

# **Bachelorarbeit**

## **Babysprache: Im Pflegeheimsetting**

eingereicht von

**Eva Weiß**

zur Erlangung des akademischen Grades  
Bachelor of Nursing Science  
(BScN)

Medizinische Universität Graz  
Institut für Pflegewissenschaft

Unter der Anleitung von

Univ.-Ass.in Manuela Hödl, BSc, MSc

Graz, 27.02.2018

## Eidesstattliche Erklärung

„Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.“

Graz, 27.02.2018

Eva Weiß, eh

# Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis .....	I
Tabellenverzeichnis .....	I
Zusammenfassung.....	II
Abstract.....	III
1. Einleitung .....	1
1.1 Hintergrund.....	1
1.2 Kommunikation.....	2
1.3 Altersstereotypen.....	2
1.4 Definitionen .....	3
1.5 Forschungsziel und Forschungsfrage.....	4
2. Methode .....	5
2.1 Design .....	5
2.2 Suchstrategie .....	5
2.3 Suchergebnisse.....	6
2.3.1 Flussdiagramm .....	7
2.4 Bewertung der Studien .....	8
3. Ergebnisse .....	9
3.1 Allgemeine Erkenntnisse .....	12
3.2 Prävalenz .....	13
3.3 Ursachen aus Sicht des Pflegepersonals .....	13
3.4 Auswirkungen auf die BewohnerInnen .....	15
4. Diskussion.....	19
5. Stärken und Limitationen der Literaturübersicht.....	24
6. Schlussfolgerung.....	25
6.1 Praxisempfehlung.....	26
6.2 Forschungsempfehlung.....	26
Literaturverzeichnis .....	27
Anhang.....	30

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Flussdiagramm.....	7
---------------------------------	---

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Suchstrategie.....	6
Tabelle 2: Studienbewertung.....	9
Tabelle 3: Datenextraktion.....	10

## Zusammenfassung

**Hintergrund:** Die geriatrische Pflege wird aufgrund der demographischen Entwicklung immer wichtiger. Durch den Anstieg der älteren Bevölkerung kann es zur vermehrten Verwendung, Annahme und Akzeptanz von negativen Altersstereotypen in der Gesellschaft kommen, die besonders die intragenerationale Kommunikation beeinflussen. Speziell in der Pflege ist die Kommunikation ein wichtiges Instrument für eine gute Beziehung zwischen Pflegeperson und PatientIn. Die Babysprache ist ein noch wenig erforschtes Phänomen, das den Pflegealltag täglich begleitet.

**Ziel:** Das Ziel dieser Arbeit ist das Aufzeigen der Häufigkeit, der Ursachen, sowie der Folgen für die Verwendung der Babysprache in Pflegeheimen.

**Methode:** Mit Hilfe einer systematischen Literatursuche wurde eine Literaturübersicht verfasst. In den internationalen Datenbanken PubMed und Cinahl und durch eine zusätzliche Handsuche wurden fünf quantitative und eine qualitative Studie identifiziert. Anschließend folgte eine kritische Bewertung der Studien nach dem Bewertungsschema von Hawker et al. (2002).

**Ergebnisse:** In den analysierten Studien gaben alle befragten Pflegekräfte an, bewusst oder unbewusst Erfahrungen mit der Babysprache gemacht zu haben. Die meisten Befragten nannten positive Absichten für die Verwendung, obwohl Untersuchungen auf eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für einen Widerstand gegen Pflegehandlungen in Verbindung mit der Babysprache hinweisen. Negative Folgen für ältere Menschen sind neben Depression, Rückzug und verminderter Selbstbeherrschung auch abhängige Verhaltensweisen. Als positiver Effekt kann eine verständliche Sprache identifiziert werden.

**Schlussfolgerung:** Die Verwendung der Babysprache in institutionellen Einrichtungen soll grundsätzlich abgelehnt werden. Eine einfache und klare Sprache ist hingegen nützlich für die Kommunikation mit BewohnerInnen. Für die Pflegepersonen ist es wichtig, den Unterschied zwischen einer bevormundenden Babysprache und einer leicht verständlichen Sprache zu kennen. Es besteht weiterer umfassender Forschungsbedarf, vor allem die Prävalenz betreffend.

**Schlüsselwörter:** Babysprache, Altersdiskriminierung, Pflegeheim

## Abstract

**Background:** Geriatric care is becoming increasingly important due to demographic changes. The increasing number of the elderly population may lead to an increased and reinforced acceptance of negative age stereotypes within society, which particularly affects intragenerational communication. Especially in nursing, communication is crucial for a good relationship between caregiver and patient. The use of elderspeak is a little-explored phenomenon that accompanies the daily routine of nursing.

**Aim:** The aim of this paper is to show the frequency, the causes and the consequences for the use of baby talk in nursing homes.

**Methods:** A literature review was composed on the basis of a systematic literature search. Using the international databases PubMed and Cinahl and an additional manual search five quantitative studies and one qualitative study were identified. Those studies were critically evaluated using the evaluating form of Hawker et al. (2002).

**Results:** In the analyzed studies, the interviewed nursing staff had conscious or unconscious experiences with elderspeak. Positive intentions were cited for the use, even though the usage may lead to an increased likelihood of resistance to nursing practices. Applying elderspeak has negative consequences for older people, such as depression, withdrawal, decreased self-control, and the assumptions of dependent behaviors. Positive effects, such as a more understandable language, are also described.

**Conclusion:** Elderspeak in institutional settings should be generally rejected. However, a simple and clear language is useful for the communication with residents. It is important for nurses to know the difference and be able to differentiate between the elderspeak and a simple easy-to-understand language. There is still extensive need for research, especially concerning prevalence.

**Keywords:** elderspeak, baby talk, ageism, nursing home

# 1. Einleitung

## 1.1 Hintergrund

Aufgrund der demographischen Entwicklung steigt der Anteil der alten Menschen stetig, wodurch die geriatrische Pflege immer mehr Bedeutung bekommt (Brauer 2010).

Laut Deutschem Bundesamt für Statistik betrug der Anteil der über 65-Jährigen in der Weltbevölkerung im Jahr 2010 7,7% und bis zum Jahr 2050 wird damit gerechnet, dass 15,6% der Weltbevölkerung 65 Jahre oder älter sein werden (Statistisches Bundesamt 2017).

In den kommenden Jahren ist ebenfalls mit einer Verschiebung der Altersstruktur in Österreich zu rechnen (Bundesministerium für Gesundheit 2012). Im Jahr 2016 betrug der Bevölkerungsanteil der über 65-Jährigen 18,5% und bis 2050 wird davon ausgegangen, dass dieser Anteil auf über 27% ansteigen wird (Statistik Austria 2017).

Solche Veränderungen bleiben für eine Gesellschaft nicht ohne Folgen: Auf der einen Seite sind sie eine Errungenschaft und Chance für unsere Gesellschaft (Stückler & Ruppe 2015), die auch dazu führen, dass, durch die Vorausberechnung der Bevölkerungszahlen, die Entwicklungen der Versorgungssysteme aufgegriffen und intensiviert werden können (Pohlmann 2001).

Auf der anderen Seite aber stellen diese Veränderungen erhebliche Anforderungen an unsere sozialen Sicherheitssysteme und die medizinisch-pflegerische Versorgung (Stückler & Ruppe 2015). Zusätzlich entwickeln sich immer mehr negative Einstellungen, Stereotypen, Urteile und Annahmen bezüglich älterer Menschen (Gendron et al. 2016), die zur Altersdiskriminierung beitragen.

Um Altersdiskriminierung entgegenzuwirken, ist es wichtig, die Ursachen und Folgen spezifischer Formen der Diskriminierung aufzuzeigen. Ein spezifisches Element der Altersdiskriminierung ist die Babysprache, auf der der Hauptfokus dieser Arbeit liegt.

## 1.2 Kommunikation

„Kommunikation zwischen Menschen ist die Basis jeder Gemeinschaft“ (Menche ed. 2014, p. 162). Besonders wichtig ist die Kommunikation auch in der Pflege. Zum einen wird sie zur Verständigung unter den Pflegenden benötigt, zum anderen als Verständigung zwischen Pflegenden und PatientInnen, deren Angehörigen, den ÄrztInnen und anderen Fachkräften. Unterschieden werden die „verbale“, „nonverbale“ und die „leibliche“, auch „paraverbal“ genannte Kommunikation. (Menche ed. 2014) Während mit der verbalen Kommunikation die Verständigung mit Worten gemeint ist, erfolgt die nonverbale Kommunikation über die Mimik, Gestik und Körperhaltung (Matolycz 2011). Unter leiblicher Kommunikation wird das Berührtsein durch andere Menschen, durch den Klang der Stimme, den Blick, Gegenstände oder Situationen verstanden (Menche ed. 2014).

In der Pflege wird die Unterteilung in „digitale“ und „analoge“ Kommunikation bevorzugt. Während in der digitalen Form der Hauptfokus auf der Übermittlung von Inhalten liegt, wird in der analogen Form etwas über die Beziehung zwischen den Kommunizierenden ausgesagt. (Matolycz 2011)

## 1.3 Altersstereotypen

Kornadt und Rothermund (2011) definierten den Begriff „Altersbilder“ als die individuellen und gesellschaftlichen Sichtweisen auf die Lebensphase Alter und das Altern. Es werden unterschiedlichste Attribute mit dem Alter assoziiert, wie zum Beispiel: „Mit dem Alter wird man krank, gebrechlich, weise, erfahren, missmutig, unzufrieden (Kornadt & Rothermund 2011, p. 291) langsam, verschroben oder hilfsbedürftig“ (Matolycz 2011, p. 23). Obwohl die meisten Zuschreibungen negativ sind, bedeutet dies nicht, dass sie zwingend falsch sind, denn wie jede Stereotype treffen diese Altersstereotypen mit einer höheren Wahrscheinlichkeit auf ältere Personen zu (Rothermund & Mayer 2009). Forschungsergebnisse zeigen, dass sowohl junge, als auch Erwachsene mittleren Alters und sogar ältere Erwachsene negative Stereotypen alten Menschen zuordnen, die sehr stark in der Gesellschaft verankert sind und die intragenerationale Kommunikation beeinflussen (Williams, Kemper & Hummert 2004).

In der Pflege sollten weder positive noch negative Stereotypen die Arbeitsweise der Pflegekräfte beeinflussen, da jede Situation gesondert analysiert und individuell geregelt werden sollte (Matolycz 2011). Ein besonderes Verständnis für das Alter und das Älterwerden ist stark verknüpft mit der Art und Weise, wie mit alten Menschen gesprochen wird. Je mehr negative Stereotypen übernommen werden, desto häufiger kommt es zur Verwendung der Babysprache. (Schroyen et al. 2017)

## 1.4 Definitionen

Der Begriff „ageism“ (= Altersdiskriminierung) wurde Ende der 1960er Jahre vom Gerontologen Robert Butler geprägt (Brauer 2010). Er beschreibt damit eine Diskriminierung von Menschen aufgrund ihres Alters. Es kommt also aufgrund ihres Alters zu einer Verletzung von Rechten oder legitimen Ansprüchen, sowie zu sozialen oder ökonomischen Benachteiligungen von Menschen. (Rothermund & Mayer 2009)

Es werden verschiedene Ebenen von Altersdiskriminierung unterschieden: „institutionelle“, „strukturelle“ und „personale“ bzw. „individuelle“ Altersdiskriminierung. Die institutionelle Altersdiskriminierung erfolgt in Regeln oder Praktiken verschiedenster Institutionen, wie zum Beispiel Politik, Rechtssystem, Forschung, Gesundheitswesen, Behörden, Banken und Versicherungswesen, Medien, Bildungssystem und Arbeit. In vielen Verträgen werden zum Beispiel Altersgrenzen gesetzt, die den Abschluss gewisser Versicherungen ab einem bestimmten Alter nicht mehr ermöglichen. (Rothermund & Mayer 2009)

Strukturelle Altersdiskriminierung liegt dann vor, wenn sich die gesamtgesellschaftlichen Lebensbedingungen alter Menschen systematisch und zu ihrem Nachteil von denen der jungen Menschen unterscheiden oder wenn sich die Gestaltung dieser Bedingungen vorwiegend an den Bedürfnissen junger Menschen orientiert und nicht auf die spezifischen Bedürfnisse alter Menschen zugeschnitten ist (Rothermund & Mayer 2009).

Bei der personalen bzw. individuellen Altersdiskriminierung werden ältere Menschen physisch angegriffen, bedroht, verspottet, beschimpft, zurückgewiesen, herablassend behandelt oder verbal diskriminiert (Rothermund & Mayer 2009).

In die Kategorie personale bzw. individuelle Altersdiskriminierung kann somit auch die „Babysprache“ eingeordnet werden.

Darunter wird ein Sprachstil verstanden, bei dem bestimmte Teile, die in der Kommunikation mit Babys oder Kleinkindern verwendet werden, in die Kommunikation mit alten Menschen eingebaut werden (Matolycz 2011).

Wie die Verwendung der Anrede per „Du“, gilt auch die Babysprache in der Pflege alter Menschen in vielen Einrichtungen als unprofessionell (Matolycz 2011). Dieser „secondary babytalk“ bzw. „elderspeak“ ist eine Form des bevormundenden Verhaltens. Es handelt sich hierbei um eine vereinfachte Sprache, die durch eine verlangsamte Sprache mit übertriebener Intonation, höherer Tonhöhe, vereinfachter Grammatik, begrenztem Vokabular und der Verwendung kurzer Sätze gekennzeichnet ist. (Richeson & Shelton 2006) Zusätzlich kommt es zum Einsatz übertriebenen Lobes oder bestimmter Arten von Ermahnungen. Die Verwendung der Wir-Form ist ebenfalls ein wichtiges Merkmal. (Matolycz 2011) Dieses Sprachmuster wird in einer Reihe von Settings beobachtet, wie zum Beispiel in Altenpflegeheimen oder auch bei Interaktionen zwischen jungen und älteren Erwachsenen (Richeson & Shelton 2006).

## 1.5 Forschungsziel und Forschungsfrage

Das Ziel dieser Arbeit ist das Aufzeigen der Häufigkeit, der Ursachen, sowie der Folgen für die Verwendung der Babysprache in Pflegeheimen.

Die für diese Arbeit formulierten Forschungsfragen lassen sich vom vorher genannten Forschungsziel ableiten:

- Wie häufig kommt es zur Verwendung der Babysprache in Pflegeheimen und welche Ursachen dafür werden in der internationalen Literatur beschrieben?
- Welche Folgen werden für PflegeheimbewohnerInnen durch die Verwendung der Babysprache in der internationalen Literatur benannt?

## 2. Methode

### 2.1 Design

Als Forschungsdesign dieser Abschlussarbeit wurde eine Literaturübersicht ausgewählt.

Eine Literaturübersicht kann eine Synthese von Forschungsergebnissen, ein Überblick über relevante Theorien oder eine Beschreibung von Wissen zu einem bestimmten Thema sein. Das Ziel der Literaturübersicht besteht darin, die neuesten und relevantesten Informationen über ein bestimmtes Phänomen zu entdecken. Es werden drei Stufen beim Verfassen einer Literaturübersicht beschrieben: Zu Beginn erfolgt der „input“, bei dem nach Literatur gesucht wird. Anschließend wird die gefundene Literatur ausgewertet. Diese Stufe wird als „throughput“ bezeichnet. Zuletzt wird dann die Literaturübersicht im „output“ verfasst. (Gray 2017)

### 2.2 Suchstrategie

Um die Forschungsfrage zu beantworten, wurde eine systematische Literatursuche in den internationalen Datenbanken PubMed und Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (Cinahl) durchgeführt.

Die Suche fand von Oktober bis Dezember 2017 statt.

Zuerst wurde ein Brainstorming durchgeführt, um alle möglich relevanten Schlüsselbegriffe inklusive Synonyme zu finden. Die Schlüsselwörter, die zur Suche verwendet wurden, waren: *elderspeak*, *ageism*, *communication* im Titel und Abstract und „*nursing home*“ als Mesh-Term (Medical Subject Headings).

Verbunden wurden diese Wörter mit den Operatoren „AND“ oder „OR“.

In der unten angeführten Tabelle wird dargestellt, mit welchen Suchstrategien in den jeweiligen Datenbanken gesucht wurde.

Tabelle 1: Suchstrategie

Datenbank	Suchstrategie
<b>PubMed</b>	(((nursing home[MeSH Terms]) AND elderspeak[Title/Abstract]) OR ageism[Title/Abstract]) AND communication[Title/Abstract]
<b>Cinahl</b>	elderspeak (Abstract)

Folgende Limitationen wurden bei der Suchstrategie gesetzt:

ein wichtiges Kriterium war die Aktualität der Literatur, d.h. Studien nicht älter als 10 Jahre. Zusätzlich mussten die Studien auf Englisch oder Deutsch sein und eine Zusammenfassung musste verfügbar sein.

## 2.3 Suchergebnisse

Durch die vorab beschriebenen Suchstrategien konnten in den Datenbanken PubMed und Cinahl insgesamt 30 Treffer erzielt werden. Nach dem Titel-, Abstract- und Volltextscreening wurden vier Studien, die für diese Bachelorarbeit relevant waren, kritisch bewertet.

Einige Studien wurden beim Abstractscreening ausgeschlossen, da es sich bei den PartizipantInnen um medizinisches Personal handelte und nicht um pflegerisches Personal. Beim Volltextscreening wurden jene Studien ausgeschlossen, die keine relevanten Informationen zur Beantwortung der Forschungsfrage enthielten. Um die einzelnen Schritte nochmals bildlich darzustellen, wurde ein Flussdiagramm, angelehnt an Moher et al. (2011), erstellt.

### 2.3.1 Flussdiagramm

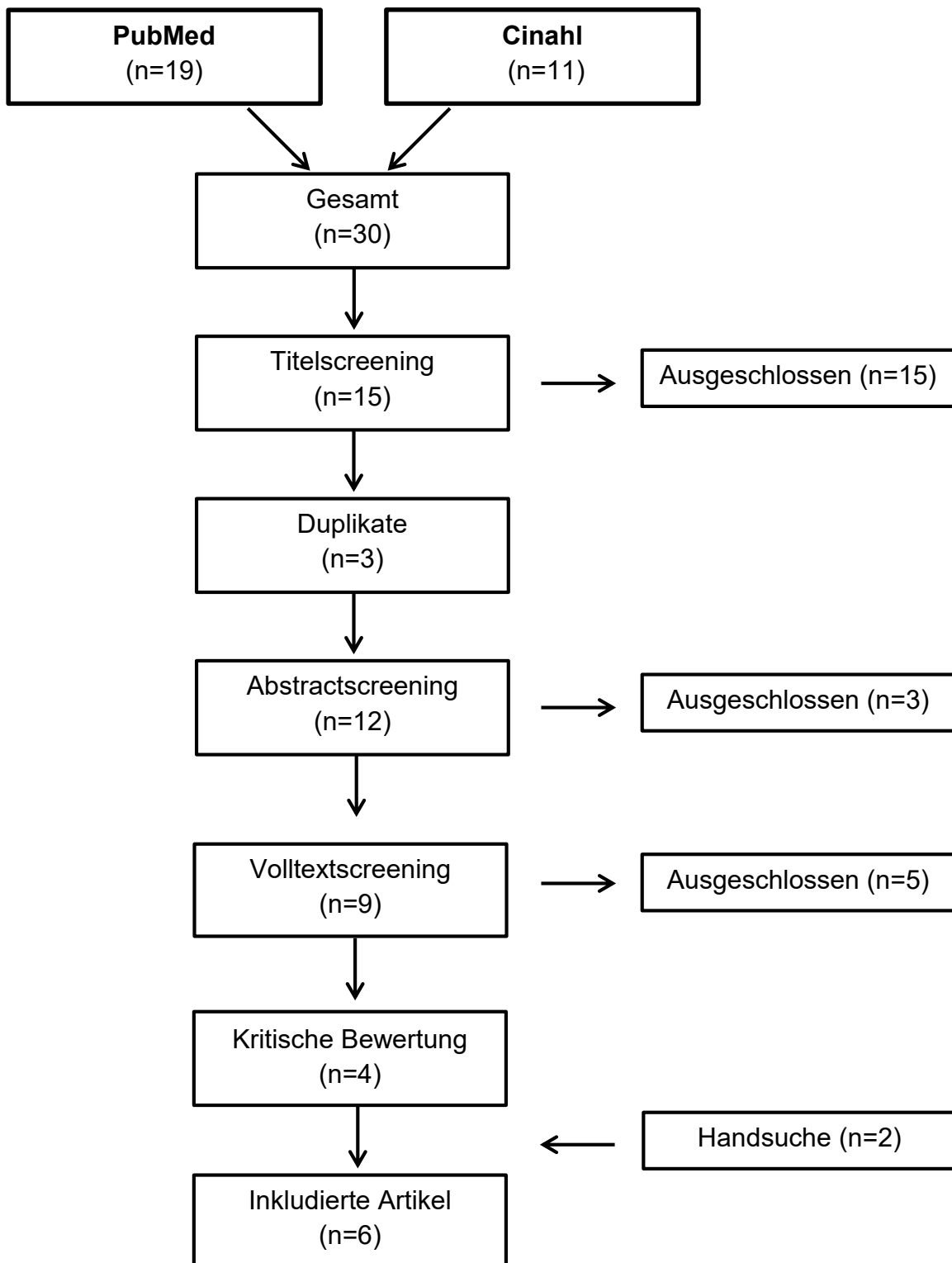


Abbildung 1: Flussdiagramm

## 2.4 Bewertung der Studien

Anschließend folgte eine kritische Bewertung mit Hilfe des Beurteilungsbogens von Hawker et al. (2002). Der Beurteilungsbogen besteht aus 9 Kategorien, durch die die gesamte Studie bewertet werden soll. In jeder Kategorie können 1 bis 4 Punkte vergeben werden, wobei 1 Punkt die schlechteste Bewertung ist. Die maximal erreichbare Punkteanzahl beträgt 36. (Hawker et al. 2002)

Es wurden nur jene Studien inkludiert, die mindestens 70 % der Gesamtpunkteanzahl erreicht haben. In der unten angeführten Tabelle wird ein Überblick über die Beurteilungsergebnisse gegeben, die gesamte Bewertung ist im Anhang zu finden.

Nach der kritischen Bewertung von vier Studien wurde zusätzlich noch eine Handsuche durchgeführt, wodurch zwei weitere Studien aus dem Jahr 2000 und 2006 inkludiert wurden. Diese beiden Studien entsprechen nicht dem Kriterium der Aktualität, wurden aber dennoch inkludiert, um eine aussagekräftigere Schlussfolgerung liefern zu können.

### Ausgewählte Studien und Bewertungsprozentsatz

**Studie 1:** Grimme, Buchanan & Afflerbach 2015: **77%**

**Studie 2:** Lombardi et al. 2014: **75%**

**Studie 3:** Samuelsson, Adolfsson & Persson 2013: **75%**

**Studie 4:** Tourette & Meeks 2000: **72%**

**Studie 5:** Williams 2006: **75%**

**Studie 6:** Williams et al. 2009: **80%**

Tabelle 2: Studienbewertung

Studie Nr.	1	2	3	4	5	6
<b>Titel und Zusammenfassung</b>	4	3	3	2	3	3
<b>Einleitung und Ziel</b>	3	4	4	4	3	3
<b>Methode und Datensammlung</b>	4	2	2	2	3	4
<b>Stichprobenauswahl</b>	3	3	3	3	3	3
<b>Analyse</b>	3	2	3	4	4	4
<b>Ethik</b>	2	3	2	1	2	3
<b>Ergebnisse</b>	4	4	4	3	4	3
<b>Generalisierbarkeit</b>	2	2	2	3	2	2
<b>Praxis- und Forschungsempfehlung</b>	3	4	4	4	3	4
<b>Gesamtpunkteanzahl</b>	<b>28</b>	<b>27</b>	<b>27</b>	<b>26</b>	<b>27</b>	<b>29</b>

### 3. Ergebnisse

Für diese Abschlussarbeit wurden, nach eingehendem Screening, sechs Studien ausgewählt. Bei diesen handelt es sich um fünf quantitative und eine qualitative Studie. Die Datensammlung erfolgte nach einer kritischen Bewertung. Es wurden die wichtigsten Daten aus den Studien herausgefiltert und in einer Tabelle zusammengefasst (siehe Tabelle 3). In dieser Tabelle werden AutorIn, Jahr, Design, Stichprobe, Setting, Ziel und die Hauptergebnisse angeführt.

Die Veröffentlichung der Studien erfolgte im Zeitraum von 2000 bis 2015. Die kleinste Stichprobe lag bei neun TeilnehmerInnen und die größte bei 134.

Tabelle 3: Datenextraktion

AutorIn / Jahr	Design	Stichprobe/ Setting	Ziel	Ergebnisse
<b>Grimme, Buchanan &amp; Afflerbach 2015</b>	Qualitative Forschung	26 Pflegepersonen 4 Pflegeheime	Voraussetzungen, unter denen die Babysprache verwendet wird & die Absicht, die dahintersteckt.	Demenzerkrankungen & zur Kooperation; Angenehmes Verhältnis, um Freundlichkeit der Pflegeperson auszudrücken, verständlichere Kommunikation, Erhöhung der Kooperation
<b>Lombardi et al. 2014</b>	Quantitative Forschung	134 Pflegepersonen 9 Langzeitpflegeeinrichtungen	Bewertung, der Angemessenheit der Babysprache als Antwort auf unterschiedliche Variablen.	höheren Bewertungen der Angemessenheit durch spezifische personenbezogene und situative Variablen
<b>Samuelsson, Adolfsson &amp; Persson 2013</b>	Querschnittstudie	5 Pflegepersonen 4 BewohnerInnen 4 geriatrische Einrichtungen	Vorkommen und Charakteristika der Babysprache	Anpassung der Kommunikation im unterschiedlichen Ausmaß; Reduzierung der Sprechgeschwindigkeit, Wir-Form, kurze Sätze, selten Verniedlichungen, weniger Missverständnisse
<b>Tourette &amp; Meeks 2000</b>	Quantitative Forschung	38 Heimbewohnerinnen Gesellschaft: 62 ältere Frauen 8 Pflegeheime	Vergleich der Bewertungen der bevormundenden bzw. nicht bevormundenden Sprache von der Gesellschaft und von Pflegeheimbewohnerinnen. Untersuchung des Einflusses der Umwelt und der kognitiven Fähigkeiten auf diese Wahrnehmungen.	Positive Bewertung der Pflegekraft ohne Verwendung der Babysprache; kognitive Fähigkeit des Befragten steht im Zusammenhang mit der Sprachbewertung; Verwendung war abhängig von der kognitiven Fähigkeit

<b>Williams 2006</b>	Interventions- studie	37 TeilnehmerInnen  3 Pflegeheime	Der Vergleich der Auswirkungen eines Drei- Sitzungen-Programms auf die Kommunikation zwischen Pflegekraft und BewohnerIn	Geringere Verwendung der Babysprache
<b>Williams et al. 2009</b>	Querschnittstudie	20 BewohnerInnen 52 Pflegepersonen  3 Einrichtungen für Demenzranke	Auswirkung der Babysprache auf das Verhalten von Menschen mit Demenz & ob sie zu Problemverhalten beiträgt oder nicht.	Erhöhte Wahrscheinlichkeit für Widerstand gegen die Pflege

### 3.1 Allgemeine Erkenntnisse

Die Literatur zeigt, dass durch stereotypische Ansichten ältere Erwachsene als weniger kompetent eingeschätzt werden als jüngere Erwachsene (Williams et al. 2009).

Aufgrund von negativen Stereotypen besteht die Gefahr, dass junge Erwachsene ihren Sprachstil gegenüber älteren Menschen ändern. Dies führt zu einer bevormundenden Kommunikation. (Tourette & Meeks 2000)

Bestimmte Merkmale, die im Zusammenhang mit dem Alter stehen, wie zum Beispiel das Vorhandensein von kognitiven Beeinträchtigungen, erhöhen die Wahrscheinlichkeit, dass die Babysprache angewandt wird. Jedoch gibt es auch Variablen, die nichts mit dem Alter zu tun haben und die trotzdem die Verwendung der Babysprache fördern. Ein Beispiel dafür wäre das Vorhandensein von depressiven Erkrankungen. Zusätzlich gibt es noch weitere kontextabhängige Variablen, die nichts mit dem Alter zu tun haben und die besonders in Langzeiteinrichtungen die Wahrscheinlichkeit stark erhöhen, die Babysprache zu verwenden. (Grimme, Buchanan & Afflerbach 2015)

Außerdem lässt sich beobachten, dass die Babysprache häufig in institutionellen Einrichtungen wie Krankenhäusern und Pflegeheimen angewendet und deren Verwendung akzeptiert wird (Grimme, Buchanan & Afflerbach 2015).

Zusätzlich wurde herausgefunden, dass die Bevormundung eher in Situationen geduldet wird, in denen eine geringe Erwartung an die Kompetenz älterer Menschen gesetzt wird. Es wird bestätigt, dass Ältere durch eine niedrigere funktionelle Fähigkeit eine größere Toleranz gegenüber der Babysprache haben. (Tourette & Meeks 2000)

Der sozio-emotionale Ton, der in den Botschaften an ältere Menschen vermittelt wird, umfasst zwei Dimensionen: Respekt und Fürsorge. Forschungsergebnisse zeigen, dass bei der Babysprache im Wesentlichen ein Mangel an Respekt vermittelt wird (Samuelsson, Adolfsson & Persson 2013) und damit im Widerspruch zur personenzentrierten Pflege im Langzeitpflegebereich steht (Grimme, Buchanan & Afflerbach 2015).

Grundsätzlich ziehen es ältere Menschen vor, nicht in der Babysprache angesprochen zu werden, unabhängig ihrer kognitiven Fähigkeiten oder der Anzahl der in der Einrichtung verbrachten Jahre (Samuelsson, Adolfsson & Persson 2013).

Auch Tourette & Meeks (2000) kamen zur Erkenntnis, dass ältere Menschen und im Allgemeinen die Gesellschaft eine nicht patronisierende Sprache bevorzugen und mit solchen Konversationen zufriedener sind.

### **3.2 Prävalenz**

In der Studie „Understanding Elderspeak from the Perspective of Certified Nursing Assistants“ wurde herausgefunden, dass 100% der PartizipantInnen auf irgendeine Art und Weise bereits Erfahrung mit der Babysprache hatten (Grimme, Buchanan & Afflerbach 2015). Dies geht einher mit den Ergebnissen von Williams (2006), die berichten, dass alle MitarbeiterInnen mit den BewohnerInnen der Pflegeheime in der Babysprache kommunizieren.

Lombardi et al. (2014) beschreiben dazu, dass 22% der Sätze zwischen Pflegekräften und BewohnerInnen Merkmale der Babysprache aufweisen.

In einer weiteren Studie wurde beobachtet, dass beinahe alle TeilnehmerInnen ihre Sprechgeschwindigkeit in Gesprächen mit älteren Menschen im Vergleich zu Gesprächen unter KollegInnen anpassten (Samuelsson, Adolfsson & Persson 2013).

### **3.3 Ursachen aus Sicht des Pflegepersonals**

In der Studie von Grimme, Buchanan & Afflerbach (2015) wurden die Pflegepersonen über die Gründe befragt, wieso sie die Babysprache verwenden. 63% der Pflegekräfte gaben an, durch die Verwendung den BewohnerInnen ein wohlbehagliches Gefühl vermitteln zu wollen. Viele versuchen durch die Verwendung der Babysprache ein familiäres Verhältnis zwischen BewohnerIn und Pflegeperson zu schaffen. 42% möchten durch diese Kommunikation den

BewohnerInnen freundlicher erscheinen und 23 % benutzen die Babysprache, um eine klare Form der Kommunikation zu schaffen. (Grimme, Buchanan & Afflerbach 2015) Die Erkenntnis, dass die Babysprache bei kognitiv beeinträchtigten Personen als angemessener empfunden wird, legt nahe, dass Pflegepersonen der Meinung sind, die BewohnerInnen würden sie besser verstehen, wenn die Babysprache verwendet wird (Lombardi et al. 2014).

54% der Pflegekräfte halten die Babysprache bevorzugt bei Menschen mit Alzheimer für angemessen.

Lediglich 15% bevorzugen die Babysprache als Hilfsmittel, um die BewohnerInnen zur Zusammenarbeit zu bewegen oder um sie dazu zu bringen, gestellte Aufgaben zu erledigen.

Ein Großteil der Pflegepersonen gibt an, dass sie meistens unbewusst, also automatisch in der Babysprache kommunizieren. (Grimme, Buchanan & Afflerbach 2015)

Aufgrund einer hohen Arbeitsbelastung verwenden die Pflegekräfte diese Kommunikationsart, um das Verhalten der BewohnerInnen zu kontrollieren. Neben der hohen Arbeitsbelastung können auch persönliche Stressoren, die von den Pflegepersonen erfahren werden, und kulturelle Unterschiede zwischen MitarbeiterInnen und BewohnerInnen eine effektive Kommunikation behindern. (Williams 2006)

Forschungsergebnisse zeigen, dass höhere Bewertungen der Angemessenheit in Bezug auf die Verwendung der Babysprache mit folgenden Variablen verbunden waren: Umgang mit älteren, also über 70-Jährigen gegenüber jüngeren BewohnerInnen und BewohnerInnen, die kognitiv beeinträchtigt sind gegenüber Personen ohne kognitive Beeinträchtigung. (Lombardi et al. 2014) Zu demselben Ergebnis kam die Studie von Grimme, Buchanan & Afflerbach (2015).

Ein weiteres Merkmal, das in der Literatur zur Babysprache beschrieben wird, war die häufige Verwendung von Vornamen in Interaktionen mit älteren HeimbewohnerInnen. Dieses Merkmal kann zum Fokus und zur Aufmerksamkeit älterer Menschen beitragen und es kann eine Möglichkeit sein, um ein freundliches und vertrautes Klima zu schaffen. (Samuelsson, Adolfsson & Persson 2013)

Demgegenüber weisen einige Demenz-BetreuerInnen und KlinikerInnen darauf hin, dass Aspekte der Babysprache die Zusammenarbeit mit den BewohnerInnen verbessern können (Williams et al. 2009).

### 3.4 Auswirkungen auf die BewohnerInnen

Die Verwendung der Babysprache kann viele negative Konsequenzen für HeimbewohnerInnen nach sich ziehen. Zum Beispiel fördern sie indirekt die Abhängigkeit älterer Menschen, vor allem bei jenen mit Demenzerkrankungen. Weitere Ergebnisse weisen darauf hin, dass durch diese Kommunikationsart bei jenen PflegeheimbewohnerInnen eine höhere Wahrscheinlichkeit für einen Pflegewiderstand besteht. (Grimme, Buchanan & Afflerbach 2015, Williams et al. 2009)

Durch die Forschung wurde gezeigt, dass die Kommunikation mit MitarbeiterInnen typischerweise abhängiges Verhalten der BewohnerInnen verstärkt und Kontrollverhalten hervorruft. Weiters können ältere Erwachsene, die durch die bevormundende Kommunikation ein inkompetentes und abhängiges Dasein vermittelt bekommen, mit einer verminderten Selbstbeherrschung, Depression, Rückzug und der Annahme von abhängigen Verhaltensweisen reagieren. (Williams 2006) Die Verwendung der Babysprache hat gezeigt, dass eine positive Kommunikation mit dem Gegenüber behindert wird und zu Frustration von Seiten der BewohnerInnen führt. Weiters kann es schneller zu Spannungen führen, als bei der Verwendung der normalen Sprache. (Grimme, Buchanan & Afflerbach 2015)

Die Studie von Williams et al. (2009) legt nahe, dass PflegeheimbewohnerInnen mit Demenz signifikant häufiger Widerstand gegen Pflegehandlungen aufweisen und es in weiterer Folge zu einem Problemverhalten kommt, wenn das Pflegepersonal im Vergleich zu normalen Erwachsenengesprächen die Babysprache benutzt. Auch Samuelsson, Adolfsson & Persson (2013) fanden heraus, dass unter diesen Bedingungen die Probabilität erhöht ist, dass HeimbewohnerInnen Widerstand gegen Pflegehandlungen leisten.

Bei einer Befragung waren 54% der Pflegepersonen der Meinung, dass Ältere die Babysprache als respektlos und entwürdigend empfinden (Grimme, Buchanan & Afflerbach 2015). Zu diesem Ergebnis kam auch Lombardi et al. (2014), da die Bewertungen der Angemessenheit niedriger waren, wenn die BewohnerInnen als verärgert beschrieben wurden. Dies weist darauf hin, dass die Pflegepersonen ein gewisses Bewusstsein dafür haben, dass die Babysprache als respektlos wahrgenommen werden kann und bereits aufgewühlte BewohnerInnen verärgern kann. Darüber hinaus werden EmpfängerInnen der Babysprache als weniger handlungsfähig, inkompetenter, in einer schlechteren Stimmung, mit einem schlechteren Erinnerungsvermögen und reduzierten Kommunikationsfähigkeiten im Vergleich zu EmpfängerInnen von nichtdiskriminierenden Äußerungen bewertet. Diese Annahme wird von den Individuen, mit denen in der Babysprache kommuniziert wird, gestützt, da sie angeben, sich herablassend, respektlos und abgelehnt behandelt zu fühlen. (Lombardi et al. 2014)

Sowohl Samuelsson, Adolfsson & Persson (2013) als auch Williams et al. (2009) beschreiben, dass die Betroffenen auf die verbale Diskriminierung häufig mit einer verminderten Selbstachtung, sozialem Rückzug, Depression und einem verstärkten Abhängigkeitsverhalten reagieren.

Ferner kann die Babysprache bei älteren Menschen zum Kommunikationsabbau führen und ein Problemverhalten auslösen. Durch die Vermittlung der impliziten Botschaft der Inkompetenz beginnt für ältere Menschen eine immer weiter fortschreitende negative Abwärtsspirale (Williams et al. 2009). Es wird eine verminderte Beteiligung der BewohnerInnen an Gesprächen mit den Pflegepersonen unter Verwendung der Babysprache beschrieben. Das deutet darauf hin, dass die Babysprache das Engagement der BewohnerInnen reduziert. (Williams 2006)

HeimbewohnerInnen, die Anweisungen zum Erledigen von Aufgaben in der Babysprache erhielten, berichteten über eine negative Wahrnehmung aufgrund der herablassenden und erniedrigenden Kommunikation. Außerdem machten sie Aussagen darüber, dass die Anweisungen dadurch schwerer zu verstehen waren. Folglich erledigten diese BewohnerInnen, die die Anweisungen in der Babysprache

erhielten, die Aufgaben nicht genauer als diejenigen, die mit einer nichtdiskriminierenden Sprache angeleitet wurden. (Williams et al. 2009)

Weitere Studien haben ergeben, dass ältere Menschen, die nicht von der Babysprache betroffen sind, diejenigen, die im Pflegeheim leben, als weniger kompetent einstufen und beschreiben, wenn mit ihnen auf eine patronisierende Weise kommuniziert wird (Tourette & Meeks 2000).

Während die Verwendung eines von der Familie bestimmten Spitznamens angemessen sein kann, kann durch eine generalisierte Verwendung von Kosenamen für alle Bewohner die Grenze zwischen Respekt und Respektlosigkeit überschritten werden. Kognitiv intakte ältere Menschen berichten, dass implizite Botschaften von Inkompetenz und Abhängigkeit eine Bedrohung für das Selbstkonzept, das Angesicht und die Persönlichkeit darstellen, obwohl genau das für das Wohlbefinden von Menschen mit Demenz von Bedeutung ist. (Williams 2006)

Diese negativen Auswirkungen für die BewohnerInnen haben auch für die Pflegepersonen Konsequenzen. Pflegekräfte, die die Babysprache anwenden, werden von den BewohnerInnen als unfreundlicher, weniger fürsorglich und weniger kompetent empfunden, als jene, die diese Sprache nicht verwenden (Grimme, Buchanan & Afflerbach 2015). Zusätzlich werden diese MitarbeiterInnen dominanter wahrgenommen, als andere (Samuelsson, Adolfsson & Persson 2013). Weitere Studien haben im Allgemeinen festgestellt, dass Pflegepersonen, die die Babysprache ausüben, in Bezug auf eine Reihe von Merkmalen, wie zum Beispiel Professionalität, Respekt, Freundlichkeit, Hilfsbereitschaft und Kompetenz, im Vergleich zu Pflegepersonen, die die neutrale Sprache verwenden, negativer angesehen werden (Lombardi et al. 2014).

Teile der Babysprache können unter bestimmten Umständen nützlich sein, um die Kommunikation zu verbessern (Grimme, Buchanan & Afflerbach 2015). Nicht alle älteren Menschen reagieren negativ auf diese Kommunikationsart, das belegen Grimme, Buchanan & Afflerbach (2015) in ihrer Studie, da 73% der HeimbewohnerInnen positive Reaktionen zeigten.

Die Verlangsamung der Sprache und die Vereinfachung von Sätzen kann von Vorteil für das Verständnis, insbesondere bei Demenzerkrankungen, sein. (Grimme,

Buchanan & Afflerbach 2015)

So können kurze Sätze und ein vereinfachtes Vokabular Einschränkungen des Arbeitsgedächtnisses überwinden (Williams 2006).

Vor allem die Intonation der Babysprache wird von institutionalisierten älteren Menschen oft als akzeptabler empfunden (Grimme, Buchanan & Afflerbach 2015). Grimme, Buchanan & Afflerbach (2015) beschreiben in ihrer Studie, dass es durchaus möglich ist, dass die Babysprache die BewohnerInnen beruhigt und Komfort und Vertrautheit vermittelt, besonders bei intimen Pflegeaufgaben. Auch Samuelsson, Adolfsson & Persson (2013) haben herausgefunden, dass der Babysprache eine beruhigende Wirkung zugeschrieben wird.

Einige institutionalisierte Menschen bevorzugen eine vereinfachte und langsame Sprache und berichten auch darüber, wie hilfreich dieser Sprachstil sein kann (Tourette & Meeks 2000).

Weiters kann davon ausgegangen werden, dass eine Verringerung der Äußerungslänge das Verständnis für ältere Menschen verbessert. Der Grund dafür liegt daran, dass dies die Anforderungen an das Arbeitsgedächtnis verringert, was ein wichtiges Merkmal der Babysprache darstellt. (Samuelsson, Adolfsson & Persson 2013)

Obwohl funktionale und kognitive Fähigkeiten eine signifikante Rolle bei der Wahrnehmung der bevormundenden Sprache spielen können, ist es auch möglich, dass sich PflegeheimbewohnerInnen als EmpfängerInnen dieser diskriminierenden Sprache daran gewöhnt haben. Dies könnte erklären, warum BewohnerInnen, die wahrscheinlich am meisten bevormundet werden, die Babysprache am wenigsten beleidigend finden. (Tourette & Meeks 2000)

## 4. Diskussion

Ziel dieser Arbeit war es, die Häufigkeit, Ursachen und Folgen der Verwendung der Babysprache aufzuzeigen.

Der erste Teil der Diskussion setzte sich mit der Häufigkeit und den Gründen für die Verwendung der Babysprache auseinander. Im zweiten Teil werden die positiven und negativen Auswirkungen auf die BewohnerInnen verglichen und diskutiert.

Grimme, Buchanan & Afflerbach (2015) sowie Williams (2006) fanden in ihren Studien heraus, dass alle TeilnehmerInnen bereits Erfahrungen mit der Babysprache hatten. Lombardi et al. (2014) berichteten, dass ungefähr 22% der Sätze der Pflegekräfte Merkmale der Babysprache aufwiesen. Der Grund für diesen enormen Unterschied könnte die größere Stichprobe in der Studie von Lombardi et al. (2014) sein. Sie inkludierten 134 Pflegekräfte, im Gegensatz zu Grimme, Buchanan & Afflerbach (2015) und Williams (2006), die lediglich 26 und 37 Pflegepersonen befragten.

Diese Ergebnisse lassen darauf schließen, dass diese diskriminierende Sprache allgegenwärtig ist und beinahe von jeder Pflegeperson in irgendeiner Art und Weise verwendet wird. Detaillierte Informationen zur Häufigkeit der Babysprache konnten nicht gefunden werden. Dies könnte daran liegen, dass die Babysprache, die mit einer großen Wahrscheinlichkeit in institutionellen Einrichtungen wie Krankenhäusern und Pflegeheimen verwendet wird (Grimme, Buchanan & Afflerbach 2015), in die Kategorie personale Gewalt fällt und Gewalt gegen gewisse Altersgruppen in Institutionen meistens verharmlost und gerechtfertigt wird (Hirsch 2015). Deswegen sollte ein Ziel von zukünftigen Forschungen sein, die Prävalenz der Babysprache zu ermitteln.

### Diskussion der Gründe für die Verwendung der Babysprache

Den meisten Pflegepersonen ist nicht bewusst, dass sie verbale Interaktionen in der Babysprache führen. Das könnte damit zusammenhängen, dass sie bei der Kommunikation mit pflegebedürftigen Menschen automatisch ein wohlbehagliches Gefühl und familiäres Klima vermitteln möchten. (Grimme, Buchanan & Afflerbach

2015) Es lässt darauf schließen, dass in weiterer Folge die Ursachen negativer Reaktionen, wie zum Beispiel der Widerstand gegen Pflegehandlungen, oft gar nicht mit dem Sprachstil in Verbindung gebracht werden und das Verhalten der BewohnerInnen falsch interpretiert wird (Williams et al. 2009).

Einige Pflegekräfte glauben, dass sie durch die Babysprache den BewohnerInnen freundlicher erscheinen und eine klare Kommunikation schaffen. Dies wird jedoch von jenen Pflegebedürftigen widerlegt, die beschreiben, dass sie die VerwenderInnen dieses Sprachstils als unfreundlich und inkompetent empfinden (Grimme, Buchanan & Afflerbach 2015). Zusätzlich werden diese Pflegepersonen in Bezug auf Professionalität, Hilfsbereitschaft und Kompetenz dadurch schlechter beurteilt (Lombardi et al. 2014).

Ein weiteres Ergebnis dieser Arbeit ist, dass die Pflegekräfte die Babysprache besonders bei kognitiv beeinträchtigten PflegeheimbewohnerInnen und bei jenen, die über 70 Jahre alt sind, für angebracht halten (Grimme, Buchanan & Afflerbach 2015). Aufbauend auf der analysierten Literatur kann ein Grund dafür das Vorhandensein von Altersstereotypen sein. Dadurch, dass die negativen Stereotypen, wie zum Beispiel die Attribute *gebrechlich*, *langsam* und *hilfsbedürftig*, in der Gesellschaft verankert sind, wird die intragenerationale Kommunikation beeinflusst (Williams, Kemper & Hummert 2004). Auch Tourette & Meeks (2000) führten das Auftreten dieser bevormundenden Sprache auf negative Altersstereotypen zurück.

Jedoch gibt es auch Situationen, wie zum Beispiel Interaktionen mit Menschen mit depressiven Erkrankungen, die nicht mit dem Alter assoziiert werden, und trotzdem die Verwendung der Babysprache hervorrufen (Grimme, Buchanan & Afflerbach 2015).

Weitere Ursachen für die Verwendung der Babysprache sind die hohe Arbeitsbelastung und die persönlichen Stressoren für die Pflegepersonen, die in der Studie von Williams (2006) beschrieben werden.

Neben großen psychischen Belastungen führen vor allem das ständige Heben und Tragen zu körperlichen Belastungen (Schmid et al. 2010). Dies könnte der Grund dafür sein, dass ein geringer Teil von 15 % der Befragten die Babysprache als

Hilfsmittel bevorzugt. Es wird versucht, die BewohnerInnen zur Zusammenarbeit zu bewegen und dadurch gewisse Belastungen zu vermeiden. (Grimme, Buchanan & Afflerbach 2015)

### Diskussion der Folgen für HeimbewohnerInnen

Sowohl Grimme, Buchanan & Afflerbach (2015) als auch Williams et al. (2009) kamen zur Erkenntnis, dass durch die Verwendung der Babysprache bei Demenzerkrankten ein Widerstand von Seiten der BewohnerInnen ausgelöst wird. Eine erhöhte Wahrscheinlichkeit dafür beschreiben auch Samuelsson, Adolfsson und Persson (2013) in ihrer Studie. Erklärt könnte dieses Phänomen dadurch werden, dass dieser Sprachstil die Kommunikation mit den BewohnerInnen behindert und es zu Frustration bei den Betroffenen kommt (Samuelsson, Adolfsson & Persson 2013). Williams (2009) beschreibt, dass, obwohl eine generelle Verbindung zwischen der Kommunikation und einem ablehnenden bzw. widerstandsfähigen Verhalten hergestellt werden kann, Interventionen zur Optimierung der Kommunikation in der Demenzversorgung zum größten Teil ausständig sind.

BewohnerInnen aus Pflegeeinrichtungen äußern auch, dass sie sich durch diesen Kommunikationsstil herablassend, respektlos und abgelehnt behandelt fühlen (Lombardi et al. 2014). Auch Rothermund und Mayer (2009) beschreiben bevormundende Sprachmuster in ihrem Buch als unangemessen, unhöflich und abwertend. Sie kamen zur Erkenntnis, dass dies sowohl von älteren Betroffenen, als auch von jüngeren als Mangel an Respekt empfunden wird (Rothermund & Mayer 2009). Überraschend ist, dass sogar 54% der Pflegepersonen in einer Studie der Meinung sind, dass Ältere die Babysprache als respektlos und entwürdigend empfinden (Grimme, Buchanan & Afflerbach 2015). Verständlicher ist dadurch auch, dass die Verwendung der Babysprache zu einer verminderten Selbstbeherrschung, Depression, Rückzug und abhängigen Verhaltensweisen führen kann (Williams 2006).

Allgemein führt dieser Sprachstil indirekt zur Ausgrenzung älterer Menschen, indem ihnen die Möglichkeit genommen wird, als gleichberechtigte PartnerInnen an der

Interaktion teilzunehmen (Rothermund & Mayer 2009). In Bezug auf eine klare Kommunikation haben Williams et al. (2009) herausgefunden, dass vor allem kognitiv intakte HeimbewohnerInnen Anweisungen in der Babysprache schwerer verstehen und dementsprechend nicht besser erledigen können. In weiterer Folge wird ein Abbau der Kommunikationsfähigkeit beschrieben, der ein Problemverhalten auslösen kann und durch ein vermindertes Erinnerungsvermögen eine negative Abwärtsspirale aktivieren kann (Williams et al. 2009). Im Gegensatz dazu weisen Tourette & Meeks (2000) aber darauf hin, dass die Babysprache bei älteren Menschen eher von der Gesellschaft geduldet wird, wenn eine geringe Erwartung an deren Kompetenz besteht. Besonders BewohnerInnen mit niedrigeren funktionellen Fähigkeiten haben eine größere Toleranz gegenüber diesem Sprachstil (Tourette & Meeks 2000).

Grimme, Buchanan & Afflerbach (2015), Williams (2006), Samuelsson, Adolfsson und Persson (2013) und Williams et al. (2009) beschrieben alle das Auftreten eines verstärkten Abhängigkeitsverhaltens als Folge der Babysprache. Dadurch, dass die BewohnerInnen das Gefühl von persönlicher Inkompetenz vermittelt bekommen (Williams 2006), ziehen sie sich zurück (Samuelsson, Adolfsson & Persson 2013) und in weiterer Folge kann dies zu einem psychischen und physischen Abbau führen.

Neben zahlreichen negativen Auswirkungen der Babysprache auf Menschen in institutionellen Einrichtungen werden dennoch einige positive Aspekte beleuchtet. Grimme, Buchanan & Afflerbach (2015) erläutern, dass bei BewohnerInnen mit Demenz eine langsame und einfache Sprache zwischen den InterakteurInnen aufgrund eines besseren Verständnisses vorteilhaft sein kann.

Das liegt daran, dass es bei Menschen mit demenziellen Erkrankungen zu verschiedenen kognitiven Defiziten, wie zum Beispiel Aphasie, kommen kann. Darunter wird eine Sprachstörung verstanden, die sich durch eine Wortfindungsstörung und eine Störung des Sprachverständnisses ausdrückt. (Matolycz 2011) Eine einfache Kommunikation ermöglicht so die Aufrechterhaltung einer besseren Interaktion zwischen Pflegebedürftigen und Pflegepersonal. Weiters kann davon ausgegangen werden, dass eine Verringerung der Äußerungslänge das Verständnis für ältere Menschen verbessert, da kurze Sätze die Anforderungen an das Arbeitsgedächtnis verringern, was ein wichtiges Merkmal der Babysprache

darstellt (Samuelsson, Adolfsson & Persson 2013). Gestützt wird diese Annahme durch die Studie von Schapkin (2012). Er beschreibt eine Abnahme des Arbeitsgedächtnisses mit zunehmendem Alter, da es zu einer verringerten Fähigkeit kommt, relevante Informationen abzurufen und irrelevante Informationen zu unterbinden (Schapkin 2012).

Eine weitere positive Folge sehen Grimme, Buchanan & Afflerbach (2015) in der Möglichkeit, die BewohnerInnen durch die Babysprache zu beruhigen und ein Gefühl von Komfort und Vertrautheit, speziell bei intimen Pflegehandlungen, zu vermitteln.

Durch die Verwendung von kurzen, klar formulierten Sätzen, langsamen Sprechens und kurzen Sprechpausen zwischen den einzelnen Themen (Matolycz 2011), werden die Patienten nicht überfordert und können entspannt an den Pflegehandlungen teilhaben bzw. mitarbeiten.

Tourette & Meeks (2000) berichten, dass einige Pflegeheimbewohnerinnen die Babysprache als hilfreich empfinden.

Das darf jedoch nicht verallgemeinert werden, da es immer von den einzelnen BewohnerInnen, sowie von der Persönlichkeit der Pflegenden abhängt (Matolycz 2011). Es ist jedoch auch möglich, dass sich ältere Menschen an diese diskriminierende Sprache gewöhnt haben und sie deswegen nicht mehr als beleidigend oder herablassend wahrnehmen, obwohl sie vermutlich am häufigsten bevormundet werden. Da diese Bevormundung am ehesten geduldet wird, wenn eine geringere Erwartung an die Kompetenz älterer Menschen vorausgesetzt wird, kann eine höhere Toleranz gegenüber der Babysprache bei Pflegebedürftigen mit niedrigen funktionellen Fähigkeiten bestätigt werden. (Tourette & Meeks 2000)

Ein weiterer Diskussionspunkt stellt die Verwendung von Spitznamen für HeimbewohnerInnen dar. Auf der einen Seite können Spitznamen, die von den Familien der Betroffenen verwendet werden, angemessen sein, jedoch nur nach Absprache mit den BewohnerInnen. Auf der anderen Seite kann eine Generalisierung von Kosenamen die Grenze zwischen Respekt und Respektlosigkeit überschreiten. (Williams 2006) Es ist durchaus möglich, dass die Pflegepersonen durch die Babysprache, speziell durch einen Spitz- bzw. Kosenamen, für manche Menschen ein familiäres Klima schaffen (Grimme,

Buchanan & Afflerbach 2015). Hierbei muss jedoch individuell auf den Menschen eingegangen werden, besonders in der Hinsicht, wie der Betroffene zu diesem Namen steht (Matolycz 2011). Wenn die BewohnerInnen kritisch dem Namen oder der Pflegeperson, die ihn verwendet, gegenüberstehen (Matolycz 2011), kann das schnell zu einer respektlosen und unprofessionellen Wahrnehmung der Pflegekraft führen (Lombardi et al. 2014).

Obwohl die Babysprache auch einige positive Effekte hervorrufen kann, bevorzugen PflegeheimbewohnerInnen grundsätzlich eine nicht patronisierende Sprache, unabhängig ihrer kognitiven Fähigkeiten oder der bereits verbrachten Jahre in einer Institution (Samuelsson, Adolfsson & Persson 2013, Tourette & Meeks 2000).

Aufgrund dieser Ergebnisse und der zusätzlich vorhandenen Literatur wurde festgestellt, dass die Babysprache in der Altenpflege abzulehnen ist. Eine einfache und klare Sprache mit kurzen Sätzen, ohne Verniedlichungen oder veränderte Tonhöhe kann jedoch angewendet werden, um das Verständnis für ältere Menschen zu erleichtern.

## **5. Stärken und Limitationen der Literaturübersicht**

Diese Abschlussarbeit weist sowohl Schwächen, als auch Stärken auf.

Eine Schwäche dieser Literaturübersicht ist, dass durch den geringen Zeitraum von 10 Jahren weitere wichtige Forschungsergebnisse nicht inkludiert werden konnten. Weiters wurden nur Studien aus den Datenbanken PubMed und Cinahl, in den Sprachen Deutsch oder Englisch, verwendet, was zur Folge hat, dass Studien, die in anderen Sprachen möglicherweise aussagekräftiger wären und zusätzliche Informationen zu diesem Thema beinhalten würden, nicht in dieser Arbeit berücksichtigt werden konnten.

Eine Stärke dieser Arbeit ist, dass eine systematische Literaturrecherche mit Mesh-Terms als Suchstrategie durchgeführt wurde. Zusätzlich weisen alle Studien eine Bewertung von über 70% auf, was die Glaubwürdigkeit der Daten verstärkt.

## 6. Schlussfolgerung

Diese Bachelorarbeit legt nahe, dass die Babysprache sowohl positive als auch negative Auswirkungen auf die BewohnerInnen in Pflegeeinrichtungen haben kann.

Grundsätzlich sollte die Babysprache vermieden werden, da sie die älteren Menschen diskriminiert und die negativen Auswirkungen überwiegen.

Obwohl die meisten BewohnerInnen die Babysprache ablehnen, gibt es durchaus Angaben dazu, dass eine einfache, klare und langsame Sprache als hilfreich empfunden wird. Teile dieses Sprachstils vereinfachen die Kommunikation mit älteren Menschen und können unter bestimmten Voraussetzungen angebracht sein. Die Problematik besteht häufig darin, dass die Pflegekräfte durch die Verwendung falsche Botschaften vermitteln und sich deren Folgen nicht bewusst sind. Am häufigsten wird beschrieben, dass es durch diese Kommunikation vermehrt zu einem Widerstand gegen Pflegehandlungen von Seiten der BewohnerInnen kommt. Daraus entsteht meistens ein unerklärliches Problemverhalten für die Pflegekräfte, da die zu Pflegenden das Gefühl von Inkompetenz vermittelt bekommen. Zusätzlich verwenden die meisten Pflegepersonen die Babysprache unbewusst, was dazu führt, dass die Pflegenden als respektlos, inkompetent, unprofessionell und herablassend empfunden werden. Dies kann in weiterer Folge bei PflegeheimbewohnerInnen eine verminderte Selbstbeherrschung, Depression, Rückzug und abhängige Verhaltensweise verursachen.

Problematisch kann auch das Verwenden von Spitznamen sein, da besonders hier individuell auf den älteren Menschen eingegangen werden muss. Bezüglich der Prävalenz der Verwendung wurde festgestellt, dass alle teilnehmenden Pflegekräfte der Studien Erfahrungen mit der Babysprache haben, jedoch wird in der Literatur nicht ausführlich darauf eingegangen.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass die Kommunikation in der Pflege von großer Bedeutung ist und eine unbewusste und unreflektierte Verwendung die Ursache für viele Probleme in der Pflege sein kann.

## 6.1 Praxisempfehlung

Regelmäßige Gruppensitzungen in der Praxis wären empfehlenswert, um die Pflegekräfte allgemein über die Babysprache zu informieren und über die Auswirkungen dieses Sprachstils auf die BewohnerInnen einer Pflegeanstalt aufzuklären. Interventionskonzepte zur Reduzierung der diskriminierenden Sprache sollten erstellt und in Seminaren oder Vorträgen präsentiert werden. Kommunikationsprogramme, in denen den Pflegepersonen beigebracht wird, in einer einfachen und klaren Sprache, aber nicht patronisierend mit den HeimbewohnerInnen zu kommunizieren, sollten eingeführt werden.

## 6.2 Forschungsempfehlung

Zukünftige ForscherInnen sollten sich ausführlich mit der Prävalenz der Anwendung der Babysprache in Pflegeheimen beschäftigen, um exakte oder vergleichbare Daten zu sammeln. Zusätzlich sollte das Verhalten der BewohnerInnen in Pflegeeinrichtungen evaluiert werden, um herauszufinden, inwieweit Pflegehandlungen erschwert werden, wenn die Babysprache als Kommunikationsmittel verwendet wird.

## Literaturverzeichnis

1. Brauer, K & Clemens, W (eds.) 2010, "Ageism: Fakt oder Fiktion", in *Zu alt? „Ageism“ und Altersdiskriminierung auf Arbeitsmärkten*, Springer Verlag, pp. 21-60.
2. Gendron, T, L, Welleford, E, A, Inker, J & White, J, T 2016, The Language of Ageism: Why We Need to Use Words Carefully, *The Gerontologist*, pp. 1-10, doi: 10.1093/geront/gnv066
3. Gray, J, R 2017, 'Review of Relevant Literature', in Gray, J, R, Grove, S, K & Sutherland, S, *Burns and Grove's the practice of nursing research: appraisal, synthesis, and generation of evidence*, Elsevier, 8th edn, Missouri, pp. 120–137.
4. Grimme, T, M, Buchanan, J & Afflerbach, S 2015, Understanding Elderspeak from the Perspective of Certified Nursing Assistants, *Journal of Gerontological Nursing*, vol. 41, no. 11, pp. 42- 49, doi: 10.3928/00989134-20151015-05
5. Hawker, S, Payne, S, Kerr, C, Hardey, M & Powell, J 2002, Appraising the Evidence: Reviewing Disparate Data Systematically, *Qualitative Health Research* 12(9): 1284-1299.
6. Hirsch, R, D 2015, Gewalt gegen alte Menschen. Erkennen-Sensibilisieren-Handeln! in *Bundesgesundheitsblatt*, vol. 59, pp.105–112.
7. Kornadt, A, E & Rothermund K 2011, Dimensionen und Deutungsmuster des Alterns, Vorstellungen vom Altern, Altsein und der Lebensgestaltung im Alter, *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, vol. 44, no. 5, pp. 291-298, doi: 10.1007/s00391-011-0192-3
8. La Tourette, T, R & Meeks, S 2000, Perceptions of Patronizing Speech by Older Women in Nursing Homes and in the Community, Impact of Cognitive Ability and Place of Residence, *Journal of Language and Social Psychology*, vol. 19, no. 4, pp. 463-473, doi: 10.1177/0261927X00019004004

9. Lombardi, N, J, Buchanan, J, A, Afflerbach, S, Campana, K, Sattler, A & Lai, D 2014, Is Elderspeak Appropriate?, A Survey of Certified Nursing Assistants, *Journal of Gerontological Nursing*, vol. 40, no.11, pp. 44-52, doi:10.3928/00989134-20140407-02
10. Matolycz, E 2011, *Pflege von alten Menschen*, Springer-Verlag, Wien.
11. Moher, D, Liberati, A, Tetzlaff, J & Altman, D, G 2011, *Bevorzugte Report Items für systematische Übersichten und Meta-Analysen: Das PRISMA-Statement*, *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 136: e9-e15.
12. Pohlmann, S 2001, *Das Altern der Gesellschaft als globale Herausforderung-Deutsche Impulse*, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Band 201, W. Kohlhammer Verlag, Stuttgart, Berlin, Köln.
13. Richeson J, A & Shelton J, N 2006, A Social Psychological Perspective on the Stigmatization of Older Adults, in Carstensen, L, L & Hartel, C, R (eds.), *When I'm 64*, National Academies Press (US), Washington DC.
14. Rothermund, K & Mayer, A, -K 2009, *Altersdiskriminierung: Erscheinungsformen, Erklärungen und Interventionsansätze*, 1. Aufl., Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
15. Samuelsson, C, Adolfsson, E & Persson, H 2013, The use and characteristics of elderspeak in Swedish geriatric institutions, *Clinical Linguistics & Phonetics*, 27(8), pp. 616–631, doi: 10.3109/02699206.2013.773382
16. Schambortski, H 2014, Pflege als Interaktion, in Menche, N (ed.), *Pflege Heute*, 6. Auflage, Urban & Fischer Verlag, München.
17. Schapkin, S, A 2012, Altersbezogene Änderungen kognitiver Fähigkeiten-kompensatorische Prozesse und physiologische Kosten, in *Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin* (ed.), Dortmund, Berlin, Dresden.
18. Schmid, T, Troy, C, -D, Brunner, A, Bürg, T, M, Bobens, C & Wagner, A 2010, *Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen in den*

- Gesundheitsberufen in Wien und Niederösterreich sowie bei angestellten ÄrztInnen in NÖ*, Sozialökonomische Forschungsstelle, Zwischenbericht.
19. Schroyen, S, Adam, S, Marquet, M, Jerusalem, G, Thiel, S, Giraudet, A, -L & Missotten, P 2017, Communication of healthcare professionals: Is there ageism?, *European Journal of Cancer Care*, doi: 10.1111/ecc.12780
  20. Statistik Austria 2017, *Vorausgerechnete Bevölkerungsstruktur für Österreich 2016-2100 laut Hauptszenario*, viewed 30 November 2017, [https://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/bevoelkerung/demographische\\_prognosen/bevoelkerungsprognosen/027308.html](https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/027308.html).
  21. Statistisches Bundesamt 2013, *Weltbevölkerung: Anteil der über 65-Jährigen verdoppelt sich bis 2050 auf 15,6 %*, viewed 02.12.2017, [https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/zdw/2013/PD13\\_028\\_p002.html](https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/zdw/2013/PD13_028_p002.html)
  22. Stückler, A & Ruppe, G 2015, *Österreichische Interdisziplinäre Hochaltrigenstudie, Zusammenwirken von Gesundheit, Lebensgestaltung und Betreuung*, Österreichische Plattform für Interdisziplinäre Altersfragen, Wien.
  23. Williams, K, N 2006, Improving Outcomes of Nursing Home Interactions, *Research in Nursing & Health*, vol. 29, pp. 121–133.
  24. Williams, K, Kemper, S & Hummert, M, L 2004, Enhancing Communication With Older Adults: Overcoming Elderspeak, *Journal of Gerontological Nursing*, vol. 30(10), doi: 10.3928/0098-9134-20041001-08
  25. Williams, K, N, Herman, R, Gajewski, B & Wilson, K 2009, Elderspeak Communication: Impact on Dementia Care, *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, vol. 24, no. 1, pp. 11-20, doi: 10.1177/1533317508318472
  26. Winkler, P, Pochobradsky, E & Wirl, C 2012, *Gesundheit und Krankheit der älteren Generation: Endbericht*, Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Wien.

## Anhang

Bewertungsbogen: "Appraising the Evidence: Reviewing Disparate Data Systematically." Von Hawker et al. (2002).

Good=4

Fair=3

Poor=2

Very poor=1

### 1. Abstract and title

Did they provide a clear description of the study?

**Good:** Structured abstract with full information and clear title.

**Fair:** Abstract with most of the information.

**Poor:** Inadequate abstract.

**Very Poor:** No abstract.

### 2. Introduction and aims

Was there a good background and clear statement of the aims of the research?

**Good:** Full but concise background to discussion/study containing up- to date literature review and highlighting gaps in knowledge. Clear statement of aim AND objectives including research questions.

**Fair:** Some background and literature review. Research questions outlined.

**Poor:** Some background but no aim/objectives/questions, or Aims/objectives but inadequate background.

**Very Poor:** No mention of aims/objectives. No background or literature review.

### 3. Method and data

Is the method appropriate and clearly explained?

**Good:** Method is appropriate and described clearly (e.g., questionnaires included). Clear details of the data collection and recording.

**Fair:** Method appropriate, description could be better. Data described.

**Poor:** Questionable whether method is appropriate. Method described inadequately. Little description of data.

**Very Poor:** No mention of method, AND/OR Method inappropriate, AND/OR No details of data.

#### 4. Sampling

Was the sampling strategy appropriate to address the aims?

**Good:** Details (age/gender/race/context) of who was studied and how they were recruited. Why this group was targeted. The sample size was justified for the study. Response rates shown and explained.

**Fair:** Sample size justified. Most information given, but some missing.

**Poor:** Sampling mentioned but few descriptive details.

**Very Poor:** No details of sample.

#### 5. Data analysis

Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?

**Good:** Clear description of how analysis was done. Qualitative studies: Description of how themes derived/ respondent validation or triangulation. Quantitative studies: Reasons for tests selected hypothesis driven/numbers add up/statistical significance discussed.

**Fair:** Qualitative: Descriptive discussion of analysis. Quantitative.

**Poor:** Minimal details about analysis.

**Very Poor:** No discussion of analysis.

#### 6. Ethics and bias

Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?

**Good:** Ethics: Where necessary issues of confidentiality, sensitivity, and consent were addressed. Bias: Researcher was reflexive and/or aware of own bias.

**Fair:** Lip service was paid to above (i.e., these issues were acknowledged).

**Poor:** Brief mention of issues.

**Very Poor:** No mention of issues.

#### 7. Results

Is there a clear statement of the findings?

**Good:** Findings explicit, easy to understand, and in logical progression. Tables, if present, are explained in text. Results relate directly to aims. Sufficient data are presented to support findings.

**Fair:** Findings mentioned but more explanation could be given. Data presented relate directly to results.

**Poor:** Findings presented haphazardly, not explained, and do not progress logically from results.

**Very Poor:** Findings not mentioned or do not relate to aims.

## **8. Transferability or generalizability**

Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?

**Good:** Context and setting of the study is described sufficiently to allow comparison with other contexts and settings, plus high score in Question 4 (sampling).

**Fair:** Some context and setting described, but more needed to replicate or compare the study with others, plus fair score or higher in Question 4.

**Poor:** Minimal description of context/setting.

**Very Poor:** No description of context/setting.

## **9. Implications and usefulness**

How important are these findings to policy and practice?

**Good:** Contributes something new and/or different in terms of understanding/insight or perspective. Suggests ideas for further research. Suggests implications for policy and/or practice.

**Fair:** Two of the above (state what is missing in comments).

**Poor:** Only one of the above.

**Very Poor:** None of the above

## **Studie 1: “Understanding Elderspeak from the Perspective of Certified Nursing Assistants”**

Grimme, Buchanan & Afflerbach 2015

### **Abstract and Title**

1. *Did they provide a clear description of the study?*

Der Titel passend zum Inhalt, könnte aber kürzer sein. Das Design fehlt.

Der Abstract ist gut strukturiert: Hintergrund, Ziel, Methode, Ergebnisse und Praxisempfehlung sind vorhanden.

### **Introduction and Aims**

2. *Was there a good background and clear statement of the aims of the research?*

Die Einleitung geht vom Allgemeinen ins Spezifische. Die Forschungslücken sind beschrieben. Die Forschungsfrage fehlt, ist aber vom Forschungsziel ableitbar.

Mehr als die Hälfte der verwendeten Literatur ist über 10 Jahre alt, d.h. nicht aktuell.

### **Method and Data**

3. *Is the method appropriate and clearly explained?*

Es wird begründet wieso diese Erhebungsmethode gewählt wurde. Fragen des semi-strukturierten Interviews werden angeführt. Angaben zur Vorbereitung der PartizipantInnen. Die Antworten des Interviews werden niedergeschrieben und digital aufgenommen. Der Zeitraum der Datenerhebung fehlt.

### **Sampling**

4. *Was the sampling strategy appropriate to address the aims?*

Sampling-Strategie bzw. Einschlusskriterien werden nicht angegeben.

Charakteristika über die PartizipantInnen werden im Text und in einer Tabelle beschrieben. Detaillierte Informationen zum Setting. Die Stichprobe ist sehr gering.

### **Data analysis**

5. *Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?*

Die Analysebeschreibung ist sehr oberflächlich.

Zwei ForscherInnen kodierten unabhängig voneinander und anschließend wurden die Datenblätter verglichen, um die Reliabilität zu bestimmen.

### **Ethics and bias**

6. *Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?*

Keine Angaben zur Ethikkommission.

Die Schriftliche Zustimmung der PartizipantInnen wird angegeben.

Information darüber, wie die Vorurteile der ProbandInnen verhindert wurden.

### **Results**

7. *Is there a clear statement of the findings?*

Die Ergebnisse sind gut strukturiert und in 6 Kategorien mit Unterüberschriften eingeteilt. Gutes Verständnis, durch die angeführten Beispiele aus dem Interview. Die Resultate passen zum Forschungsziel.

### **Transferability or generalizability**

8. *Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?*

Durch die geringe PartizipantInnenanzahl ist unklar, ob die Ergebnisse auf eine größere Population von „Certified Nursing Assistants“ generalisiert werden können.

## **Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?**

Forschungsempfehlungen sind vorhanden.

Die Ergebnisse sind nützlich für die Erstellung von Trainingsprogrammen, um die Babysprache in der Praxis zu vermindern.

## **Studie 2: “Is Elderspeak appropriate? A Survey of Certified Nursing Assistants”**

Lombardi et al. 2014

### **Abstract and Title**

#### *1. Did they provide a clear description of the study?*

Ja, lediglich das Design wird nicht angegeben. Die Forschungslücke wird im Abstract nicht klar dargestellt. In der Methode fehlt die Stichprobengröße.

### **Introduction and Aims**

#### *2. Was there a good background and clear statement of the aims of the research?*

Die Einleitung führt vom Allgemeinen ins Spezifische und enthält neben der Forschungslücke und dem Forschungsziel weitere wichtige Informationen.

### **Method and Data**

#### *3. Is the method appropriate and clearly explained?*

Unterteilung und ausführliche Beschreibung der PartizipantInnen, des Settings, der Materialien und des Prozederes. Jedoch keine Angaben zu: Design, Rekrutierung der PartizipantInnen und Zeitpunkt der Datensammlung.

## **Sampling**

4. *Was the sampling strategy appropriate to address the aims?*

Eine Stichprobengröße von 134 Certified nursing assistants ist angemessen, jedoch gibt es keine Angaben zur Samplingstrategie.

## **Data analysis**

5. *Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?*

Das Analyseverfahren ist ungenau beschrieben, dadurch fällt es schwer die Analyse zu verstehen.

## **Ethics and bias**

6. *Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?*

Ethikkommission und Einwilligung der PartizipantInnen wird angegeben. Spezifische ethische Fragen werden nicht erwähnt.

Die AutorInnen geben an, wie sie Vorurteile der TeilnehmerInnen vermeiden.

## **Results**

7. *Is there a clear statement of the findings?*

Die Resultate sind verständlich beschrieben und die Tabellen werden im Text erklärt. Kurze Zusammenfassung von den Ergebnissen am Ende des Ergebnisteils.

## **Transferability or generalizability**

8. *Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?*

Die eingeschränkte Diversität in der Stichprobe begrenzt die Generalisierbarkeit der Ergebnisse auf andere Populationen.

## **Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?**

Die Ergebnisse der Studie sind nützlich für die Erstellung von Programmen zur Verbesserung der Kommunikation. Kulturelle Unterschiede und deren Auswirkungen auf den Gebrauch und die Wirkung der Babysprache sind in der Regel zu wenig erforscht und ein wichtiger Bereich für zukünftige Forschungen.

## **Studie 3: “The use and characteristics of elderspeak in Swedish geriatric Institutions”**

Samuelsson, Adolfsson & Persson 2013

### **Abstract and Title**

#### *1. Did they provide a clear description of the study?*

Der Titel stimmt mit dem Inhalt des Textes überein, jedoch fehlt das Forschungsdesign.

Die Forschungslücke und das Design fehlen im Abstrakt.

Die Resultate werden im Abstract genauer beschreiben.

Praxis- und Forschungsempfehlung fehlen.

### **Introduction and Aims**

#### *2. Was there a good background and clear statement of the aims of the research?*

Die Einleitung führt vom Allgemeinen ins Spezifische. Es werden Forschungslücken aufgezeigt, Forschungsziel und Forschungsfragen sind am Ende der Einleitung enthalten.

## **Method and Data**

### *3. Is the method appropriate and clearly explained?*

Das Methodendesign und der Zeitpunkt der Datensammlung fehlen. Der Vorgang der Datensammlung ist gut beschrieben und die Zustimmung der PartizipantInnen ist vorhanden.

## **Sampling**

### *4. Was the sampling strategy appropriate to address the aims?*

Die Samplingstrategie und die Angaben zur Rekrutierung fehlen. Die Stichprobengröße und die Charakteristika bezüglich Alter, Geschlecht und Sprache der ProbandInnen sind angegeben. Das Setting ist klar beschrieben. Die Stichprobengröße ist sehr gering.

## **Data analysis**

### *5. Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?*

Die Datenanalyse wurde kurz und einfach beschrieben. Das Signifikanzniveau wird in einer Tabelle angeführt.

## **Ethics and bias**

### *6. Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?*

Es gibt Angaben zur Einhaltung der ethischen Standards, jedoch fehlen Informationen zur informierten Zustimmung und zum Datenschutz.

## **Results**

### *7. Is there a clear statement of the findings?*

Die Resultate werden klar dargestellt und die Tabellen werden im Text erklärt. Beispiele aus den Aufnahmen werden angeführt. Kurze Zusammenfassung der Resultate am Ende des Ergebnisteils.

### **Transferability or generalizability**

8. *Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?*

Die Ergebnisse können schwer auf eine größere Population übertragen werden, da die Stichprobe sehr gering ist.

### **Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?**

Die Ergebnisse sind nützlich für die Erstellung von Trainingsprogrammen und die Verwendung konkreter Beispiele erhöht womöglich das Bewusstsein für den Interaktionsstil.

## **Studie 4: “Perceptions of Patronizing Speech by Older Women in Nursing Homes and in the Community”**

Tourette & Meeks 2000

### **Abstract and Title**

1. *Did they provide a clear description of the study?*

Der Titel enthält alle wichtigen Informationen, bis auf das Design.

Im Abstract fehlt der Hintergrund und die Forschungslücke, die Methode wird nicht beschrieben und die Schlussfolgerung mit Praxis- und Forschungsempfehlung ist nicht vorhanden.

### **Introduction and Aims**

2. *Was there a good background and clear statement of the aims of the research?*

Ausführlicher Hintergrund mit Definitionen, Forschungsziele und Hypothesen werden angeführt.

## **Method and Data**

### *3. Is the method appropriate and clearly explained?*

Angaben zu Stichprobe und Setting sind vorhanden und die Reliabilität und Validität werden aufgezeigt. Messinstrumente werden beschrieben. Keine Information über die Ethikkommission und Einwilligung der Partizipantinnen. Es wird angeführt, dass die Partizipantinnen einem Setting randomisiert zugewiesen wurden. Keine näheren Angaben zum Datensammlungsprozess.

## **Sampling**

### *4. Was the sampling strategy appropriate to address the aims?*

Die Samplingstrategie war angemessen und die Charakteristika der Stichprobe werden aufgezeigt.

Angaben zur Rekrutierung sind enthalten. Das Setting wird klar beschrieben.

## **Data analysis**

### *5. Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?*

Die Analyse der gesammelten Daten bzw. Hypothesen wird einzeln aufgezeigt und beschrieben.

## **Ethics and bias**

### *6. Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?*

Keine Angaben zur Ethikkommission oder zur Einwilligung der Partizipantinnen.

## **Results**

### *7. Is there a clear statement of the findings?*

Resultate sind zwar klar beschrieben aber sehr unübersichtlich dargestellt, da sich der Analyseteil und der Ergebnisteil vermischen.

## **Transferability or generalizability**

- 8. Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?*

Die Ergebnisse könnten generalisierbar sein, jedoch wäre eine größere Stichprobe aussagekräftiger.

## **Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?**

Es werden sowohl Praxisempfehlungen aus der Studie abgeleitet, also auch die Notwendigkeit weiterer Forschungen ausdrücklich erwähnt.

## **Studie 5: “Improving Outcomes of Nursing Home Interactions”** Williams 2006

### **Abstract and Title**

- 1. Did they provide a clear description of the study?*

Der Titel spiegelt den Hauptaspekt der Studie wieder, es fehlt aber das Design.

Die Forschungslücke und der Hintergrund fehlen im Abstract. Ziel, Methode, Ergebnisse, Schlussfolgerung, Praxis- und Forschungsempfehlung sind vorhanden.

### **Introduction and Aims**

- 2. Was there a good background and clear statement of the aims of the research?*

Ausführliche Hintergrundinformationen vom Allgemeinen ins Spezifische. Definitionen sind vorhanden und Modelle sind beschrieben. Ziel ist klar dargestellt und ausführlich erklärt.

Forschungslücke fehlt und Ich-Formen vorhanden.

## **Method and Data**

### *3. Is the method appropriate and clearly explained?*

Design, Stichprobe und Setting werden beschrieben. Jedoch wird in den Limitationen eine alternative, bessere Methode angegeben. Ethikkommission und Zustimmung sowohl von den PartizipantInnen als auch von den BewohnerInnen wird beschrieben.

Die Eigenschaften der Intervention und die Datensammlung werden ausführlich dargestellt.

## **Sampling**

### *4. Was the sampling strategy appropriate to address the aims?*

Ja, aber es werden keine Angaben gemacht nach welchen Kriterien die Teilnehmer eingeschlossen wurden. Die Stichprobe wird nur in einer Tabelle angegeben. Samplingstrategie wird erst in den Limitationen angegeben.

## **Data analysis**

### *5. Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?*

Exakte Beschreibung der Analyse der einzelnen Aspekte und Angabe der Signifikanz ist vorhanden.

## **Ethics and bias**

### *6. Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?*

Die ethische Zustimmung wurde erlangt, aber es wurde keine Behandlung ethischer Fragen beschrieben. Keine näheren Angaben zur Beziehung zwischen TeilnehmerInnen und Forscherin. Die Zustimmungen der TeilnehmerInnen und der HeimbewohnerInnen sind angegeben.

## Results

### 7. *Is there a clear statement of the findings?*

Ja, die einzelnen Ergebnisteile werden durch Unterüberschriften klar und gut abgegrenzt dargestellt.

## Transferability or generalizability

### 8. *Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?*

Ein anderes Studiendesign (eine randomisierte Kontrollstudie) und eine größere Stichprobe wäre aussagekräftiger. Die differenzierten Teilnahmequoten für die BewohnerInnen und das Personal in jeder Einrichtung begrenzen die externe Validität.

## Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?

Diese Studie ist nützlich für die Praxis aber es besteht noch viel Forschungsbedarf, welcher in der Studie beschrieben wird.

## **Studie 6: “Elderspeak Communication: Impact on Dementia Care”**

Williams et al. 2009

## Abstract and Title

### 1. *Did they provide a clear description of the study?*

Grundsätzlich ja, aber im Titel fehlt das Design und im Abstract wird kein Forschungsziel und keine Empfehlung für die Praxis angegeben.

## **Introduction and Aims**

2. *Was there a good background and clear statement of the aims of the research?*

Forschungsziele, Hintergrund und Definitionen sind vorhanden, aber es kommen teilweise Information vor, die in den Methodenteil gehören. Die Forschungsfrage fehlt. Ein Großteil der Literatur ist älter als 10 Jahre.

## **Method and Data**

3. *Is the method appropriate and clearly explained?*

Methode wird ausführlich erklärt. Es werden auch die Schwächen angeführt und zusätzlich wird angegeben, wie die ForscherInnen versuchen diese Schwäche zu minimieren.

## **Sampling**

4. *Was the sampling strategy appropriate to address the aims?*

Keine Angaben zur Samplingstrategie. Durch eine größere Stichprobe wäre die Studie aussagekräftiger. Detaillierte Informationen, über die Eigenschaften aller PartizipantInnen und die Rekrutierung der Pflegepersonen, wurden erhoben. Es fehlt jedoch die Information, wie die BewohnerInnen rekrutiert wurden.

## **Data analysis**

5. *Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?*

Zu Beginn wird kurz beschrieben, welche Ergebnisse kombiniert wurden, um diese zu analysieren. Es wird begründet, warum welche Analysemethoden verwendet werden und zusätzlich wird er Vorgang noch ausführlich beschrieben. Tabelle 1 wird nicht näher erklärt.

## **Ethics and bias**

6. *Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?*

Die Schriftliche Zustimmung der Probanden wird angeführt. Involviertheit des „Institutional review board“ ist im Methodenteil angegeben, jedoch keine näheren Details.

## **Results:**

7. *Is there a clear statement of the findings?*

Die Ergebnisse entsprechen dem Forschungsziel und sind klar unterteilt durch eine Unterüberschrift. Exakte Erklärung der Figure 3 wäre zum Verständnis vorteilhaft.

## **Transferability or generalizability:**

8. *Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?*

Aufgrund der geringen Stichprobe wird eine weitere Studie mit einer größeren Anzahl empfohlen.

## **Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?**

Praxis- und Forschungsempfehlungen werden am Ende des Diskussionsteils angeführt.