorm 5 als 'restcategorie', maar omdat dit weinig relevante informatie leek op te leveren, namen we slechts vier vormcategorieën mee.

De nulhypothese luidt: de gemiddelde scores voor welbevinden, respectievelijk betrokkenheid in de vier vormcategorieën zijn aan elkaar gelijk. We verwachten met andere woorden dat er geen verband is tussen enerzijds de vorm en anderzijds het welbevinden/de betrokkenheid. De nulhypothese wordt verworpen wanneer de p-waarde kleiner is dan 0,05. We bekomen dat er zowel voor welbevinden (F-waarde = 4,28 en p-waarde = 0,0103) als voor betrokkenheid (F-waarde = 16,98 en p-waarde = 0,0001) een significant verschil bestaat tussen de vormcategorieën met betrekking tot de score voor welbevinden en voor betrokkenheid. De p-waarden zijn bij beide duidelijk kleiner dan 0,05.

Wanneer we de gemiddelde scores voor welbevinden per vormcategorie bekijken (zie tabel 17), zien we dat vorm 3 het hoogst scoort, op de voet gevolgd door vorm 2. Op de derde plaats staat vorm 1 en bij vorm 4 is de gemiddelde score voor welbevinden het laagst.

Als we hetzelfde doen voor betrokkenheid, dan merken we op dat bij vorm 3 de gemiddelde score het hoogst ligt. Daarna volgt vorm 1, dan vorm 2 en de gemiddelde score voor betrokkenheid is, net als bij welbevinden, het laagst bij vorm 4.

	Vorm 1	Vorm 2	Vorm 3	Vorm 4
	Geluid en vocalisaties	Blik, mimiek en mondbeweging	Beweging	Geen activiteit
Welbevinden (op maximum 2)	1,68	1,78	1,79	1,48
Betrokkenheid (op maximum 3)	2,53	2,49	2,58	1,59

Tabel 17: Gemiddelde waarde van welbevinden en betrokkenheid per vormcategorie over de kinderen heen

Om na te gaan welke van de vormcategorieën significant meer samenhangt met **welbevinden**, voerden we een gepaarde t-test voor gemiddelden via SAS uit. Bij het uitvoeren van een gepaarde t-toets wordt ervan uitgegaan dat de gemiddelden van twee groepen aan elkaar gelijk zijn ($u_1 = u_2$). Daar we vier vormen hebben (zie vereenvoudigde taxonomie), gingen we de zes mogelijke paren na.

Wanneer we kijken naar de paren die zorgen voor significante onderlinge verschillen, zien we dat 'beweging' meer gebruikt wordt als uiting van welbevinden in vergelijking met 'geluid en vocalisaties' (t-waarde = -1,837; p-waarde = 0,0424). De richting van de gemiddelden wijst erop dat 'beweging' samengaat met een hogere score voor welbevinden in vergelijking met 'geluid en vocalisaties'. Ook 'blik, mimiek en mondbeweging' wijzen meer op welbevinden dan 'geen activiteit' (t = 1,944; p = 0,0439). 'Beweging' ten slotte hangt significant meer samen met een hogere score voor welbevinden in vergelijking met 'geen activiteit' (t = 1,953; p = 0,0433).

De uitvoer van SAS laat ons eveneens zien dat de combinaties 'geluid en vocalisaties' met 'blik, mimiek en mondbeweging' (t = -1,422; p = 0,0872); 'geluid en vocalisaties' met 'geen activiteit' (t = 1,548; p = 0,0801) en 'blik, mimiek en mondbeweging' met 'beweging' (t = -0,902; p = 0,1903) geen significante verschillen opleveren.

We kunnen uit voorgaande analyse het volgende besluiten voor de variabele welbevinden. De gemiddelde scores wijzen erop dat onze onderzoeksgroep hun welbevinden vooral uit door middel van 'beweging', vervolgens door 'blik, mimiek en mondbeweging' en pas dan door 'geluid en vocalisaties'. Bij 'geen activiteit' is de gemiddelde score voor welbevinden het laagst. Uit de resultaten kunnen we besluiten dat de kinderen hun welbevinden significant vaker uiten door 'beweging' dan door 'geluid en vocalisaties'. Daarnaast stellen we vast dat zowel 'blik, mimiek en mondbeweging' als 'beweging' samen gaan met een significant hogere score voor welbevinden in vergelijking met 'geen activiteit'.

Daar de *repeated measures* ANOVA voor **betrokkenheid** wees op significante verschillen met betrekking tot de vorm, voerden we ook hier de gepaarde t-test voor gemiddelden uit. De resultaten wijzen erop dat 'geluid en vocalisaties' (t-waarde = 4,547; p-waarde = 0,0009) en 'blik, mimiek en mondbeweging' (t-waarde = 3,510; p-waarde = 0,0040) evenals 'beweging' (t-waarde = 4,247; p-waarde = 0,0014) elk samenhangen met een hogere score voor betrokkenheid in vergelijking met 'geen activiteit'.

De andere drie paren, waarop we een gepaarde t-test uitvoerden, leiden niet tot significante verschillen. De t-waarde bij het paar ‘geluid en vocalisaties’ en ‘blik, mimiek en mondbeweging’ is 0,274 met een bijhorende p-waarde van 0,3937. Bij het paar ‘geluid en vocalisaties’ en ‘beweging’ bekomen we een t-waarde van -0,534 en een p-waarde van 0,3003. Bij het laatste paar, ‘blik, mimiek en mondbeweging’ en ‘beweging’ hebben we een t-waarde van -1,614 en een bijhorende p-waarde van 0,0630.

Uit het voorgaande kunnen we het volgende besluit trekken. Bij het vergelijken van de gemiddelde scores van betrokkenheid per vormcategorie zien we dat ‘beweging’, ‘geluid en vocalisaties’ en ‘blik, mimiek en mondbeweging’ erg dicht bij elkaar liggen. De gemiddelde score voor betrokkenheid is wel duidelijk lager bij ‘geen activiteit’. Na het uitvoeren van de *repeated measures* ANOVA en de gepaarde t-testen voor gemiddelden bekomen we hetzelfde resultaat. We kunnen besluiten dat betrokkenheid significant meer geuit wordt door ‘geluid en vocalisaties’, ‘blik, mimiek en mondbeweging’ en ‘beweging’ elk ten aanzien van ‘geen activiteit’. De drie activiteiten-vormen verschillen onderling niet significant ten aanzien van betrokkenheid.

2.2.2 Niet-parametrische technieken

In het voorgaande zijn we er vanuit gegaan dat onze data het toelieten parametrische technieken toe te passen.. Slechts als de data normaal verdeeld zijn, kan men parametrisch te werk gaan. Parametrische technieken maken gebruik van hoeveel een score hoger of lager is. Voor kleine steekproeven en niet normale verdelingen kan gebruik worden gemaakt van non-parametrische analysetechnieken. Er wordt dan enkel gebruik gemaakt van het feit of een score hoger of lager is (Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen, n.d.).

Aangezien we in het eerste deel van deze onderzoeksvraag uit de histogrammen konden afleiden dat onze data voor betrokkenheid niet normaal verdeeld zijn en aangezien onze steekproef eerder klein is ($n = 17$ participanten), kozen wij ervoor om onze analyses ook op een niet-parametrische manier te doen. Dit maakt onze resultaten sterker aangezien deze analyse strenger is.

Om op een niet-parametrische manier het verschil tussen de gemiddelde scores van welbevinden en betrokkenheid per vormcategorie na te gaan, gebruikten we het programma SAS Enterprise Guide. We voerden een non-parametrische *one way* ANOVA op onze data

uit. Bij een niet-normale verdeling worden de medianen vergeleken en er wordt van een Chi-kwadraat verdeling uitgegaan.

Voor **welbevinden** bekomen we op dit niveau, dat toch wel strenger is, geen significante verschillen in gemiddelde scores tussen de vormcategorieën.

De niet-parametrische ANOVA geeft voor **betrokkenheid** wel een significant resultaat, $\chi^2 = 9,8737$, $DF = 3$, p -waarde = 0,0197.

Om na te gaan op welke wijze betrokkenheid significant meer geuit wordt, voerden we hier de niet-parametrische gepaarde t-test uit, met name de *Wilcoxon rank sums test*. Bij deze test wordt de verdeling van de waarden voor één groep vergeleken met een hypothetische mediaan (diegene van de andere groep). Er wordt met andere woorden een steekproef van observaties vergeleken met een vaste mediaan die je krijgt uit een andere steekproef. Net zoals bij de parametrische methode, bekomen we significante verschillen tussen ‘geluid en vocalisaties’ ($\chi^2 = 4,0850$, $DF = 1$, p -waarde = 0,0433), ‘blik, mimiek en mondbeweging’ ($\chi^2 = 4,0850$, $DF = 1$, p -waarde = 0,0433) en ‘beweging’ ($\chi^2 = 4,0850$, $DF = 1$, p -waarde = 0,0433) elk afzonderlijk in vergelijking met ‘geen activiteit’.

Net zoals bleek uit de vorige paragraaf, zien we ook hier dat de overige drie paren geen significante verschillen met zich meebrengen. Dit geldt zowel voor het paar ‘geluid en vocalisaties’ en ‘blik, mimiek en mondbeweging’ ($\chi^2 = 2,8547$, $DF = 1$, p -waarde = 0,0911) als voor het paar ‘geluid en vocalisaties’ en ‘beweging’ ($\chi^2 = 2,8547$, $DF = 1$, p -waarde = 0,0911) als voor het paar ‘blik, mimiek en mondbeweging’ en ‘beweging’ ($\chi^2 = 2,8547$, $DF = 1$, p -waarde = 0,0911).

Deze resultaten worden dus eveneens bekomen als we ervan uit gaan dat onze data niet normaal verdeeld zijn.

We kunnen dus met zekerheid besluiten dat de kinderen in ons onderzoek hun betrokkenheid vooral uiten door ‘geluid en vocalisaties’, ‘blik, mimiek en mondbeweging’ en ‘beweging’ en niet door inactiviteit.

3 Onderzoeksvraag 2: Welke handelingsstrategieën gebruikt de ouder/begeleider tijdens het snoezelen met het kind?

We wilden nagaan welke handelingsstrategieën de ouder/begeleider hanteert tijdens het snoezelen en in welke mate iedere handelingsstrategie voorkomt. We zetten het voorkomen

van iedere strategie om in dichotome variabelen, waarbij 1 staat voor 'komt voor' en 0 staat voor 'komt niet voor'. Naast de 22 afzonderlijke strategieën namen we ook de combinaties van strategieën mee - de restcategorie (4) laten we hier buiten beschouwing - maar dit enkel op hoofdcategorie.

In de onderstaande tabellen (tabellen 18 en 19) worden de frequenties en de percentages weergegeven per handelingsstrategie en de combinaties ervan over alle sessies en alle kinderen heen.

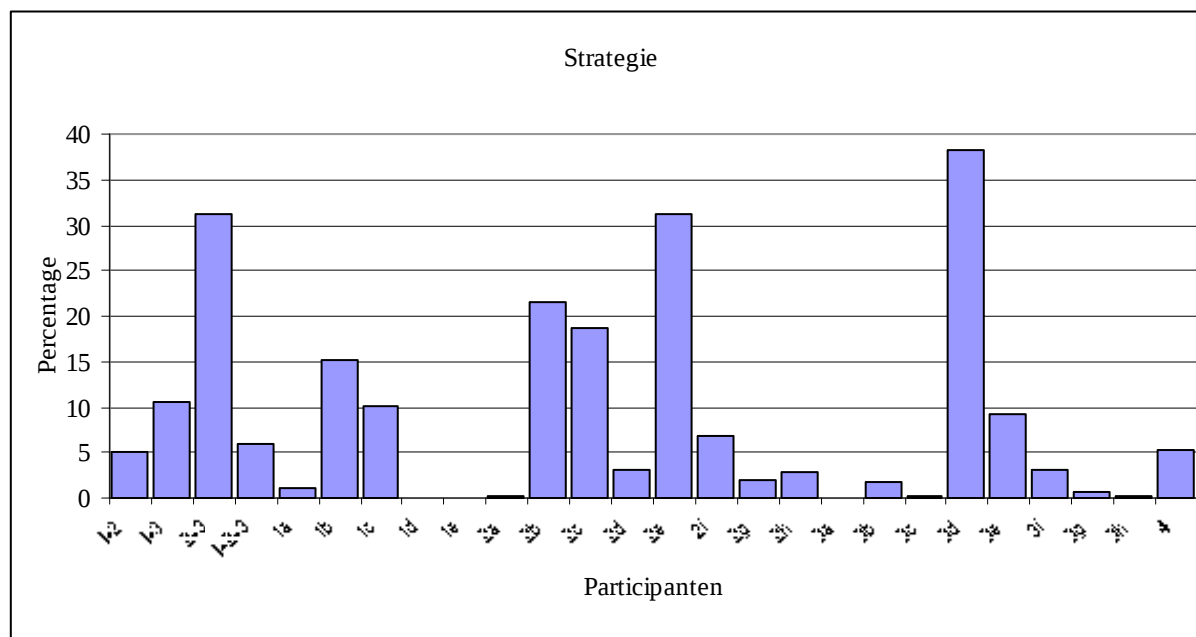
Uit tabel 18 en het staafdiagram (zie figuur 8) kunnen we afleiden welke handelingsstrategieën in 30 % of meer van de gevallen voorkomen en dit zijn de volgende: "afstand nemen, in het oog houden, kijken en volgen, reactie op prikkel nagaan" (2e) en "verbaal begeleiden van de activiteit" (3d). Het gaat hier echter net over de twee handelingsstrategieën die het minst betrouwbaar bleken te zijn. Een aantal strategieën komt tussen 15 % en 30 % voor, namelijk: "iets voordoen met materiaal, functie of gebruik van materiaal voordoen" (1b), "strelen, fijn aanraken, affectie" (2b) en "vastnemen om samen iets te doen (functioneel, bijvoorbeeld dragen of duwen van de rolstoel)" (2c). De overige handelingsstrategieën komen in mindere mate of niet voor. Eveneens kunnen we zien dat de combinatie 'lichamelijke strategieën' (2) en 'verbale strategieën' (3) het meest voorkomt, namelijk in 31 % van de gevallen.

Handelingsstrategie	n/1933	%
Materiaal - 1		
Aanbieden - 1a	23	1,19
Voordoen - 1b	293	15,16
Samen - 1c	197	10,19
Muziek - 1d	0	0
Sfeer - 1e	0	0
Lichamelijk - 2		
Beweging - 2a	4	0,21
Affectie - 2b	417	21,57
Functioneel - 2c	360	18,62
Samen - 2d	59	3,05
Kijken - 2e	604	31,25
Aanpassen - 2f	133	6,88
Noden - 2g	37	1,91
Blik - 2h	55	2,85
Verbaal - 3		
Afkeuren - 3a	0	0
Prijzen - 3b	32	1,66
Opdracht - 3c	5	0,26
Begeleiden - 3d	741	38,33
Uitnodigen - 3e	178	9,21
Praten - 3f	61	3,16
Zingen - 3g	14	0,72
Geluiden - 3h	5	0,26
Rest - 4	102	5,28

Tabel 18: Frequenties en percentages per handelingsstrategie

Combinaties	n/1933	%
Materiaal + lichamelijk - 1+2	99	5,12
Materiaal + verbaal - 1+3	204	10,55
Lichamelijk + verbaal - 2+3	603	31,20
Materiaal + lichamelijk + verbaal - 1+2+3	115	5,95

Tabel 19: Frequenties en percentages per combinatie



Figuur 8: Staafdiagram van percentages van handelingsstrategieën en combinaties

4 Onderzoeksvraag 3: Hangen bepaalde handelingsstrategieën van de ouder/begeleider samen met het welbevinden en de betrokkenheid van het kind?

Om na te gaan of een bepaalde handelingsstrategie van de ouder/begeleider zorgt voor een significant hoger welbevinden of betrokkenheid, voerden we een sequentiële analyse op onze gegevens uit. Het komt er op neer dat we het effect van een handelingsstrategie die op het ene moment wordt gehanteerd, nagaan op de score voor welbevinden/betrokkenheid op het eerst volgende moment. Zoals eerder al aangegeven, werkten we met intervallen van vijftien seconden. Het is logisch dat we het effect van een handelingsstrategie op moment A niet kunnen te weten komen door de score voor welbevinden/betrokkenheid op datzelfde moment. De score voor welbevinden/betrokkenheid op het eerst volgende moment (moment B) wordt eveneens, als controle, vergeleken met de score voor welbevinden/betrokkenheid op het moment waarop de handelingsstrategie werd gebruikt (moment A). Als er een verschil tussen beide scores voor welbevinden/betrokkenheid vastgesteld wordt, wordt dit toegeschreven aan de gehanteerde handelingsstrategie op moment A. De tabel waarop we deze sequentiële analyse uitvoerden, bestond uit de volgende data: de score voor welbevinden per moment, de score voor betrokkenheid per moment, de gegevens waaruit blijkt of een handelingsstrategie al dan niet aanwezig was en dit eveneens per moment en de gelagde score voor welbevinden en betrokkenheid. De gelagde variabelen zijn de scores voor welbevinden en betrokkenheid

die telkens één moment naar beneden worden geschoven. Concreet geeft die gelagde variabele de score voor welbevinden/betrokkenheid van moment B op moment A. Op deze wijze kunnen we het effect nagaan van de handelingsstrategieën in de tijd. Wat betreft de handelingsstrategieën namen we de drie hoofdcategorieën mee (materiaal, lichamelijk en verbaal) en de vier mogelijke combinaties (zie onderzoeksvraag 2). We scoorden 1 “komt voor” bij een hoofdcategorie als minstens één van de subcategorieën die onder die hoofdcategorie valt, voorkwam. We scoorden 0 “komt niet voor” als geen enkel van de subcategorieën behorende tot die hoofdcategorie op dat moment voorkwam.

Om de eventuele samenhang tussen enerzijds een handelingsstrategie of een combinatie ervan en anderzijds het welbevinden en de betrokkenheid te kunnen nagaan, voerden we op onze gegevens een regressie-analyse uit via SAS.

Voor de variabele **welbevinden** bleek dat geen enkele handelingsstrategie of combinatie ervan zorgt voor een significant effect (zie tabel 20).

	F-waarde	p-waarde
Strategie 1 (materiaal)	1,55	0,2129
Strategie 2 (lichamelijk)	2,56	0,1100
Strategie 3 (verbaal)	0,15	0,6972
Combinatie 1+2	3,70	0,0544
Combinatie 1+3	2,78	0,0956
Combinatie 2+3	0,02	0,9013
Combinatie 1+2+3	2,09	0,1484

Tabel 20: Regressie-analyse welbevinden

Voor de variabele **betrokkenheid** bekomen we wel één combinatie met een significant effect (zie tabel 21). Het gaat hier over de combinatie 1+3, dit is het aanbieden van materiaal en het verbaal stimuleren. De uitvoer geeft ons een F-waarde van 5,80 en een p-waarde van 0,0161. Aangezien deze p-waarde kleiner is dan 0,05 wordt de nulhypothese (er is geen samenhang tussen betrokkenheid en strategie 1+3) verworpen. De aparte handelingsstrategieën en de overige combinaties zorgen niet voor een significante meerwaarde wat betreft betrokkenheid.

	F-waarde	p-waarde
Strategie 1 (materiaal)	0,64	0,4232
Strategie 2 (lichamelijk)	2,17	0,1407
Strategie 3 (verbaal)	0,03	0,8556
Combinatie 1+2	1,74	0,1870
Combinatie 1+3	5,80	0,0161
Combinatie 2+3	2,89	0,0893
Combinatie 1+2+3	0,07	0,7941

Tabel 21: Regressie-analyse betrokkenheid

De variatie van de variabele welbevinden en de variabele betrokkenheid is beperkt, respectievelijk 0-1-2 en 0-1-2-3. In onderzoeksvraag 1 gaven we ook aan dat de correlatie tussen beide variabelen 0,80 bedraagt. Om beide redenen, een beperkte variatie van de afhankelijke variabelen en een grote onderlinge samenhang, creëerden we een gecombineerde variabele **“Welbevinden-betrokkenheid”** (WB). De score voor WB is de som van de score voor welbevinden en de score voor betrokkenheid. We bekomen per moment een score die tussen 0 en 5 ligt. Er is dus sprake van een grotere variatie. Het effect van een handelingsstrategie op deze WB-variabele gingen we op dezelfde manier na als hierboven beschreven, namelijk via een regressie-analyse. Net als bij betrokkenheid bekomen we enkel een significant effect van de combinatie 1+3 (materiaal en verbaal) op de gecombineerde variabele WB, met een F-waarde van 5,42 en een p-waarde van 0,0200 (zie tabel 22). De nulhypothese, dat er geen samenhang bestaat, wordt hier verworpen. De overige handelingsstrategieën en combinaties zorgen geen van alle voor een significante meerwaarde met betrekking tot de gecombineerde variabele WB.

	F-waarde	p-waarde
Strategie 1 (materiaal)	0,00	0,9999
Strategie 2 (lichamelijk)	2,69	0,1009
Strategie 3 (verbaal)	0,10	0,7465
Combinatie 1+2	3,03	0,0820
Combinatie 1+3	5,42	0,0200
Combinatie 2+3	1,60	0,2064
Combinatie 1+2+3	0,20	0,6568

Tabel 22: Regressie-analyse “Welbevinden-betrokkenheid”

We kunnen besluiten dat er weinig effect is van de handelingsstrategie van de ouder/begeleider op het welbevinden van de kinderen. Geen enkele handelingsstrategie en geen enkele combinatie zorgt voor een significante meerwaarde wat betreft het welbevinden. Bij betrokkenheid zorgt enkel de combinatie van een materiële en een verbale handelingsstrategie voor een significant effect. Wanneer we de twee afhankelijke variabelen samennemen tot een gecombineerde variabele WB, bekomen we hetzelfde resultaat als bij betrokkenheid. Ook hier zorgt enkel de combinatie van een materiële en verbale handelingsstrategie voor een significant hogere score voor WB. We stellen ons hier dan ook de vraag of het samennemen van welbevinden en betrokkenheid noodzakelijk was.

Uit deze resultaten blijkt dat de combinatie van een materiële met een verbale handelingsstrategie van de ouder/begeleider tijdens het snoezelen zeker zinvol is wat betreft de betrokkenheid van de kinderen.

5 **Onderzoeksvraag 4: In welke mate hebben kenmerken van de snoezelactiviteit op zich (ruimte) invloed op het welbevinden en de betrokkenheid van het kind?**

We vertrokken voor deze onderzoeksvraag van de score voor welbevinden en betrokkenheid per interval. Vervolgens berekenden we een somscore van welbevinden en betrokkenheid per kind en per ruimte en zetten deze scores uit in een tabel (zie bijlage 10). De score voor welbevinden is maximaal 80 aangezien op elk van de 40 intervallen een maximale score van 2 kon behaald worden voor welbevinden. De betrokkenheid heeft een maximum score van 120, op elk van de 40 meetmomenten kan het kind maximum een score 3 behalen voor betrokkenheid.

5.1 **Parametrische technieken**

Ook hier gebruikten we allereerst een parametrische techniek, namelijk een *repeated measures* ANOVA.

Voor **welbevinden** vonden we, met behulp van SAS, een F-waarde van 5,79 en een p-waarde van 0,0075. We kunnen uit dit resultaat besluiten dat er een significant effect is van ruimte op het welbevinden. Hiermee weten we natuurlijk nog niet welke ruimte juist zorgt voor dit effect.

Wanneer we louter naar de gemiddelde scores kijken, zien we (zie tabel 23) dat in de witte ruimte de hoogste score behaald wordt, gevolgd door respectievelijk de gecombineerde ruimte en de actieve ruimte. Of deze verschillen ook significant zijn, kunnen we niet afleiden uit deze tabel.

	Witte ruimte	Actieve ruimte	Gecombineerde ruimte
Welbevinden (op maximum 80)	75,00	67,76	69,00
Betrokkenheid (op maximum 120)	95,53	95,41	96,76

Tabel 23: Gemiddelde somscore van welbevinden en betrokkenheid per ruimte over de kinderen heen

Om dit te weten te komen voerden we een gepaarde t-toets voor gemiddelden uit. Ook dit resultaat berekenden we met behulp van SAS. Eerst vergeleken we de witte ruimte met de actieve ruimte. De alternatieve hypothese was dat de witte ruimte effectiever was dan de actieve ruimte, dit omdat de richting van het verschil in gemiddelde dit deed vermoeden. Als t-waarde bekwamen we hier een cijfer van 2,752 met een bijhorende p-waarde van 0,0078. Aangezien dit kleiner is dan 0,05 wordt de nulhypothese, dat de twee gemiddeldes aan elkaar gelijk zijn, hier verworpen. De witte ruimte heeft een significant groter effect op welbevinden dan de actieve ruimte.

Vervolgens vergeleken we de actieve ruimte met de gecombineerde ruimte. De alternatieve hypothese was in dit geval dat de actieve ruimte minder effect had dan de gecombineerde ruimte, opnieuw omwille van de richting van het verschil van het gemiddelde. De t-waarde die we hierbij bekwamen was -0,620, de bijhorende p-waarde bedroeg 0,2719. Het is duidelijk dat dit een getal is dat veel hoger ligt dan 0,05. De nulhypothese wordt hier bevestigd: de actieve ruimte heeft geen significant groter effect op welbevinden dan de gecombineerde ruimte.

Ten slotte voerden we de gepaarde t-test uit bij de witte en de gecombineerde ruimte. De alternatieve hypothese was dat de witte ruimte effectiever is dan de gecombineerde ruimte, om dezelfde reden als hierboven. De t-waarde bedroeg hier -2,749, de p-waarde was 0,0078. Ook hier wordt dus de grens van 0,05 niet behaald en wordt de nulhypothese verworpen. De alternatieve hypothese dat de witte ruimte meer effect heeft op welbevinden dan de gecombineerde ruimte wordt gesteund.

Uit de resultaten van de gepaarde t-testen kunnen we besluiten dat de witte ruimte een gunstiger effect bewerkstelligt op het welbevinden van de kinderen. Deze ruimte geeft op vlak van welbevinden een significant beter resultaat dan beide andere ruimten. Tussen de beide andere ruimten wordt geen significant verschil wat betreft welbevinden gevonden.

Voor **betrokkenheid** deden we eveneens allereerst een *repeated measures* ANOVA. We vonden als F-waarde een getal van 0,08 met een p-waarde van 0,9201. Dit wil zeggen dat er geen verschil is tussen de ruimten wat betreft de betrokkenheid. We zien reeds in de tabel hierboven dat de gemiddelde scores voor betrokkenheid in de verschillende ruimten elkaar zeer dicht benaderen. Het heeft dan ook geen zin om gepaarde t-testen te berekenen, aangezien deze allemaal niet significant zullen zijn.

5.2 Niet-parametrische technieken

Net zoals in de eerste onderzoeksvraag gingen we ook hier van de vooronderstelling uit dat het veroorloofd was om parametrische technieken te gebruiken. Om de redenen die bij het tweede deel van deze onderzoeksvraag genoemd zijn, deden we de analyses ook met behulp van niet-parametrische technieken.

Om op niet-parametrische wijze het verschil tussen de gemiddelden na te gaan, gebruikten we het programma Enterprise Guide. We voerden een non-parametrische *one way* ANOVA op onze data uit.

Voor **welbevinden** vinden we op deze manier eveneens een significant effect van ruimte op deze variabele, $\chi^2 = 8,5299$, $DF = 2$, p-waarde = 0,0455.

Om, zoals bij de parametrische technieken, na te gaan welke van de ruimten het dan is die een significant effect heeft op welbevinden voerden we hier, net zoals in de eerste onderzoeksvraag, een *Wilcoxon rank sums test* uit.

We vergeleken eerst de actieve ruimte met de witte ruimte. De Wilcoxontest voor het verschil tussen het effect van de witte ruimte tegenover de actieve ruimte is significant, $\chi^2 = 8,2991$, $DF = 1$, p-waarde = 0,0040. De witte ruimte is dus net zoals bij de parametrische technieken effectiever in het bevorderen van welbevinden dan de actieve ruimte.

Vervolgens vergeleken we de actieve ruimte met de gecombineerde ruimte. De Wilcoxontest voor het verschil tussen deze twee ruimte is niet significant, net zoals bij de parametrische technieken, $\chi^2 = 0,1213$, $DF = 1$, p-waarde = 0,7276.

Ten slotte gingen we het verschil tussen de witte ruimte en de gecombineerde ruimte na. Bij de parametrische technieken bleek dit verschil significant te zijn. Bij de Wilcoxontest is dit niet het geval, $\chi^2 = 1,0941$, $DF = 1$, p-waarde = 0,2956. Er is dus geen significant verschil in het effect op welbevinden tussen de witte en de gecombineerde ruimte.

De gemiddelden laten ook bij deze analyse zien dat de witte ruimte, waar het relaxerende en het rustgevende centraal staat, de hoogste score voor welbevinden met zich meebrengt, gevolgd door de gecombineerde ruimte, waar het activerende en het explorerende voorop staat, en vervolgens de actieve ruimte, waar het activerende centraal staat. Uit de resultaten van de Wilcoxontest kunnen we besluiten dat er een significant hoger welbevinden is in de witte ruimte dan in de actieve ruimte. Het gevonden grotere effect van de witte ruimte boven de gecombineerde ruimte op welbevinden wordt niet bevestigd door de niet-parametrische

techniek. Wel wordt bevestigd dat er geen significant verschil is voor wat betreft deze variabele tussen de actieve en de gecombineerde ruimte.

Aangezien de niet parametrische technieken strenger zijn dan de parametrische technieken was de kans vrijwel onbestaande dat er voor **betrokkenheid** wel een significant effect van de ruimte werd gevonden met de niet-parametrische technieken. Om zeker te zijn maakten we de proef op de som en onze vermoedens bleken te kloppen. Met een Chi kwadraat van 0,5544 en een p-waarde van 0,7579 wordt duidelijk dat er geen significant effect is van ruimte op de betrokkenheid. Het heeft hier dan eveneens geen zin om de Wilcoxon-test te berekenen aangezien deze allemaal een negatief resultaat zouden opleveren.

6 Onderzoeksvraag 5: Zijn de voorkomende handelingsstrategieën overwegend een actie van de begeleider, een reactie of is er sprake van interactie? Is er een verband tussen de variabele actie, interactie en reactie en het welbevinden en/of de betrokkenheid?

6.1 Is er een samenhang tussen de variabele actie, interactie en reactie en de handelingsstrategieën die de begeleiders gebruiken?

Voor deze onderzoeksvraag gebruikten we enkel de hoofdcategorieën en de combinaties van de handelingsstrategieën. Wanneer één van de subcategorieën voorkomt, werd voor deze onderzoeksvraag de hoofdcategorie ook als 1 gecodeerd.

Voor de variabele actie/interactie/reactie werd een vereenvoudiging doorgevoerd. Deze variabele werd gedichotomiseerd waarbij actie als 1 werd aangeduid en interactie en reactie als 0, deze twee variabelen werden dus samengenomen. Dit samennemen gebeurde om praktische redenen en omdat ze een groter verschil met actie hebben als met elkaar. Interactie én reactie duiden beiden op responsiviteit van de ouder/begeleider, terwijl actie meer duidt op het sturende gedrag van de ouder/begeleider.

Allereerst gingen we na hoeveel keer een handelingsstrategie een actie van de ouder/begeleider was en hoeveel keer een interactie en reactie. Actie kwam in 50,96 % van de observaties voor, interactie/reactie in 49,04 %. Deze variabele werd gecodeerd in 1 933 intervallen.

Vervolgens maakten we een kruistabel per strategie, waarbij werd nagegaan hoeveel keer een bepaalde strategie als actie of als interactie/reactie voorkwam.

In de volgende tabel wordt het resultaat daarvan weergegeven.

Handelingsstrategie	Actie	Interactie/reactie	Totaal
Strategie 1 (materiaal aanbieden)	322 / 528 (60,98 %)	206 / 528 (39,02 %)	100 %
Strategie 2 (lichamelijke strategie)	731 / 1 459 (50,10 %)	728 / 1 459 (49,90 %)	100 %
Strategie 3 (verbale strategieën)	540 / 1 065 (50,70 %)	525 / 1 065 (49,30 %)	100 %
Strategie 1+2	67 / 99 (67,68 %)	32 / 99 (32,32 %)	100 %
Strategie 1+3	114 / 204 (55,88 %)	90 / 204 (44,12 %)	100 %
Strategie 2+3	289 / 603 (47,93 %)	314 / 603 (52,07 %)	100 %
Strategie 1+2+3	81 / 115 (70,43 %)	34 / 115 (29,57 %)	100 %
Totaal	985 / 1 933 (50,96 %)	948 / 1 933 (49,04 %)	100 %

Tabel 24: Frequenties en percentages van actie en interactie/reactie per handelingsstrategie en combinatie

We zien dat in zes van de zeven gevallen de strategie actie het meest gebruikt wordt. Enkel bij de combinatie van de strategie twee en drie (lichamelijk en verbaal) wordt er meer responsief gereageerd dan initiatief genomen.

Uit dit resultaat kan besloten worden dat het initiatief nemen en de activiteit leiden door de ouder/begeleider toch meer voorkomt in de praktijk dan aanvankelijk gedacht.

Een mogelijke verklaring voor deze bevinding kan zijn dat de kinderen, betrokken in ons onderzoek, door hun vele beperkingen weinig mogelijkheid hebben tot initiatiefname of dat de pogingen die ze ondernemen niet als dusdanig begrepen worden door hun begeleiders.

In het volgende deel van deze onderzoeksvraag gaan we na of het al dan niet gebruiken van een responsieve strategie invloed heeft op het welbevinden en de betrokkenheid bij kinderen met een ernstig meervoudige handicap.

6.2 Is er een verband tussen de variabele actie, interactie/reactie en het welbevinden en/of de betrokkenheid?

Net zoals in de derde onderzoeksvraag was een sequentiële analyse de beste techniek om deze onderzoeksvraag te beantwoorden. De bedoeling was na te gaan wat de invloed was van de actie of de interactie/reactie op moment A op het welbevinden/de betrokkenheid op moment B. Dit met een ingebouwde controle voor het welbevinden/de betrokkenheid op moment A.

Om dit te kunnen nagaan maakten we, zoals in de derde onderzoeksvraag, een tabel waarin per kind per interval werd aangegeven wat de score voor welbevinden en wat de score voor betrokkenheid was. Ook werd aangegeven welke score voor de variabele actie/interactie/reactie (air) daarmee gepaard ging. Zoals in onderzoeksvraag 3 werden er gelagde variabelen aan toegevoegd. Hierbij werd de score voor welbevinden en betrokkenheid per sessie en per kind een plaats naar onder geschoven. Dit om het tijdseffect dat hierboven werd uitgelegd na te gaan.

Om de samenhang te kunnen nagaan werd er op deze gegevens een regressie-analyse toegepast met behulp van SAS.

Voor **welbevinden** was de samenhang met de variabele actie/interactie/reactie niet significant. Het resultaat was namelijk een F-waarde van 2,13 met een bijhorende p-waarde van 0,1447. De nulhypothese dat er geen verband is tussen actie/interactie/reactie op moment A en het welbevinden van het kind op moment B wordt met andere woorden bevestigd.

Voor de variabele **betrokkenheid** werd de nulhypothese niet bevestigd. Met een F-waarde van 11,96 en een bijhorende p-waarde van 0,0006 wordt de alternatieve hypothese dat er een verband bestaat tussen betrokkenheid en de variabele actie/interactie/reactie bevestigd. Daarmee is nog niet gekend waarmee betrokkenheid nu precies samenhangt, met actie (1 in onze tabel) of met interactie/reactie (0 in onze tabel)? Om dit na te gaan berekenden we de gemiddelde score voor betrokkenheid die voorkomt bij de code actie en de gemiddelde score voor betrokkenheid die voorkomt bij de code interactie/reactie (zie tabel 25). Voor actie is dit gemiddelde 2,12 en voor interactie/reactie is het gemiddelde 2,69; dit telkens op een maximum van 3.

	Actie	Interactie/reactie
Betrokkenheid (op maximum 3)	2,12	2,69
WB (op maximum 5)	3,81	4,51

Tabel 25: Gemiddelde waarde van betrokkenheid en WB uitgezet tegenover Actie en Interactie/reactie

Hieruit kan besloten worden dat wanneer begeleiders van kinderen uit deze doelgroep op een responsieve manier omgaan met de kinderen tijdens het snoezelen hun betrokkenheid significant hoger zal zijn dan wanneer ze dit niet doen.

Zoals gezegd in de derde onderzoeksvraag leek het ons eveneens interessant dezelfde analyse te doen voor de samengestelde variabele “Welbevinden-betrokkenheid” (WB).

De variabele actie/interactie/reactie blijkt ook met de samengestelde variabele WB op een significante manier samen te hangen. De F-waarde is 8,10 en de bijhorende p-waarde bedraagt 0,0045. Voor actie is de gemiddelde score voor WB 3,81 en voor interactie/reactie 4,51 (zie tabel 25); dit telkens op een maximum van 5. Andermaal kan hieruit besloten worden dat het responsief reageren van ouders en begeleiders op acties en initiatieven bij het kind een positief effect heeft op de hier samengestelde variabele “Welbevinden-betrokkenheid”.

Hoofdstuk 7: Besluit en kritische reflectie

In dit afsluitend hoofdstuk geven we een samenvatting en een kritische bespreking van ons onderzoek. We vatten dit op volgens de onderdelen van een opzichzelfstaand artikel.

1 Inleiding

Snoezelen is als activiteit ontstaan in 1974 te Haaren (Nederland), naar analogie met de sensorische cafetaria van Cleland en Clark (1966). De term ontstond uit een samentrekking van de woorden snuffelen en doezelen. Deze twee termen verwijzen meteen naar de twee hoofdaspecten van het snoezelen, namelijk een combinatie van activerende en relaxerende elementen. Bij het snoezelen staan de zintuigen, die in een sfeervolle omgeving op verscheidene manieren gestimuleerd worden, centraal. Deze sensorische stimulatie kan bijvoorbeeld nagestreefd worden door middel van een warmwaterbed, een ballenbad of een voelwand. Snoezelen wint de laatste jaren steeds aan populariteit, zowel in de Verenigde Staten als in Europa. Verscheidene groepen van mensen maken gebruik van deze activiteit, onder meer mensen met een handicap. Met snoezelen worden verschillende doelen beoogd, onder andere onaangepast gedrag reduceren, aangepast gedrag bevorderen, concentratie bevorderen, ontspanning bekomen, betrokkenheid bereiken en welbevinden verhogen.

Ook de doelgroep waar ons onderzoek zich op richt, namelijk kinderen met een ernstig meervoudige handicap, maakt frequent gebruik van de snoezelruimtes. Deze kinderen functioneren op cognitief vlak op een zeer laag niveau. Hun ontwikkelingsleeftijd ligt maximum op twee jaar. Ook op motorisch vlak hebben deze kinderen ernstige beperkingen, er is vaak sprake van spastische tetra- of quadriplegie (Vlaskamp et al., 1993).

Door deze beperkingen zijn kinderen met een ernstig meervoudige handicap meer aangewezen op zintuiglijke dan op verbale stimuli. Snoezelen is dan ook een uitgelezen activiteit voor hen.

Ondanks de populariteit van het snoezelen is er weinig wetenschappelijk onderzoek voor handen over de effecten ervan. We vonden zelfs geen enkel onderzoek dat zich richt op jonge kinderen met een ernstig meervoudige handicap. Om deze reden verruimden we onze bespreking van de bestaande onderzoeksliteratuur tot snoezelen bij mensen met een verstandelijke handicap.

Uit deze literatuurstudie komt naar voor dat snoezelen positieve effecten heeft. Zo wordt bijvoorbeeld door verschillende auteurs aangegeven dat snoezelen zorgt voor een reductie van onaangepast gedrag (Cuvo et al., 2001; Shapiro et al., 1997; Singh et al., 2004). Ook een toename van adaptief gedrag wordt aangetoond door Shapiro et al. (1997). Er wordt eveneens een verhoging van concentratie (Lindsay et al., 1997) en betrokkenheid (Cuvo et al., 2001) aangetoond tijdens het snoezelen. Een andere variabele waarop het snoezelen een positief effect heeft, is het kennelijk welbevinden (Meijs-Roos, 1990). van Lankveld (1992) geeft positieve resultaten aan op de ontspanning enerzijds en op het actief in zich opnemen van de aangeboden prikkels anderzijds. Matson et al. (2004) gingen na welke stimuli binnen de snoezelruimte het meest bekrachtigend werken. De resultaten van dit onderzoek wijzen erop dat visuele stimuli als meest belonend worden ervaren.

Er zijn echter ook minder positieve resultaten bekomen met betrekking tot het snoezelen.. Zo geven Vlaskamp et al. (2002) aan dat de multi sensore ruimte (MSR) niet zorgt voor een toename van alertheid en interactie, integendeel soms leidt snoezelen zelfs meer tot passiviteit dan tot activiteit. Lindsay et al. (1997) stellen geen significant hoofdeffect van snoezelen vast met betrekking tot plezier tegenover drie andere behandelingen. Martin et al. (1998) stellen ook geen effect van snoezelen op het algemeen gedrag van de deelnemers vast.

Naast de positieve resultaten die verschillende auteurs weergeven, wordt ook dikwijls gewezen op de beperkte overdraagbaarheid van de effecten. Cuvo et al. (2001), Shapiro et al. (1997) en Meijs-Roos (1990) vinden geen transfer van de positieve gevolgen tijdens het snoezelen naar andere situaties.

Verschillende auteurs wijzen er op dat de resultaten voorzichtig geïnterpreteerd moeten worden. Positieve effecten tijdens het snoezelen kunnen niet steeds volledig toegeschreven worden aan de activiteit op zich. Zo vermelden Cuvo et al. (2001), Martin et al. (1998) en van Lankveld (1992) dat een gunstigere verhouding tussen zorgverlener en deelnemer tijdens het snoezelen eveneens een verklaring kan zijn voor de positieve effecten. Deze auteurs opperen dat de effecten van snoezelen mogelijk ook op een minder kostenintensieve manier kunnen bereikt worden. Meijs-Roos (1990) ondersteunt deze bevinding in haar onderzoek. Zij komt tot de conclusie dat een muziekrimte effectiever én minder duur is dan een snoezelruimte.

Vanuit Het Balanske vzw en de Emiliusschool kwam de vraag om, in het kader van hun project rond het concept en de methodiek van snoezelen, een onderzoek te doen over het effect van snoezelen. De probleemstelling van waaruit wij vertrokken is: “In welke mate en

op welke manier kan snoezelen leiden tot sociaal-emotioneel welzijn bij kinderen met een ernstig meervoudige handicap?”

De vooropgestelde probleemstelling operationaliseerden we in de volgende onderzoeksvragen:

- 1 *In welke mate en op welke wijze toont het kind welbevinden en betrokkenheid in de directe interactie met zijn ouder/begeleider tijdens de snoezelactiviteit?*
- 2 *Welke handelingsstrategieën gebruikt de ouder/begeleider tijdens het snoezelen met het kind?*
- 3 *Hangen bepaalde handelingsstrategieën van de ouder/begeleider samen met het welbevinden en de betrokkenheid van het kind?*
- 4 *In welke mate hebben kenmerken van de snoezelactiviteit op zich (ruimte) invloed op het welbevinden en de betrokkenheid van het kind?*
- 5 *Zijn de voorkomende handelingsstrategieën overwegend een actie van de begeleider, een reactie of is er sprake van interactie? Is er een verband tussen de variabele actie, interactie en reactie en het welbevinden en/of de betrokkenheid?*

2 Onderzoeksopzet

Onderzoeksgroep

Onze onderzoeksgroep bestaat uit kinderen, jonger dan 11 jaar, met ernstig meervoudige beperkingen. De doelgroep werd naar voor geschoven door Het Balanske en de Emiliusschool. De specifieke leeftijdsgrens komt voort uit de richtlijnen hieromtrent in het Interreg III project.

We stelden onze onderzoeksgroep samen op basis van de databank van Het Balanske. Via brieven contacteerden we zowel individuele gezinnen als voorzieningen die geregeld in Het Balanske komen snoezelen.

Onze uiteindelijke onderzoeksgroep bestaat uit zeventien kinderen, waarvan elf jongens en zes meisjes. Elf kinderen hiervan kwamen snoezelen met een begeleider vanuit de voorziening, vijf kinderen snoezelden met een ouder, één kind kwam met de voorziening snoezelen, maar onder begeleiding van haar ouders.

Op basis van een vragenlijst konden we besluiten dat alle geselecteerde kinderen tot onze vooropgestelde doelgroep behoren.

2.2 Onderzoeksmethoden

We kozen voor empirisch kwantificerend onderzoek. Voor elk kind werden er drie observatiemomenten voorzien: één in de witte ruimte, één in de actieve ruimte en één in de gecombineerde ruimte. We werkten met directe gedragsobservaties via videoregistratie, omdat op deze manier de meest rechtstreekse informatie wordt verkregen over iemands daadwerkelijk gedrag. Elke opname duurde vijftien minuten, waarvan achteraf telkens tien minuten gecodeerd werden. Tijdens deze opnames volgde één persoon met de camera het kind, de andere persoon volgde de ouder/begeleider.

Naast de observaties maakten we ook gebruik van vragenlijsten voor de ouders/begeleiders. Aangezien kinderen met een ernstig meervoudige handicap op een zeer specifieke wijze communiceren, wilden wij hun individuele signalen achterhalen aan de hand van onze vragenlijst vooraf. Daarenboven is het niet ondenkbaar dat je aan de gedragsuitingen van een kind niet kan zien dat het (niet-)tevreden of (niet-)betrokken is. Vandaar dat we dit wilden ondervangen door de ouder/begeleider hierover te bevragen na iedere snoezelsessie.

Het beeldmateriaal dat we bekwamen werd vervolgens digitaal overgezet en wel zodanig dat de beelden van onze beide camera's synchroon naast elkaar werden geplakt. Dit liet ons toe tijdens de verwerking van het materiaal met de twee beelden te werken. We gebruikten daarvoor de programma's Avisynth en Virtual Dub.

2.3 Verwerking

Voorafgaand aan het coderen stelden we een gedragstaxonomie op. Na controle van de betrouwbaarheid kwamen we tot een uiteindelijke taxonomie (zie tabel 26 en 27). Deze bestaat uit vijf variabelen, waarvan de eerste variabele vorm is. Deze variabele bestaat uit vijf gedragscategorieën. Van onze tweede variabele, welbevinden, maakten we een continue variabele waarbij negatief welbevinden als laagste niveau en positief welbevinden als hoogste niveau van welbevinden wordt aanzien. Voor onze derde variabele, namelijk betrokkenheid, deden we hetzelfde. Het laagste niveau bij dit continuüm is negatieve betrokkenheid, het hoogste positieve betrokkenheid op de omgeving. De handelingsstrategie van de ouder/begeleider is onze vierde variabele. We deelden deze in vier hoofdcategorieën in, met elk verschillende onderverdelingen. Onze vijfde variabele ten slotte is de variabele actie/interactie/reactie. Hier geven we aan of de handelingsstrategie van de begeleider als actie, interactie of reactie kan beschouwd worden.

Taxonomie naar vorm

Vorm	
1	geluiden en vocalisaties
2	blik, mimiek en mondbeweging
3	beweging
4	geen activiteit
5	restcategorie (ook niet scoorbaar of niet zichtbaar)

Taxonomie naar functie

Welbevinden	
2	positief
0	negatief
1	neutraal

Taxonomie naar functie

Betrokkenheid	
1	geen of neutrale betrokkenheid
0	negatieve betrokkenheid
2	betrokkenheid op zichzelf
3	positieve betrokkenheid op de omgeving

Tabel 26: Uiteindelijke taxonomie van gedragsuitingen

Handelingsstrategieën	
1	<i>Materiaal aanbieden</i> a materiaal aanreiken b iets voordoen met materiaal, functie of gebruik van materiaal voordoen c samen met het kind iets doen met materiaal (eventueel met lichamelijke ondersteuning/hulp) d muziek opzetten e sfeer creëren in de snoezelruimte met materiaal
2	<i>Lichamelijke strategieën</i> a lichamelijke beweging (voor)doen (geen materiaal) b strelen, fijn aanraken, affectie c vastnemen om samen iets te doen (functioneel, bv. dragen of duwen van de rolstoel) d lichamelijke bewegingen samen maken (klappen, wiegen, springen) e afstand nemen, in het oog houden, kijken en volgen + reactie op prikkel nagaan f situatie aanpassen g noden vervullen h blik, mimiek (oogcontact)
3	<i>Verbale strategieën</i> a afkeuren b prijzen/bekrachtigen c opdracht geven d verbaal begeleiden van de activiteit e uitnodigen tot activiteit (kan ook in opdrachtvorm, bv. 'kijk eens') f praten/vertellen/iets vragen g zingen/neuriën h geluiden produceren (handen, klappen, fluiten)
4	<i>Restcategorie (bv. spel)</i>
Actie, interactie en reactie	
A	<i>Actie</i> de begeleider stelt een actie
I	<i>Interactie</i> een zichtbare beurtwisseling tussen de begeleider en het kind, een wederzijds op elkaar inspelen, afwisseling tussen actie en reactie, minstens 3 keer
R	<i>Reactie</i> het kind doet iets (zichtbaar, een actief initiatief) en de begeleider speelt hier op in (minder dan 3 keer)

Tabel 27: Uiteindelijke taxonomie van handelingsstrategieën

Voor het coderen van ons beeldmateriaal maakten we gebruik van het programma Vitessa (Van Puyenbroeck et al., 2005). Voor onze intervalcodering werkten we met intervallen van vijftien seconden. Aangezien we tien minuten per kind, per sessie effectief codeerden, resulteerde dit in 40 intervallen per sessie. Voor de variabelen vorm en handelingsstrategie werd de score bepaald door het beeld waarop het interval stopte na vijftien seconden. Bij de andere variabelen echter, werd gebruik gemaakt van het ganse voorafgaande interval om een juiste interpretatie per variabele te kunnen geven.

Op de gegevens die we bekwamen door het coderen, voerden we onze analyses uit. Het dichotoom maken van de variabelen vorm, handelingsstrategie en actie/interactie/reactie was noodzakelijk voor deze verwerking. We gebruikten verscheidene technieken om antwoord te geven op onze onderzoeksvragen. Om het verband tussen variabelen na te gaan (onderzoeksvraag 1 en 4) maakten we gebruik van parametrische en niet-parametrische ANOVA's en t-toetsen. Om sequentiële analyses uit te voeren (onderzoeksvraag 3 en 5) waren regressie-analyses vereist. We maakten eveneens gebruik van somscores en staafdiagrammen om onze resultaten aanschouwelijk weer te geven (onderzoeksvraag 1 en 2).

3 Resultaten

We geven per onderzoeksvraag op een synthetische manier weer wat onze resultaten zijn.

Onderzoeksvraag 1

In welke mate en op welke wijze toont het kind welbevinden en betrokkenheid in de directe interactie met zijn ouder/begeleider tijdens de snoezelactiviteit?

In welke mate tonen de kinderen welbevinden en betrokkenheid?

Het **welbevinden** bedraagt, over alle kinderen heen, gemiddeld 1,8 op een maximumscore van 2. Op basis van de niveaus voor welbevinden kunnen we dit interpreteren als 'zeer hoog welbevinden'. Dit wil zeggen dat de kinderen tijdens het snoezelen erg genieten, plezier beleven, deugd hebben aan zichzelf en aan de omgeving. De kinderen stellen zich open en ontvankelijk op.

De gemiddelde score voor **betrokkenheid** over alle kinderen heen bedraagt 2,4 op een maximum van 3. Op basis van de niveaus voor betrokkenheid kunnen we deze score interpreteren als 'matig positieve betrokkenheid op de omgeving'. De kinderen komen hier meestal tot activiteit, toch zijn ze geregeld afgeleid. Er is sprake van een beperkte aandachtsspanne, er is geen lange fixatietijd en ze worden niet echt door de snoezelactiviteit opgeslorpt. De matige betrokkenheid wordt wel als positief beleefd door het kind en zo geuit. Uit deze resultaten blijkt dat het welbevinden en de betrokkenheid tijdens het snoezelen groot zijn.

Uit de test voor normaliteit blijkt dat de gemiddelde scores per kind voor **welbevinden** normaal verdeeld zijn. Voor **betrokkenheid** echter is er sprake van een linksscheve verdeling. Aangezien onze onderzoeksgroep eerder klein is ($n = 17$) en één van onze afhankelijke variabelen zich niet normaal verdeelt, pasten we waar nodig ook niet-parametrische technieken toe.

De samenhang tussen de variabele welbevinden en de variabele betrokkenheid bedraagt 0,80 en is significant ($p = 0,0001$). Ondanks deze sterke samenhang hebben we de twee afhankelijke variabelen toch steeds apart in de analyses betrokken. Dit deden we omwille van het feit dat iedere variabele apart ook individuele relevantie heeft.

Op welke wijze tonen de kinderen welbevinden en betrokkenheid?

We bekwamen via de *repeated measures* ANOVA dat er voor **welbevinden** (F-waarde = 4,28; p-waarde = 0,0103) een significant verschil bestaat tussen de vormcategorieën. Uit de resultaten van de gepaarde t-testen kunnen we besluiten dat de kinderen hun welbevinden significant vaker uiten door 'beweging' dan door 'geluid en vocalisaties'. Daarnaast stellen we vast dat zowel 'blik, mimiek en mondbeweging' als 'beweging' samen gaan met een significant hogere score voor welbevinden in vergelijking met 'geen activiteit'.

Via de non-parametrische ANOVA bekwamen we geen significant verschil tussen de vormcategorieën met betrekking tot welbevinden.

We mogen hieruit besluiten dat de kinderen in ons onderzoek hun welbevinden voornamelijk uiten door activiteit. Opvallend is dat 'beweging' hier hoog scoort ondanks de beperkingen die deze kinderen op motorisch vlak ondervinden.

Uit de parametrische ANOVA bleek dat er een significant verschil bestaat tussen de vormcategorieën met betrekking tot **betrokkenheid** ($F = 16,98$; $p = 0,0001$). De gepaarde t-testen voor gemiddelden wijzen erop dat betrokkenheid significant meer geuit wordt door 'geluid en vocalisaties', 'blik, mimiek en mondbeweging' en 'beweging' elk ten aanzien van 'geen activiteit'. De drie activiteiten-vormen verschillen onderling niet significant ten aanzien van betrokkenheid.

De niet-parametrische ANOVA geeft eveneens een significant resultaat voor betrokkenheid tussen de vormcategorieën, $\chi^2 = 9,8737$, $DF = 3$, p-waarde = 0,0197. De gepaarde t-testen geven op non-parametrisch niveau dezelfde resultaten.

We kunnen dus met zekerheid besluiten dat de kinderen in ons onderzoek hun betrokkenheid vooral uiten door ‘geluid en vocalisaties’, ‘blik, mimiek en mondbeweging’ en ‘beweging’ en niet door inactiviteit.

Onderzoeksvraag 2

Welke handelingsstrategieën gebruikt de ouder/begeleider tijdens het snoezelen met het kind?

De handelingsstrategieën “afstand nemen, in het oog houden, kijken en volgen, reactie op prikkel nagaan” en “verbaal begeleiden van de activiteit” komen in 30 % of meer van de gevallen voor. Een aantal strategieën komen tussen 15 % en 30 % voor, namelijk “iets voordoen met materiaal, functie of gebruik van materiaal voordoen”, “strelen, fijn aanraken, affectie” en “vastnemen om samen iets te doen (functioneel)”. De overige handelingsstrategieën komen in mindere mate of niet voor. Eveneens blijkt uit de resultaten dat de combinatie van lichamelijke en verbale strategieën het meest voorkomt, namelijk in 31 % van de gevallen.

Onderzoeksvraag 3

Hangen bepaalde handelingsstrategieën van de ouder/begeleider samen met het welbevinden en de betrokkenheid van het kind?

Er blijkt geen effect van de handelingsstrategie van de ouder/begeleider op het **welbevinden** van de kinderen te zijn. Noch een aparte handelingsstrategie noch één van de combinaties zorgt voor een significante meerwaarde wat betreft het welbevinden.

Bij **betrokkenheid** ($F = 5,80$; $p = 0,0161$) blijkt enkel de combinatie van een materiële en een verbale handelingsstrategie een significante meerwaarde te hebben.

Wanneer we de twee afhankelijke variabelen samennemen tot de samengestelde variabele “Welbevinden-betrokkenheid” (WB) ($F = 5,42$; $p = 0,0200$), bekomen we hetzelfde resultaat als bij betrokkenheid. Ook hier zorgt enkel de combinatie van een materiële en een verbale handelingsstrategie voor een significant hogere score voor WB.

Voor deze onderzoeksvraag kunnen we besluiten dat de door de ouder/begeleider gehanteerde handelingsstrategie niet echt van invloed is op het welbevinden en de betrokkenheid van het kind. Enkel de combinatie van een materiële en verbale strategie geeft een significante meerwaarde met betrekking tot betrokkenheid en WB.

Onderzoeksvraag 4

In welke mate hebben kenmerken van de snoezelactiviteit op zich (ruimte) invloed op het welbevinden en de betrokkenheid van het kind?

De *repeated measures* ANOVA duiden een significant effect van ruimte op **welbevinden** aan ($F = 5,79$; $p = 0,0075$). De gepaarde t-testen voor gemiddelden wijzen erop dat de witte ruimte een significant hogere score geeft voor welbevinden dan de actieve en de gecombineerde ruimte. Tussen deze twee laatste ruimten wordt er geen significant verschil vastgesteld.

De non-parametrische equivalent van ANOVA duidt eveneens op een significant effect van ruimte op welbevinden, $\chi^2 = 8,5299$, $DF = 2$, p-waarde = 0,0455. Uit de resultaten van de Wilcoxon-test blijkt ook hier dat de witte ruimte samenhangt met een significant hogere score voor welbevinden in vergelijking met de actieve ruimte.

Het gevonden grotere effect van de witte ruimte boven de gecombineerde ruimte op welbevinden wordt niet bevestigd door de niet-parametrische techniek. Wel wordt bevestigd dat er geen significant verschil is voor wat betreft deze variabele tussen de actieve en de gecombineerde ruimte.

Uit het voorgaande besluiten we dat de witte ruimte, waarin het relaxerende en het rustgevende centraal staat, zorgt voor een significante meerwaarde inzake welbevinden. We denken te mogen stellen dat de witte ruimte het best afgestemd is, in vergelijking met de andere twee ruimten, op het bevorderen van het welbevinden van kinderen met een ernstig meervoudige handicap.

Voor **betrokkenheid** geeft de ANOVA geen significant verschil tussen de ruimten aan ($F = 0,08$; $p = 0,9201$). Dit betekent dat geen enkele ruimte op zich zorgt voor een meerwaarde inzake betrokkenheid.

Onderzoeksvraag 5

Zijn de voorkomende handelingsstrategieën overwegend een actie van de begeleider, een reactie of is er sprake van interactie? Is er een verband tussen de variabele actie, interactie en reactie en het welbevinden en/of de betrokkenheid?

Is er een samenhang tussen de variabele actie, interactie en reactie en de handelingsstrategieën die de begeleiders gebruiken?

Voor deze onderzoeksvraag werkten we met de hoofdcategorieën en de combinaties van de handelingsstrategieën van de ouder/begeleider. Dit zijn er in totaal zeven. Bij zes van de zeven strategieën is de handelingsstrategie in meer intervallen te beschouwen als een actie dan als een interactie/reactie. Enkel bij de combinatie van lichamelijke en verbale strategieën komt interactie/reactie meer voor. Uit dit resultaat kan besloten worden dat het nemen van initiatief en het leiden van een activiteit door de ouder/begeleider toch meer voorkomt in de praktijk dan aanvankelijk werd gedacht. Een mogelijke verklaring voor deze bevinding kan zijn dat de kinderen in onze onderzoeksgroep door hun handicap weinig mogelijkheden hebben tot initiatiefname. Een andere plausibele verklaring is dat de idiosyncratische signalen met betrekking tot de initiatiefname van deze kinderen niet steeds begrepen worden door hun begeleiders.

Is er een verband tussen de variabele actie, interactie/reactie en het welbevinden en/of de betrokkenheid?

Het verband tussen de variabele **welbevinden** en de variabele actie/interactie/reactie bleek niet significant te zijn ($F = 2,13$; $p = 0,1447$).

De regressie-analyse wijst wel op een significant verband tussen **betrokkenheid** en actie/interactie/reactie ($F = 11,96$; $p = 0,0006$). Wanneer ouders/begeleiders op een responsieve manier tijdens het snoezelen met de kinderen omgaan, is hun betrokkenheid significant hoger dan wanneer ze de actie zelf initiëren.

Hetzelfde effect van actie/interactie/reactie vinden we bij de samengestelde variabele “Welbevinden-betrokkenheid” ($F = 8,10$; $p = 0,0045$).

We kunnen besluiten dat het van ondergeschikt belang is welke handelingsstrategie de ouder/begeleider hanteert (zie onderzoeksvraag 3), het is eerder de responsiviteit van het handelen dat zorgt voor een meerwaarde voor betrokkenheid.

4 Discussie

4.1 Terugkoppeling naar de literatuur

We hebben weinig onderzoek over snoezelen gevonden gericht op een doelgroep met dezelfde criteria qua leeftijd (<11 jaar) en aard van handicap (ernstig meervoudige handicap)

als wij hanteerden. Slechts twee van de onderzoeken richten zich (deels) op kinderen (Meijs-Roos, 1990; Shapiro et al., 1997), slechts één onderzoek heeft personen met een ernstig meervoudige handicap als onderzoeksgroep (Vlaskamp, 2002). Voor ons onderzoek is er qua doelgroep dus niet echt een referentie-onderzoek. Zelfs als dit wel zo geweest zou zijn, hadden we met veralgemeningen en afleidingen hieruit zeer voorzichtig moeten zijn. Deze doelgroep maakt immers gebruik van heel individugebonden wijzen van communiceren. Daarenboven, wat plezierig is voor de ene, is niet noodzakelijk zo voor de andere. Het veralgemenen van resultaten voor deze doelgroep moet met andere woorden met de nodige voorzichtigheid gebeuren. Om in ons onderzoek tegemoet te komen aan de idiosyncratische signalen, die door een buitenstaander niet eenvoudig te interpreteren zijn, maakten we gebruik van vragenlijsten. We vroegen de ouders/begeleiders voor de start van de observaties aan te geven op welke wijze het kind (on-)tevredenheid en (geen) betrokkenheid uit. Na iedere snoezelsessie vroegen we of het kind welbevinden en betrokkenheid had getoond. Indien dit het geval was, vroegen we op welke wijze ze dit hadden geuit. In onze coderingen en interpretaties konden we dan met deze signalen rekening houden.

Ook op het vlak van de onderzoeksvariabelen vonden we weinig vergelijkbaar onderzoek.. De afhankelijke variabele 'welbevinden' komt slechts in één onderzoek (Meijs-Roos, 1990) naar voor. De afhankelijke variabele 'betrokkenheid' werd eveneens in één onderzoek teruggevonden (Cuvo et al., 2001). Uit de resultaten van ons onderzoek kan afgeleid worden dat het welbevinden en de betrokkenheid wel degelijk beïnvloed worden door het snoezelen en dat dit aldus belangrijke variabelen zijn.

Slechts in één onderzoek (Meijs-Roos, 1990) werd een variabele op vlak van de begeleider meegenomen. Uit ons onderzoek is gebleken dat het van belang is op welke manier de ouder/begeleider zich gedraagt tijdens het snoezelen. Vooral de mate van responsiviteit in de handelingsstrategie kan de betrokkenheid beïnvloeden.

In alle besproken onderzoeken wordt snoezelen geponeerd als één behandelingsconditie, die al dan niet vergeleken wordt met een controle- of alternatieve conditie. In ons onderzoek echter kozen we er voor om na te gaan of de verschillende snoezelruimtes, met elk een verschillende sfeer en een verschillende klemtoon, van invloed zijn op onze afhankelijke variabelen. Uit onze resultaten komt naar voor dat wat wij de witte ruimte hebben genoemd voor kinderen met een ernstig meervoudige handicap de uitgelezen plaats is om tot positief welbevinden en betrokkenheid te komen.

De methoden die we gebruikt hebben in ons onderzoek lopen parallel met de andere onderzoeken. Aangezien het quasi onmogelijk is om vragenlijsten te laten invullen of

interviews af te nemen van de specifieke doelgroep wordt gedragsobservatie, eventueel aangevuld met vragenlijsten, aangezien als de beste methode.

Wat betreft de resultaten kunnen we ook uit ons onderzoek besluiten, net als bij vele van de onderzoeken die we vooraf bestudeerden, dat snoezelen positieve effecten heeft op de doelgroep. Het is evenwel niet dé enige manier gebleken, temeer omdat we niet vergeleken hebben met controle- of andere experimentele condities. Net zoals Cuvo (2001) aangeeft, is er ook voorzichtigheid geboden bij het veralgemenen van resultaten wat betreft snoezelen bij personen met een handicap. Er moet gesproken worden van positieve resultaten met betrekking tot deze variabelen, in deze setting, bij deze doelgroep en met deze procedure en dit mag dus niet veralgemeend worden.

4.2 Reflectie op het onderzoek

In wat volgt geven we enkele kritische reflecties op ons onderzoek.

De uiteindelijke groep die deelnam aan ons onderzoek bestond uit zeventien kinderen. Dit is een relatief kleine groep. Onder meer om deze reden was het nodig in bepaalde onderzoeksvragen gebruik te maken van niet-parametrische technieken. Wanneer de onderzoeksgroep groter was geweest, was deze extra stap misschien overbodig. Oorspronkelijk was het echter onze bedoeling de onderzoeksgroep groter te maken, maar na screening op basis van onze criteria (regelmatige snoezelaars in Het Balanske, onder de 11 jaar, met een ernstig meervoudige handicap) bleven enkel deze kinderen over. Het contact met de deelnemers, de gemaakte afspraken en de briefwisseling met ouders en voorzieningen verliepen allemaal zeer vlot.

Een mogelijke kritiek op ons onderzoek is dat het observeren van de kinderen tijdens het snoezelen mogelijk van invloed was op hun uitingen van welbevinden en betrokkenheid. Om dit op te vangen planden we statieven te gebruiken waarop we onze camera's zouden plaatsen. Dit zou er voor zorgen dat we de ganse sessie op één plaats zouden blijven staan, van daaruit alles observeerden en dus amper zouden opvallen. Dit bleek echter onmogelijk te zijn vanwege het vele verplaatsen en bewegen van zowel het kind als de ouder/begeleider. We besloten dan ook geen gebruik meer te maken van deze statieven, maar in de plaats veelvuldig gebruik te maken van de inzoomknop zodat onze invloed toch beperkt zou blijven. Na bevraging bij ouders bleek dat onze aanwezigheid het snoezelgebeuren niet echt beïnvloedde. Het feit dat we met analoge camera's te werk zijn gegaan, heeft het proces van opname tot aan de codering heel wat verlengd. In de toekomst zou het onmiddellijke gebruik van een

digitale camera aangewezen zijn. Het kunnen gebruik maken van een reeds klaargestoomd en goed werkend coderingsprogramma, namelijk Vitessa, heeft ons dan weer heel wat tijd bespaard. Werken met intervallen van vijftien seconden bleek een goede keuze aangezien we gebruik maakten van intervalcodering. Het interpreteren van de stilstaande beelden werd door dit korte interval mogelijk gemaakt.

Om onze observaties om te zetten, maakten we gebruik van een taxonomie waarmee we zowel de gedragingen van het kind als de gedragingen van de ouder/begeleider codeerden. Het opstellen van deze taxonomie, het leren werken ermee en uiteindelijk het echte gebruik ervan was echter niet evident. In onze oorspronkelijke taxonomie stonden ontelbaar veel onderverdelingen op vlak van welbevinden en betrokkenheid. Deze taxonomie was dan ook onwerkbaar. Na veel vereenvoudigen bekwamen we een taxonomie die ons werkbaar leek en waarmee we dan ook aan de slag gingen, dit na veel oefening en overleg. Na berekening van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid werd echter duidelijk dat de taxonomie nog te uitgebreid en te gedetailleerd was. Voor de variabele vorm bleek dat *time sampling* geen goede methode was, aangezien we bijvoorbeeld op een stilstaand beeld moesten zien of er beweging was. Ook concludeerden we dat we te veel categorieën binnen één variabele hadden om met alles rekening te kunnen houden. We besloten dan ook om de variabele vorm te vereenvoudigen en de onderverdelingen bij welbevinden, betrokkenheid en actie/interactie/reactie achterwege te laten. Na herberekening van onze interbeoordelaarsbetrouwbaarheid bleek deze nu wel op alle variabelen behoorlijk te zijn. We kunnen hieruit besluiten dat de uiteindelijke taxonomie, op basis waarvan we ook de verdere resultaten hebben berekend, een goed instrument was. Toch kan hier de les uit getrokken worden dat een meer uitgebreide taxonomie niet noodzakelijk beter is.

Door deze vereenvoudiging dook er echter een nieuw probleem op. Om sommige van onze resultaten te kunnen berekenen, was een voldoende variatie in onze afhankelijke variabelen een noodzaak. De vereenvoudiging had er voor gezorgd dat welbevinden slechts een variatie had van 0 tot 2 en betrokkenheid van 0 tot 3. Om deze reden was het moeilijk regressie-analyses op deze data toe te passen. Onder andere om dit probleem op te vangen, maakten we gebruik van de gecombineerde variabele “Welbevinden-betrokkenheid”. Een andere reden waarom we deze stap uitvoerden, was de grote samenhang die er bleek te zijn tussen deze variabelen. Van daaruit konden we veronderstellen dat welbevinden en betrokkenheid misschien te weinig verschillend waren om als aparte variabelen op te nemen in ons onderzoek. Echter zowel onze eerste als onze tweede reden bleek achteraf niet gegrond. De gecombineerde variabele “Welbevinden-betrokkenheid” leverde geen enkele nieuwe

informatie op in vergelijking met welbevinden en betrokkenheid apart. Eveneens blijkt dat welbevinden en betrokkenheid in de onderzoeksvragen vaak een ander resultaat opleveren. Het lijkt ons dan ook een verlies aan informatie en nuance te zijn wanneer we deze variabelen als één zouden aanzien. Er kan dus besloten worden dat welbevinden en betrokkenheid ondanks hun grote samenhang toch elk op zich voldoende rijk aan informatie zijn om als aparte variabelen opgenomen te worden in onderzoek.

4.3 Betekenis van het onderzoek

Het lijkt ons tot slot belangrijk aan te geven wat ons onderzoek nu kan betekenen voor de praktijk van het snoezelen. Welke conclusies kunnen er getrokken worden die van belang zijn naar het praktijkveld?

Ten eerste is gebleken dat snoezelen een positief effect heeft op welbevinden en op betrokkenheid. Dat dit belangrijk is voor de praktijk leidde we af uit de theorie van Laevers (2001) die we voorstelden in hoofdstuk 4. Het zijn namelijk operationalisering van de sociaal-emotionele ontwikkeling. Met andere woorden, wanneer signalen van welbevinden en betrokkenheid ontbreken, wordt de sociaal-emotionele ontwikkeling bedreigd. Nu uit ons onderzoek gebleken is dat het snoezelen bijdraagt tot dit welbevinden en deze betrokkenheid bij kinderen met een ernstig meervoudige handicap, kan dit als goede motivatie voor het inrichten van snoezelruimtes voor deze doelgroep dienen.

Dit positief welbevinden en deze betrokkenheid wordt door de kinderen vooral geuit door middel van activiteit, met andere woorden het in beweging, in actie zijn. Hoewel dit misschien niet meteen verwacht wordt bij deze doelgroep, geven de resultaten aan dat hier de nodige aandacht aan geschonken moet worden.

Vervolgens is gebleken dat het voornamelijk de ruimte is waarin het relaxerende en het rustgevende vooropstaat die deze positieve effecten voor welbevinden en betrokkenheid bij de doelgroep opwekt. Dit kan van belang zijn voor de keuze van inrichting van toekomstige snoezelruimtes.

Ten slotte is het voor de omgang met kinderen met een ernstig meervoudige handicap van belang te weten hoe dit tijdens het snoezelen best gebeurt. Uit ons onderzoek is gebleken dat het niet zozeer van belang is welke handelingsstrategie de ouder/begeleider gebruikt, maar dat, voor betrokkenheid, de aard ervan belangrijk is. Wanneer men met een kind met een ernstig meervoudige handicap gaat snoezelen, is het van belang dat de begeleider dit kind goed kent. Dit zorgt ervoor dat de idiosyncratische signalen herkend worden, juist

geïnterpreteerd en dat er op adequate wijze op ingegaan wordt. Dit proces is voor betrokkenheid van groter belang dan welke soort handelingsstrategie er op volgt, als het maar een handelingsstrategie is die ingaat op wat het kind aangeeft.

Tot slot koppelen we onze resultaten aan de probleemstelling waarvan we uitgingen, namelijk in welke mate snoezelen kan leiden tot sociaal-emotioneel welzijn bij kinderen met een ernstig meervoudige handicap en op welke manier. Het welbevinden en de betrokkenheid, beide operationalisering van het sociaal-emotioneel welzijn, zijn groot tijdens het snoezelen. De hoofdstrategie om dit te bekomen is het responsief reageren op het kind en dus rekening te houden met zijn of haar signalen.

Bibliografie

Arthur, M. (2003). Socio-communicative variables and behavior states in students with profound and multiple disabilities: descriptive data from school settings. *Education and training developmental disabilities*, 38 (2), 200-219.

Bradtke, L., Kirkpatrick, Jr. W., & Rosenblatt, K. (1972). Intensive Play: A technique for building affective behaviors in profoundly mentally retarded young children. *Education and Training of the Mentally Retarded*, 7 (1), 8-13.

Buntinx, W. H. E., & Bernard, S. (1996). "Verstandelijke handicap": kritische beschouwing van de definitie volgens de American Association on Mental Retardation (AAMR). *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan Verstandelijk Gehandicapten*, 1, 3-17.

Claussen, A. H., & Crittenden, P. M. (2000). Maternal sensitivity. In P. M. Crittenden & A. H. Claussen (Red.), *The organisation of attachment relationships: maturation, culture and context* (pp. 115-122). Cambridge: Cambridge University Press.

Cleland, C. C., & Clark, C. M. (1966). Sensory deprivation and aberrant behavior among idiots. *American Journal of Mental Deficiency*, 71 (2), 213-225.

Cohen, J. A. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement*, 20, 37-46.

Cuvo, A. J., May, M. E., & Post, T. M. (2001). Effects of living room, Snoezelen room, and outdoor activities on stereotypic behavior and engagement by adults with profound mental retardation. *Research in Developmental Disabilities*, 22, 183-204.

Daelman, M. (2003). *Een analyse van de presymbolische communicatie bij blinde kinderen met een meervoudige handicap : een aanzet tot orthopedagogisch handelen*. Niet-gepubliceerd doctoraatsproefschrift Katholieke Universiteit Leuven, Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen, Leuven.

Depuydt, V. (1997). *Analyse van het socio-emotioneel interactieprofiel van een groep jongens met het fragile-X syndroom*. Niet-gepubliceerde licentiaatverhandeling Katholieke Universiteit Leuven, Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen, Leuven.

Emiliusschool (n.d.). *Algemeen*. [WWW document]. Afgehaald van het WWW op 2 maart 2005: <http://www.emiliusschool.nl>

Emiliusschool (n.d.). *Zonhove*. [WWW document]. Afgehaald van het WWW op 2 maart 2005: <http://www.emiliusschool.nl/zonhove.htm>

Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen (n.d.). *Dataverwerking*. [WWW document]. Afgehaald van het WWW op 19 april 2006: <http://ppw.kuleuven.be/FL/test/dataverw.htm>

Felce, D., & Emerson, E. (2004). Research on engagement in activity. In E. Emerson, C. Hatton, T. Thompson, & T. R. Parmenter. (Red.), *The International Handbook of Applied Research in Intellectual Disabilities* (pp. 353-368). Chichigan: John Wiley & Sons, Ltd.

Felce, D., & Perry, J. (1996). Assesment of quality of life. In: R. L. Schalock (Red.), *Quality of life: Volume 1 Conceptualization and measurement* (pp. 63-72). Washington: American Association on Mental Retardation.

Fröhlich, A. (1995). *Basale stimulatie*. Leuven: Garant.

Geerts, J., De Canck, I., Van Tilt, S., Vercruysse, D., Flamant, K., & De Schrijver, P. J. (2003). *Wat als tussen droom en daad een handicap staat? Inclusie: investeren in de waarde van de ander*. Niet-gepubliceerd eindwerk. Katholieke Hogeschool Heverlee, Sociale Hogeschool, Heverlee.

Glover, E., & Mesibov, G. B. (1978). An interest center sensory stimulation program for severely and profoundly retarded children. *Education and Training of the Mentally Retarded*, 13 (2), 172-177.

Het Balanske (n.d.a). *Het Balanske* vzw. [WWW document]. Afgehaald van het WWW op 2 maart 2005: <http://www.balanske.be>

Het Balanske (n.d.b). *Snoezelen, een wereld vol levenskwaliteit. Visienota over snoezelen voor personen met een handicap* [Niet-gepubliceerd document].

Hogg, J., Cavet, J., Lambe, L., & Smeddle, M. (2001). The use of 'snoezelen' as multisensory stimulation with people with intellectual disabilities: a review of the research. *Research in Developmental Disabilities*, 22, 353-372.

Hulsegge, J., & Verheul, A. (1986). *Snoezelen, een andere wereld. Een praktijkboek voor de zwakzinnigenzorg*. Nijkerk: Intro.

Hulsegge, J., & Verheul, A. (1989). *Snoezelen, een andere wereld* [video]. Ede: De Hartenberg.

Igres (2000). *Een grenzeloze toekomst. Interreg-programma Benelux middengebied*. [jaarverslag 2000]. Antwerpen: Igres.

Inclusie Vlaanderen (n.d.). *Wie zijn wij?* [WWW document]. Afgehaald van het WWW op 9 september 2005: http://users.skynet.be/anahm.nvhvg/home_iv.htm

In-Com-Clusie (n.d.). *Partners*. [WWW document]. Afgehaald van het WWW op 16 mei 2006: <http://www.incomclusie.be/partners.php>

Interreg III (n.d.). *Interreg III*. [WWW document]. Afgehaald van het WWW op 2 maart 2005: http://www.euregiobmg.com/Interreg_III.asp

ISNA (n.d.). *ISNA International Snoezelen Association*. [WWW document]. Afgehaald van het WWW op 10 februari 2006: <http://www.isna.de/index2e.html>

Laevers, F. (Red.) (2001). *Procesgericht kindvolgsysteem voor kleuters. Achtergronden en praktijksuggesties*. Leuven: CEGO Publishers.

Lancioni, G. E., Cuvo, A. J., & O'Reilly, M. F. (2002). Snoezelen: an overview of research with people with developmental disabilities and dementia. *Disability and Rehabilitation*, 24 (4), 175-184.

Lee, A. (1989). Virtual Dub (Version 1.5.10.) [Computer software; retrieved from <http://www.virtualdub.org>].

Lindsay, W. R., Pitcaithly, D., Geelen, N. A, Buntin, L., Broxholme, S., & Ashby, M. (1997). A comparison of the effects of four therapy procedures on concentration and responsiveness in people with profound learning disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 41, [part 3], 201-207.

Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntinx, W., Coulter, D., Craig, P., Reeve, A., Schalock, R., Snell, M., Spitalnik, D., Spreat, S., & Tassé, M. (Red.) (2002). *Mental retardation: definition, classification, and systems of supports*. Washington: American Association on Mental Retardation.

Maes, B. (2001). Kinderen en jongeren met een verstandelijke handicap. In: W. Hellinckx, F. De Fever, & H. Grietens (Red.), *Handboek jeugdhulpverlening. Een orthopedagogisch perspectief* (pp. 129-164). Leuven: Acco.

Maes, B. (2004). Colloquium BUBAO [slides].

Martin, N. T., Gaffan, E. A, & Williams, T. (1998). Behavioural effects of long-term multi-sensory stimulation. *British Journal of Clinical Psychology*, 37, 69-82.

Matson, J. L., Bamburg, J. W., & Smalls, Y. (2004). An analyses of Snoezelen equipment to reinforce persons with severe or profound mental retardation. *Research in Developmental Disabilities*, 25, 89-95.

Meijs-Roos, K. (1990). Effect van snoezelen op het gedrag en kennelijk welbevinden van diepzwakzinnigen. *Nederlands Tijdschrift voor Zwakzinnigenzorg* (7), 144-150.

Mount, H., & Cavet, J. (1995). Multisensory environments: an exploration of their potential for young people with profound and multiple learning difficulties. *British Journal of Special Education*, 22 (2), 52-55.

Onghena, P. (1998). *Methoden van onderzoek in de pedagogische wetenschappen: empirisch-analytische methoden m.i.v. de statistiek. Deel 1*. Leuven: Acco.

Onghena, P. (2003). *Methoden van onderzoek in de pedagogische wetenschappen: empirisch-analytische methoden m.i.v. de statistiek. Deel 1*. Leuven: Acco.

Petry, K., & Maes, B. (2005a). De ondersteuningsbehoeften van kinderen en jongeren met diep verstandelijke en meervoudige beperkingen aan de hand van het AAMR-model. *Nederlands tijdschrift voor de Zorg aan Mensen met Verstandelijke Beperkingen*, 31, (2), 87-107.

Petry, K., & Maes, B. (2005b). Identifying expressions of (dis)pleasure by persons with profound multiple disabilities. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, submitted for publication.

Petry, K., Maes, B., & Demuynck, J. (2004). *Geen beter leven dan een goed leven*. Leuven: Acco.

Petry, K., Maes, B., & Vlaskamp, C. (2005a). Domains of Quality of Life of People with Profound Multiple Disabilities: The Perspective of Parents and Direct Support Staff. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 18 (1), 35-46.

Ross, E., & Oliver, C. (2003). The assesment of mood in adults who have severe or profound mental retardation. *Clinical psychological review*, 12 (2), 225-245.

Rudiak-Gold, B., & other developers (2006). Avisynth (Version 2.5) [Computer software; retrieved from <http://www.avisynth.org>].

Safford, P. L., Gregg, L. A., Schneider, G., & Sewell, J. M. (1976). A stimulation program for young sensory-impaired, multihandicapped children. *Education and Training of the Mentally Retarded*, 11(1), 12-17.

SAS for Windows v9.1.3. (2003). Cary NC, SAS Institute Inc.

Schalock, R., Baker, R., & Croser, M. (2002). *Embarking on a new century, mental retardation at the end of the 20th century*. Washington: American Association on Mental Retardation.

Schalock, R. L. & Felce, D. (2004). Quality of life and subjective well-being: Conceptual and measurement issues. In E. Emerson, C. Hatton, T. Thompson, & T. R. Parmenter. (Red.), *The International Handbook of Applied Research in Intellectual Disabilities* (pp. 261-279). Chichigan: John Wiley & Sons, Ltd.

Shapiro, M., Parush, S., Green, M., & Roth, D. (1997). The efficacy of the snoezelen in the management of children with mental retardation who exhibit maladaptive behaviours. *The British Journal of Developmental Disabilities*, 43 [part 3] (85), 140-154.

Singh, N. N., Lancioni, G., Winton, A. S. W., Molina, E. J., Sage, M., Brown, S., & Groeneweg, J. (2004). Effects of Snoezelen room, Activities of Daily Living skills training, and Vocational skills training on aggression and self-injury by adults with mental retardation and mental illness. *Research in Developmental Disabilities*, 25, 285-293.

Smith, P. D., Gast, D. L., Logan, K. R., & Jacobs, H. A. (2001). *Customizing instruction to maximize functional outcomes for students with profound multiple disabilities*. [WWW document]. Afgehaald van het WWW op 1 februari 2006:

<http://sas.epnet.com/externalframe.asp?tb=0& ug=sid+2D59BF59%2D4A9E%2D4F1F%2D9AB2%2D5CA712E585AE%40sessionmgr6+1B86& us=hd+True+SLsrc+ext+or+Date+828E& usmtl=ftv+True+137E& uso=hd+False+db%5B0+%2Dafh+CE61&fi=afh 5209659 A N&lpdf=true&pdfs=&tn=&tp=PC&es=cs%5Fclient%2Easp%3FT%3DP%26P%3DAN%26K%3D5209659%26rn%3D1%26db%3Dafh%26is%3D0936%2D2835%26sc%3D%26S%3D%26D%3Dafh%26title%3DExceptionality%26year%3D2001%26bk%3DS&fn=1&rn=1&bk=S&EBSCOContent=ZWJjY8bb43ePprBrtdvha6Gmr4GPpriFn6+5fKGWxpjDpfJ/p6m3gqeorbjQ3+151N7uvuMA&an=5209659&db=afh&>

Thompson, T., Felce, D., & Symons, F.J. (2000). Principles of Behavioral observations: assumptions and strategies. In T. Thompson, D. Felce, & F. J. Symons (Red.), *Behavioural observation; Technology and applications in developmental disabilities* (pp. 3-16). Baltimore: Brookes Publishing Co.

Van der Flaas, H. (1989). *Snoezelen met diep mentaal gehandicapten : een experimenteel onderzoek ter evaluatie*. Niet-gepubliceerde licentiaatsverhandeling, Katholieke Universiteit Leuven, Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen, Leuven.

Vangansbeke, T. (1985). *Snoezelen met diep mentaal gehandicapten : een orthopedagogische benadering*. Niet-gepubliceerde licentiaatsverhandeling, Katholieke Universiteit Leuven, Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen, Leuven.

Van Gennep, A. T. G. (1997). Paradigma-verschuiving in de visie op zorg voor mensen met een verstandelijke handicap. *Tijdschrift voor orthopedagogiek*, 36, 189-201.

van Lankveld, J. J. D. M. (1992). Gedragsveranderingen bij zwakzinnigen tijdens snoezelen. *Nederlands Tijdschrift voor Zwakzinnigenzorg* (1), 34-48.

Van Puyenbroeck, J., Maes, B., & Laeremans, P. (2005). Vitessa (Version 0.1) [Computer software; retrieved from <http://ppw.kuleuven.be/ortho/vitessa>]. University of Leuven, Belgium.

Vermeersch, J. (1988). *De kappa coëfficiënt van Cohen: literatuuroverzicht en toepassing*. Niet-gepubliceerde licentiaatsverhandeling Katholieke Universiteit Leuven, faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen, Leuven.

Vlaskamp, C. (1993). *Een kwestie van perspectief: methodiekontwikkeling in de zorg voor ernstig meervoudig gehandicapten*. Assen: Van Gorcum.

Vlaskamp, C., van Wijck R., & Nakken, H. (1993). *Opvoedingsprogramma's voor meervoudig gehandicapten*. Maastricht: Van Gorcum.

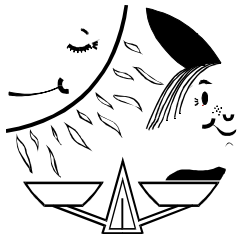
Vlaskamp, C., de Geeter, K. I., Huijsmans, L. M., & Smit, I. H. (2002). Het activerende effect van snoezelen. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan Verstandelijk Gehandicapten* (2), 75-90.

Webb, R. C. (1969). Sensory-motor training of the profoundly retarded. *American Journal of Mental Deficiency*, 74 (2), 283-295.

WHO-FIC collaborating centre (2002). ICF, Nederlandse vertaling van de 'International classification of functioning, disability and health'. Bohn Stafleu Van Loghum, Houtem.

World Wide Snoezelen.com (n.d.). *World Wide Snoezelen.com*. [WWW document]. Afgehaald van het WWW op 10 februari 2006: <http://www.worldwidesnoezelen.com>

Bijlage 1: Brief aan de directie van de instellingen



Het Balanske vzw

GezinsActiviteitenCentrum

Halensebaan 2

3390 Tielt-Winge

tel: 016 63 90 21 fax: 016 26 24 86 e-mail: info@balanske.be site:

www.balanske.be

datum

Adres bestemming

Thesisonderzoek : Snoezelen bij kinderen met een ernstig meervoudige handicap

Geachte mevrouw directie

Wij zijn twee studenten Orthopedagogiek aan de Katholieke Universiteit Leuven. In het kader van onze eindverhandeling onderzoeken wij de betekenis van snoezelen voor kinderen met een ernstig meervoudige handicap. Professor dr. Bea Maes is onze promotor.

Snoezelen is een activiteit die vooral gericht is op de zintuiglijke waarneming en ervaring in een sfeervolle omgeving. Specifiek willen wij het welbevinden en de betrokkenheid van het kind tijdens de snoezelactiviteit nagaan. Tevens willen we nagaan welke strategieën een positieve invloed hebben op het welbevinden en de betrokkenheid van deze kinderen.

Dit onderzoek werd gestart op vraag van het gezinsactiviteitencentrum Het Balanske. Wij zijn al verscheidene jaren monitor binnen dit centrum en vonden deze vraag dan ook zeer interessant.

We richten ons met dit onderzoek op kinderen tussen 0 en 10 jaar met een ernstig of diep verstandelijke handicap én met motorische en/of sensorische beperkingen.

Heel concreet willen wij u de vraag stellen of uw voorziening bereid is aan ons onderzoek mee te werken. Dit kan zowel voor de begeleiders van de voorziening als voor de ouders interessant zijn. We zullen onder andere onderzoeken of snoezelen inderdaad mogelijkheden biedt om betrokkenheid en welbevinden bij het kind te realiseren en op welke wijze ouders en/of begeleiders tijdens snoezelsessies hiertoe kunnen bijdragen. Uiteraard zullen alle ouders en begeleiders die deelnemen aan het onderzoek achteraf op de hoogte gebracht worden van onze resultaten.

Uw medewerking zou erin bestaan ouders aan te spreken om mee te werken aan ons onderzoek. We stelden daarvoor een brief op die hierbij gevoegd is.

We stellen aan ouders twee opties voor:

- Zelf mee te doen met het onderzoek, een vragenlijst in te vullen met betrekking tot de individuele gedragssuitingen van betrokkenheid en welbevinden van hun kind en zelf drie sessies te komen snoezelen met hun kind in de snoezelruimtes van Het Balanske in de periode februari/april 2005.

- Toestemming te geven aan de begeleiders van de voorziening om een vragenlijst in te vullen met betrekking tot de individuele gedragsuitingen van betrokkenheid en welbevinden van hun kind en om drie snoezelsessies te begeleiden met het kind in de snoezelruimtes van Het Balanske in de periode februari/april 2005.
- In het laatste geval zouden we willen vragen of u bereid bent dit samen met enkele begeleiders van de voorziening te organiseren. Verschillende begeleiders zouden dan een vragenlijst moeten invullen over het kind en drie maal komen snoezelen in de snoezelruimtes van Het Balanske. Uiteraard zullen deze snoezelmomenten gratis aangeboden worden. Deze sessies zullen gefilmd worden, zodat wij de snoezelsessie kunnen analyseren voor ons onderzoek. Wanneer men in groep zou komen snoezelen, worden de opnames genomen tijdens een individueel snoezelmoment met het kind.

Uiteraard zullen alle gegevens en videomateriaal met de uiterste discretie behandeld worden en anoniem verwerkt worden.

Als u bereid bent om mee te werken aan ons onderzoek, wil u dan bijgevoegde brief aan de ouders bezorgen met de vraag om zelf mee te komen snoezelen of om toestemming te geven dat hun kind deelneemt aan het onderzoek en dus komt snoezelen met hun begeleiders? De ouders bezorgen hun brief terug aan uw voorziening. Kan u deze dan vervolgens aan Het Balanske bezorgen?

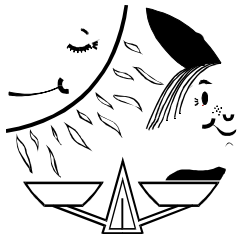
In de loop van december zullen dan concrete afspraken gemaakt worden voor de snoezelsessies.

Hebt u nog vragen? Contacteer ons op kristien.hermans@student.kuleuven.ac.be of xxx en/of leen.vanermen@student.kuleuven.ac.be of xxx.

Hartelijk dank bij voorbaat
Vriendelijke groeten,

Kristien Hermans
Leen Vanermen

Bijlage 2: Brief aan de ouders van de kinderen in de voorziening



Het Balanske vzw

GezinsActiviteitenCentrum

Halensebaan 2

3390 Tielt-Winge

tel: 016 63 90 21 fax: 016 26 24 86 e-mail: info@balanske.be site:

www.balanske.be

datum

Thesisonderzoek : Snoezelen bij kinderen met een ernstig meervoudige handicap

Geachte heer/mevrouw

Wij zijn twee studenten Orthopedagogiek aan de Katholieke Universiteit Leuven. In het kader van onze eindverhandeling onderzoeken wij de betekenis van snoezelen voor kinderen met een ernstig meervoudige handicap. Professor dr. Bea Maes is onze promotor.

Snoezelen is een activiteit die vooral gericht is op de zintuiglijke waarneming en ervaring in een sfeervolle omgeving. Specifiek willen wij het welbevinden en de betrokkenheid van het kind tijdens de snoezelactiviteit nagaan. Tevens willen we nagaan welke strategieën een positieve invloed hebben op het welbevinden en de betrokkenheid van deze kinderen.

Dit onderzoek werd gestart op vraag van het gezinsactiviteitencentrum Het Balanske. Wij zijn al verscheidene jaren monitor binnen dit centrum en vonden deze vraag dan ook zeer interessant.

We richten ons met dit onderzoek op kinderen tussen 0 en 10 jaar met een ernstig of diep verstandelijke handicap én met motorische en/of sensorische beperkingen.

Heel concreet willen wij u de vraag stellen of u zelf en uw kind bereid zouden zijn om aan ons onderzoek mee te werken of dat u toestemming zou willen geven aan de voorziening om met uw kind deel te nemen. We zullen onder andere onderzoeken of snoezelen inderdaad mogelijkheden biedt om betrokkenheid en welbevinden bij het kind te realiseren en op welke wijze ouders en/of begeleiders tijdens snoezelsessies hiertoe kunnen bijdragen. Uiteraard zal u achteraf op de hoogte gebracht worden van onze resultaten.

Uw medewerking zou uit het volgende bestaan:

OF

- Een vragenlijst invullen met betrekking tot de individuele gedragsuitingen van betrokkenheid en welbevinden van uw kind.
- Drie snoezelsessies met uw kind in de snoezelruimtes van Het Balanske doorbrengen in de periode februari/april 2005. Uiteraard zullen deze snoezelmomenten gratis aangeboden worden. Deze sessies zullen gefilmd worden, zodat wij de snoezelsessie kunnen analyseren voor ons onderzoek.

OF

- Toestemming geven aan de begeleiders van de voorziening waar uw kind verblijft om een vragenlijst in te vullen met betrekking tot de individuele gedragsuitingen van betrokkenheid en welbevinden van uw kind
- Toestemming geven aan de begeleiders van de voorziening waar uw kind verblijft om drie snoezelsessies te doen met uw kind in de snoezelruimtes van Het Balanske in de periode februari/april 2005. Deze sessies zullen gefilmd worden.

Uiteraard zullen alle gegevens en videomateriaal met de uiterste discretie behandeld worden en anoniem verwerkt worden.

Als u graag een kijkje komt nemen op de plaats waar de snoezelsessies zullen doorgaan, voor u beslist om mee te doen, kan dat uiteraard. U vindt de nodige gegevens om contact te nemen met Het Balanske bovenaan deze brief.

Als u bereid bent om mee te werken aan ons onderzoek of toestemming geeft dat uw kind deelneemt samen met de voorziening, wil u dan onderstaand strookje invullen en aan de voorziening terugbezorgen?

In de loop van december zullen dan concrete afspraken gemaakt worden voor de snoezelsessies.

Hebt u nog vragen? Contacteer ons op kristien.hermans@student.kuleuven.ac.be of xxx en/of leen.vanermen@student.kuleuven.ac.be of xxx.

3.1.1.1.1.1.1 Hartelijk dank bij voorbaat

Vriendelijke groeten,

Kristien Hermans
Leen Vanermen

Handtekening

Leen Vanermen
Kristien Hermans

Ondergetekende.....(naam),
woonachtig te.....(adres)
en te bereiken op(telefoonnummer en/of e-mailadres)
ouder van.....(naam kind)
geboren op.....(geboorte datum kind)

- ☐ Is bereid om samen met zijn/haar kind deel te nemen aan ons onderzoek, zal een vragenlijst invullen en komt drie maal snoezelen met het kind in Het Balanske.
- ☐ Geeft toestemming aan de voorziening waar zijn/haar kind verblijft dat de begeleiders samen met het kind deelnemen aan ons onderzoek, een vragenlijst invullen en drie snoezelsessies met het kind begeleiden in Het Balanske.

(Aanvinken wat past a.u.b.)

Hij/zij stemt ermee in dat de door ons verkregen gegevens en videomateriaal gebruikt mogen worden in het onderzoek. Uiteraard is anonimiteit verzekerd.

Handtekening

Bijlage 3: Brief aan de individuele gezinnen



Het Balanske vzw

GezinsActiviteitenCentrum

Halensebaan 2

3390 Tielt-Winge

tel: 016 63 90 21 fax: 016 26 24 86 e-mail: info@balanske.be site:

www.balanske.be

Datum

adres bestemming

Thesisonderzoek : Snoezelen bij kinderen met een ernstig meervoudige handicap

Geachte heer/mevrouw

Wij zijn twee studenten Orthopedagogiek aan de Katholieke Universiteit Leuven. In het kader van onze eindverhandeling onderzoeken wij de betekenis van snoezelen voor kinderen met een ernstig meervoudige handicap. Professor dr. Bea Maes is onze promotor.

Snoezelen is een activiteit die vooral gericht is op de zintuiglijke waarneming en ervaring in een sfeervolle omgeving. Specifiek willen wij het welbevinden en de betrokkenheid van het kind tijdens de snoezelactiviteit nagaan. Tevens willen we nagaan welke strategieën een positieve invloed hebben op het welbevinden en de betrokkenheid van deze kinderen.

Dit onderzoek werd gestart op vraag van het gezinsactiviteitencentrum Het Balanske. Wij zijn al verscheidene jaren monitor binnen dit centrum en vonden deze vraag dan ook zeer interessant.

We richten ons met dit onderzoek op kinderen tussen 0 en 10 jaar met een ernstig of diep verstandelijke handicap én met motorische en/of sensorische beperkingen.

Heel concreet willen wij u de vraag stellen of u en uw kind bereid zijn aan ons onderzoek mee te werken. Dit kan eveneens voor u interessant zijn. We zullen onder andere onderzoeken of snoezelen inderdaad mogelijkheden biedt om betrokkenheid en welbevinden bij het kind te realiseren en op welke wijze ouders en/of begeleiders tijdens snoezelsessies hiertoe kunnen bijdragen. Uiteraard zal u achteraf op de hoogte gebracht worden van onze resultaten.

Uw medewerking zou uit het volgende bestaan:

- Een vragenlijst invullen met betrekking tot de individuele gedragsuitingen van betrokkenheid en welbevinden van uw kind.
- Drie snoezelsessies met uw kind in de snoezelruimtes van Het Balanske doorbrengen in de periode februari/april 2005. Uiteraard zullen deze snoezelmomenten gratis aangeboden worden. Deze sessies zullen gefilmd worden, zodat wij de snoezelsessie kunnen analyseren voor ons onderzoek.

Uiteraard zullen alle gegevens en videomateriaal met de uiterste discretie behandeld worden en anoniem verwerkt worden.

Als u graag een kijkje komt nemen op de plaats waar de snoezelsessies zullen doorgaan, voor u beslist om mee te doen, kan dat uiteraard. U vindt de nodige gegevens om contact te nemen met Het Balanske bovenaan deze brief.

U gaf na telefonisch contact reeds uw toestemming voor deelname. Gelieve onderstaand strookje in te vullen en mee te brengen op uw eerste snoezelsessie.

Hebt u nog vragen? Contacteer ons op kristien.hermans@student.kuleuven.ac.be of xxx en/of leen.vanermen@student.kuleuven.ac.be of xxx.

Hartelijk dank bij voorbaat
Vriendelijke groeten,

Kristien Hermans
Leen Vanermen

Handtekening

Leen Vanermen
Kristien Hermans

Ondergetekende.....(naam),
woonachtig te.....(adres)
en te bereiken op(telefoonnummer en/of e-mailadres)
is bereid samen met zijn/haar kind.....(naam kind)
geboren op.....mee te werken aan ons onderzoek.
Hij/zij stemt ermee in dat de door ons verkregen gegevens en videomateriaal gebruikt mogen worden in het onderzoek. Uiteraard is anonimiteit verzekerd.

Handtekening

Bijlage 4: Vragenlijst algemene informatie

Algemene Informatie

Beste ouder/begeleider,

Na de vragenlijsten die u voor ons heeft ingevuld met betrekking tot welbevinden en betrokkenheid, willen we nu een aantal gegevens verzamelen met betrekking tot uw kind/het kind dat u begeleidt. De gegevens die we hiermee zullen bekomen, zullen ons toelaten een exacte omschrijving van onze doelgroep te verkrijgen en hier dan ook later conclusies rond te formuleren.

We willen u dan ook vriendelijk verzoeken deze gegevens in te vullen en tijdens de volgende snoezelsessie terug aan ons te bezorgen.

Al deze informatie wordt volstrekt anoniem verwerkt en uitsluitend voor onderzoeksdoeleinden gebruikt.

Alvast hartelijk bedankt!

Met vriendelijke groeten,

Kristien Hermans en Leen Vanermen

Vragenlijst met betrekking tot gegevens van het kind

▪ **Naam en Voornaam:**

▪ **Geboortedatum:**(dd/mm/jj)

▪ **Geslacht:**

Man

Vrouw

▪ **IQ van het kind:** (indien onbekend, gelieve dit te noteren)

▪ **Ontwikkelingsleeftijd van het kind:**(indien onbekend, gelieve dit te noteren)

▪ **Heeft het kind motorische beperkingen?**

Ja

Neen

niet gekend/onderzocht

Indien ja, kruis aan:

- Verlamming van de onderste ledematen:

ja

neen

niet gekend/onderzocht

- Verlamming van de bovenste ledematen:

ja

neen

niet gekend/onderzocht

- Geen mogelijkheid tot hoofdbeweging:

ja

neen

niet gekend/onderzocht

- Hemiplegie:

ja

neen

niet gekend/onderzocht

- Spasticiteit:

ja

neen

niet gekend/onderzocht

- Hypotonie

ja

neen

niet gekend/onderzocht

- Misvormingen en/of vergroeiingen

ja

neen

niet gekend/onderzocht

- Overige motorische beperkingen:

ja neen niet gekend/onderzocht

Indien ja, omschrijf:

▪ **Heeft het kind sensorische beperkingen?**

ja nee niet gekend/onderzocht

Indien ja, kruis aan:

- Blind: ja neen niet gekend/onderzocht
- Slechtziend: ja neen niet gekend/onderzocht
- Doof: ja neen niet gekend/onderzocht
- Slechthorend: ja neen niet gekend/onderzocht
- Overige: ja neen niet gekend/onderzocht

Indien ja, omschrijf:

▪ **Heeft het kind voedingsproblemen?**

ja neen niet gekend/onderzocht

Indien ja, kruis aan:

- Sondevoeding: ja neen niet gekend/onderzocht
- Reflux: ja neen niet gekend/onderzocht
- Slikproblemen: ja neen niet gekend/onderzocht
- Kauwproblemen: ja neen niet gekend/onderzocht
- Overige: ja neen niet gekend/onderzocht

Indien ja, omschrijf:

▪ **Heeft het kind epilepsie?**

ja neen niet gekend/onderzocht

▪ **Gebruikt het kind medicatie?**

ja neen niet gekend

Indien ja, welke en wat is hun werking?

▪ **Heeft de cliënt nog andere medische problemen?**

ja neen niet gekend/onderzocht

Indien ja, kruis aan:

- Problemen met de luchtwegen:

ja neen niet gekend/onderzocht

- Problemen met de urinewegen:

ja neen niet gekend/onderzocht

- Constipatie:

ja neen niet gekend/onderzocht

- Andere medische problemen:

ja neen niet gekend/onderzocht

Indien ja, omschrijf:

▪ **Stelt het kind probleemgedrag?**

ja neen niet gekend/onderzocht

Indien ja, kruis aan:

- Lichamelijk probleemgedrag: bv. rumineren, bewust incontinent

ja neen niet gekend/onderzocht

- Zelfverwondend gedrag:

ja neen niet gekend/onderzocht

- Agressie tegenover anderen:

ja neen niet gekend/onderzocht

- Stereotiep/dwangmatig gedrag:

ja neen niet gekend/onderzocht

- Destructief gedrag:

ja neen niet gekend/onderzocht

- Teruggetrokken gedrag:

ja neen niet gekend/onderzocht

- Opvallend seksueel gedrag:

ja neen niet gekend/onderzocht

- Ander probleemgedrag:

ja neen niet gekend/onderzocht

Indien ja, omschrijf:

▪ **Vertoont het kind psychische problemen?**

ja neen niet gekend/onderzocht

Indien ja, kruis aan:

- Depressie: ja neen niet gekend/onderzocht
- Dementie: ja neen niet gekend/onderzocht
- Autisme spectrum stoornis: ja neen niet gekend/onderzocht
- Overige psychische problemen: ja neen niet gekend/onderzocht

Indien ja, omschrijf:

▪ **Woon en dagbesteding**

- Waar verblijft uw kind?

Thuis internaat semi-internaat

Ander(omschrijf)

- Op welke plaats brengt uw kind de dag door?

School dagverblijf ander(omschrijf)

Bijlage 5: Overzicht onderzoeksgroep individueel

	Leeftijd tijdens onderzoek	Geslacht	IQ	+/- Ontw- leeftijd	Motorische beperkingen	Sensorische beperkingen	Voedings- problemen	Epilepsie	Medicatie
1	6 jaar	Man	/	12/13m	Stapt houterig (Angelman)		Kauwproblemen	Ja	Epilepsie
2	9 jaar	Man	/	9/10m	Stapt onzeker, wijdbeens, spastische diplegie, lateralisatie ten nadele van links	Slechtziend		Ja	Epilepsie
3	10 jaar	Vrouw	/	Onder 6 maand	Spasticiteit/overige problemen		Kauwproblemen	Ja	Epilepsie
4	9 jaar	Man	/	Onder 6 maand	Hypotonie, kan niet kruipen, zitten, staan, beperkte hoofdcontrole				Urinewegen leeg maken Tegen lichte astma
5	2.5 jaar	Man	/	12 maand	Hypotonie		Kauwproblemen		
6	9.5 jaar	Vrouw	/	/	Misvorming en vergroeiing Fijne motoriek	Slechtziend en slechthorend	Sondevoeding Reflux Slikproblemen Kauwproblemen		Aerosol: vrijhouden van luchtwegen
7	7.5 jaar	Vrouw	/	/	Spasticiteit Hypotonie Misvormingen en/of vergroeiingen andere		Kauwproblemen	Ja	Ja
8	4 jaar	Man	/	/	Ja				
9	7 jaar	Vrouw	/	18m	Spasticiteit Hypotonie	Oogplakker rechts	Kauwproblemen		

	Leeftijd tijdens onderzoek	Geslacht	IQ	+/- Ontw-leeftijd	Motorische beperkingen	Sensorische beperkingen	Voedingsproblemen	Epilepsie	Medicatie
10	2.5 jaar	Man	/	6/8m	Hypotonie Nog niet stappen Wel kruipen	Oogjes draaien soms weg, volgt niet altijd	Kauwproblemen	Ja	Epilepsie
11	6.5 jaar	Man	/	1 jaar	Ontbreken van kruisbanden in kniegewricht		Kauwproblemen		
12	7 jaar	Vrouw	/	11m	Hypotonie		Kauwproblemen	Ja	Epilepsie
13	8.5 jaar	Man	/	Onder de 2 jaar	Spasticiteit en hypotonie (lichaam) Ledematen eerder hypertoon		Reflux soms Slikproblemen Kauwproblemen Slechte mondmotoriek	Ja	Epilepsie
14	10 jaar	Vrouw	/	/	Hemiplegie Spasticiteit Niet alleen stappen, zitten Rechterhand weinig mee doen	Slechtziend	Sondevoeding Reflux Slikproblemen Kauwproblemen	Ja	Epilepsie Schrikken Spierontspanner urinewegen
15	10.5 jaar	Man	/	/	Spasticiteit Hypotonie	Slechtziend			Spierontspanner
16	5.5 jaar	Man	/	/	Verlamming van onderste en bovenste ledematen Minieme mogelijkheid tot hoofdbeweging Spasticiteit Hypotonie	Blind	Slikproblemen Kauwproblemen	Abscenses	

	Leeftijd tijdens onderzoek	Geslacht	IQ	+/- Ontw- leeftijd	Motorische beperkingen	Sensorische beperkingen	Voedings- problemen	Epilepsie	Medicatie
17	3.5 jaar	Man	/	/	Verlamming van onderste ledematen Spasticiteit Hypotonie	Slechtziend			Zenuwpijnen

	Andere medische problemen	4 Probleemgedrag	Psychische problemen	Woonvorm	Dagbesteding	Communicatie
1				Thuis	Dagverblijf	Meetrekken met hand of foto
2		Stereotiep/dwangmatig	ASS	Thuis	Dagverblijf	Hoofd wegtrekken of wegduwen wanneer niet leuk/je vastpakken wanneer leuk
3	Luchtwegen en constipatie			Thuis	Dagverblijf	Trekt lipje wanneer niet leuk/lacht indien wel
4	Luchtwegen (bronchitis) en constipatie			Thuis	Dagverblijf	Lachen en kijken bij betrokkenheid, wegstijgen wanneer niet leuk
5		Zelfverwondend gedrag in zekere mate Stereotiep/dwangmatig teruggetrokken	ASS	Thuis	Dagverblijf en semi-internaat	Zeuren, wenen, lachen, je vastpakken
6	Luchtwegen		Niet gekend	Thuis	Dagverblijf en semi-internaat	Zeuren beperkt Non verbaal
7		Lichamelijk probleemgedrag Zelfverwondend gedrag		Thuis	Dagverblijf en semi-internaat	Linkerhand in lucht = 'ja' Foto's en blikrichting
8	Soms constipatie			Thuis	Dagverblijf	Zeuren beperkt
9	Constipatie	Bijten bij felle emoties		Thuis	Dagverblijf en semi-internaat	Verbaal: duidelijk antwoorden met 'ja' en 'nee'

	Andere medische problemen	Probleemgedrag	Psychische problemen	Woonvorm	Dagbesteding	Communicatie
10	Luchtwegen			Thuis	Dagverblijf en semi-internaat	Mimiek (verwonderd, fronsen...), niet verbaal, andere taal thuis
11	Buisjes	Zelfverwondend gedrag Stereotiep/dwangmatig Teruggetrokken gedrag		Thuis	Dagverblijf en semi-internaat	Blij, lachen, oogcontact, uitbundig Kruipt naar waar hij wil Afweren, protesteren, wenen
12	Constipatie			Thuis	Dagverblijf en semi-internaat	Kijken en wijzen Lichaamstaal
13	Luchtwegen			Internaat	School en leefgroep	Tonen, wijzen en smog
14	Urinewegen Constipatie			Internaat	School	Niet verbaal Lichaamstaal, communicatieapparaat
15				Thuis	School en semi-internaat	Verbaal
16	Constipatie Degeneratieve stofwisselingsziekte			Thuis	School	Via mimiek en lichaamstaal
17	Constipatie Degeneratieve stofwisselingsziekte			Thuis	School	Verbaal Aanwijzen en foto's

Bijlage 6: Vragen voor snoezelsessie

Vragen voor snoezelsessie

We willen u voorafgaand aan uw deelname aan ons onderzoek enkele vragen stellen over het kind dat u begeleidt.

Alvast bedankt voor uw medewerking!

- Individuele uitingen van welbevinden/tevredenheid

Welbevinden wordt door Laevers gedefinieerd als zich ‘als een vis in het water voelen’. De hoofdtoon van hun bestaan is genieten. Ze beleven plezier, hebben deugd aan elkaar en aan de dingen (Laevers, 2001).

Graag willen we de specifieke uitingen hiervan bij het kind te weten komen. Hoe merkt u in het gedrag van het kind dat hij/zij tevreden is of net niet?

We kunnen hierbij bijvoorbeeld denken aan lachen, fysiek contact zoeken, roepen,

Wil u hieronder de concreet waarneembare uitingen van TEVREDENHEID aangeven in volgorde van mate van tevredenheid (met op plaats 1: het gedrag dat het kind stelt wanneer het het meest tevreden is)?

1:
2:
3:

Wil u eveneens de concreet waarneembare uitingen van ONTEVREDENHEID aangeven in volgorde van mate van ontevredenheid (met op plaats 1: het gedrag dat het kind stelt wanneer het het meest ontevreden is)?

1:
2:
3:

- Individuele uitingen van betrokkenheid in activiteit

Betrokkenheid wordt door Laevers gedefinieerd als een toestand waarin kinderen zich bevinden wanneer ze op een intense manier met iets bezig zijn (Laevers, 2001).

Graag willen we de specifieke uitingen hiervan bij het kind te weten komen. Hoe merkt u in het gedrag van het kind dat hij/zij op iets of op iemand betrokken is of net niet?

We kunnen hierbij bijvoorbeeld denken aan oogcontact, reactie wanneer u tegen het kind praat, zich afwenden, ...

Wil u hieronder de concreet waarneembare uitingen van BETROKKENHEID aangeven in volgorde van mate van betrokkenheid (met op plaats 1: het gedrag dat het kind stelt wanneer het het meest betrokken is)?

1:
2:

3:

Wil u eveneens de concreet waarneembare uitingen van NIET BETROKKEN ZIJN aangeven in volgorde van mate van onbetrokkenheid (met op plaats 1: het gedrag dat het kind stelt wanneer het het minst betrokken is)?

1:

2:

3:

Bijlage 7: Vragen na snoezelsessie

Vragen na snoezelsessie

Graag willen we u na uw deelname aan de snoezelsessie enkele vragen stellen.

- Heeft u in deze specifieke snoezelsessie welbevinden/tevredenheid bij het kind
aangevoeld en zo ja, op welke manier?

.....
.....
.....
.....

- Heeft u in deze specifieke snoezelsessie betrokkenheid bij het kind aangevoeld en zo
ja, op welke manier?

.....
.....
.....
.....

- Zijn er elementen bij uw en/of bij het kind die van invloed kunnen geweest zijn op het
snoezelgebeuren? We denken hierbij bijvoorbeeld aan ziekte, humeur,?

.....
.....
.....
.....

Hartelijk dank!

Bijlage 8: Schema

1	6 maart	09.00-10.00	Witte ruimte
1	20 maart	09.00-10.00	Actieve ruimte
1	26 maart	09.00-10.30	Gecombineerde ruimte

2	6 maart	10.00-10.30	Actieve ruimte
2	18 maart	17.30-19.00	Witte ruimte
2	2 april	10.30-12.00	Gecombineerde ruimte

3	7 maart	12.30-14.00	Gecombineerde ruimte
3	2 april	09.00-10.30	Actieve ruimte
3	10 april	10.30-12.00	Witte ruimte

4	7 maart	12.30-14.00	Witte ruimte
4	2 april	09.00-10.30	Gecombineerde ruimte
4	10 april	10.30-12.00	Actieve ruimte

5	20 maart	10.00-11.30	Witte ruimte
5	3 april	10.00-11.30	Actieve ruimte
5	10 april	09.00-10.30	Gecombineerde ruimte

6	9 maart	09.30-11.15	Witte ruimte
6	23 maart	09.30-11.15	Gecombineerde ruimte
6	29 maart	09.30-11.15	Actieve ruimte

7	9 maart	09.30-11.15	Witte ruimte
7	23 maart	09.30-11.15	Gecombineerde ruimte
7	29 maart	09.30-11.15	Actieve ruimte

8	9 maart	09.30-11.15	Witte ruimte
8	23 maart	09.30-11.15	Gecombineerde ruimte
8	29 maart	09.30-11.15	Actieve ruimte

9	9 maart	09.30-11.15	Actieve ruimte
9	23 maart	09.30-11.15	Witte ruimte
9	29 maart	09.30-11.15	Gecombineerde ruimte

10	9 maart	09.30-11.15	Actieve ruimte
10	23 maart	09.30-11.15	Witte ruimte
10	29 maart	09.30-11.15	Gecombineerde ruimte

11	17 maart	09.30-11.00	Gecombineerde ruimte
11	30 maart	09.30-11.00	Actieve ruimte
11 (niet aanwezig)	12 april	09.30-11.00	Witte ruimte

12	17 maart	09.30-11.00	Gecombineerde ruimte
12	30 maart	09.30-11.00	Actieve ruimte
12	12 april	09.30-11.00	Witte ruimte

13	17 maart	09.30-11.00	Witte ruimte
13	30 maart	09.30-11.00	Gecombineerde ruimte
13	12 april	09.30-11.00	Actieve ruimte

14	17 maart	09.30-11.00	Witte ruimte
14 (niet aanwezig)	30 maart	09.30-11.00	Gecombineerde ruimte
14 (2 opnames)	12 april	09.30-11.00	Actieve ruimte

15	13 april	09.30-11.00	Actieve ruimte
15	20 april	10.30-12.00	Gecombineerde ruimte
15	28 april	12.30-14.00	Witte ruimte

16	13 april	09.30-11.00	Actieve ruimte
16	20 april	10.30-12.00	Gecombineerde ruimte
16	28 april	12.30-14.00	Witte ruimte

17	13 april	09.30-11.00	Actieve ruimte
17	20 april	10.30-12.00	Gecombineerde ruimte
17	28 april	12.30-14.00	Witte ruimte

**Bijlage 9: Gemiddelde score per kind voor welbevinden en betrokkenheid
per vormcategorie**

Participant	Welbevinden	Betrokkenheid	Vorm
1	1,17	2,50	vorm 1
2	1,88	2,68	vorm 1
3	2,00	3,00	vorm 1
4	0,93	1,47	vorm 1
5	1,91	2,73	vorm 1
6	1,88	2,69	vorm 1
7	2,00	3,00	vorm 1
8	1,00	2,00	vorm 1
9	1,57	2,32	vorm 1
10	2,00	2,93	vorm 1
11	2,00	2,65	vorm 1
12	1,70	2,65	vorm 1
13	2,00	2,88	vorm 1
14	1,42	2,00	vorm 1
15	2,00	3,00	vorm 1
16	1,20	1,73	vorm 1
17	1,86	2,73	vorm 1
1	1,58	2,45	vorm 2
2	1,76	2,59	vorm 2
3	1,87	2,63	vorm 2
4	1,86	2,79	vorm 2
5	1,80	2,50	vorm 2
6	1,95	2,70	vorm 2
7	1,93	2,61	vorm 2
8	1,28	1,35	vorm 2
9	1,52	2,04	vorm 2
10	2,00	2,87	vorm 2
11	1,87	2,55	vorm 2
12	1,67	2,52	vorm 2
13	1,99	2,85	vorm 2
14	1,80	2,60	vorm 2
15	1,92	2,41	vorm 2
16	1,62	2,39	vorm 2
17	1,80	2,56	vorm 2
1	1,64	2,60	vorm 3
2	1,77	2,60	vorm 3
3	1,91	2,65	vorm 3
4	1,79	2,68	vorm 3
5	1,91	2,66	vorm 3
6	1,97	2,66	vorm 3
7	1,95	2,61	vorm 3
8	1,19	2,05	vorm 3
9	1,74	2,40	vorm 3
10	1,98	2,88	vorm 3
11	1,85	2,61	vorm 3
12	1,77	2,59	vorm 3
13	1,98	2,80	vorm 3
14	1,70	2,43	vorm 3
15	1,96	2,64	vorm 3
16	1,61	2,25	vorm 3
17	1,79	2,69	vorm 3
1	1,00	1,00	vorm 4
2	1,75	3,00	vorm 4

3			vorm 4
4			vorm 4
5	1,25	1,50	vorm 4
6	2,00	2,33	vorm 4
7	1,00	1,00	vorm 4
8	1,54	1,00	vorm 4
9			vorm 4
10			vorm 4
11			vorm 4
12			vorm 4
13	1,00	1,00	vorm 4
14			vorm 4
15	2,00	2,00	vorm 4
16			vorm 4
17	1,75	1,50	vorm 4

Bijlage 10: Somscores per kind voor welbevinden en betrokkenheid per ruimte³

³ In deze tabel werd gewerkt met somscores in plaats van met gemiddelden aangezien het programma SAS Enterprise Guide gehele getallen vereist.

Participanten	Welbevinden	Betrokkenheid	Ruimte
1			wit
2	78	116	wit
3	78	111	wit
4	80	112	wit
5	78	77	wit
6			wit
7	78	103	wit
8	75	43	wit
9	56	74	wit
10	80	111	wit
11	80	101	wit
12	68	100	wit
13	80	112	wit
14	74	95	wit
15	78	82	wit
16	69	96	wit
17	73	100	wit
1	64	100	actief
2	58	86	actief
3	73	108	actief
4	66	82	actief
5	67	95	actief
6	75	94	actief
7	79	109	actief
8	42	46	actief
9	68	100	actief
10	80	111	actief
11	65	98	actief
12	66	93	actief
13	79	106	actief
14	68	99	actief
15	72	104	actief
16	59	87	actief
17	71	104	actief
1	61	92	combi
2	72	106	combi
3	61	100	combi
4	80	118	combi
5	73	104	combi
6	78	101	combi
7	79	95	combi
8	43	67	combi
9	54	66	combi
10	78	112	combi
11	79	106	combi
12	63	103	combi
13	77	108	combi
14	65	92	combi
15	80	95	combi
16	63	85	combi
17	67	95	combi

