

## Bachelorarbeit

**Welche Handlungsempfehlungen für Pflegefach-  
personen existieren bezüglich nonverbaler Kom-  
munikation bei Menschen mit fortgeschrittener  
Demenz in Langzeitinstitutionen?**

**Welchen Stellenwert nimmt dabei die taktile Kommuni-  
kation ein?**

---

**Lisa Heller S11194073**

**Departement:** Gesundheit  
**Institut:** Institut für Pflege  
**Studienjahr:** PF11  
**Eingereicht am:** 02.05.2014  
**Betreuende Lehrperson:** Annelotte Krug

## Inhaltsverzeichnis

<b>Abstract</b> .....	4
<b>1 Einleitung</b> .....	5
1.1 Darstellung des Themas .....	5
1.2 Problemstellung .....	7
1.3 Fragestellung .....	8
1.4 Zielsetzung .....	8
1.5 Abgrenzung .....	8
<b>2 Methodik</b> .....	9
2.1 Methodisches Vorgehen .....	9
2.2 Literaturrecherche .....	9
2.3 Ein- und Ausschlusskriterien .....	10
2.4 Analyse und Beurteilung der Literatur .....	10
<b>3 Theoretischer Hintergrund</b> .....	11
3.1 Demenz .....	11
3.2 Allgemeine Kommunikation bei Menschen mit Demenz .....	16
3.3 Nonverbale Kommunikation bei Menschen mit Demenz .....	18
3.4 Sieben Basisemotionen (nach Paul Ekman) .....	19
3.5 Konzepte zur taktilen Kommunikation bei Demenz .....	19
<b>4 Ergebnisse aus der wissenschaftlichen Literatur</b> .....	21
4.1 Nonverbale Kommunikation bei älteren Menschen .....	21
4.2 Nonverbale Kommunikation bei Menschen mit Demenz .....	22
4.3 Berührungen .....	25
4.3.1 Einflussfaktoren .....	26
4.3.2 Auswirkungen von Berührungen .....	27
4.3.3 Andere berühren – eine Gratwanderung .....	29
4.4 Taktile Kommunikation .....	31
4.4.1 Namaste-Care-Programm .....	32

<b>5 Diskussion</b> .....	33
5.1 Güte der gefundenen Literatur .....	33
5.2 Nonverbale Kommunikation bei Menschen mit fortgeschrittener Demenz in Langzeitinstitutionen .....	34
5.2.1 Theorie-Praxis-Transfer.....	36
5.3 Stellenwert der taktilen Kommunikation .....	39
5.3.1 Theorie-Praxis-Transfer.....	41
<b>6 Schlussfolgerung</b> .....	43
6.1 Sich aus der Arbeit ergebende, prägnante Schlussfolgerungen .....	43
6.2 Offene Fragen.....	43
6.3 Zukunftsaussicht .....	43
6.4 Schlusswort.....	44
<b>7 Verzeichnisse</b> .....	45
7.1 Literaturverzeichnis.....	45
7.2 Abkürzungsverzeichnis .....	49
7.3 Glossar.....	49
7.4 Tabellenverzeichnis .....	52
7.5 Grafikverzeichnis .....	52
<b>8 Danksagung</b> .....	53
<b>9 Eigenständigkeitserklärung</b> .....	54
<b>Anhang</b> .....	55
A Datenbankrecherche .....	56
B Beurteilung der qualitativen Studien .....	58
C Beurteilung der quantitativen Studien.....	68
D Wortanzahl .....	78

In dieser Arbeit werden geschlechtsneutrale Begriffe verwendet, um eine gendergerechte Sprache gewährleisten zu können.

## Abstract

**Ausgangslage:** Demenz ist eine der häufigsten geriatrischen Erkrankungen und der häufigste Grund für Pflegebedürftigkeit. Ihr progressiver Verlauf zieht zunehmend physische sowie kognitive Defizite mit sich, welche sich auch auf das Sprachvermögen der Betroffenen auswirken. Es resultieren Defizite individuellen Schweregrades, nonverbale Kommunikationskanäle hingegen bleiben bis ins späte Krankheitsstadium erhalten. Der taktilen Kommunikation wird hierbei eine besondere Rolle zugeschrieben.

**Zielsetzung:** Ziel dieser Arbeit ist es, Pflegefachpersonen in Langzeitinstitutionen Handlungsempfehlungen zu geben, wie sie mit Menschen mit fortgeschrittener Demenz nonverbal kommunizieren können.

**Methode:** Es wurde eine Literaturrecherche in drei Datenbanken betrieben. Die relevante Literatur wurde kritisch überprüft und entsprechende Schlussfolgerungen abgeleitet.

**Resultate:** Die nonverbale Kommunikation wird von Pflegenden wie auch von Demenzbetroffenen aktiv mit unterschiedlichen Zielen genutzt. Die Mimik und die taktile Kommunikation bilden die wichtigsten Kommunikationskanäle. Durch sie können Emotionen effektiv kommuniziert werden. Die taktile Kommunikation kann zudem herausfordernde Verhaltensweisen vermindern und weist eine Vielzahl an positiven Auswirkungen auf. Trotz dürftiger Güte der Forschungslage konnten Handlungsempfehlungen abgeleitet werden.

**Schlussfolgerung:** Pflegefachpersonen müssen kongruent auftreten und sich der nonverbalen Kommunikation bewusster und reflektierter widmen. Es ist ein individueller Zugang zu den Betroffenen zu wählen, der den Präferenzen, der Kultur und persönlichen Bedürfnissen gerecht wird.

(191 Wörter)

**Keywords:** geriatric nursing, nursing homes, older people, touch, dementia, alzheimer disease, nurse-patient relations, nonverbal communication, emotional expression, tactile communication, instruction

# 1 Einleitung

Es folgt eine Einführung in die Thematik und deren Eingrenzung. Zudem wird das Ziel der Bachelorarbeit dargestellt.

## 1.1 Darstellung des Themas

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2013) schätzt die Anzahl an demenzbetroffenen Personen in der Schweiz im Jahre 2012 auf 110'000. Die Schweizerische Alzheimervereinigung (2014a) spricht bereits von 113'000 Betroffenen im Jahre 2013. Die Prävalenzrate\* korreliert mit zunehmendem Lebensalter, wobei sie ab 65 Jahren sprunghaft ansteigt: Im Vorpensionsalter sind ca. 2600 Personen von Demenz betroffen. Mit 65-69 Jahren ist es bereits jeder Fünzigste und mit 80-84 Jahren ist jeder 8. von Demenz betroffen (Schweizerische Alzheimervereinigung, 2014b).

Aufgrund der demografischen Entwicklung der Schweiz steigt die Lebenserwartung kontinuierlich. Aktuell liegt sie bei Männern bei 80,5 Jahren, bei Frauen bei 84,7 Jahren (Bundesamt für Statistik, 2012). Folglich wird die Zahl von Demenzerkrankten weiter steigen. Die Schweizerische Alzheimervereinigung (2014a) schätzt die Zahl der jährlichen Neuerkrankungen auf 27'000, im Jahre 2030 sind über 190'000 Personen mit Demenz zu erwarten (BAG, 2013).

Demenz wird in dieser Arbeit nach Hafner und Meier (2013, S. 65) folgendermassen definiert:

„Demenz‘ heisst wörtlich aus dem Lateinischen übersetzt ‚der Geist ist weg‘. Gemeint ist aber eine organisch bedingte, im Alter neu auftretende, chronische, (bis heute) meist nicht heilbare, allgemeine Hirnleistungsschwäche, verbunden mit Gedächtnis- und Orientierungsstörungen sowie Persönlichkeitsveränderungen, welche sich negativ auf das zwischenmenschliche Beziehungsnetz des Patienten auswirken.“

Demenz ist somit ein Sammelbegriff für verschiedene Hirnleistungsstörungen\* mit unterschiedlichen Ursachen. Die Erkrankung an Demenz ist ein fortschreitender Prozess und

---

\* Gekennzeichnete Begriffe werden jeweils im Glossar ab Seite 49 erläutert.

lässt sich üblicherweise in drei Stadien einteilen: Bei der sogenannten leichten Demenz sind die meisten Alltagsaktivitäten in vertrauter Umgebung möglich, erste Beschwerden sind jedoch merklich. Bei der mittelschweren Demenz werden Alltagsaktivitäten zunehmend unmöglich. Unruhe, zwanghaftes Verhalten und Orientierungsstörungen in vertrauter Umgebung sind weitere Beschwerden. In der Phase der schweren Demenz benötigt der Betroffene Hilfe in allen Aktivitäten des täglichen Lebens, hinzu kommen körperliche Komplikationen durch den Verlust motorischer Fähigkeiten (Huch & Jürgens, 2011). Aufgrund dieser zunehmenden kognitiven\* sowie physischen Einschränkungen individueller Ausprägung sowie der hohen Anzahl an Betroffenen ist Demenz heute der häufigste Grund für Pflegebedürftigkeit im Alter (BAG, 2013).

Infolge dieser Pflegebedürftigkeit sind viele der Betroffenen in entsprechenden Langzeitinstitutionen anzutreffen. 47,6 % der Heimbewohner in der Schweiz haben eine ärztlich diagnostizierte Demenz. Zählt man die Bewohner dazu, bei denen eine Demenz vermutet wird, liegt der Anteil bei 64,5 % (Schweizerische Alzheimervereinigung, 2012). Die Betreuungskosten aufgrund der Pflegebedürftigkeit machen den Löwenanteil der Demenzkosten aus. Infolge der bereits erwähnten Korrelation zwischen steigender Lebenserwartung und Demenzprävalenz werden die Kosten von gegenwärtig 7 Milliarden Franken bis ins Jahr 2050 auf ca. 20 Milliarden Franken pro Jahr ansteigen (BAG, 2013). Dies zeigt, dass Demenz eine Krankheit von grosser gesellschaftlicher, sozialer und volkswirtschaftlicher Bedeutung ist – ganz abgesehen von den physischen und psychischen Belastungen für die Betroffenen.

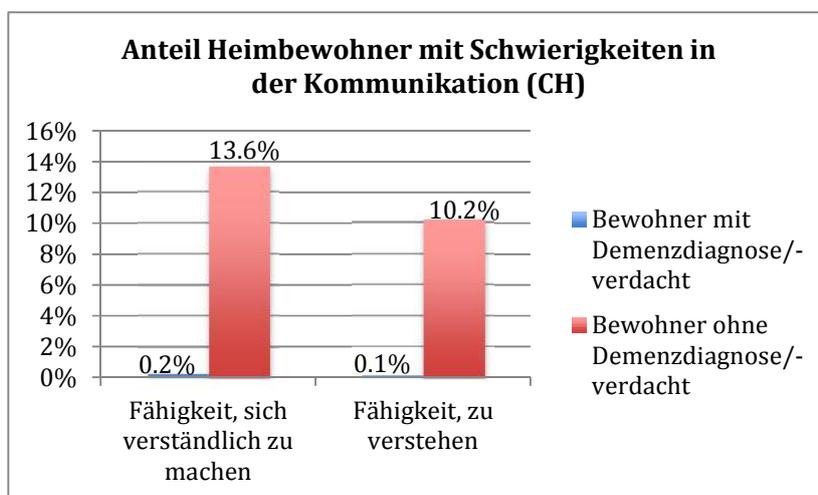
Im Pflegealltag in Langzeitinstitutionen ist die Kommunikation von fundamentaler Bedeutung und allgegenwärtig – einerseits zwischen den Pflegenden und den Bewohnern, aber auch zwischen dem Pflegepersonal und Angehörigen, Ärzten und weiteren Fachkräften. Damit die Bewohner mithilfe der Pflege ihren Alltag bewältigen können, ist es unabdingbar, Botschaften auszutauschen (Menche, 2011). Gemäss Menche (2011) ist Kommunikation die Basis jeder Gemeinschaft und ohne sie kann der Mensch nicht überleben.

Kommunikation wird nach Menche (2011) folgendermassen definiert: „Das In-Verbindungs-Stehen von Menschen bzw. die Verständigung untereinander durch Übermittlung von Informationen und Botschaften. Dies kann auf verbalem, paraverbalem oder leiblichem Weg

geschehen.“ Mit nonverbal ist „ohne mithilfe der Sprache, sondern durch Gestik, Mimik oder optische Zeichen vermittelt“ gemeint (Duden online, 2013).

## 1.2 Problemstellung

Der Anteil von Heimbewohnern in der Schweiz mit Kommunikationsschwierigkeiten ist insbesondere bei Menschen mit Demenz beträchtlich. In der Grafik wird deutlich, dass ihre



Grafik 1 (in Anlehnung an Schweizerische Alzheimervereinigung, 2012)

Fähigkeit, zu verstehen oder sich verständlich zu machen, selten bis nie vorhanden ist. Die in der Phase der schweren Demenz beschriebenen Defizite wirken sich zunehmend auf die Kommunikationsfähigkeiten der Betroffenen aus, wobei die verbale Kommunikation unterschiedlich stark beeinträchtigt sein kann.

Die Autorin hat es häufig erlebt, dass Betroffene im fortgeschrittenen Stadium auf verbale Kommunikation keine Reaktionen zeigten, wobei unter dem fortgeschrittenen Stadium in dieser Arbeit die mittelschwere und die schwere Demenz verstanden werden. Dabei wird laut Rösler, Schwerdt und von Renteln-Kruse (2005) das Wohlbefinden von Menschen mit Demenz massgeblich durch die Qualität der Kommunikation beeinflusst. Gemäss dem Demenz Support Stuttgart (DSS) (2009) sind sich die Studien einig, dass die nonverbale Kommunikationsfähigkeit länger erhalten bleibt als die verbale.

Mehrabian (n. d.) erkannte, dass unsere Kommunikation zu 7 % aus verbalen, zu 38 % aus paraverbalen\* und zu 55 % aus nonverbalen Anteilen besteht. Dieser geringe Anteil an verbalen Botschaften legt nahe, dass es besonders im Stadium der mittelschweren und der schweren Demenz sinnvoll ist, sich auf die nonverbalen Kommunikationskanäle zu konzentrieren.

Aufgrund der Pflegebedürftigkeit der Bewohner in Langzeitinstitutionen kommt es zu stetigem Körperkontakt zwischen Pflegenden und Bewohnern. Folglich ist es wichtig, der Frage nachzugehen, wie der Kanal der nonverbalen Kommunikation sinnvoll über den taktilen Sinn eingesetzt werden könnte, wobei taktil mit Berührung/den Tastsinn betreffend übersetzt wird (Pschyrembel, 2014).

### **1.3 Fragestellung**

Aus den vorausgegangenen erarbeiteten Punkten ergibt sich folgende Fragestellung:

„Welche Handlungsempfehlungen für Pflegefachpersonen existieren bezüglich nonverbaler Kommunikation bei Menschen mit fortgeschrittener Demenz in Langzeitinstitutionen?“

Und „welchen Stellenwert nimmt dabei die taktile Kommunikation ein?“

### **1.4 Zielsetzung**

Das Ziel dieser Arbeit ist es, Pflegefachpersonen in Langzeitinstitutionen Handlungsempfehlungen zu geben, wie sie mit Menschen mit fortgeschrittener Demenz nonverbal kommunizieren können.

### **1.5 Abgrenzung**

Diese Bachelorarbeit möchte bewusst die Thematik „therapeutic touch“ ausschliessen, da es sich dabei um ein pseudowissenschaftliches Konzept handelt, das durch Handauflegen ohne Hautkontakt „Energie“ überträgt, um ein „heilendes Energiemuster“ wiederherzustellen (Kokol, n. d.). Diese Arbeit untersucht nur Berührungen mit physischem Hautkontakt. Infolge der vorgegebenen Umfanglimitierung dieser Arbeit wird zudem die Thematik der Schmerzerfassung ausgeschlossen, obwohl der Autorin die Bedeutung der nonverbalen Kommunikation in solchen Situationen bewusst ist.

## 2 Methodik

Im folgenden Teil wird der Aufbau der Arbeit beschrieben und die Literatursuche sowie die Analyse und Beurteilung der gefundenen Literatur stattgefunden haben.

### 2.1 Methodisches Vorgehen

Die Einengung des Themas auf die nonverbale Kommunikation mit besonderer Berücksichtigung der taktilen Kommunikation, ermöglichte eine fokussierte Literaturrecherche (vgl. nachfolgende Unterkapitel). Parallel dazu wurde relevante Hintergrundliteratur eingegrenzt.

Die gesammelten Informationen wurden kritisch diskutiert und ein Theorie-Praxis-Transfer abgeleitet zur Beantwortung der Fragestellung abgeleitet. Eine Synthese der Arbeit bildet das Schlusskapitel.

### 2.2 Literaturrecherche

Es wurde ab November 2013 bis März 2014 eine systematische Literaturrecherche in folgenden Datenbanken durchgeführt: PubMed, CINAHL und PubPsych.

Folgende Keywords wurden dabei in unterschiedlichen Kombinationen verwendet:

touch, elderly, dementia, geriatric nursing, communication, nursing homes, older people, basal stimulation, alzheimer disease, nurse-patient relations, communication, gesture, emotional expression. Wenn möglich wurden Medical Subject Headings verwendet.

Die genannten Keywords wurden mithilfe der Booleschen Operatoren „AND“ oder „OR“ verknüpft. Der Boolesche Operator „NOT“ wurde genutzt, um die unter 1.5 genannten Thematiken auszuschliessen. Die detaillierte Datenbankrecherche befindet sich im Anhang A ab Seite 56.

Mehrere relevante Studien und Reviews wurden nur durch Referenzangaben bereits gefundener Literatur ermittelt. Sie sind ebenfalls im Anhang A entsprechend angegeben.

### **2.3 Ein- und Ausschlusskriterien**

Eingeschlossen wurden Studien, welche dem Setting der Langzeitpflege entsprechen, die Population von Menschen mit Demenz beinhalten und das Phänomen der nonverbalen Kommunikation zum Inhalt haben.

Da die Literaturrecherche nur wenige Studien über unspezifische nonverbale Kommunikation bei Menschen mit Demenz zutage brachte, wurden auch Studien über die nonverbale Kommunikation von älteren Menschen in Langzeiteinrichtungen miteinbezogen. Literatur über das nonverbale Verhalten von Demenzbetroffenen wurde ab dem Jahre 1985 berücksichtigt, da es sich hierbei um Grundlektüre zu handeln scheint, auf die sich aktuelle Reviews und Studien noch immer beziehen.

Es wurde infolge der Sprachkenntnisse der Autorin nur englische oder deutsche Literatur berücksichtigt.

### **2.4 Analyse und Beurteilung der Literatur**

Drei qualitative und drei quantitative Studien wurden in die detaillierte Analyse aufgenommen. Die Literatur wurde bezüglich ihrer Qualität kritisch überprüft und in tabellarischer Form im Anhang B bzw. C anhand folgender Formulare beurteilt:

- Formular zur kritischen Besprechung von qualitativen Studien, von Law et al. (1998)
- Formular zur kritischen Besprechung von quantitativen Studien, von Law et al. (1998)

### 3 Theoretischer Hintergrund

In diesem Abschnitt werden die für das Verständnis der Bachelorarbeit relevanten Themen erläutert.

#### 3.1 Demenz

Aufbauend auf den im Kapitel 1.1 beschriebenen Definitionen folgen die wichtigsten Demenzarten.

Demenzen können nach Lokalisation der Erkrankung (kortikal\* oder subkortikal\*), Lokalisation der Krankheitsursache (primär oder sekundär) oder nach therapeutischer Beeinflussbarkeit (echte Demenzen, Pseudodemenzen\*) systematisiert werden. In dieser Arbeit wird die Demenz nach Lokalisation der Erkrankung eingeteilt, da dies eine spätere Zuordnung der Symptome erleichtert. In den Tabellen 1 und 2 werden die kortikalen und subkortikalen Demenzen differenziert (Hafner et al., 2011).

Tabelle 1: Kortikale Demenzen

<b>Kortikale Demenzen</b>	Sie betreffen 2/3 aller Demenzen. Dabei ist das Grosshirn von einer Schädigung betroffen. Primär treten kognitive Symptome auf, später neurologische.
Morbus Alzheimer (DAT: Demenz vom Alzheimer-Typus)	Sie ist die häufigste Demenzform (50 % aller Betroffenen). Die Ursache ist multifaktoriell, meist bedingt durch eine Neurodegeneration* im Temporal*- und Parietallappen*, seltener erblich bedingt. Der Verlauf ist langsam, progressiv* und degenerativ*. Ohne abrupten Beginn, ohne wechselhaften Verlauf und ohne Anzeichen für durchgemachte Apoplexien*.
Typische Symptome	Vergesslichkeit und Konzentrationsstörungen.
Lewy-Body-Erkrankung (DLB: Demenz vom Lewy-Body-Typ)	Ist bezüglich Häufigkeit an 2. Stelle. Die Ursache ist unbekannt.

---

	Der Verlauf ist langsam progressiv, wechselhaft und oft begleitet von Depressionen, orthostatischer Hypotonie*, Stürzen und Dysphagie*.
Typische Symptome	Typische kortikale Defizite, visuelle und/oder akustische Halluzinationen und extrapyramidale* Symptomatik.
Frontotemporallappen-Demenz (FTP)	Sie ist die häufigste degenerative Demenzform. Die Ursache ist durch Neuronenuntergang im Frontal*- und Temporalappen des Kortex* bedingt. 50 % aller Fälle weisen ein familiär gehäuftes Auftreten auf. Typischerweise beginnt sie bereits mit 45-60 Jahren. Der Verlauf ist langsam progressiv.
Auch Frontallappen-Demenz, Morbus Pick oder Nicht-Alzheimer-Typus genannt	
Typische Symptome	Eindrücklich sind Persönlichkeitsveränderungen wie Verhaltensauffälligkeiten, Enthemmung, Apathie* oder Charakterveränderungen. Aber auch affektive* Störungen wie Depression, Euphorie, Angst und Oberflächlichkeit können auftreten. Zudem kommt es zu Sprachstörungen wie Sprachverarmung.
Multiinfarkt-Demenz (MID)	Diese Demenz zeigt sich als Folge von/nach wiederholten Apoplexien, transitorischen ischämischen Attacken* oder Arteriosklerose. Sie zeichnet sich durch einen abrupten Beginn und wechselhaften Verlauf aus. Als eine der wenigen Demenzformen weist sie eine behandelbare Ursache auf, mit günstig zu beeinflussendem Verlauf mittels Thrombozytenaggregationshemmung*.
Typische Symptome	Antriebsstörungen, Hemisindrome*.
Gemischte Demenz	Demenz als Mischform der DAT und MID.

---

(GD)

(Hafner et al. (2011), S. 294-295)

Tabelle 2: Subkortikale Demenzen

<b>Subkortikale Demenzen</b>	
Subkortikale Demenzen mit pathologischem Neurostatus	Sie betreffen 1/3 aller Demenzen. Das Grosshirn ist nicht betroffen, jedoch tiefere Strukturen wie das Stammhirn. Neurologische Symptome stehen im Vordergrund, im Verlauf stossen kognitive dazu.
Subkortikale Demenzen mit pathologischem Neurostatus	Diese Demenzform beinhaltet vaskulär* subkortikal bedingte Demenzen und neurodegenerative Leiden wie Morbus Parkinson*, Morbus Binswanger* oder Chorea Huntington*.
Subkortikale Demenzen bei anderen Erkrankungen mit normalem Neurostatus	Diese zeichnen sich durch endokrine* oder metabolische Störungen aus sowie durch eine chronische Hypoxie*, welche durch den anhaltenden Sauerstoffmangel zu Hirnschädigungen geführt hat.
Subkortikale Demenzen bei Erkrankungen mit pathologischem Neurostatus	Ursächlich sind hier meist toxische oder infektiöse Noxen* wie übermässiger Alkoholenuss, aber auch durch HIV-Viren hervorgerufene Infektionen. Auch Hirntumore und Vitaminmangelzustände (B1 und B12) sind hier einzuordnen.

(Hafner et al. (2011), S. 295-296)

Eine Demenz ist immer chronisch und progressiv verlaufend. Als Sammelbegriff umfasst sie alle Grade einer organisch bedingten Hirnschwäche. Abzugrenzen ist sie dabei gegenüber fokalen Hirnleistungsstörungen, d. h. sogenannten Störungen von Einzelfunktionen wie der Aphasie, da die Demenz immer mehrere kognitive Bereiche betrifft. Da diese Degenerationen bis heute nicht heilbar sind, können sie nicht kurativ behandelt werden. Die Betreuung dieser Menschen ist aufgrund der Persönlichkeits- und Verhaltensauffälligkeiten

anspruchsvoll, sowohl im menschlichen als auch im fachlichen Bereich (Hafner et al., 2011).

Gesamthaft lassen sich die Symptome der Betroffenen entsprechend den Demenzformen in der Tabelle 3 folgendermassen zusammenfassen:

Tabelle 3: Demenzarten nach Symptomen gegliedert

Demenzart	Symptome
<b>Kortikale Demenzen</b>	Sogenannte Defizitsyndrome wie: Amnesie, Aphasie, Agnosie, Apraxie etc. sowie Gedächtnisstörungen, exekutive* Störungen, Persönlichkeitsveränderungen und affektive Modifikationen stehen anfangs im Vordergrund.
<b>Subkortikale und andere Demenzen</b>	Prägend ist die Verlangsamung der kognitiven Funktionen. Weiter kommt es zu Antriebsstörungen, Beeinträchtigung der motorischen Fähigkeiten, reduzierter Selbst- und Impulskontrolle, Akinese* und Apathie.

(Hafner et al. (2011), S. 294-295)

Die bei kortikalen Demenzen auftretenden Defizitsyndrome entstehen wie bereits erwähnt durch die Erkrankung der Grosshirnrinde, weshalb sie auch Primärsymptome genannt werden. Diese werden in die sogenannten 6 „A“ differenziert: Es folgt die Tabelle 4 mit den dargestellten 6 „A“ und ihren Erläuterungen.

Tabelle 4: 6 „A“

<b>Amnesie</b>	Damit wird eine Gedächtnisstörung bezeichnet. Sie tritt oftmals als Früh- oder Leitsymptom der DAT auf. Sie initialisiert sich durch Störungen des Kurzzeitgedächtnisses, es folgt eine zeitliche, örtliche und persönliche Desorientierung.
----------------	--

<b>Aphasie</b>	Damit sind motorische und/oder sensorische Sprachstörungen gemeint. Anfangs äussert sie sich durch Wortfindungsstörungen, später kommen sensorische sprachliche Beeinträchtigungen dazu, so dass der Betroffene Mühe hat zu verstehen, was andere meinen. Weiter kann es zu einer Sprachverarmung kommen, bei der im fortgeschrittenen Stadium der Demenz der Betroffene nur noch unverständliche Laute oder Silben von sich geben kann. Dieses Symptom hat somit für den Betroffenen beträchtliche Auswirkungen auf die Bewältigung seines Alltags.
<b>Agnosie</b>	Darunter wird eine visuelle, auditive oder taktile Wahrnehmungsstörung verstanden. Sie bewirkt die Unfähigkeit zur bewussten Verarbeitung von Sinneseindrücken, die von intakten Sinnesorganen aufgenommen und korrekt weitergeleitet wurden.
<b>Apraxie</b>	Darunter wird die Störung von motorischen Handlungsabläufen verstanden. Sie beeinträchtigt in erster Linie komplexe Handlungsabläufe, bis die Einschränkung von einfachen Handlungsabläufen hinzukommt und den Betroffenen in seinen täglichen Aktivitäten einschränkt. Sie ist somit die indirekte Ursache für die Pflegebedürftigkeit der Betroffenen.
<b>Abstraktionsfähigkeitsverlust</b>	Das abstrakte Denken ist gestört, sinnvolles und gezieltes Handeln wird unmöglich.
<b>Assessmentstörung</b>	Die Fähigkeit, (Gefahren-)Situationen, was richtig oder falsch ist, korrekt einzuschätzen, geht verloren. Gegen etablierte zwischenmenschliche Normen wird immer häufiger verstossen. Die Urteilsfähigkeit ist eingeschränkt bis aufgehoben.

(Hafner et al. (2011), S. 316-317)

### 3.2 Allgemeine Kommunikation bei Menschen mit Demenz

Betrachtet man die oben beschriebenen 6 „A“, erhält man einen Eindruck der Kommunikationseinschränkungen der von Demenz Betroffenen. Dabei entstehen Schwierigkeiten sowohl im aktiven als auch im passiven, rezeptiven\* Bereich. Aufgrund dieser Defizite müssen bei der Kommunikation mit Menschen mit Demenz einige Grundregeln beachtet werden.

Vorgängig sind allfällige Sinnesbeeinträchtigungen zu minimieren. Konkret gemeint ist die Vergewisserung, dass eventuelle Hörgeräte und Brillen richtig angepasst sind (Schweizerische Alzheimervereinigung, 2003). Weiter sind die in der Tabelle 5 nachfolgenden Grundsätze zu berücksichtigen:

Tabelle 5: Grundsätze in der Kommunikation bei Menschen mit Demenz

<b>Rahmenbedingungen</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sorgen Sie für eine ruhige Umgebung, um Störungen oder Unruhe zu vermeiden.</li><li>• Geben Sie den Betroffenen Zeit.</li><li>• Beziehen Sie die Betroffenen in Gespräche mit ein.</li></ul>
<b>Ansprechen der Person</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Nähern Sie sich der Person immer von vorne, wenden Sie ihr das Gesicht zu und sprechen Sie möglichst auf Augenhöhe.</li><li>• Sprechen Sie die Person korrekt und als erwachsenen Menschen an.</li><li>• Sprechen Sie kurze, einfache Sätze mit vertrauten Wörtern.</li><li>• Sprechen Sie langsam, deutlich und mit normaler Stimmlage. Lauter zu werden, ist meist nicht nötig.</li></ul>
<b>Gesprächsführung</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Orientieren Sie die betroffene Person zu Gesprächsbeginn (z. B. „Guten Tag, Herr M. Mein Name ist Frau XX, ich bin Pflegefachfrau und weil es heute im Dezember so kalt ist, bringe ich Ihnen einen Tee.“).</li><li>• Stellen Sie geschlossene Fragen, wenn offene</li></ul>

überfordern (auch als Ja/Nein-Fragen bekannt).

### Generelles

- Hören Sie aktiv zu.
- Anerkennen Sie Kommunikationsversuche und gehen Sie freundlich darauf ein.
- Achten Sie auf positive Formulierungen.
- Vermeiden Sie Wir-Standpunkte (z. B. nicht „Wir gehen jetzt schlafen“, sondern „Ich begleite Sie jetzt zu Ihrem Bett, damit Sie sich schlafen legen können.“).
- Informieren Sie verbal und pantomimisch vor und während Pflegehandlungen.
- Anleitungen sind am effizientesten, wenn sie schrittweise stets mit den gleichen Worten und in der gleichen Reihenfolge erfolgen.
- Streiten Sie nicht mit den Betroffenen und widersprechen Sie ihnen nicht.
- Wiederholen Sie Fragen mit denselben Wörtern, wenn Sie nicht verstanden wurden. Paraphrasieren Sie nicht.
- Brechen Sie frustrierende Kommunikationsversuche ab.
- Beachten Sie nonverbale Zeichen des Betroffenen.
- Seien Sie sich Ihrer eigenen Körpersprache bewusst, da sich der Betroffene daran orientiert. Seien Sie dabei authentisch.

(Schweizerische Alzheimervereinigung, 2003, Thiemes Pflege, 2009, Bowlby Sifton, 2011)

Wer mit desorientierten Personen befriedigend kommunizieren möchte, für den mag zudem das Konzept der Validation nach Feil wegweisend sein. Die Validation ist eine Kommunikationsform, durch die man mit geistig verwirrten Personen in Verbindung treten bzw. bleiben kann. Sie basiert auf einer respektvollen, einfühlsamen und von Wertschätzung geprägten Haltung. Mit praktischen Techniken wird dem Gegenüber zugehört, auf die Person eingegangen und sie wertgeschätzt. Dies hilft den von Demenz Betroffenen, Gefühle aufzuarbeiten, sie zu erkennen, sie zu äussern und abzubauen und steigert ihr Selbstwertgefühl (Feil, 2004).

Weiter bildet die in der Ausbildung von Pflegenden gelehrt kommunikative Kompetenz eine wichtige Basis in der Interaktion. Sie zeichnet sich durch folgende Fähigkeiten aus (Menche, 2011):

- Ausbalancieren von Nähe und Distanz
- Erkennen der kommunizierten Ebene
- Erkennen der eigenen Interpretationen und Gefühle
- Einlassen resp. Einstellen auf das Gegenüber
- Beherrschen verschiedener Gesprächssituationen

### **3.3 Nonverbale Kommunikation bei Menschen mit Demenz**

Bowlby Sifton (2011) hebt hervor, dass die nonverbale Sprache bereits im Säuglingsalter eine unserer ersten Verständigungsmöglichkeiten ist und zeitlebens wichtig bleibt. Für Demenzkranke wird die nonverbale Verständigung erneut zum wichtigsten Kommunikationsmittel. Vor folgenden Stolperfallen warnt er jedoch ausdrücklich:

- Die Rückkehr zu früherer, nonverbaler Sprache bedeutet keinesfalls die Rückkehr zu kindlichen Verhaltensweisen (z. B. den Kopf tätscheln). Die Würde des Menschen ist jederzeit zu wahren.
- Persönliche, generationsbedingte und kulturelle Gewohnheiten sind zu respektieren. In der heutigen Gesellschaft werden Umarmungen und Berührungen weitgehend akzeptiert, für viele ältere Menschen sind diese jedoch oftmals ungewohnt und werden als Verletzung der persönlichen Grenze empfunden. Die Intimsphäre und der Privatbereich geniessen daher auch bei von Demenz Betroffenen meist einen hohen Stellenwert.

Folgende nonverbalen Kommunikationskanäle stehen uns Menschen und somit auch den von Demenz Betroffenen gemäss dem DSS (2009) zur Verfügung:

- Mimik
- Blickkontakt
- Gestik und Pantomime
- Berührungen
- Körperhaltung
- Paraverbale Signale (wie Stimmlage, Lautstärke o. Ä.)
- Nähe und Distanz

Aufgrund der Umfanglimitierung dieser Arbeit können jedoch nicht alle nonverbalen Aspekte vertieft bearbeitet werden. Der Schwerpunkt wird infolge der Fragestellung auf die taktile Kommunikation gelegt. Weiter wird die Mimik vertiefter ausgeführt, da die Autorin beobachtet hat, dass Pflegende in der Praxis meist dort nach nonverbalen Signalen suchen.

### **3.4 Sieben Basisemotionen (nach Paul Ekman)**

Ein Gesicht hat ca. 43 Muskeln (Ekman, 2011), je nach Quelle variiert diese Anzahl. Gemäss Ekman (2011) können mit diesen über alle Kulturen der Welt hinweg dieselben sieben Basisemotionen anhand der Mimik ausgedrückt werden: Wut, Angst, Freude, Überraschung, Verachtung, Ekel und Trauer.

Der Körper steht dabei in einer Wechselwirkung mit Emotionen. Sie beeinflussen den Körper ebenso, wie sich dieser auf die Emotionen auswirkt.

### **3.5 Konzepte zur taktilen Kommunikation bei Demenz**

In der Literatur sind einige Konzepte zur Kommunikation bei Menschen mit Demenz zu finden. Es folgt eine Auswahl der geläufigsten:

Eines der bekannteren bildet hierbei die basale Stimulation. Buchholz und Schürenberg (2009) entwickelten das Konzept ursprünglich für mehrfachbehinderte Kinder. Ein übergeordnetes Ziel ist, Menschen, die in ihrer Wahrnehmung auf verschiedenste Arten eingeschränkt sind, in ihrer Orientierung zu unterstützen. Durch Technik, Kompetenz und Handeln versucht dieses ganzheitliche Konzept, mit dem Betroffenen insbesondere über den Spürsinn durch somatische\*, vestibuläre\*, vibratorische und taktil-haptische\* Informationen über seinen Körper und seine Aussenwelt zu kommunizieren. Bei Demenzbetroffenen können gesellschaftsübliche Kommunikationsmittel wie Sprache, Mimik, Gestik, Blickkontakt auf ein Minimum reduziert sein. Deshalb wählen sie die einfachsten, ihnen noch zur Verfügung stehenden Mittel wie Atmung, Puls, Blutdruck, Schwitzen und Muskeltonus-Veränderungen. Diese Kommunikationsformen sind als körperliche Zeichen der Kommunikation zu verstehen, die von Pflegenden verstanden werden müssen und auf die ein entsprechendes Antwortverhalten gefunden werden muss. Durch Angebote zur Körpererfahrung und eine beobachtende, einfühlsame und behutsame Art kann eine neue Kommuni-

kationsebene entstehen. Durch die Fähigkeit, so zu kommunizieren, stellt sich beim Betroffenen das Gefühl ein, verstanden und angenommen zu werden. Buchholz et al. (2009) fassen somit zusammen: „Kommunikation in der basalen Stimulation in der Pflege geht somit über das gesprochene Wort hinaus auf die Ebene des körperlich verstehbaren Austausches durch Bewegung und Berührung.“ Fröhlich nennt dies einen „somatischen Dialog“ (2001). Obwohl das Konzept der basalen Stimulation flächendeckend in der Langzeitpflege seine Anwendung findet, gibt es bezüglich der Population der alten Menschen, respektive bei Menschen mit Demenz, bis heute keine Studien, die ihre Wirkung überprüft oder belegt haben.

Zwahlen (1996) erarbeitete ein an das Affolter-Modell angelehntes Konzept, das sich für Menschen mit Hirnschädigungen eignet. Sie wendet es in der Pflegepraxis hauptsächlich in einem Zürcher Altersheim bei Alzheimererkrankten an. Sie beobachtete, dass diese nach Spürinformationen aus der nächsten Umgebung suchten, wenn verbale Informationen sie überforderten oder blockierten. Durch sogenannte „Führ-Inputs“ gab sie dem Bewohner so lange haptisch-taktile Informationen, bis er situationsgerechte Handlungen selber weiterführte. Durch die geführten Bewegungen erinnerten sich die Bewohner meist an Handlungen, wie beispielsweise das Zähneputzen, und hatten das Gefühl, miteinbezogen zu sein.

Obschon sich diese beiden vielversprechenden Konzepte mit unterschiedlichen Ansätzen in der Praxis zu bewähren scheinen, wurden noch keine Forschungen bezüglich der Population von Menschen mit Demenz betrieben. Es bleibt abzuwarten, wann die Forschung eines der Konzepte empfehlen kann.

## 4 Ergebnisse aus der wissenschaftlichen Literatur

Die in der Literatur gefundenen Kernaussagen wurden tabellarisch der Studienbeurteilung im Anhang B bzw. C angefügt. Es folgen Ausformulierungen der Erkenntnisse, die zur Beantwortung der Fragestellung genutzt werden können.

### 4.1 Nonverbale Kommunikation bei älteren Menschen

Caris-Verhallen et al. (1999) untersuchten das nonverbale Verhalten in der Pflege von älteren Menschen in der ambulanten und der Langzeitpflege. Die untersuchten nonverbalen Signale waren dabei: Blickkontakt, Kopfnicken, lächeln, sich zum Bewohner hinlehnen und affektives Berühren. Folgende Erkenntnisse lassen sich zusammenfassen, wobei nur die Erkenntnisse für das in der Arbeit relevante Setting beschrieben werden:

Tabelle 6: Nonverbale Signale und ihr Vorkommen

Signale	Vorkommen bei Pflegenden
Blickkontakt	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Findet in allen pflegerischen Situationen statt.</li> <li>• Variiert personenabhängig von 5-98 % der Zeit.</li> <li>• Bei psychosozialen Interventionen wird er während 73 % der Zeit gehalten, weniger häufig bei der Körperpflege und technischen Verrichtungen.</li> <li>• Während 40 % der Pflegesituationen wird zumindest die Mimik angesehen.</li> <li>• Informationsorientierte Gespräche korrelieren negativ mit dem Blickkontakt.</li> </ul>
Zustimmendes Kopfnicken	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meistens von Pflegenden während der Körperpflege benutzt.</li> </ul>
Lächeln	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hauptsächlich bei pflegetechnischen Verrichtungen.</li> <li>• Wirkt sich positiv auf die soziale Kommunikation aus.</li> <li>• Kommt während 15 % der Zeit nicht vor.</li> <li>• Manche Pflegenden lächeln nie während der Pflege.</li> </ul>
Hinlehnen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hauptsächlich bei pflegetechnischen Verrichtungen.</li> </ul>
Berührungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instrumentale: während 20 % der Zeit von Pflegehandlungen.</li> <li>• Affektive: während 1-5 % der Zeit von Pflegehandlungen.</li> </ul>

Erstaunlicherweise lächeln 15 % aller Pflegenden zu keinem Zeitpunkt, obwohl dies den Bewohnern Wärme, Offenheit und Sympathie vermittelt.

Instrumentale Berührungen, die also einem Mittel oder Zweck dienen (Duden online, 2013), sind bei dieser Population die verbreitetsten Berührungen. Affektive Berührungen, laut Duden „irrationale oder gefühlsbetonte Begegnungen“, finden vorwiegend bei affektiver, verbaler Kommunikation statt, um Empathie und Sorgen den Bewohnern mitzuteilen. Weiter erkannten Caris-Verhallen et al. (1999), dass die verbalen Verhaltensweisen auf die nonverbalen Einfluss nehmen. Gespräche über die Pflege oder Gesundheitsthemen korrelierten negativ mit dem Blickkontakt. Eine positive Pflegende-Bewohner-Beziehung ist vorwiegend bei der Verknüpfung von Blickkontakt mit verbaler, sozialer-emotionaler Kommunikation zu beobachten.

#### **4.2 Nonverbale Kommunikation bei Menschen mit Demenz**

Hoffmann, Platt, Barry und Hamil (1985) betrieben mit ihrer quantitativen Studie Grundlagenforschung. Diese widerlegte die damalige Meinung, Menschen mit Demenz seien eingeschränkt bis unfähig, nonverbal zu kommunizieren. Sie erkannten, dass Menschen mit Demenz auch bei fortgeschrittener Demenz versuchen, die Kommunikation aufrechtzuerhalten. Soziale Gepflogenheiten sind noch immer vorhanden. Weiter konnten sie nachweisen, dass die nonverbalen Fähigkeiten von Menschen mit Demenz vergleichbar sind mit denjenigen von nicht Demenzbetroffenen. Sie benötigen aufgrund kognitiver Beeinträchtigungen lediglich länger, um auf nonverbale Stimulationen zu reagieren.

Positive nonverbale Kommunikation wie zulächeln, zu den Betroffenen hinlehnen, Blickkontakt und sanfter Händedruck rufen positive verbale sowie positive nonverbale Reaktionen hervor. Negative nonverbale Botschaften wie strenge, aufdringliche Blickkontaktaufnahme und grobe Berührungen verursachen Zurückhaltung und Unbehagen. Menschen ohne Demenz verschleiern oft erste negative Reaktionen auf ein negatives Auftreten, Menschen mit Demenz hingegen bleiben authentisch. Das nonverbale Ansprechvermögen der von Demenz Betroffenen zeigen sich der Tageszeit gegenüber stabil.

Als besonders feinfühlig gegenüber emotionalen Untertönen erweisen sich die Menschen, bei denen die Demenz bereits weit fortgeschritten ist. Hoffmann et al. (1985) halten infolge dieser Erkenntnisse fest, dass sich Pflegefachpersonen ihrer eigenen nonverbalen Kom-

munikation bewusster werden müssen, um die von Menschen mit Demenz gesendeten Botschaften besser zu verstehen. Die Autoren erwarten, dass so die Frustration bei der Kommunikation zwischen Pflegefachpersonen und Menschen mit Demenz kleiner und die Sensibilität für diesen Kommunikationskanal gesteigert wird. Weiterhin betonen sie, dass die Pflegefachpersonen jederzeit authentisch sein müssen. Diskrepanzen zwischen den verbalen und nonverbalen Signalen irritieren, verärgern oder verängstigen die Betroffenen (Richard, 2004, zit. nach DSS, 2009).

Hubbard, Cook, Tester und Downs (2002) untersuchten, wie Demenzbetroffene nonverbales Verhalten gebrauchen und im Kontext ihrer sozialen Umgebung interpretieren. Sie beobachteten, dass Menschen mit Demenz Körperhaltungen und Berührungen für folgende Zwecke benutzen:

- Um zu signalisieren, dass sie mit jemandem reden wollen.
- Um Gesagtes zu unterstreichen oder sicherzustellen, dass es korrekt verstanden wird.
- Um bei Schwierigkeiten in der verbalen Kommunikation diese kompensieren zu können.
- Um aktives Zuhören zu signalisieren.
- Um ihnen peinliche Situationen nicht verbal ausdrücken zu müssen.
- Als Weg, in der „kommunikativen Welt“ bleiben zu können.

Als Kontexte, in denen sich nonverbale Verhaltensmuster einspielen können, identifizieren Hubbard et al. die lokale Kultur, den Freundeskreis oder das Altersheim. In diesen Bereichen kann sich eine nonverbale Kommunikation entwickeln oder untergehen. Menschen mit Demenz gebrauchen und interpretieren nonverbale Verhaltensmuster in spezifischen sozialen Kontexten und Situationen. Sie lernen auch bei fortgeschrittener Demenz, ihre nonverbalen Verhaltensweisen dem Kontext anzupassen. Dadurch werden ihre gesendeten Signale von ihrem Umfeld meist so interpretiert, wie sie es beabsichtigt haben.

Nonverbale Gesten werden aufgrund mehrerer Bedeutungsmöglichkeiten von anderen Personen mit Demenz oft missverstanden. Von Personen ohne Demenz hingegen wird die richtige Bedeutung zugeordnet. Trotzdem soll man Umgebungen fördern, die zwischen-

menschliche Begegnungen unter Menschen mit Demenz ermöglichen und unterstützen, da sie so das Gefühl vom „Mensch Sein“ behalten können. Aufbauend auf diesen Erkenntnissen fordern Hubbard et al. (2002), dass Pflegeinstitutionen mehr auf nonverbale Kommunikation eingehen und benutzen sollen. Dies mit dem Ziel, die Beziehung zwischen Pflegefachpersonen und Betroffenen zu stärken und die Selbstidentität der Menschen erhalten zu können, was zu einer höheren Lebensqualität führt.

Kontos (2004, 2005, zit. nach DSS, 2009) stellte fest, dass selbst im mittleren bis sehr schweren Demenzstadium Betroffene ständig aktiv nonverbal kommunizieren, um ihre Herkunft (gesellschaftlich und sozial) und Gefühle auszudrücken.

Die Häufigkeit, bei der Pflegende den Bewohnern ins Gesicht schauen, ist dank Caris-Verhallen et al. (1999) bekannt. Re (2003) ging der Frage nach, wie sich Emotionen im mimischen Ausdrucksverhalten bei Menschen mit fortgeschrittener Demenz ausdrücken. Sie analysierten in einer individuell bestimmten, emotionalen Situation die Gesichtsaktivitäten von 9 Bewohnern mithilfe des „Facial action coding Systems“ (FACS). Dieses belegt, dass Menschen mit fortgeschrittener Demenz komplexes emotionales Ausdrucksverhalten in ihrer Mimik zeigen. Es können Ärger, Freude, Wohlbefinden, Traurigkeit, Verachtung, Überraschung und Ekel beobachtet werden.

Bei wenig ausgeprägtem Ausdrucksverhalten fällt es den Pflegenden schwerer, Emotionen einzuschätzen. Besondere Mühe bereitet ihnen dabei das Wohlbefinden. Da die Definition von Wohlbefinden bei Pflegenden heterogen zu sein scheint, wird dies von den Pflegenden oft als eine Art „Restkategorie“ empfunden und Emotionen werden im Zweifel dieser zugeordnet. Dies trifft vorwiegend zu, wenn die Pflegenden unmittelbar beteiligt sind und sie kein negatives Erleben beobachten können. Obschon von Pflegenden der Gefühlszustand als Wohlbefinden beurteilt wird, können objektiv wie mit der FACS negative Affekte wie Ekel beobachtet werden.

Die Fähigkeit, Emotionen zu erkennen, scheint laut DSS (2009) je nach Demenzform unterschiedlich beeinträchtigt zu sein. Betroffene mit vaskulärer Demenz haben deutlich mehr Mühe als an Alzheimer Erkrankte, Emotionen zu erkennen und angemessen zu reagieren (Shimokawa et al., 2003, zit. nach DSS, 2009). Auch Menschen mit Frontallappendemenz weisen diese Defizite auf (Fernandez-Duque & Black, 2005, zit. nach DSS, 2009, Lavenu

et al., 1999, zit. nach DSS, 2009, Lavenu & Pasquier, 2005, zit. nach DSS, 2009). Bezüglich der Frage, welche Emotionen erkannt werden und welche nicht, ist die Studienlage widersprüchlich (DSS, 2009). Grundsätzlich scheint die Intensität und Ausdrucksfähigkeit der Mimik mit fortschreitender Krankheit jedoch generell abzunehmen (Wagener et al., 1998, zit. nach DSS, 2009).

Ogrocki et al. (2000, zit. nach DSS, 2009) beobachteten, dass Menschen im frühen bis mittleren Krankheitsstadium viel weniger das Gesicht und noch weniger die Augen des Gegenübers anschauen. Sie schlossen daraus, dass Botschaften bewusst auf mehreren Kanälen (nicht nur Mimik und Blickkontakt) gesendet werden sollen, damit die Betroffenen emotionale Botschaften besser verstehen können.

Hinzuzufügen ist, dass Betroffene es jedoch schätzen, wenn Pflegende ihnen einen freundlichen Blickkontakt anbieten (Grond, 1984, zit. nach DSS, 2009). Auf fehlenden Blickkontakt reagieren sie teilweise verunsichert (Ellis & Astell, 2004, zit. nach DSS, 2009). Sie können oder wollen dann meist nicht kommunizieren (Hoffmann & Platt 1991, zit. nach DSS, Kontos, 2004, zit. nach DSS, 2009).

### **4.3 Berührungen**

In der Literatur werden Berührungen im pflegerischen Kontext unterschiedlich definiert. Estabrooks (1989, zit. nach Gleeson & Timmins, 2004) unterteilte Berührungen als Erste in fürsorgliche Berührungen, Berührungen im Zuge einer Aufgabe und beschützende Berührungen, wie z.B. dem Pflegeempfänger Handschuhe anzuziehen.

Schoenhofer (1989, zit. nach Gleeson et al., 2004) benannte die Arten der Berührungen behilflich, therapeutisch und affektiv.

Vortherms (1991, zit. nach Gleeson et al., 2004) unterteilte Berührungen in affektive, funktionelle, beschützende und nicht körperliche, wobei nicht körperliche nicht näher beschrieben sind. Mc Cann und Mc Kenna (1993, zit. nach Gleeson et al., 2004) unterschieden hingegen zwischen gefühlvollen und behilflichen Berührungen.

Routasao & Isola (1996) teilten körperliche Berührungen in nötige und unnötige auf. Als nötig betrachteten sie Berührungen im Zuge pflegerischer Verrichtungen. Unnötige sind demnach unbeabsichtigte Berührungen, die aus einer sozialen Interaktion heraus geschehen.

Wie bereits Gleeson et al. (2004) erkannten, machen es diese unterschiedlichen Interpretationen von Berührungen in der Literatur schwierig, sie zu interpretieren und umzusetzen.

Bezüglich der Häufigkeit der verschiedenen Berührungen finden sich in der Literatur widersprüchliche Angaben. Manche Studien ergaben, dass instrumentale, respektive nötige Berührungen die gebräuchlichsten in der pflegerischen Praxis sind. Dies zeigt, dass Pflegenden Berührungen als Teil ihrer Arbeit sehen (Gleeson et al., 2004). Routasalo & Isola (1996) beobachteten bei 182 Pflegesituationen von älteren Menschen immerhin bei der Hälfte nicht nützliche Berührungen.

Am meisten werden bei Pflegeempfängern die Arme, Schultern, Haare und Stirn berührt (Oliver & Redfern, 1991, zit. nach Gleeson et al., 2004, Routasalo, 1996, zit. nach Gleeson et al., 2004). Weniger oft werden Knöchel, Beine, Bauch und Brust berührt (Schoenhofer 1989, zit. nach Gleeson et al., 2004, Hollinger & Buschmann 1993, Routasalo & Lauri, 1998, zit. nach Gleeson et al., 2004). Selten bis nie werden Ohren, Nacken und Genitalien angefasst (Oliver & Redfern, 1991, zit. nach Gleeson et al., 2004, McCann & McKenna, 1993, zit. nach Gleeson et al., 2004). Bei älteren Menschen werden laut Routasalo & Isola (1996) am häufigsten Hände, Arme, Schultern, Rücken und Füße berührt. Dabei werden die Pflegeempfänger gestreichelt, getätschelt, umarmt oder gekitzelt (Routasalo, 1996, zit. nach Gleeson et al., 2005, Schoenhofer, 1989, zit. nach Gleeson et al., 2005). Unnötige Berührungen stehen vor allem in Zusammenhang mit verbaler Kommunikation (Instruktionen, etwas zeigen o. Ä.). Dabei werden hauptsächlich die Hand und der Handrücken durch Klopfen und Streicheln berührt (Routasalo & Isola 1996).

DeVos (1989, zit. nach Gleeson et al., 2004) hebt hervor, dass Berührungen bei Menschen mit Demenz kritisch sein können. Eine Begründung wird nicht genannt. Er weist an, sanfte, streichende und unterstützende Berührungen mit einem bewussten Griff anzuwenden.

#### **4.3.1 Einflussfaktoren**

Diverse Faktoren beeinflussen das Berührungsverhalten von Pflegepersonen. Estabrooks et al. (1989, zit. nach Gleeson et al., 2004), Estabrooks & Morse (1992, zit. nach Gleeson et al., 2004), Adomat & Killingworth (1994, zit. nach Gleeson et al., 2004) identifizieren dabei Alter, Bildung, Dienstalter und organisatorische Faktoren. Für Gleeson et al. (2004)

selbst sind es die Kultur, Geschlecht, Alter, Dienstalter und der Funktions- respektive Abhängigkeitsgrad des Patienten. Estabrooks & Morse (1992, zit. nach Gleeson et al., 2004) zeigen hingegen, dass die Art der Berührungen von Pflegepersonen erlernt ist und durch die Ausbildung, Umgangsform mit dem Patienten, dem Feedback des Patienten und dem eigenen kulturellen Hintergrund beeinflusst wird. Estabrooks (1989, zit. nach Gleeson et al., 2005) ergänzt, dass Pflegepersonen bei älteren oder ängstlichen Personen ein stärkeres Bedürfnis erkennen, berührt zu werden.

Das Geschlecht ist ein weiterer wichtiger Einflussfaktor, der sich auf die Quantität der Berührungen auswirkt. Generell berühren weibliche Pflegepersonen öfter als männliche. Weibliche Patienten erhalten zudem mehr Berührungen als männliche (Whitcher & Fisher, 1979, zit. nach Gleeson et al., 2004, McCann & McKenna, 1993, zit. nach Gleeson et al., 2004). Gemäss Edwards (1998, zit. nach Gleeson et al., 2004) sind zwischen gleichgeschlechtlichen Pflegepersonen und Pflegeempfänger am häufigsten Berührungen zu beobachten. Jedoch äussern männliche, ältere Patienten Unwohlsein, wenn sie von männlichen Pflegenden berührt werden, da ihnen das ein Gefühl von Homosexualität vermittelt (McCain & Kenna, 1993, zit. nach Gleeson et al., 2004).

Nach Edwards (1998, zit. nach Gleeson et al., 2004) ist das Alter der Pflegenden ein weiterer Einflussfaktor für ältere Menschen. Diese meinen, ältere Pflegepersonen hätten mehr Wissen, was einen positiven Effekt auf die Wahrnehmung der Berührungen erzielt. In institutionalisierten Settings ist die Erwartung da, mehr berührt zu werden (Edwards, 1998, zit. nach Gleeson et al., 2005).

Interessanterweise spielt auch die Quantität der Berührungen eine Rolle. Es zeigte sich, dass Menschen, die zweimal berührt wurden, eine höhere Compliance aufweisen als wenn sie nur einmalig berührt wurden (Vaidis & Halimi-Falkowicz, 2008, zit. nach Field, 2011).

#### **4.3.2 Auswirkungen von Berührungen**

Berührt zu werden – unabhängig von der Berührungsform – hat bei Menschen mit Demenz folgende Auswirkungen:

- Physische:

Lange-Alberts und Shott (1994, zit. nach Gleeson et al., 2004) erkannten, dass leichte Berührungen bei mangelernährten Bewohnern während der Nahrungsaufnahme begleitet von verbaler Kommunikation zu einer höheren Kalorienaufnahme führen.

Eine Reduktion der Pulsfrequenz und des Blutdruckes, wie es bei anderen Populationen erkannt wurde, kann bei Menschen mit Demenz nicht nachgewiesen werden (Norberg et al., 1986, zit. nach Gleeson et al., 2005). Es ist unklar, ob tiefere Kortisolspiegel und erhöhte Oxycontinspiegel auch bei Demenzerkrankten vorzufinden sind (Heinrichs et al., 2003 zit. nach Field, 2011, Heinricson et al., 2008, zit. nach Field, 2011).

- Psychische und spirituelle:

Berührungen beruhigen, beschwichtigen, spenden Wärme und geben Sicherheit (Norberg et al., 1986, zit. nach Gleeson et al., 2004, McCann & McKenna, 1993, zit. nach Gleeson et al., 2004). Physische Berührungen im Sinne von Caring fördern das emotionale und geistig-körperliche Wohlbefinden (Chang, 2001, zit. nach Gleeson et al., 2005).

Eine 5,5-minütige Handmassage als Intervention einer ausdrucksstarken Berührung mit verbaler Kommunikation reduziert herausfordernde Verhaltensweisen und impliziert ein höheres Sicherheitsgefühl. Diese Intervention stellt möglicherweise den einzigen Weg dar, mit diesen Menschen in Kontakt zu treten (Kim und Buschmann, 1999, zit. nach Gleeson et al., 2004). Auch DeVos (1989, zit. nach Gleeson et al., 2004) suggeriert, dass sanfte, vorsichtige Berührungen hilfreich sein können, wenn ein Bewohner „ausser Kontrolle“ sei.

- Soziale:

Durch körperlichen Kontakt erhält man von Menschen mit Demenz Aufmerksamkeit, Zuneigung und sie hören eher zu (Barthol, 1979, zit. nach Gleeson et al., 2004). Sie helfen, sich auf gemeinsame Handlungen zu konzentrieren (Burnside, 1979, zit. nach DSS, 2009).

Wie Berührungen vom Pflegeempfänger interpretiert werden, beeinflusst massgeblich die Pflegenden-Patienten-Beziehung (Routasalo & Isola, 1996).

Dabei ist gemäss Routasalo und Isola (1996) zu beachten, dass Berührungen mit der blanken Hand für Bewohner angenehmer sind, auch wenn sie den Sinn der Handschuhe

anerkennen. Pflegende bezweifeln erstaunlicherweise, dass die Bewohner realisieren, ob sie Handschuhe tragen.

Berührungen finden meistens im Zusammenhang mit pflegerischen Verrichtungen statt und werden als alleinige Intervention trotz ihres grossen Potenzials zu wenig genutzt (Tutton, 1998, zit. nach Gleeson et al., 2005).

#### **4.3.3 Andere berühren – eine Gratwanderung**

Pflegefachpersonen besitzen als einer der wenigen Berufe die Legitimität, andere Menschen zu berühren (Field, 2011). Stereotypisch sollten Pflegefachpersonen den Pflegeempfänger mit Händeschütteln, Handhalten oder einer Schulterberührung begrüssen. In der Realität löst dies aus einer Vielzahl von Gründen oft Unbehagen für eine der beiden Parteien aus. Besonders wenn sich Pflegepersonen mit Berührungen unwohl fühlen, fühlen sie sich unter Druck gesetzt (McCann & McKenna, 1993, zit. nach Gleeson et al., 2005). Es scheint eine Herausforderung zu sein, das richtige Mass zu finden.

Routasalo & Isola (1996) untersuchten in ihrer Studie, wie ältere Patienten Berührungen von Pflegenden in Langzeitinstitutionen erleben und umgekehrt. Sie konnten feststellen, dass Berührungen grundsätzlich von jemand Fremdem akzeptiert werden, wenn das Ziel ist, zu helfen. Die meisten Bewohner lernen die Berührungen zu akzeptieren, wenn sie viel Hilfe benötigen. Sie beschwerten sich auch bei groben Berührungen meist nicht. Das Einverständnis für unnötige Berührungen ist abhängig von dem Bewohner, der Pflegekraft und dem Tag.

Berührungen durch die Pflegepersonen werden von den Bewohnern als warm, sanft und angenehm beschrieben. Manchen Bewohnern scheint es ein Bedürfnis zu sein, so berührt zu werden, denn sie lernen, aktiv verbal oder durch das Anschauen der Pflegepersonen danach zu fragen. Ein tröstliches Täschneln ist vor allem in Situationen gefragt, in denen der Bewohner sich traurig, niedergeschlagen oder krank fühlt. Auch in der Nacht oder nachdem lange auf eine Pflegeperson gewartet werden musste, scheint das Bedürfnis danach gross zu sein. Manche Patienten äussern jedoch auch klar, keine unnötigen Berührungen zu benötigen. Sie sind mit dem Empfang konstruktiver Hilfe zufrieden.

Für Pflegende ist es wichtig, dass Berührungen gegenseitig sind. Sie beschreiben das Berühren der Bewohner als leicht, natürlich und wichtig. Dies trifft umso mehr zu, je länger sie

mit älteren Menschen zusammenarbeiten. Die Haut der Bewohner wird als warm, zerbrechlich und fein empfunden. Sie berühren Patienten überall am Körper, wenn sie ihnen helfen. Pflegeempfänger hingegen wollen, dass verletzbare Körperteile wie Geschlechtsorgane, Bauch und die weiblichen Brüste vermieden werden.

Die Reaktion von Pflegenden auf Berührungen hängt vom Bewohner, der Bedeutung der Berührung und der Sauberkeit des Berührenden ab. Meist werden Berührungen von ihnen als angenehm empfunden und als ein Weg, Dankbarkeit zu zeigen, interpretiert.

Berührungen werden vom Patienten dann als unangenehm empfunden, wenn sie mit sexueller Motivation verstanden werden. Pflegende reagieren in solchen Situationen meist mit Ärger, Bedrängnis und wehren sich. Selten reagieren sie mit Humor, um die Situation herunterzuspielen. Bewohner, die negative (verbale) Reaktionen auf ihre Berührungen erfahren haben, vermeiden in Zukunft, Pflegende anzufassen. Berührungen können auch als Form der Machtdemonstration missbraucht werden. Dies wurde in Situationen beobachtet, in denen sich der Bewohner und die Pflegefachkraft nicht verstanden haben. Dies äusserte sich beispielsweise, indem die Pflegeperson als Zeichen der Dominanz dem sitzenden Bewohner die Hand auf die Schultern legte.

Ob Berührungen akzeptiert werden oder nicht, äussert sich durch folgende Zeichen:

- Mimik (Bowlby Sifton, 2004, zit. nach DSS, 2009)
- An- bzw. Entspannen der betreffenden Körperstelle (Bowlby Sifton 2004, zit. nach DSS, 2009)
- Abwenden/Zurücklehnen oder Zuwenden/Vorbeugen (Bowlby Sifton, 2004, zit. nach DSS, 2009, Hoffmann & Platt, 1991, zit. nach DSS, 2009)

Besonderer Respekt ist zudem dem kulturellen Hintergrund der Bewohner entgegenzubringen. Obwohl die Kommunikation von Emotionen über Berührungen soziale Interaktionen erleichtert, variiert sie gemäss Field (2011) über die Kulturen hinweg. Trotz der Bedeutung von Berührungen für die Interaktion und Beziehung wird man beispielsweise in den USA aktiv entmutigt, da Rechtsstreitigkeiten befürchtet werden. Auch in England ist es nicht üblich, sich gegenseitig anzufassen (Jourard, 1966, zit. nach Field, 2011). Field (2011) fordert gezieltere Studien über grössere Migrationsgruppen im Land, um mehr Wis-

sen über die Rolle der Berührung in der zwischenmenschlichen Beziehung in verschiedenen Kulturen zu generieren. Nur so kann eine Kommunikation auf taktile Basis respektvoll gestaltet werden.

#### **4.4 Taktile Kommunikation**

Berührungen sind zehnmal wirksamer als verbaler Kontakt und sie wirken auf beinahe alles ein, was wir tun (Montagu, 1971, zit. nach Field, 2011). Norberg et al. (1989, zit. nach Gleeson et al., 2004), Kim und Buschmann (1999, zit. nach Gleeson et al., 2004) halten fest, dass Berühren ein wertvoller Kanal der nonverbalen Kommunikation und eine effektive Methode ist, um mit Menschen mit kognitiven Einschränkungen zu kommunizieren. Von Demenz Betroffene berühren Pflegepersonen eher selten, doch wenn es geschieht, dann in kommunikativer Absicht (Clarke, 2004, zit. nach DSS, 2009, Hubbard et al., 2002).

Nicht unähnlich der Kommunikation über Wörter oder der Mimik können Emotionen über Berührungen vermittelt werden. Auch wenn einem der Sender nicht näher bekannt ist, kann man Glück, Wut, Trauer, Überraschung, Ekel, Angst, Sympathie, Liebe, Stolz, Neid und Dankbarkeit mittels eines taktilen Kontakts erfahren. Durch verschiedene Berührungsarten gelingt dabei die Übermittlung der verschiedenen Emotionen. Beispielsweise mit Drücken, Anheben und Klopfen wird Ekel ausgedrückt, durch Schlagen, Quetschen und Zittern Ärger (Elfenbein & Ambady, 2002, zit. nach Field, 2011). Hertenstein et al. (2009, zit. nach Field, 2011) erkannten, dass, je mehr man vom Körper des Empfängers berühren darf, umso genauer und intensiver können Emotionen übermittelt werden.

Gemäss Routasalo & Isola (1996) können ältere Bewohner durch Berührungen zudem Orientierung über ihre Lage, Freundlichkeit, Liebenswürdigkeit und schlechte Laune vom Pflegepersonal kommuniziert bekommen, auch wenn dies von ihnen nicht beabsichtigt wurde. Sie sind in der Lage, Pflegenden anhand ihrer Berührungen zu erkennen. Das Berührungsverhalten der Pflegenden ist individuell und kann als persönliche Visitenkarte betrachtet werden. Pflegenden sind sich bewusst, dass Berühren eine Form der Kommunikation ist. Für sie drücken Berührungen vorwiegend Gefallen, Liebe, Fürsorge, Sympathie, Trost, Beruhigung und die Bereitschaft, zuzuhören aus. Unnötige Berührungen vermitteln aus Sicht der Pflegenden Sicherheit, Trost und Selbstvertrauen. Sie helfen zu beruhigen,

Lisa Heller

sich falls nötig zu entschuldigen und zu zeigen, dass sie sich kümmern und lieben. Diese Berührungen geschehen intuitiv.

Nach Crump (1998, zit. nach Gleeson et al., 2004) rutschen Pflegende bei Menschen mit Demenz oft in ein Eltern-Kind-Schema, was wertvolle Kommunikationskanäle verschliesst. Pflegende sollen eine individuelle Herangehensweise für den Gebrauch von Berührungen wählen, die den individuellen Präferenzen der Menschen gerecht wird (Newman Giger, 1992, zit. nach Gleeson et al.).

#### **4.4.1 Namaste-Care-Programm**

Nicholls, Chang, Johnson und Edenbrought. (2013) untersuchten in einer qualitativen Studie das Namaste-Care-Programm als mögliches Konzept, durch eine Vielzahl von sanften Berührungen eine Kommunikation bei fortgeschrittener Demenz zu ermöglichen. Sie erkannten, dass die Verbindung von emotionalen und physischen Bedürfnissen bei Berührungen es erleichtert, physische Ziele zu erreichen. Es besteht keine Notwendigkeit für spezielle Berührungsformen, um physisches und psychisches Wohlbefinden bei Demenzbetroffenen hervorzurufen. Einfache, affektive Berührungen genügen.

## 5 Diskussion

Es folgt eine kritische Diskussion und Interpretation nach Fragestellung gegliedert. Ein Theorie-Praxis-Transfer wird angeknüpft.

### 5.1 Güte der gefundenen Literatur

Alle drei qualitativen Studien weisen in den Gütekriterien Glaubwürdigkeit, Übertragbarkeit, Nachvollziehbarkeit und Bestätigungskraft Mängel auf. Wichtige Beschreibungen der Probanden wie Demenzstadium oder -art sowie Sinneseinschränkungen fehlen oft. Infolge der im Kapitel 3.1 dargestellten Demenzunterformen mit unterschiedlichen Konsequenzen wäre es wünschenswert zumindest zu wissen, ob es sich um kortikale oder subkortikale Demenzen handelt. Zudem fehlt die bei qualitativen Studien wichtige Eigenreflexion des Forschers und Datenredundanz. Es folgen die Studien mit ihrem jeweils am meisten beeinträchtigten Gütekriterium:

Bei Hubbard et al. (2002) leidet besonders die Nachvollziehbarkeit unter unklaren Dropouts und fehlenden Angaben. Aufgrund des unklaren Landes in Routasalo et al. (1996) und zweifelhafter Repräsentativität der gewählten Studie ist die Übertragbarkeit möglicherweise fraglich. Die von Nicholls et al. (2013) in Australien durchgeführte Studie ist durch einen ungenauen Beschreibungsstil charakterisiert, was unter anderem die Glaubwürdigkeit beeinträchtigt. Hinzu kommen Selektionsbias.

Trotz beschriebener Zielsetzungen, Ethikverfahren und Ergebnisdiskussionen ist die mangelnde Güte dieser Studien nicht von der Hand zu weisen.

Auch vermögen die 3 quantitativen Studien nicht in allen Kriterien von Reliabilität, Validität und Objektivität zu überzeugen. Hoffmann et al. (1985) sind reliabel, objektiv, vermögen jedoch aufgrund des unpassenden Designs und methodischer Fehler nicht in ihrer Validität zu überzeugen. Die Studie von Caris-Verhallen et al. (1999) weist eine hohe Sorgfalt bezüglich der Durchführung auf und ist objektiv. Der Hawthorne-Effekt verhindert aber möglicherweise valide Ergebnisse. Re (2003) ist objektiv und valide, die Reliabilität ist hingegen wegen kleiner Population, nur weiblichen Probanden und eines unklaren Durchführungslands nicht gegeben.

Eine ausführliche Studienbeurteilung findet sich in Anhang B resp. C. Die Induktion von Forschungsergebnissen von Menschen mit Demenz gestaltet sich aufgrund der individuel-

len Ausprägung und des Krankheitsverlaufes allgemein als schwierig. Infolge der beschränkten Güte sind die nachfolgenden Studienresultate mit Vorsicht zu geniessen.

## **5.2 Nonverbale Kommunikation bei Menschen mit fortgeschrittener Demenz in Langzeitinstitutionen**

Die Literaturrecherche ergab, dass die nonverbale Kommunikation die wichtigste Verständigungsmethode für Demenzerkrankte im fortgeschrittenen Stadium ist und sie diese aktiv und zielgerichtet nutzen. Diese Fähigkeit bleibt bis zum Tod erhalten (Universität Zürich, 2009). Mit nonverbalen Signalen können zwar keine spezifischen Informationen, dafür aber adäquat Gefühle kommuniziert werden. Die nonverbalen Verhaltensmuster sind kontextbedingt. Nach Hubbard et al. (2002) spielen Langzeitinstitutionen die entscheidende Rolle, einen Kontext zu bieten, in dem sich nonverbale Verhaltensmuster entwickeln und halten können. Jedoch fehlen konkrete Vorschläge.

Von fortgeschrittener Demenz Betroffene sind noch immer fähig, diese Verständigung zu erlernen und spezifischen Situationen anzupassen, was bei der verbalen Kommunikation nicht mehr der Fall ist. Somit ist die korrekte Wahrnehmung durch ihr Umfeld möglich (Hubbard et al., 2002).

Die von Buchholz et al. (2009) identifizierten Kommunikationszeichen wie Schwitzen, Atmung, Puls, Blutdruck und Muskeltonusveränderungen wurden in keiner wissenschaftlichen Publikation gefunden. Es ist jedoch fraglich, wie diese bewusst und gezielt von Demenzbetroffenen kommuniziert werden können.

Obschon die Übertragbarkeit der Studie von Caris-Verhallen et al. (1999) aufgrund der Population eingeschränkt sein mag, so erforscht sie doch das nonverbale Verhalten in Pflegesituationen ausführlich. Es ist naheliegend, dass das nonverbale Verhalten von Pflegepersonen bei Demenzerkrankten in ähnlicher Weise zu beobachten ist, obschon es dazu noch keine Studien gibt. Die Häufigkeit, bei der Pflegepersonen in die Augen oder zumindest in das Gesicht von älteren Personen blicken, deckt sich trotz des systematischen Forschungsfehlers von Caris-Verhallen (1999) mit dem, was die Autorin in der Praxis beobachten konnte. Es lässt sich ableiten, dass die Mimik bei Pflegefachpersonen einen hohen Stellenwert hat, wenn es gilt, an nonverbale Informationen zu kommen.

Bei Menschen mit Demenz verhält es sich genau umgekehrt. Sie schauen wenig in das Gesicht des Gegenübers und noch weniger in die Augen (Ogrocki et al., 2000, zit. nach DSS, 2009). Trotzdem soll ihnen ein freundlicher Blickkontakt angeboten werden.

Re (2003) belegt durch Messung mittels des FACS, dass Frauen mit Demenz im fortgeschrittenen Stadium ein komplexes mimisches Ausdrucksverhalten aufweisen, welches erlaubt, Emotionen abzulesen. Es liegt der Autorin keine Literatur vor, die an der Übertragbarkeit auf Männer zweifeln lässt. Beobachtet wurden Ärger, Freude, Wohlbefinden, Traurigkeit, Verachtung, Überraschung und Ekel. Diese stimmen weitgehend mit den 7 Basisemotionen von Ekman (2011) überein, da das FACS auf ihnen aufbaut (vgl. Kapitel 3.4). Re ersetzte aber in ihrer Studie die Basisemotion Angst mit Wohlbefinden, da Angst von den Pflegenden im Alltag als wenig relevant eingeschätzt wurde. Dies mag auf mässiges Einfühlungsvermögen hindeuten, da infolge der Desorientierung und des Unvermögens, Bekanntes abzurufen, bei diesen Menschen Angst sehr wohl im Alltag anzutreffen ist (Universität Zürich, 2009). Es wäre wünschenswert gewesen, die Beobachtbarkeit dieser Emotion kritischer zu untersuchen.

Generell ist die Studienlage widersprüchlich, welche Emotionen erkannt werden können (DSS, 2009). Pflegenden haben insbesondere bei wenig ausgeprägter Mimik Mühe, Emotionen einzuschätzen. Vor allem die Emotion „Wohlbefinden“ scheint bezüglich Wahrnehmung und Interpretation Schwierigkeiten zu bereiten und wird vorschnell zugeordnet (Re, 2003).

Beobachtet man Emotionen mittels der „observed emotion rating scala“ von Lawton et al., können die Emotionen allgemeine Aufmerksamkeit und Interesse, Freude, Ärger, Angst und Traurigkeit erkannt werden (Universität Zürich, 2009). Vermutlich weichen sie von den Basisemotionen ab, da z.B. Verachtung kognitive Fähigkeiten voraussetzt. Beide Skalen werden als geeignet ausgewiesen, die von Menschen mit fortgeschrittener Demenz kommunizierten Emotionen differenziert im Kontext der Situation zu erfassen, die bei der Betreuung teilweise übersehen werden (Re, 2003, Universität Zürich, 2009). Spezifisch auf diese Personengruppe ausgerichtet ist jedoch nur die „observed emotion rating scala“ nach Lawton et al. (Universität Zürich, 2009).

Die emotionale Intelligenz\* ist je nach Demenzform unterschiedlich beeinträchtigt (DSS, 2009). Ein gewisser Widerspruch ist jedoch nicht von der Hand zu weisen: Einerseits zeigen Studien, dass Menschen mit Demenz über eine ausdrucksvolle Mimik verfügen und die Wahrnehmungsfähigkeit für nonverbale Signale erhalten bleibt oder zunimmt. Andererseits werden ihre nonverbalen Signale immer spärlicher ausgesendet und sind schwieriger zu interpretieren (DSS, 2009). Grundsätzlich scheint die Intensität und Ausdrucksfähigkeit der Mimik jedoch abzunehmen (Wagener et al., 1998, zit. nach DSS, 2009). Zudem weisen Garratt & Hamilton-Smith (1998, zit. nach DSS, 2009) darauf hin, dass die Mimik durch Medikamente erheblich verändert oder beeinträchtigt sein kann.

Es ist von grosser Wichtigkeit, dass Betroffene trotz dieser Defizite ihr Gefühlsleben kommunizieren können, denn Roberts (1996, zit. nach DSS, 2009) wies nach, dass je mehr Probleme Betroffene mit emotionaler Kommunikation haben, desto häufiger sie agitierte und herausfordernde Verhaltensweisen zeigen.

Bowlby Sifton (2011) fasst zusammen, dass bei der nonverbalen Kommunikation die Würde des Menschen jederzeit zu wahren ist sowie persönliche, generationsbedingte und kulturelle Gewohnheiten zu respektieren sind. Die kommunikative Kompetenz der Pflegefachpersonen bildet hierfür eine unerlässliche Voraussetzung.

### **5.2.1 Theorie-Praxis-Transfer**

Folgende Handlungsempfehlungen kristallisieren sich für Pflegefachpersonen heraus:

Tabelle 7: Theorie-Praxis-Transfer nonverbale Kommunikation

<b>Empfehlung</b>	<b>Begründung</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Genügend Zeit im Pfltag einräumen</li></ul>	Menschen im fortgeschrittenen Stadium benötigen länger, auf nonverbale Signale zu reagieren.
<ul style="list-style-type: none"><li>• Auf nonverbale Kommunikation eingehen und aktiv nutzen</li></ul>	Stärkt die Pflegenden-Bewohner-Beziehung, führt zu höherer Lebensqualität, Generierung von Informationen.
<ul style="list-style-type: none"><li>• Freundlichen Blickkontakt anbieten und</li></ul>	Emotionale Botschaften können bes-

Signale auf mehreren Kanälen senden	ser verstanden werden, fehlender Blickkontakt kann Unsicherheit und Verunsicherung bewirken.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Blickkontakt bewusst bei Informationsgesprächen einbauen</li> </ul>	Negative Korrelation, Informationen können verpasst werden.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Gelegentlich lächeln</li> </ul>	Wirkt sich positiv auf die Kommunikation aus, vermittelt Wärme, Offenheit und Sympathie.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Bei undeutlicher resp. unklarer Mimik differenziert, gegebenenfalls mittels der „emotional rating scale“ den Gemütszustand einschätzen</li> </ul>	Voreilige Interpretationen sollen vermieden werden.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Scheinbares Wohlbefinden kritisch und umfassend beobachten</li> </ul>	Es vermeiden, Wohlbefinden als Restkategorie zu verwenden.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Authentisches Auftreten zwischen verbalen und nonverbalen Signalen</li> </ul>	Ausgesprochene Feinfühligkeit für Diskrepanzen im fortgeschrittenen Stadium.

Gemäss der Universität Zürich (2009) obliegt es Pflegefachpersonen, nonverbale Signale wahrzunehmen, sie zu interpretieren und entsprechend zu reagieren. Als praxisrelevant werden die in Tabelle 8 dargestellten fünf Emotionen erachtet.

Es folgt in der Tabelle 8 eine Aufzählung dieser Emotionen, mit entsprechenden pflegerischen Interventionen. Dabei fällt auf, dass die Interventionen an die Erkenntnis von Hoffmann et al. (1985) anknüpfen, wonach positive Stimulation positive Reaktionen hervorruft.

Tabelle 8: Emotionen und pflegerische Interventionen

Emotion	Beobachtbare Zeichen	Pflegerische Intervention
<b>Allgemeine Aufmerksamkeit und Interesse</b>	Wacher Augenausdruck, Augenkontakt, Zuwendung zum Stimulus (geradere Körperhaltung, Hindrehen des Kopfes, Verfolgen der Aktivität)	Aufgrund der positiven Auswirkung auf Wohlbefinden und Lebensqualität sehr „erwünschte“ Emotion. Stimulierung durch kurze Ansprachen, kleine Berührungen, Vorspielen von Musik oder Miteinbezug in ge-

		meinsame Spiele.
<b>Freude</b>	Lächeln um Augen- oder Mundwinkel, lachen, küssen, singen, nach anderen greifen, freundliches Berühren und Streicheln der Pflegeperson	Entsprechende Stimuli bei Traurigkeit oder Ängstlichkeit gezielt einsetzen, um das allgemeine Wohlbefinden zu verbessern. Z. B. freundlicher Blickkontakt, zulächeln, persönliche Worte, kurze Berührungen oder ein Stück Schokolade.
<b>Ärger</b>	Verengen der Augen, aufeinandergepresste Lippen, zusammengebissene Zähne, geballte Fäuste, Tätlichkeiten gegen Einrichtungsgegenstände, Fluchen, Schimpfen und lautes Schreien	Die Prävention durch das Respektieren der Bedürfnisse und die Gewährleistung des Wohlbefindens sind grundlegend. Entsprechende Anzeichen müssen erkannt werden, damit sich keine entsprechenden Emotionen anstauen können. Umgehende Reaktion der Pflegenden ist erforderlich, um allfällige körperliche Aggressivitäten von sich und anderen abzuwenden.
<b>Ängstlichkeit und Angst</b>	Subtile Zeichen wie Rastlosigkeit (besonders der Hände und Füße), Nervosität, Tachypnoe, Mydriasis, Anspannung der Mimik, charakteristische Stirnfalte, lautes Kreischen oder wiederholtes Rufen	Die Angst soll bereits in ihren Anfängen erkannt, ihre Ursache identifiziert und behoben werden.
<b>Traurigkeit</b>	Erschlaffen der menschlichen Muskulatur. Der Betroffene „sinkt in sich zusammen“, Kopfstützen durch die Hände, Herabhängen der Augenwinkel, charakteristische Stirnfalten, ausdruckslose und matte Augen, wiederholtes Seufzen,	Zuwendung und Trost durch die Pflegenden.

Pflegefachpersonen müssen sich bewusst sein, dass die Emotionen subtil sein können und einen fließenden Übergang zeigen. Es bedarf der Erkennung kleinster Signale, des Zusammenhangs zu anderen nonverbalen Zeichen und der Umgebungssituation, um die Gefühlswelt richtig einschätzen zu können (Universität Zürich, 2009).

### 5.3 Stellenwert der taktilen Kommunikation

Je nach Studie werden Berührungen anders interpretiert und unterteilt, was es schwierig macht, gewonnene Erkenntnisse zuzuordnen. Auch die Häufigkeit bestimmter Berührungsarten ist umstritten. Bei älteren Menschen sind in der Hälfte der Pflege die nicht nützlichen Berührungen gebräuchlich. Hände, Arme, Schultern, Rücken und Füße werden am meisten berührt. Die Hände werden am häufigsten berührt in Verbindung mit verbalen Informationen (Routasalo & Isola, 1996). Es ist nicht bekannt, warum bei dieser Population die Berührungen der Füße mitunter am häufigsten sind und das Berühren von Haaren und Stirn nicht. Die Autorin suggeriert, dass diese möglicherweise infolge der erhöhten Pflegebedürftigkeit zur Mobilisationshilfe öfters berührt werden. Die Berührungsorte decken sich weitgehend mit den von der Autorin in der Praxis beobachteten. Es wurde von ihr jedoch oft beobachtet, dass Menschen mit Demenz an Haaren und Stirn gestreichelt wurden, was sie als Ausdruck von Zuneigung interpretierte. Möglicherweise rutschten die Pflegenden aber in das Eltern-Kind-Schema, das laut Crump (1998, zit. nach Gleeson et al., 2004) vermieden werden soll, da es Kommunikationskanäle verschliesst.

Das Bedürfnis nach Berührungen ist von unterschiedlicher Intensität, generell kann aber gesagt werden, dass der Wunsch danach grösser ist als das Angebot (Routasalo & Isola, 1996). Besonders weibliche Pflegenden haben jedoch das Gefühl, viel zu berühren, und würden sich selber als „Touchers“ bezeichnen (1989, zit. nach Gleeson et al., 2004).

Trotzdem können Berührungen laut DeVos (1989, zit. nach Gleeson et al., 2004) bei Menschen mit Demenz kritisch sein. Man soll sanfte, streichende und unterstützende Berührungen mit einem bewussten Griff anwenden.

Berührungen sind durch verschiedenste Einflussfaktoren bedingt, einer davon ist das Geschlecht. Gleichgeschlechtliche Berührungen sind am verbreitetsten (Edwards, 1998, zit. nach Gleeson et al., 2004), ältere Männer scheuen diese aber. Möglicherweise ist die Ungewohntheit solcher Berührungen und die dadurch bedingte Fehlinterpretation auf den geringen Anteil von männlichen Pflegepersonen zurückzuführen. Da dieser alleine von 2001-2008 um 18 % gestiegen ist (Bundesamt für Statistik, 2010), ist anzunehmen dass sich die Situation seit 1998 verändert hat. Zudem mag es fraglich sein, inwiefern das Geschlecht der Pflegepersonen im fortgeschrittenem Stadium noch eine Rolle spielt. Deshalb sind aktuelle Forschungen nötig, um das Berührungsverhalten heute in der Gesellschaft und insbesondere den Pflegeheimen zu analysieren.

Ein weiterer wichtiger Einflussfaktor bildet die Kultur. Der Ausländeranteil in der Schweiz ist heute höher als je zuvor und liegt über einem Fünftel der Wohnbevölkerung (Bundesamt für Statistik, 2014). Field (2011) fordert gezielte Studien über grössere Migrationsgruppen im Land, um mehr Wissen über die Rolle der Berührung in der zwischenmenschlichen Beziehung in verschiedenen Kulturen zu generieren. Nur so kann eine Kommunikation auf taktile Basis respektvoll gestaltet werden.

Berührungen haben aufgrund ihrer Wichtigkeit als Kommunikationskanal und ihren positiven Auswirkungen einen grossen Stellenwert in der nonverbalen Kommunikation. Durch sie erhält man Aufmerksamkeit von den Demenzbetroffenen und sie hören eher zu (Barthol, 1979, zit. nach Gleeson et al., 2004). Sie haben grossen Einfluss auf die Pflegenden-Patienten-Beziehung (Routasalo & Isola, 1996).

Laut Kim und Buschmann (1999, zit. nach Gleeson et al., 2004) sind sie eine effektive Methode, mit Menschen mit kognitiven Einschränkungen zu kommunizieren. Durch sie lassen sich verschiedene Emotionen übermitteln. Je mehr man dabei vom Körper des anderen berühren darf, desto genauer und zahlreicher können Emotionen gesendet werden (Elfenbein & Ambady, 2002, zit. nach Field, 2011). Da diese Erkenntnis zur Missachtung der Privatsphäre und der Bedürfnisse der Bewohner führen könnte, möchte die Autorin an dieser Stelle nochmals betonen, dass die Kommunikation individuell zu gestalten ist. Nur auf diese Weise kann man den persönlichen Präferenzen, der Kultur und den Bedürfnissen des von Demenz Betroffenen gerecht werden. Gemäss Routasalo & Isola (1996) kann den an

Demenz Betroffenen zudem Orientierung über Liegeposition, Freundlichkeit, Liebenswürdigekeit und Stimmung der Pflegenden kommuniziert werden, ob beabsichtigt oder nicht. Nach Routasalo & Isola (1996) sind sich Pflegende bewusst, dass Berühren eine taktile Kommunikation ist. Sie setzen sie zielgerichtet ein. Trotz ihres grossen Potenzials als Kommunikationsmöglichkeit werden sie als alleinige Intervention zu wenig genutzt (Tuton, 1998, zit. nach Gleeson et al., 2005). Obschon sie von den Bewohnern akzeptiert (Routasalo & Isola, 1996) und von beiden Seiten grundsätzlich als angenehm empfunden werden, scheint es trotzdem ein Balanceakt zu sein, das richtige Mass zu finden. Man sollte sich zudem des Missbrauchspotenzials bewusst sein.

Das Namaste-Care-Programm kann aufgrund der ungenauen Studienbeschreibung nicht als Konzept zur taktilen Kommunikation empfohlen werden.

### **5.3.1 Theorie-Praxis-Transfer**

Auch zu dieser Fragestellung lassen sich konkrete Handlungsempfehlungen herleiten. Obschon keine Berührungsarten für Kommunikationszwecke bei Menschen mit fortgeschrittener Demenz empfohlen werden können, so sollen Berührungen gemäss DeVos (1989, zit. nach Gleeson et al., 2004) mit einem bewussten Griff sanft, streichend und unterstützend sein. Bei herausfordernden Verhaltensweisen sind sanfte, vorsichtige Berührungen hilfreich (Edwards, 1998, zit. nach Gleeson et al., 2005). Pflegefachpersonen haben kompetent aufzutreten, da dies einen positiven Effekt auf die Wahrnehmung von Berührungen hat.

Tabelle 9: Theorie-Praxis-Transfer taktile Kommunikation

<b>Empfehlung</b>	<b>Begründung</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Berührungen zu Beginn einer Interaktion einsetzen</li></ul>	Implizieren Aufmerksamkeit, Menschen mit Demenz hören eher zu, helfen, sich auf gemeinsame Handlungen zu konzentrieren.
<ul style="list-style-type: none"><li>• Kompetent auftreten</li></ul>	Kompetenz wirkt sich positiv auf die Wahrnehmung von Berührungen aus.

<ul style="list-style-type: none"><li>Keine Berührungen von Genitalien, Bauch oder den weiblichen Brüsten</li></ul>	Wahrung der Intimsphäre.
<ul style="list-style-type: none"><li>Bedürfnis hinter Berührungen des Bewohners ergründen</li></ul>	Pflegende werden in kommunikativer Absicht berührt.
<ul style="list-style-type: none"><li>Unter 4.3 beschriebene Zeichen während des Berührens beachten</li></ul>	Objektive Überprüfung über (Miss)Empfinden der Berührung.
<ul style="list-style-type: none"><li>Mit kulturellem Hintergrund des Bewohners vertraut machen</li></ul>	Respektierung der Kultur, differenziertes Verstehen von nonverbalen Signalen.
<ul style="list-style-type: none"><li>Emotionale und physische Bedürfnisse in Berührungen verbinden</li></ul>	Miteinbezug erleichtert die Erreichung physischer Ziele.
<ul style="list-style-type: none"><li>Als Option zur Complianceerhöhung unter Beachtung der individuellen Grenzen nutzen</li></ul>	Möglicherweise erhöhte Compliance.
<ul style="list-style-type: none"><li>5,5-minütige Handmassage in Kombination mit verbaler Kommunikation zur Reduktion von herausfordernden Verhaltensweisen</li></ul>	Möglicherweise einziger Weg, mit dem Betroffenen in Kontakt zu treten.

## **6 Schlussfolgerung**

Im folgenden Teil werden die wichtigsten Schlussfolgerungen, offen gebliebene Fragen und eine mögliche Zukunftsaussicht dargestellt.

### **6.1 Sich aus der Arbeit ergebende, prägnante Schlussfolgerungen**

Es existieren nur wenig valide Handlungsempfehlungen für Pflegefachpersonen in der Literatur. Die vorliegende Arbeit bietet Pflegefachpersonen abgeleitete Handlungsoptionen an, die trotz der eingeschränkten Güte der Forschungsergebnisse in der Praxis eingesetzt werden können. Genauso individuell wie der Mensch und seine Demenz ist, genauso individuell und ressourcenorientiert ist der Zugangsweg zu den Betroffenen zu gestalten. Es zeigt sich, dass nonverbale Kommunikation aktiv von Pflegenden als auch von Betroffenen zielgerichtet in Interaktionen genutzt wird. Als wichtigste Kommunikationskanäle wurden in dieser Arbeit der mimische Ausdruck und die taktile Kommunikation identifiziert. Letztere ist unabhängig von der Berührungsart eine effektive Methode, Emotionen mitteilen zu können. Sie kann herausfordernde Verhaltensweisen sowie Verhaltensauffälligkeiten vermindern und hat eine Vielzahl an positiven Auswirkungen. Pflegende müssen kongruent auftreten und sich der nonverbalen Kommunikation bewusster und reflektierter widmen. Es ist ein individueller Zugang zu den Betroffenen zu wählen, der den Präferenzen, der Kultur und ihren Bedürfnissen gerecht wird.

### **6.2 Offene Fragen**

Da wenig konkrete Handlungsempfehlungen existieren, sind Forschungen bezüglich der unter 3.5 genannten Konzepte nötig. Bereits in der Praxis angewendet, ist es für diese von Interesse, ein von der Literatur empfohlenes, evidenzbasiertes Konzept zu erhalten.

### **6.3 Zukunftsaussicht**

Trotz der bekannten Bedeutung der nonverbalen Kommunikation insbesondere bei Menschen mit Demenz hat es die Autorin erstaunt, wie wenig valide Forschung vorliegt. Es besteht ein klarer weiterer Forschungsbedarf, auch aufgrund des Alters der vorliegenden Literatur.

Besonders Fields (2011) Forderung nach gezielten Studien über grössere Migrationsgruppen in der Schweiz muss nachgekommen werden. Das Pflegepersonal sowie von Demenz Betroffene stammen zunehmend aus anderen Kulturkreisen, welche sich in der Kommunikation von unserer unterscheiden. Mehr Wissen über kulturelle Unterschiede ist nötig, um eine (non)verbale sowie taktile Kommunikation in Zukunft respektvoll und zielgerichtet gestalten zu können.

#### **6.4 Schlusswort**

Wie bei jeder Art von Kommunikation ist es entscheidend, mit welcher Haltung, Zuwendung, Offenheit, Empathie und insbesondere Zeit man den Menschen mit Demenz gegenübertritt (DSS, 2009).

Abschliessen möchte die Autorin mit einem Zitat Goldsmiths (2006, zit. nach DSS, S. 4, 2009):

„Mit dem überwiegenden Teil der von einer Demenz Betroffenen kann in bedeutungsvoller Weise kommuniziert werden. Voraussetzung ist jedoch unsere Fähigkeit, sich in ihre Welt hineinzusetzen, ihr spezifisches Tempo und Zeitgefühl zu verstehen, ihre Probleme des Abgelenktwerdens zu erkennen und sich klarzumachen, dass Menschen viele Möglichkeiten besitzen, sich auszudrücken. Die Verantwortung dafür, diese zu erkennen, liegt bei uns.“

## 7 Verzeichnisse

### 7.1 Literaturverzeichnis

Bowlby Sifton, C. (2011). *Das Demenzbuch. Ein „Wegbegleiter“ für Angehörige, Pflegende und Aktivierungstherapeuten* (2. Aufl.). Bern: Huber.

Buchholz, T. & Schürenberger, A. (2009). *Basale Stimulation in der Pflege alter Menschen* (3. Aufl.). Bern: Huber.

Bundesamt für Gesundheit (2013). Nationale Demenzstrategie 2014 - 2017. Heruntergeladen von <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/13916/index.html?lang=de> am 24.11.2013

Bundesamt für Statistik (2010). Beschäftigung und Berufe - Beschäftigte im Gesundheitsbereich. Heruntergeladen von <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/03/04/key/01.html> am 15.04.2014

Bundesamt für Statistik (2012). Bevölkerungsbewegung - Indikatoren - Lebenserwartung <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/06/blank/key/04/04.html> am 24.11.2013

Bundeamt für Statistik (2014). Multikultur: Ausländer, Ausländerinnen in der Schweiz. Heruntergeladen von <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/dienstleistungen/forumschule/them/02/03a.html> am 28.04.2014

Caris-Verhallen, W. M. C. M., Kerkstra, A. & Bensing J. M. (1999). Nonverbal behaviour in nurse-elderly patient communication. *Journal of Advanced Nursing*, 29, 808-818.

Lisa Heller

Demenz Support Stuttgart (Hrsg.) (2009). Hearing the Voice Revisited – Teil 2: Verständigung. Heruntergeladen von:

[http://www.demenzsupport.de/Repository/dessjournal\\_1\\_2\\_2009\\_hearing2.pdf](http://www.demenzsupport.de/Repository/dessjournal_1_2_2009_hearing2.pdf) am 10.01.2014

Ekman, P. (2011). *Gefühle lesen. Wie Sie Emotionen erkennen und richtig interpretieren* (2. Aufl.). München: Elsevier GmbH.

Feil, N. (2004). *Validation in Anwendung und Beispielen. Der Umgang mit verwirrten alten Menschen*. München: Ernst Reinhardt.

Field, F. (2011). Touch for socioemotional and physical well-being: A review. *Developmental Review, 30*, 367-383.  
doi:10.1016/j.dr.2011.01.001

Gleeson, M., Timmins, F. (2004). Touch: a fundamental aspect of communication with older people experiencing dementia. *Nursing older people, 2*.

Hafner, M. & Meier, A. (2013). *Geriatrische Krankheitslehre Teil 1 - Psychiatrische und neurologische Syndrome*. Bern: Hans Huber.

Hoffman, S. B., Platt, C. A., Barry, K. E. & Hamill, L. A. (1985). When Language Fails: Nonverbal Communication Abilities of the Demented. In J. T. Hutton & A. D. Kenny (Hrsg.), *Senile dementia of the Alzheimer's disease* (S. 49-64). New York: Liss.

Hubbard, G., Cook, A., Tester, S. & Downs, M. (2002). Beyond Words. Older people with dementia using and interpreting nonverbal behaviour. *Journal of Aging Studies, 16*, 155-167.

Instrumental. (2013). In *Duden Online*. Heruntergeladen von <http://www.duden.de/rechtschreibung/instrumental>

Kim, E. J. & Buschmann, M. T. (1999). The effect of expressive physical touch on patient with dementia. *International Journal of Nursing Studies, 36*, 235-243.

Lisa Heller

- Law, M., Stewart, D., Lettis, L., Pollok, N., Bosch, J. & Westmorland, M. (1998). Formular zur kritischen Besprechung qualitativer Studien. Heruntergeladen von <http://www.canchild.ca/en/canchildresources/resources/quantformg.pdf> am 11.01.2014
- Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Lettis, L., Bosch, J. & Westmorland, M. (1998). Formular zur kritischen Besprechung von quantitativen Studien. Heruntergeladen von <http://www.canchild.ca/en/canchildresources/resources/quantformG.pdf> am 11.01.2014
- Mehrabian, A. (n. d.) Columbus Regeln - Albert Mehrabian: 7-38-55. Heruntergeladen von <http://www.columbos-regeln.de/konflikt-und-kommunikation/mehrabian> am 03.09.2013
- Huch, R. & Jürgens, K. D. (Eds.). (2011). *Mensch Körper Krankheit*. München: Urban & Fischer.
- Nicholls, D., Chang, E., Johnson, A. & Edenborough, M. (2013). Touch, the essence of caring for people with end-stage dementia: A mental health perspective in Namaste Care. *Aging & Mental Health*, 17, 571-578.
- Menche, N. (Eds.). (2011). *Pflege Heute*. München: Urban & Fischer.
- Nonverbal. (2013) In *Duden Online*. Heruntergeladen von <http://www.duden.de/rechtschreibung/nonverbal>
- Pschyrembel. (2014). *Pschyrembel Klinisches Wörterbuch* (265. Aufl.). Berlin: Walter de Gruyter.
- Re, S. (2003). Emotionales Ausdrucksverhalten bei schweren demenziellen Erkrankungen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 36, 447-453.  
doi:10.1007/s00391-003-0189-7
- Rösler, A., Schwerdt, R. & von Renteln-Kruse, W. (2005). Was die Sprache Alzheimer-Kranker mit der Celans verbindet. Über Kommunikation mit schwer betroffenen De-

Lisa Heller

menzpatienten. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 38, 354-359.

doi:10.1007/s00391-005-0306-x

Schweizerische Alzheimervereinigung (2014a). 113'000 Menschen mit Demenz in der Schweiz. Heruntergeladen von <http://www.alz.ch/index.php/zahlen-zur-demenz.html> am 04.03.2014

Schweizerische Alzheimervereinigung (2014b). Menschen mit Demenz in Schweizer Pflegeheimen: Vielfältige Herausforderungen. Heruntergeladen von <http://www.alz.ch/index.php/zahlen-zur-demenz.html> am 04.03.2014

Schweizerische Alzheimervereinigung (2003). Leben mit Demenz. Tipps für Angehörige und Betreuende. Heruntergeladen von <http://www.alz.ch/index.php/broschueren.html> am 13.03.2014

Schewior-Popp, S., Sitzmann, F., Ulrich, L. (Eds.). (2009). *Thiemens Pflege*. Stuttgart: Thieme.

Universität Zürich, Zentrum für Gerontologie (2009). Zeichensprachen - Signale des emotionalen Ausdrucks von Menschen mit Demenz. [DVD]. München: In Touch Media Entertainment GmbH.

Zwahlen, R. (1996). A nursing concept for Alzheimer patients. Those who no longer understand, need tactile guidance. *Krankenpflege*, 89, 14-18.

## 7.2 Abkürzungsverzeichnis

bzw.	beziehungsweise
d. h.	das heisst
etc.	et cetera
lat.	lateinisch
n. d.	nicht datiert
o. Ä.	oder Ähnliches
usw.	und so weiter
vgl.	vergleiche
z. B.	zum Beispiel
zit. nach	zitiert nach

## 7.3 Glossar

Begriff	Definition/Erklärung	Quelle
<b>Affektive Störungen</b>	Psychische Störungen mit klinisch bedeutsamen Veränderungen der Stimmungslage	Pschyrembel (2014) S. 34
<b>Akinese</b>	Bewegungslosigkeit, Bewegungsstarre. Herabgesetzte oder fehlende Bewegung des Körpers, speziell der Mimik	Pschyrembel (2014) S. 41
<b>Apathie</b>	Teilnahms- und Leidenschaftslosigkeit	Pschyrembel (2014) S. 137
<b>Apoplexie</b>	Schlaganfall	Pschyrembel (2014) S. 142
<b>Chorea Huntington</b>	Progressive Krankheit durch Neuronenverlust in den Basalganglien	Pschyrembel (2014) S. 385
<b>Degenerativ</b>	Von Degeneration, wörtlich Rückbildung	Duden online (2013) <a href="http://www.duden.de/rechtschreibung/Degeneration">http://www.duden.de/rechtschreibung/Degeneration</a>
<b>Dysphagie</b>	Schluckstörung	Pschyrembel (2014) S. 533

<b>Emotionale Intelligenz</b>	Fähigkeit des Menschen, Gefühle zu erkennen und mit dem Verstand zu kontrollieren	Duden online (2013) <a href="http://www.duden.de/suchen/dudenonline/emotionale%20Intelligenz">http://www.duden.de/suchen/dudenonline/emotionale%20Intelligenz</a>
<b>Endokrin</b>	In das Blut absondernd	Pschyrembel (2014) S. 585
<b>Extrapyramidal</b>	Ausserhalb der Pyramidenbahn gelegen	Pschyrembel (2014) S. 653
<b>Frontallappen</b>	Stirnwärts gelegenes Hirnareal	Pschyrembel (2014) S. 720
<b>Hemisindrome</b>	Auch Hemisphärensyndrom genannt. Neurologische Defizite, die durch eine Schädigung einer gegenüberliegenden Grosshirnsphäre ausgelöst werden	Wikipedia (2011) <a href="http://de.wikipedia.org/wiki/Hemisphärensyndrom">http://de.wikipedia.org/wiki/Hemisphärensyndrom</a>
<b>Hirnleistungsstörungen</b>	Bezeichnet quantitative und/oder qualitative Beeinträchtigungen der Hirnleistung mit neurologischen und psychischen Symptomen	Pschyrembel (2014) S. 907
<b>Hypoxie</b>	Erniedrigter Sauerstoffpartialdruck	Pschyrembel (2014) S. 982
<b>Kognitiv</b>	Das Wahrnehmen, Denken, Erkennen betreffend	Duden online (2013) <a href="http://www.duden.de/rechtschreibung/kognitiv">http://www.duden.de/rechtschreibung/kognitiv</a>
<b>Kortex</b>	Lat. Cortex. Wörtlich Rinde. Gemeint ist dabei die Hirnrinde.	Pschyrembel (2014) S. 420
<b>Kortikal</b>	Von der Gehirnrinde ausgehend, in der Gehirnrinde lokalisiert	Pschyrembel (2014) S. 1149
<b>Kurativ</b>	Heilend, auf Heilung ausgerichtet	Pschyrembel (2014) S. 1165
<b>Morbus Binswanger</b>	Subkortikale arteriosklerotische Enzephalopathie, die durch Arteriosklerose subkortikal zu Schädigungen führt	Wikipedia (2014) <a href="http://de.wikipedia.org/wiki/Subkortikale_arteriosklerotische_Enzephalopathie">http://de.wikipedia.org/wiki/Subkortikale_arteriosklerotische_Enzephalopathie</a>
<b>Morbus Parkinson</b>	Parkinson-Syndrom. Extrapyramidales Syndrom infolge Degeneration dopaminergener Neuronen	Pschyrembel (2014) S. 1602

<b>Mydriasis</b>	Pupillenerweiterung	Pschyrembel (2014) S. 1421
<b>Neuronendegeneration</b>	Neuro = Nervenzelle, Degeneration = Rückbildung. Rückbildung von Nervenzellen	Pschyrembel (2014) S. 1483
<b>Noxen</b>	Schädigende Agens, krankheitserregende Ursachen	Pschyrembel (2014) S. 1514
<b>Orthostatische Hypotonie</b>	Störung der orthostatischen Regulation mit Blutdruckabfall infolge Blutverschiebung in die Beine	Pschyrembel (2014) S. 981
<b>Paraverbal</b>	Botschaften durch die Stimmeigenschaften oder das Sprechverhalten	Wikipedia (2014) <a href="http://de.wikipedia.org/wiki/Paraverbale_Kommunikation">http://de.wikipedia.org/wiki/Paraverbale_Kommunikation</a>
<b>Parietallappen</b>	Scheitelbein, seitliche Hirnlappen	Pschyrembel (2014) S. 1602
<b>Prävalenzrate</b>	Anteil der Erkrankten/Betroffenen	Pschyrembel (2014) S. 1723
<b>Progressiv</b>	Fortschrittlich, in einem best. Verhältnis allmählich steigend, entwickelnd	Duden online (2013) <a href="http://www.duden.de/rechtschreibung/progressiv">http://www.duden.de/rechtschreibung/progressiv</a>
<b>Pseudodemenz</b>	Deutliche kognitive, subjektive und/oder neuropsychologisch objektivierte Leistungsminderung ohne zugrunde liegende neurodegenerative Erkrankung	Pschyrembel (2014) S. 1750
<b>Rezeptiv</b>	Aufnehmend, empfangend, empfänglich	Duden online (2013) <a href="http://www.duden.de/rechtschreibung/rezeptiv">http://www.duden.de/rechtschreibung/rezeptiv</a>
<b>Somatisch</b>	körperlich	Pschyrembel (2014) S. 1986
<b>Subkortikal</b>	Unterhalb der Hirnrinde, im Marklager oder Hirnstamm gelegen	Pschyrembel (2014) S. 2054
<b>Taktil-haptisch</b>	Tast- und Berührungssinn	Buchholz und Schürenberg (2009)
<b>Temporallappen</b>	Schläfenlappen	Pschyrembel (2014) S. 2096

<b>Trombozytenaggregationshemmung</b>	Hemmung der Thrombozytenfunktion, des Zusammenballens der Thrombozyten	Pschyrembel (2014) S. 2120
<b>Transitorisch ischämische Attacken</b>	Vorübergehende Durchblutungsstörung im Gehirn	Pschyrembel (2014) S. 2151
<b>Vaskulär</b>	Die (Blut-)Gefäße betreffend	Duden online (2013) <a href="http://www.duden.de/rechtschreibung/vaskulaer">http://www.duden.de/rechtschreibung/vaskulaer</a>
<b>Vestibulär</b>	Zum Gleichgewichtsorgan (Vestibularapparat) gehörend	Pschyrembel (2014) S. 2258

#### 7.4 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Kortikale Demenzen

Tabelle 2: Subkortikale Demenzen

Tabelle 3: Demenzarten nach Symptomen gegliedert

Tabelle 4: 6 „A“

Tabelle 5: Grundsätze in der Kommunikation bei Menschen mit Demenz

Tabelle 6: Nonverbale Signale und ihr Vorkommen

Tabelle 7: Theorie-Praxis-Transfer nonverbale Kommunikation

Tabelle 8: Emotionen und pflegerische Interventionen

Tabelle 9: Theorie-Praxis-Transfer taktile Kommunikation

#### 7.5 Grafikverzeichnis

Grafik 1: Anteil Heimbewohner mit Schwierigkeiten in der Kommunikation

## **8 Danksagung**

In erster Linie möchte ich Frau Annelotte Krug für ihre Energie und Zeit danken, die sie für die Betreuung meiner Bachelorarbeit aufgewendet hat. Weiter möchte ich der Sonnweid AG für die anregenden Diskussionen und Inputs danken, die mich besonders im Prozess der Themenfindung unterstützt hat. Fredy Leutert danke ich herzlich für das Gegenlesen meiner Arbeit.

Ein besonderer Dank gebührt meinem Vater Christian Heller, meiner Schwester Laura Heller, meiner Freundin Karma Brunner und meinem Freund Oliver Frischknecht für die praktische und insbesondere emotionale Unterstützung während des gesamten Schreibprozesses.

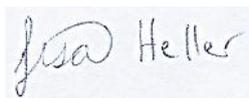
Lisa Heller

## 9 Eigenständigkeitserklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst habe.

Rüti ZH, 01.05.2014

Unterschrift:

A rectangular box containing a handwritten signature in black ink. The signature reads "Lisa Heller" in a cursive script.

Lisa Heller

Lisa Heller

## **Anhang**

A Datenbankrecherche

B Beurteilung der qualitativen Studien

C Beurteilung der quantitativen Studien

D Wortanzahl

## A Datenbankrecherche

Im Folgenden wird der Suchprozess in den verschiedenen Datenbanken aufgeführt. Dabei werden nur die Pfade wiedergegeben, welche zu einer für die Arbeit relevanten Studie, einem Review oder Fachartikel geführt haben.

### PubMed

Suchbegriffe	Limitierungen	Anzahl Treffer	Gelesene Abstracts	Relevante Studien/Reviews & Fachartikel
„Dementia AND touch AND nurse-patient relation“	Englische & deutsche Artikel	20	9	Gleeson & Timmins (2004)
„Dementia AND Touch AND communication“	Englische & deutsche Artikel	40	14	Zwahlen (1996)
„Dementia AND touch AND aging“	Englische & deutsche Artikel	17	4	Nicholls, Chang, Johnson & Edenborough (2013)
„Emotion AND facial expression AND Aged AND home for the aged“	Englische & deutsche Artikel	23	5	Re (2003)

### CINAHL

Suchbegriffe	Limitierungen	Anzahl Treffer	Gelesene Abstracts	Relevante Studien/Reviews & Fachartikel
„Touch AND nursing intervention AND communication“	Englische & deutsche Artikel	7	3	Gleeson & Timmins (2005)
„nonverbal behaviour AND nurse-patient relation AND elderly AND	Englische & deutsche Artikel	19	3	Caris-Verhallen, Kerkstra, Bensing (1999)

---

home for the aged“

---

### PubPsych

Suchbegriffe	Limitierungen	Anzahl Treffer	Gelesene Abstracts	Relevante Studien/Reviews & Fachartikel
„Dementia AND touch“	keine	29	3	Rösler, Schwerdt & von Renteln-Kruse (2005)

### Google.ch

Suchbegriffe	Limitierungen	Anzahl Treffer	Gelesene Abstracts	Relevante Studien/Reviews & Fachartikel
„Nonverbale Kommunikation und Demenz“	keine	23'600	9	Demenz Support Stuttgart (2009)

### Mittels Referenzangaben gefundene Studien

- Field (2009)
- Hubbard, Cook, Tester & Downs (2002)
- Hoffman, Platt, Barry & Hamill (1985)
- Routasalo & Isola (1996)

## B Beurteilung der qualitativen Studien

- Hubbard, G., Cook, A., Tester, S. & Downs, M. (2002). Beyond Words. Older people with dementia using and interpreting nonverbal behaviour. *Journal of Aging Studies*, 16, 155-167.

<b>Zweck der Studie:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Wurde klar angegeben</li></ul>	Zweck der Studie ist es: die Arten herauszufinden, wie ältere Menschen mit Demenz nonverbales Verhalten gebrauchen und interpretieren im Kontext ihrer sozialen Umgebung.
<b>Literatur:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Relevante Hintergrundliteratur wurde gesichtet</li></ul>	Eine ausführliche Auflistung des aktuellen Forschungsstandes wird beschrieben. Es gibt noch keine Studien, die das nonverbale Verhalten aus Sicht der Patienten wiedergeben. Dies ist eine zu schliessende Forschungslücke.
<b>Studiendesign:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Grounded Theory</li></ul> <p>Theoretische Perspektive:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Wurde als symbolische, interaktionistische Perspektive identifiziert</li></ul> <p>Methode:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Ist die teilnehmende Beobachtung</li></ul>	<p>Die Studie folgt einem naturalistischen Paradigma, welches die Forschungsfrage mit einem qualitativen Forschungsansatz zu beantworten versucht. Die Studie weist dabei das Design der Grounded Theory auf. Dies eignet sich zur Beantwortung der Forschungsfrage und ist somit angemessen.</p> <p>2 Forscher beobachteten während 4 Monaten 10 Bewohner in einem demenzspezifischen Tagescenter. Sie beobachteten sie während Aktivitäten wie z. B. Domino Spielen, an denen sie selbst auch teilnahmen. Dabei suchten sich die Forscher selbst aus, an welchen Aktivitäten sie teilnehmen wollten, abhängig von ihrem Interesse, der Angemessenheit und dem Ziel der Forschung, wobei diese Punkte nicht weiter beschrieben wurden. Einerseits beobachteten die Forscher die Probanden, andererseits forderten sie die Probanden auf, sich gegenseitig zu beobachten und das nonverbale Verhalten zu interpretieren. Zudem befragten sie die Pflegenden des Tagescenters, wie sie die Körpersprache der von Demenz Betroffenen beurteilen. Die Forscher verglichen ihre Feldnotizen nach jeder Observation erst untereinander, dann erfolgte ein Vergleich mit dem von den Betroffenen und der Pflege Wahrgenommenen.</p>
<b>Stichprobenauswahl</b> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Der Vorgang der Auswahl wird nicht beschrieben.</li></ul>	Die Fokusgruppe setzt sich aus 10 Menschen mit Demenz zusammen, welche alle 1 x die Woche seit mehreren Jahren in das demenzspezifische Tagescenter in Schottland kamen. Die Altersspanne erstreckt sich von 72-95 Jahren. Weitere Informationen (Geschlecht, Demenzstadium etc.)

<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Redundanz wird nicht angegeben.</li> <li>✓ Wohlinformierte Zustimmung wurde eingeholt</li> </ul>	<p>sowie der Auswahlprozess fehlen. Vom Pflegeteam nahmen 6 Leute teil, welche erfahren in der Arbeit mit Menschen waren.</p> <p>Informationen über die erreichte, respektive nicht erreichte Datensättigung fehlen.</p> <p>Die Bewilligung der Hausleitung sowie der Ethikkommission wurden eingeholt. Verwandte der Probanden wurden schriftlich über die Studie informiert, um deren Zustimmung zu erhalten. Die Probanden selbst wurden ebenfalls über die Studie informiert und gefragt, ob sie teilnehmen wollen. Die Namen sind anonymisiert.</p>
<p><b>Datenerhebung</b></p> <p>Unvollständig sowie unklare Beschreibung von:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ort</li> <li>○ Teilnehmern</li> <li>○ Referenzen des Forschers</li> <li>○ Rolle des Forschers und seine Beziehung zu den Teilnehmern</li> <li>✓ Bracketing des Forschers</li> <li>✓ Strategien zur prozeduralen Strenge werden angegeben</li> </ul>	<p>Zwar wurden alle Beobachtungen im selben Tagescenter gemacht, aber der Ort wird nicht genannt. Von den 10 Teilnehmern werden nur Beobachtungen von Nicole, Maria, Timothy, Steven, James, Loraine, Mary &amp; Larking beschrieben. Angaben zu den restlichen 2 Probanden fehlen. Die Beschreibungen sind lebhaft und klar, jedoch fehlen demografische Hintergrunddaten der Probanden. Allfällige Sinneseinschränkungen werden beschrieben.</p> <p>Referenzen, die Beziehung zu den Probanden sowie die fortwährende Reflexion während der Studie fehlen vollständig. Der Grad der Beteiligung wird in den Situationsbeschreibungen geschildert.</p> <p>Die Annahme des Forschers wird beschrieben.</p> <p>Die symbolische, interaktionistische Perspektive von Manis &amp; Metzler (1967) ist zur Datenerhebung sowie zur Datenanalyse benutzt worden. Der Prozess der Datenerhebung ist detailliert mit Beobachtungen und daraus gezogenen Schlüssen beschrieben. Jedoch erscheinen die Daten unvollständig aufgrund der fehlenden Angaben zu 2 Probanden, die methodische Kongruenz ist somit nicht gegeben.</p>
<p><b>Datenanalyse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ist induktiv</li> <li>✓ Erkenntnisse stimmen mit Daten überein</li> </ul>	<p>Die Ergebnisse, respektive beobachtete Situationen, sind narrativ zusammengefasst. Angaben über die Flexibilität während des Datenerhebungsprozesses fehlen. Die Beschreibungen der gemachten Beobachtungen der Pflegenden und Probanden fehlen, obschon allfällige Diskrepanzen relevant sein könnten.</p> <p>Die Ergebnisse können aus den beschriebenen Situationen abgeleitet werden. Erkenntnisse sind lebhaft und ausführlich mit Beispielen untermauert.</p>

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Ein Entscheidungspfad wurde nicht beschrieben.</li><li>✓ Es hat sich ein sinnvolles Bild des untersuchten Phänomens ergeben.</li><li>○ Der Prozess der Transformation der Daten zu Aussagen wurde nicht adäquat beschrieben.</li></ul> | <p>Die gemachten Überlegungen sind beschrieben, ein genauer Entscheidungs- resp. Überprüfungspfad ist nicht angegeben.</p> <p>Die Ergebnisse werden mit theoretischen Konzepten/Erkenntnissen aus anderen Quellen diskutiert.</p> <p>Codes der Aussagen wurden nicht identifiziert.</p> |
|--|---|

### **Vertrauenswürdigkeit**

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Eine Triangulierung nach Quellen/Daten &amp; Forscher fand statt.</li><li>○ Eine Triangulierung nach Methoden &amp; Theorien fand nicht statt.</li><li>○ Ein Member checking fand nicht statt.</li></ul> | <p>Eine Triangulierung erfolgte zwischen den Forschern und den Pflegenden, um systematische Fehler auszuschließen. Die Probanden erzählten dem Forscher auf Aufforderung ihre Beobachtungen zum nonverbalen Verhalten anderer Probanden und sorgten somit abermals für eine Triangulierung.</p> <p>Ein Member checking fand nicht statt.</p> |
|--|--|

### **Schlussfolgerungen und Implikationen**

- ✓ Schlussfolgerungen waren angemessen, konsistent und sinnvoll
- Menschen mit Demenz brauchen Körperhaltungen und Berührungen:
  - um zu signalisieren, dass sie mit jemandem reden wollen.
  - um Gesagtes zu unterstreichen.
  - um die Kommunikation aufrechterhalten zu können.
  - um zu zeigen, dass sie aktiv zuhören.
  - um für sie peinliche Situationen nicht verbal ausdrücken zu müssen.
- Nonverbale Gesten werden aufgrund mehrerer Bedeutungen von anderen Demenzerkrankten oft missverstanden, bei Menschen ohne Demenz kommen sie mit der richtigen Bedeutung an.
- Menschen mit Demenz brauchen und interpretieren nonverbale Verhaltensmuster im spezifischen sozialen Kontext und in spezifischen Situationen. Sie lernen, diese dem Kontext anzupassen.
- Kontexte, um nonverbale Kommunikation einspielen zu können, sind die lokale Kultur, der Freundeskreis oder das Altersheim. Dort entwickelt sie sich oder geht unter.
- Pflegeinstitutionen sollen mehr nonverbale Kommunikation brauchen und auf diese eingehen: um die Beziehung zu stärken und damit die Identität der Menschen erhalten bleibt -> höhere Lebensqualität.

### **Abschliessende Kritik**

Die Studie gibt keine Auskunft über Form oder Stadium der Demenz. Aus den Situationsbeschreibungen lässt sich jedoch erahnen, dass es sich um fortgeschrittene Stadien handelt.

---

Die Auswahl der Beobachtungssituationen erscheint willkürlich. Da der Forscher im qualitativen Setting jedoch immer Teil der Forschung ist, bedarf es einer fortwährenden Reflexion des Forschers bezüglich seiner Rolle, Annahmen und Beziehungen zu den Probanden, besonders da es aufgrund der gemeinsamen Aktivitäten zu einem fortschreitenden Beziehungsaufbau kam. Die zusätzliche Unklarheit, warum Daten zu 2 Probanden fehlen, lässt zusätzliche Zweifel an der Glaubwürdigkeit der Studie aufkommen (Drop-out? Deckung mit anderen Ergebnissen?).

---

- Routsalo, P. & Isola, A. (1996). The right to touch and be touched. *Nursing ethics*, 3, 165-176.

---

**Zweck der Studie:**

- ✓ Wird klar angegeben

Die Studie beschreibt, wie Berührungen von älteren Patienten und Pflegepersonen in Langzeitinstitutionen erlebt werden. Folgende Fragen sind leitend: Wie erleben ältere Patienten Berührungen im Rahmen ihrer Pflege? Wie erleben Pflegefachpersonen Berührungen in der Pflege von älteren Patienten?

**Literatur:**

- ✓ Relevante Hintergrundliteratur wurde gesichtet

Aktuelle Forschungen sowie allgemeine Informationen zur Thematik werden abgegeben. Dies ist die erste Studie, welche die Perspektiven und Erfahrungen beider Seiten bezüglich Berührungen untersucht.

**Studiendesign:**

- ✓ Phänomenologie

Die Studie hat eine phänomenologische Fragestellung mit ethnologischem Anteil. Das Design entspricht der Phänomenologie und ist geeignet.

Theoretische Perspektive:

- Wurde nicht identifiziert

Methode:

- ✓ Semistrukturierte Interviews

Aus früheren Studien wurden die relevanten Themen für die Interviews ausgewählt. Alle Probanden wurden mit semistrukturierten Interviews befragt.

**Stichprobenauswahl**

- ✓ Vorgang der Auswahl wurde beschrieben
- Es ist nicht angegeben, ob eine Redundanz der

Die Probanden stammen aus 3 Langzeitabteilungen, unklar, ob vom selben Betrieb. 25 Patienten (3 Männer, 22 Frauen) und 30 Pflegepersonen (nur Frauen) nahmen teil. Das Durchschnittsalter der Patienten beträgt 82 Jahre bei einer Spannweite von 65-93 Jahren. Die Pflegepersonen setzten sich aus 8 ausgebildeten und 18 Frauen ohne professionelle Ausbildung zusammen. 53 % waren über 40 Jahre alt, 47 % unter 40 Jahren. Im Schnitt arbeiteten

Daten erreicht wurde.	sie seit 6 Jahren auf der Abteilung bei einer Spannweite von 1-14 Jahren. Die Pflegepersonen waren diejenigen, die bereits an einer früheren Studie des Forschers zu unnützen Berührungen mitgemacht hatten. Die Patienten wurden von den Pflegepersonen ausgesucht. Einziges Einschlusskriterium war: verständliche und sinnvolle verbale Kommunikation. Aufgrund vieler Seheinschränkungen und Schreibschwierigkeiten wurden keine weiteren Ausschlusskriterien (Mini-Mental-Test) getroffen, da befürchtet wurde, dass dann das Sample zu klein sei.
✓ Die wohlinformierte Zustimmung wurde eingeholt.	Die Leitung der Pflegeheimorganisation stimmte zu. Jeder Proband wurde einzeln aufgesucht und über Zweck und Methode der Studie informiert. Daten wurden anonymisiert und nicht an Dritte weitergegeben.

### Datenerhebung

Keine klare und vollständige Beschreibung von:

- Ort
- Teilnehmern
- Referenzen des Forschers
- Rolle des Forschers und seiner Beziehungen zu den Probanden
- Bracketing
  
- Es ist nicht angegeben, ob die Daten von prozeduraler Strenge sind.

Die Interviews wurden auf Tonband aufgenommen und transkribiert. Der Forscher führte alle persönlich durch und übernahm das Transkribieren selbst. Die Interviews mit den Patienten dauerten zwischen 15-40 Minuten, im Schnitt 22. Interviews mit den Pflegenden 20-55 Minuten, im Schnitt 36. Angaben bezüglich Referenzen des Forschers, Ort, Bracketing und Beziehung zu den Patienten-Probanden fehlen vollständig. Es lässt sich jedoch ableiten, dass der Forscher bereits dort eine Studie durchgeführt hat und daher die Pflegepersonen-Probanden kennt. Genaue Hintergrundinformationen zu den Teilnehmern, z. B. limitiertes Vokabular oder stark reduzierte Aufmerksamkeitsspanne, fehlen.

Die Männer sind bei den Pflegepersonen stark untervertreten. Die Zusammenstellung der Probandengruppen entspricht aber der heutigen Realität.

### Datenanalyse

- ✓ Die Datenanalyse war induktiv.
- ✓ Die Erkenntnisse spiegeln die Daten wider.
- ✓ Ein Entscheidungspfad wurde entwickelt.
- Der Prozess der Transformation der Daten in Aussagen wurde nicht adäquat beschrieben.
- ✓ Es hat sich ein sinnvolles Bild des zu untersuchenden Phänomens

Die transkribierten Interviews wurden mehrmals durchgelesen und mittels der Methode der inhaltlichen Analyse untersucht. Die Fragen waren nach Themen aufgeteilt und nach Überthemen kategorisiert. Der genaue Prozess der Analyse ist nicht beschrieben, etwa welche Fragen oder Überthemen/Codes verwendet wurden. Die Analyse wurde einige Monate später wiederholt, um die Resultate zu bestätigen.

ergeben.

### **Vertrauenswürdigkeit**

Die Daten wurden nach Datum und Forscher trianguliert.

- ✓ Eine Triangulierung nach Quellen/Daten und Forscher fand statt.
- Eine Triangulierung nach Methoden und Theorien fand nicht statt.

- Ein Member checking fand nicht statt.

Eine Validierung durch die Teilnehmer wäre bei diesen Personengruppen sinnvoll gewesen.

### **Schlussfolgerungen und Implikationen**

- ✓ Schlussfolgerungen waren angemessen, ergiebig und sinnvoll.
- Berührt zu werden von jemandem, den man nicht näher kennt, ist akzeptiert, wenn das Ziel darin besteht zu helfen.
- Berührungen durch Pflegende werden von den Patienten als warm, sanft und angenehm beschrieben. Sie erkennen Pflegende durch die Art, wie sie berührt werden.
- Pflegende beschreiben das Berühren der Patienten als leicht, natürlich und wichtig. Dies umso mehr, je länger sie mit älteren Menschen arbeiten.
- Die Haut der Patienten wird von Pflegenden als warm, zerbrechlich und fein empfunden.
- Pflegende berühren Patienten überall am Körper, wenn sie ihnen helfen. Patienten wollten hingegen, dass verletzte Körperteile wie Geschlechtsorgane, Bauch und weibliche Brüste vermieden werden. Meistens werden Hände, Arme, Schultern, Rücken und Füße berührt.
- Für manche Patienten können Berührungen die Lage, Freundlichkeit, Liebenswürdigkeit und schlechte Laune kommunizieren, auch wenn das nicht beabsichtigt wurde. Für Pflegende drücken Berührungen Gefallen, liebevolle Zuwendung, Fürsorge, Sympathie, Trost, Beruhigendes und Zuhörendes aus. Sie sind sich bewusst, dass Berührungen eine Form der Kommunikation sind.
- Das Einverständnis für unnötige Berührungen hängt vom Bewohner, der Pflegeperson und dem Tag ab.
- Ein tröstliches Tätscheln ist vor allem in Situationen gefragt, in denen sich der Bewohner traurig, niedergeschlagen oder krank fühlt. Gebraucht wird es in der Nacht, nachdem lange auf die Pflegeperson gewartet werden musste, und beim Spitaleintritt.
- Für Pflegende ist es wichtig, dass bei Berührungen eine Gegenseitigkeit besteht.
- Unnötige Berührungen vermitteln gemäss Pflegenden Sicherheit, Trost und Selbstvertrauen. Sie helfen, Bewohner zu beruhigen, sich falls nötig zu entschuldigen und zeigen, dass sich die Pflegenden kümmern und lieben. Diese Berührungen sind intuitiv.
- Die Reaktionen auf Berührungen von den Bewohner hängen von dem Bewohner, selbst, der Bedeutung der Berührung und der Sauberkeit des Berührers ab. Meist werden Berührungen als angenehm und als Weg, Dankbarkeit zu zeigen, empfunden.

- Wenn Berührungen vom Patienten als unangenehm empfunden werden, dann meist aufgrund sexueller Domänen. Berührungen, die mit sexueller Motivation verstanden werden, rufen Ärger und Bedrängnis hervor und werden nicht akzeptiert.

### Abschliessende Kritik

Es ist unklar, in welchem Land die Studie durchgeführt wurde. Viele Hintergrundinformationen bezüglich der Datenerhebung fehlen, vermutlich da davon ausgegangen wird, dass der Leser sie von der letzten Studie des Forschers präsent hat. Die pflegenden Probanden nahmen bereits an der vorherigen Studie des Forschers zu dem Thema teil, möglicherweise sind sie infolgedessen zu sensibilisiert und für ihre Population nicht mehr repräsentativ. Da die Pflegenden den Forscher bereits kannten, wäre eine Beschreibung der Beziehung wünschenswert gewesen.

- Nicholls, D., Chang, E., Johnson, A. & Edenborough, M. (2013). Touch, the essence of caring for people with end-stage dementia: A mental health perspective in Namaste Care. *Aging & Mental Health*, 17(5), 571-578.

### Zweck der Studie

- ✓ Wird angegeben

Die Studie verfolgt das Ziel, palliative Pflege bei Menschen mit fortgeschrittener Demenz zu verbessern. Dazu möchte sie die Kenntnisse und Fähigkeiten von Pflegefachpersonen ausbauen, um die Kommunikation zwischen Bewohnern, Familien und Gesundheitsexperten zu optimieren.

### Literatur

- ✓ Relevante Hintergrundliteratur wurde gesichtet

Der Mangel an physischer Anregung trägt zur Isolierung von Menschen mit Demenz bei. Das Namaste-Care-Programm konzentriert sich auf sanfte Berührungen bei Menschen mit Demenz, da Beziehungen massgeblich von Berührungen beeinflusst werden, und trägt zur Erreichbarkeit dieser Menschen bei.

### Studiendesign

- ✓ Grounded Theory

Das Design ist der Grounded Theory zuzuordnen. Das Design entspricht der Studienfrage.

Theoretische Perspektive:

Als theoretische Perspektive wird die Mental-Health-

<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Wurde identifiziert</li> </ul>	Perspektive genannt.
<p>Methode:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Semistrukturierte Interviews</li> <li>✓ Fokusgruppen</li> </ul>	<p>Die Fokusgruppen werden mittels semistrukturierter Interviews und offenen Fragen, nach Thematik gegliedert, befragt. Diese waren: als Demenzbetroffener berührt werden, von anderen Personen berührt werden und als Demenzbetroffener andere berühren. Zudem wurden sie gebeten, sich zu den Auswirkungen des Programms auf die Bewohner, Reaktionen der Pfleger, Auswirkungen des Programms auf das Arbeitsumfeld und Verbesserungsvorschlägen zu äussern.</p>
<p><b>Stichprobenauswahl</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Vorgang der gezielten Auswahl ist beschrieben</li> <li>○ Redundanz der Daten ist nicht angegeben</li> </ul>	<p>Die Auswahl der Probanden erfolgte mittels Convenience Sampling. Befragt wurden Familienmitglieder und Pflegende von Menschen mit Demenz. Die von Demenz Betroffenen stammen aus 3 Langzeitinstitutionen aus Australien. Alle weisen <math>7 \geq</math> Punkte im Mini-Mental-Test auf. Die Pflegenden stammen aus 3 Langzeitinstitutionen, die das Programm anwendeten, und aus 3, die es nicht anwendeten. 12 der Pflegenden sind Pflegefachpersonen (RNs) und 8 Hilfspfleger (ANs). Alle sind weiblich. Von den 11 Angehörigen sind 2 Männer und 9 Frauen. Die 31 Probanden wurden in 7 Fokusgruppen aufgeteilt, ohne Angehörige, RNs und ANs zu vermischen. Die Stichproben seien qualitativ verglichen worden und vergleichbar, dies ist jedoch nicht transparent gemacht.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Wohlinformierte Zustimmung wurde eingeholt</li> </ul>	<p>Die Ethikkommission stimmte der Studie zu. Die Teilnehmer wurden über Ziel, Zweck und Inhalt informiert und unterschrieben eine Einwilligung. Ihre Daten wurden anonymisiert und die Probanden gebeten, keine vertraulichen Informationen nach aussen zu tragen.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>Datenerhebung</b></li> </ul> <p>Unklare sowie unvollständige Beschreibung von:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ort</li> <li>○ Teilnehmern</li> <li>○ Referenzen des Forschers</li> <li>○ Rolle des Forschers und seiner Beziehung zu den Teilnehmern</li> <li>○ Bracketing</li> </ul>	<p>Beschreibung des Ortes, Referenzen des Forschers. Seine Rolle sowie Beziehung zu den Probanden fehlen vollständig. Die Beschreibung der Teilnehmer lässt wichtige Hintergrundinformationen aus wie Häufigkeit des Besuches bei den von Demenz Betroffenen, Verwandtschaftsgrad, Qualität der Beziehung etc.</p> <p>Die Datenerhebung erfolgte mit den semistrukturierten Interviews. Diese dauerten jeweils 30-60 Minuten.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Es ist nicht angegeben, ob die Daten von prozeduraler</li> </ul>	<p>Es ist nicht beschrieben, ob die Daten von prozeduraler Strenge sind. Der signifikant geringe Männeranteil lässt zweifeln, ob die Daten für das Gesamtbild repräsentativ</p>

duraler Strenge sind. sind.

### Datenanalyse

- Es ist nicht angegeben, ob die Datenanalyse induktiv ist.
- ✓ Die Erkenntnisse stimmen mit den gewonnenen Daten überein.
- Ein Entscheidungspfad wurde nicht beschrieben.
- ✓ Es hat sich ein sinnvolles Bild des untersuchten Phänomens ergeben.
- Der Prozess der Transformation der Daten zu Aussagen wurde nicht adäquat beschrieben.

Die digital aufgezeichneten Interviews wurden transkribiert und eine thematische Analyse vorgenommen. Dazu wurden die Daten mehrmals gelesen und mittels der Software QSR Nivo 9.2 verwaltet. Es wurden Hauptgruppen zu den Themen gebildet und unterschiedliche Stellungnahmen identifiziert. Die Datenanalyse scheint geeignet zu sein.

Es ist nicht möglich zu beurteilen, ob die gewonnenen Erkenntnisse mit den gewonnenen Daten übereinstimmen, da Angaben dazu sowie zum Entscheidungspfad fehlen. Der Prozess dieser Transformation ist nicht beschrieben und somit nicht nachzuvollziehen.

### Vertrauenswürdigkeit

- ✓ Eine Triangulierung nach Quellen fand statt.
- Eine Triangulierung nach Forscher, Methoden & Theorien fand nicht statt.
- Ein Member checking fand nicht statt.

Der Forscher überprüfte seine Erkenntnisse durch Rücksprache mit den Pflegenden. Andere Überprüfungspfade sind nicht genannt.

Ein Member checking hätte durchgeführt werden können, um die Vertrauenswürdigkeit zu steigern.

### Schlussfolgerungen und klinische Implikationen

- ✓ Sind angemessen
- Es werden nur Resultate aufgeführt, die mit physischer Gesundheit zu tun haben.
- Instrumentale Berührungen sind möglicherweise die einzige physische Verbindung, die ein von fortgeschrittener Demenz Betroffener mit jemandem hat. Pflegende erkannten, dass hier Potenzial für emotionales Engagement vorhanden ist.
- Wenn mit Berührungen gleichzeitig die emotionalen und physischen Bedürfnisse gestillt werden, ist es leichter, ein physisches Ziel zu erreichen.
- Angebote zur taktilen Ersatzstimulation fördern Sinnesreize und sensibilisieren Pflegende auf frühere Rollen des an Demenz Erkrankten.
- Das Namaste-Care-Programm kann den Willen zur Selbstinitiative fördern.
- Berührungen bei Menschen mit Demenz sind wichtig, vielleicht sogar mehr als in al-

- len anderen Lebensphasen.
- Einfache Berührungen haben grosse Auswirkungen für Betreuer und zu Betreuende, besondere Berührungstechniken sind nicht nötig.

### **Abschliessende Kritik**

Die Studie ist ein Ausschnitt eines 3-phasigen Methodendesigns, in der das im Namaste-Care-Programm beinhaltete „Viel-Berührung-Konzept“ wiedergegeben wird. Sie charakterisiert sich durch einen ungenauen Beschreibungsstil und lässt viele Fragen nach einer kritischen Überprüfung offen. Es ist beispielsweise unklar, warum Pflegepersonen zu den Probanden zählen, die das Programm gar nicht anwenden, obwohl sich doch die Fragen darauf stützen. Zudem ist der Zweck der Forschung nicht gänzlich korrekt angegeben. Nach dem Lesen der Studie macht es den Anschein, dass es nicht das Ziel ist, allgemeine Kenntnisse und Fähigkeiten von Pflegefachpersonen ausbauen, um die Kommunikation zwischen Bewohnern, Familien und Gesundheitsexperten zu optimieren, sondern nur darauf abzielt, die Kenntnisse bezüglich des Namaste-Care-Programms bei Pflegefachpersonen zu optimieren. Auch Vormunde der von Demenz betroffenen Personen zählen zu den Probanden. Zwar ist dies laut der verwendeten Definition zulässig, schmälert jedoch die Aussagekraft, da anzunehmen ist, dass diese kein so inniges Verhältnis zu den Betroffenen haben oder sie vielleicht kaum besuchen.

---

## C Beurteilung der quantitativen Studien

- Hoffman, S. B., Platt, C. A., Barry, K. E. & Hamill, L. A. (1985). When Language Fails: Nonverbal Communication Abilities of the Demented. In J. T. Hutton & A. D. Kenny (Hrsg.), *Senile dementia of the Alzheimer's disease* (S. 49-64). New York: Liss

<b>Zweck der Studie</b>  ✓ Wurde klar angegeben	Die Studie möchte die Hypothese belegen, dass ältere Personen mit Demenz genauso gut auf nonverbale Kommunikation reagieren wie Menschen ohne Demenz und ein intaktes nonverbales Antwortverhalten haben. Das formulierte Ziel dabei ist, dass es für Langzeitpfleger einfacher wird, mit Menschen mit Demenz zu kommunizieren, und die in der Studie angefertigten Videos in Zukunft als Lehrmittel gebraucht werden können.
<b>Literatur</b>  ✓ Relevante Hintergrundliteratur wurde gesichtet	Die Studie listet Studienergebnisse und sonstige Fachliteratur von 1969-1984 auf und beschreibt somit die relevante und damals aktuelle Literatur. Zudem hinterfragt sie diese kritisch und zeigt deren Schwächen auf.  Literatur über die nonverbale Kommunikation bei Menschen mit Demenz ist spärlich vorhanden. Manche Studien besagen, dass Menschen mit Demenz unfähig sind, Emotionen zu erkennen, die Literaturlage ist jedoch widersprüchlich. Hoffmann et al. wollten belegen, dass sie trotzdem genauso gut wie gesunde Menschen in der Lage sind, nonverbal zu kommunizieren. Die Notwendigkeit ist infolge des Ziels der Klarheitsbeschaffung gegeben.
<b>Studiendesign</b>  ✓ Randomisiertes, kontrolliertes, Cross-over-Experiment	Das Studiendesign der quantitativen Studie ist einem randomisierten, kontrollierten Cross-over-Experiment zuzuordnen.  Äussere Ereignisse sind durch das klinische Setting, Tageszeitvariationen und vorgegebene Sätze minimiert, die Kontrolle ist gross. Die Selektion ist sinnvoll, die Reifung ist durch den progressiven Krankheitsverlauf bei den Demenzerkrankten klein bis nicht vorhanden. Als systematischer Fehler ist die fehlende Ausgangsmessung zu identifizieren.
<b>Stichprobe</b>  N=54	Die Ausschlusskriterien sind sinnvoll und werden beschrieben. Die Probanden stammen aus 2 Langzeitinstitutionen: vom New Yorker Veteranenheim und dem Psychiatrischen Center Binghamton in Oxford. Nach Sichtung

✓ Stichprobe ist detailliert beschrieben	der Krankenakten blieben aufgrund der Ausschlusskriterien 54 Probanden übrig. Einschlusskriterien werden nicht genannt. Das Durchschnittsalter beträgt 83 bei einer Spannweite von 53 bis 96 Jahren. 37 Personen waren Frauen, 17 Männer. In dem Heim sind sie seit 1-18 Jahren. 32 % wurden in Oxford, 68 % in New York getestet. Die Selektion in 3 Gruppen erfolgte mittels eines Mini-Mental-Status-Tests, der sich für die Einteilung in die Demenzgrade eignet. Gruppe 1 erzielte zwischen 0-17 Punkte (fortgeschrittene Demenz, 37 Personen), Gruppe 2: 18-24 Punkte (milde Demenz, 7 Personen), Gruppe 3: 25-30 Punkte (keine Demenz, 10 Personen). Alle Probanden ohne Demenz kamen von Oxford und wiesen ein jüngeres Durchschnittsalter auf (76 J.). In welcher Anzahl sich die Demenzgrade auf die Institutionen verteilen, ist unklar.
✓ Die Stichprobengröße wurde begründet.	Die unterschiedlichen Gruppengrößen schränken die Aussagekraft ein, werden in der Studie jedoch dadurch gerechtfertigt, dass viele mit milder Demenz paranoider Symptome aufweisen und nicht berücksichtigt werden konnten. Eine Beschreibung der Demenzformen wäre wünschenswert gewesen.

### Ergebnisse (Outcomes)

- Als Variable der Outcome-Messung wurde eine „social reaction rating scale“ benutzt. Diese Skala ist beschrieben und im Anhang ersichtlich. Sie misst folgende 5 Bereiche: Positionsveränderung des Oberkörpers, Positionsveränderungen des Kopfes, Kopfausrichtung, Gesichtsausdruck und Augenkontakt. Jeder Bereich gibt zwischen minus 2 bis plus 2 Punkte. Als zusätzliche Variable wurde das verbale Ansprehvermögen mit einer Skala von 0-3 erfasst (0=keine Reaktion, 1=Antwortversuch, 2=unangebrachte Antwort, 3=angebrachte Antwort). Nach 3 Durchgängen an je 5 Fragen konnten max. 15 Punkte erzielt werden. In den 3 Durchgängen wurden zufällig eine positive affektive oder negative affektive Stimulierung als Intervention durchgeführt. Die Outcome-Messungen wurden nach jeder Intervention durch 2 Forscher per Videobänder ausgewertet. Die Bänder wurden so lange zurückgespult, bis ein Konsens gefunden war.
- ✓ Outcome-Messungen waren reliabel
- Bei 8 Probanden wurde mittels der Krippendorferformel eine Reliabilität von .76 festgestellt. Es fand eine Interbeurteiler-Reliabilität statt, zudem holten sie jemanden dazu, der nicht in die Forschung eingeweiht wurde. Er überprüfte 7 Videos und kam auf .72. Auch wenn die unterschiedliche Probandenanzahl Fragen aufwirft, ist das Outcome mit .7 noch als reliabel einzustufen.
- Validität der Outcome-
- Die Validität ist eingeschränkt. Die Berücksichtigung der

---

Messungen ist nicht angegeben	Gestik fehlt. Nur die obere Körperhaltung zu beurteilen, ist knapp, bei sitzenden Personen jedoch zulässig, da der Rest nicht zu sehen ist.
<b>Massnahmen</b>	
✓ Sind detailliert beschrieben	<p>Während 2 Wochen wurden die Probanden zu zufällig zugeteilten Tageszeiten 3 x in unterschiedlichen, zufälligen Zeitabständen in einen schlichten Raum ihrer Institution geführt. Die Räume waren vergleichbar. Dort wurden sie auf immer dieselbe Art begrüsst und gebeten, Platz zu nehmen. Dann wurden sie von einem Interviewer positiv oder negativ begrüsst. Positiv: zu Probanden hinlehnen, Augenkontaktaufnahme, mit warmem Tonfall den Namen nennen, lächeln und sanft die Hand schütteln. Der Name wurde nochmals wiederholt, um der kognitiven Verzögerung gerecht zu werden. Negativ: Das Handgelenk wurde fest gepackt, der Name unfreundlich gesagt und wiederholt, die Person streng angeschaut mit Augenkontakt.</p> <p>Die anschliessenden Fragen waren: 1. Hast du das gemocht? 2. Wie habe ich mich dir gegenüber verhalten? 3. War ich nett oder böse? Folgte keine Reaktion, wurden die Fragen max. je 1 x wiederholt. Nach dem 3. Durchgang mit jeder Person wurden sie gefragt, ob sie das 1. oder 2. Mal lieber mochten, was bei Menschen mit Demenz aufgrund der Zeitabstände jedoch nicht sinnvoll sein mag. Die Interaktionen wurden gefilmt und von dem, der die Teilnehmer begrüsst hat, zur Sicherheit schriftlich festgehalten. Die beiden Interviewer wechselten sich ab mit Interviewen und Transkribieren.</p>
○ Vermeidung von Kontaminierung wird nicht beschrieben	Die Frage der Kontaminierung stellt sich, da die Studie in 2 verschiedenen Räumen/Institutionen und abwechselnd von 2 Interviewern durchgeführt wurde. Zudem könnte eine Kontaminierung durch die Stimmung der Forscher stattgefunden haben, welche jeweils nicht dokumentiert ist. Auch die fehlende Berücksichtigung der vorgängigen Stimmung der Probanden birgt eine hohe Wahrscheinlichkeit der Kontaminierung.
✓ Es finden keine Ko-Interventionen statt.	
<b>Ergebnisse</b>	Die p-Werte sind genannt und betragen jeweils weniger als 0,05.
✓ Die statistische Signifikanz wird angegeben.	
✓ Analysemethoden waren geeignet	Die Analysemethode ist hinsichtlich des Zwecks geeignet. Die unterschiedlichen Variablen wurden mit ANOVA ausgewertet.
○ Klinische Bedeutung wurde nicht angegeben	

---

- 
- ✓ Drop-outs wurden angegeben      Es fehlen Outcomes zu den verbalen Messungen.  
Es kam zu keinen Drop-outs.

### Schlussfolgerungen und klinische Implikationen

- ✓ Die Schlussfolgerungen sind angemessen, wenn auch nicht vollständig.
- ✓ Hypothesen werden mit Zahlen wider- bzw. belegt.
- Menschen mit Demenz versuchen auch bei fortgeschrittener Demenz, die Kommunikation aufrechtzuerhalten, soziale Gepflogenheiten sind immer noch vorhanden.
- Nonverbale Fähigkeiten bei Menschen mit Demenz sind vergleichbar mit denen von Menschen ohne Demenz.
- Positive nonverbale Kommunikation verursacht positive verbale/nonverbale Reaktion. Negative nonverbale Kommunikation verursacht Zurückhaltung und Unbehagen.
- Nonverbale Reaktionen auf etwas Negatives werden sozial weniger akzeptiert als verbale Reaktionen.
- Menschen mit Demenz brauchen länger, um auf nonverbale Stimulation zu reagieren.
- Pflegefachpersonen sollen sich ihrer nonverbalen Kommunikation bewusster werden, um die von Menschen mit Demenz gesendeten Botschaften besser zu verstehen. Die Frustration zwischen Pflegenden und Menschen mit Demenz könnte so kleiner werden und die Sensibilität höher. Pflegende müssen aber kongruent sein.

### Abschliessende Kritik

Auf den ersten Blick mag einem das Setting für Veteranenheime und psychiatrische Center unpassend erscheinen, insbesondere beim Ausschlusskriterium psychische Krankheiten. Bei an Demenz Erkrankten war es zu dieser Zeit jedoch üblich, in solchen Institutionen untergebracht zu werden. Bei der Population im Veteranenheim muss man sich jedoch fragen, ob diese Menschen nicht einen forschenden Umgang gewohnt sind und sich die negative Intervention weniger bzw. anders auswirkte. Der systematische Fehler der fehlenden Ausgangsmessung könnte die Resultate verfälscht haben, da die vorgängige Stimmung des Probanden unklar ist. Aussagekräftiger wäre ein korrekt durchgeführtes Einzelfall-Design gewesen. Es wird angetönt, dass Probanden mit schwerer Demenz ein Gespür für emotionale Untertöne haben. Dies impliziert eine Reflexion des Forschers über sein Befinden während der Interventionen, da sie möglicherweise die Authentizität vermissen. Als Interventionsanzahl wären 2 Durchgänge sinnvoller gewesen, da die Gruppen so eine Intervention doppelt erhielten. Zudem mögen Zweifel angebracht sein, ob sich nonverbales Verhalten auf eine Kausalität reduzieren lässt, da es multifaktoriell bedingt ist (Sympathie, unnatürliches Setting, Stimmung etc.). Durch das Sitzenlassen der Probanden und Auslassen der unteren Körperhälfte könnten zudem wertvolle Informationen verloren gegangen sein. Möglicherweise wäre es angezeigt gewesen, Probanden stehen zu lassen oder eine Kamera unter dem Tisch anzubringen. Generell lässt die Studie eine wertschätzende Grundhaltung vermissen (Duzen der Probanden, Machtgefälle durch das Stehen des Forschers). Feinfühligem Ethikern mag es zudem dem Prinzip des Nicht-Schadens widersprechen, vorsätzlich grob mit den Probanden umzugehen.

- Caris-Verhalten, W. M. C. M., Kerkstra, A. & Bensing J. M. (1999). Nonverbal behaviour in nurse-elderly patient communication. *Journal of Advanced Nursing*, 29, 808-818.

<b>Zweck der Studie</b>	Der Studienzweck ist, das nonverbale Verhalten in der Pflege bei älteren Menschen zu untersuchen. Dabei möchte sie folgenden Fragestellungen nachgehen: 1. Inwiefern zeigen Pflegenden nonverbale Kommunikation, insbesondere Blickrichtung, Kopfnicken, lächeln, vorlehnen und berühren? 2. Wie entspricht das nonverbale Verhalten der verbalen Kommunikation der Pflegenden? 3. Bezieht sich das nonverbale Verhalten auf das Setting (ambulante Pflege vs. Altersheime) und die zur Verfügung gestellte Pflege?
✓ Wird klar angegeben	
<b>Literatur</b>	Stand der aktuellen Forschung wird differenziert aufgeführt. Notwendigkeit der Studie wird indirekt damit begründet, dass sich bisherige Studien vorwiegend auf die verbale Kommunikation konzentrierten. Die nonverbale Kommunikation blieb trotz ihrer Wichtigkeit unberücksichtigt.
✓ Relevante Hintergrundliteratur wurde gesichtet	
<b>Studiendesign</b>	Die deskriptive Studie ist dem Kohortendesign zuzuordnen, da auch 2 Settings verglichen werden. Sie ist somit geeignet.
✓ Kohortenstudie	
	Als systematischer Fehler ist das Informieren der Probanden über den Zweck der Studie zu identifizieren. Es ist ein Hawthorne-Effekt zu befürchten.
<b>Stichprobe</b>	Die Patienten der Pflegenden wurden über die Studie informiert und gefragt, ob sie teilnehmen wollen. Ausschlusskriterien sind sinnvoll und zeugen von der Beachtung ethischer Grundsätze (schwer kranke, demente und sterbende Patienten).
N=109	
✓ Stichprobe ist detailliert beschrieben	Pflegende: 47 Probanden unterschiedlicher Ausbildung. Keine zufällige Auswahl, alle werden anschliessend an einem Kommunikationstraining teilnehmen. 24 davon arbeiten in der ambulanten Pflege, 23 in der stationären. Sie sind vergleichbar (Geschlecht, Ausbildung, Alter, Erfahrung).
✓ Stichprobengrösse ist begründet	Patienten: 109 Probanden. 81 sind vom Altersheim, 28 von der ambulanten Pflege. Sie sind für ihre Population repräsentativ, auch wenn sie sich in Alter, Geschlecht und

Pflegedauer unterscheiden.	
<b>Ergebnisse (Outcomes)</b>	Jede Pflegeperson wurde während eines Tagesabschnittes gefilmt, in dem durchschnittlich 4 Patientenbegegnungen stattfanden. Insgesamt wurden 181 Stunden Filmmaterial aufgezeichnet. Diese wurden mit je einem Beobachtungsschema für verbale und nonverbale Kommunikation von 2 Forschern ausgewertet. Outcome-Bereiche beim Nonverbalen waren: Blickkontakt, Kopfnicken, lächeln, vorlehnen und affektives Berühren. Diese wurden jeweils genau definiert. Um die verbalen Outcomes in soziale-emotionale und instrumentale zu unterteilen, wurde das Roter's Interaction Analysis System (RIAS) benutzt. Das Videomaterial wurde mithilfe des CAMERA computer systemes ausgewertet. Die interne Validität wurde mit der Cohen's Kappa überprüft und als hoch ausgewiesen.
<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Outcome-Messungen sind reliabel</li><li>✓ Validität der Messungen ist angegeben</li></ul>	
<b>Massnahmen</b>	Die Arten der erhaltenen Pflege wurden codiert und die Art der Begegnung zugeordnet. Es ist genau differenziert, was alles zur verbalen, respektive nonverbalen Kommunikation zählt. Die Massnahmen wurden von den Pflegefachpersonen im Rahmen ihrer täglichen Verrichtungen ausgeführt.
<ul style="list-style-type: none"><li>○ Pflegerische Massnahmen sind nicht angegeben</li><li>○ Eine Kontaminierung ist nicht angegeben.</li><li>○ Ko-Interventionen entfallen</li></ul>	Als mögliche Kontaminierung wären die nicht beschriebenen Sinneseinschränkungen anzuführen. Diese sind im Altersheim möglicherweise vermehrt und beeinflussen das nonverbale Verhalten.
<b>Ergebnisse</b>	Die Dauer der nonverbalen Kommunikation wird proportional zur Begegnungsdauer analysiert. Die Quantität bestimmt die Qualität.
<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Analysenmethoden sind geeignet</li><li>✓ Statistische Signifikanz wird angegeben</li><li>✓ Klinische Bedeutung wird angegeben</li><li>✓ Drop-outs sind angegeben</li></ul>	<p>p-Werte werden jeweils spezifiziert.</p> <p>Gruppenunterschiede sind angegeben und mit klinischen Auswirkungen untermauert.</p> <p>Teilnehmer schieden keine aus, jedoch konnten nur 165 der 181 Begegnungen aufgezeichnet werden. Dies ist nachvollziehbar begründet (Situationen, in denen Probanden unbekleidet waren).</p>
<b>Schlussfolgerungen und klinische Implikationen</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Die Schlussfolgerungen sind angemessen.</li><li>• Blickkontakt findet in allen Begegnungen zwischen Pflegefachperson und älteren</li></ul>	

Menschen statt. 40 % der Zeit schauen Pflegefachpersonen in Richtung des Gesichtes des Patienten. Der Blickkontakt variiert von 5-98 % der Zeit.

- Kopfnicken und Lächeln sind weniger verbreitet, 15 % aller Pflegefachpersonen lächelten nicht, obwohl dies Wärme, Offenheit und Sympathie mitteilt.
- Instrumentale Berührungen (60 %) finden mehr statt als affektive bei Begegnungen (40 %). Insgesamt finden affektive Berührungen aber nur während 1-5 % der Zeit statt, instrumentale 20 % der Zeit.
- Eine positive Beziehung zwischen Patient und Pflegefachpersonen war vor allem bei Blickkontakt verknüpft mit verbaler, sozialer-emotionaler Kommunikation zu beobachten.
- Verbale Verhaltensweisen, die die Begegnungen strukturierten, und Gespräche über die Pflege und Gesundheitsthemen korrelierten negativ mit dem Blickkontakt.
- Lächeln wirkt sich positiv auf die soziale Kommunikation aus. Wenn die Begegnungen instrumentaler Natur sind, wird es viel weniger genutzt.
- Affektive Berührungen finden vor allem bei affektiver, verbaler Kommunikation statt.
- Pflegefachpersonen in Langzeitinstitutionen schauen den älteren Personen signifikant mehr in die Augen als in der ambulanten Pflege. Dies vorwiegend bei der Körperpflege und technischen Verrichtungen. Am meisten findet Blickkontakt jedoch bei psychosozialer Pflege statt (63 % in der ambulanten Pflege, 73 % in Langzeitinstitutionen -> kein signifikanter Unterschied).
- In Langzeitinstitutionen kommt es mehr zu affektiven Berührungen als in der ambulanten Pflege.
- Es gibt keinen Unterschied zwischen den Settings bezüglich Kopfnicken, Lächeln und Vorlehnen.
- Kopfnicken findet in Langzeitinstitutionen vorwiegend bei der Körperpflege statt. Lächeln und Vorlehnen vorwiegend während technischer Verrichtungen.

### Abschliessende Kritik

Zusammengefasst scheint die Studie viele Überlegungen zu berücksichtigen und hinterfragt sich kritisch nach Limitierungen. Der systematische Fehler, dass die Probanden informiert wurden, mit welcher Zielsetzung sie beobachtet werden, schränkt die Glaubwürdigkeit aufgrund des Hawthorne-Effekt jedoch massiv ein.

- Re, S. (2003). Emotionales Ausdrucksverhalten bei schweren demenziellen Erkrankungen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 36, 447-453.

---

#### Zweck der Studie:

- ✓ Wird klar angegeben

Die Studie untersucht, wie sich Emotionen im mimischen Ausdrucksverhalten bei Menschen mit fortgeschrittener Demenz ausdrücken. Leitende Fragestellungen sind: 1. Welches mimische Ausdrucksverhalten zeigen Personen mit einer schweren Demenzerkrankung in für sie emotional bedeutsamen Situationen? 2. Lassen sich komplexe

---

mimische Ausdrucksmuster im Sinne eines emotionalen mimischen Ausdrucks beschreiben?

<b>Literatur:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Relevante Hintergrundliteratur wurde gesichtet</li></ul>	Es werden mehrere Studien benannt, die sich bereits mit der Thematik des mimischen Ausdrucks befassen. Eine Notwendigkeit für diese Studiendurchführung wird nicht beschrieben.
<b>Studiendesign:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Einzelfalldesign</li></ul>	Das Studiendesign ist deskriptiv und weist die Merkmale eines Einzelfalldesigns auf. Es eignet sich zur Bearbeitung der Thematik. Systematische Fehler sind keine erkennbar.
<b>Stichprobe</b> N=9 <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Stichprobe ist detailliert beschrieben</li><li>○ Stichprobengröße ist nicht begründet</li></ul>	Die Probanden sind 9 Bewohnerinnen mit einer schweren demenziellen Erkrankung aus einer Langzeitinstitution. Im Mini-Mental-Test erreichten sie zwischen 0-11 Punkte (Barthel-Index 10-50 Punkte, Global Deterioration Scale Stufe 6). Die Altersspanne erstreckt sich zwischen 80-98 Jahren. Es sind keine Depressionen vorhanden, jedoch Verhaltensauffälligkeiten und abweichendes motorisches Verhalten unterschiedlichen Ausmasses. Hintergrundinformationen (Diagnosen, Medikation etc.) wurden eingeholt, sind jedoch nicht beschrieben. Ein- sowie Ausschlusskriterien sind nicht genannt, die kleine Population wird nicht begründet.
<b>Ergebnisse (Outcomes)</b> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Messungen sind reliabel</li><li>✓ Messungen sind valide</li></ul>	<p>Aus dem Filmmaterial wurde nach definierten Kriterien in einer max. 1-Min.-Sequenz die Mimik mit dem Facial action coding System (FACS) analysiert. Das FACS ist ein differenziertes Instrument zur objektiven Beschreibung des mimischen Ausdrucks von Menschen mit Demenz und somit zur Analyse geeignet. Es erfasst die Aktivität der Gesichtsmuskeln, gleicht sie mit der Lateralität und codiert diese.</p> <p>Die Videos wurden durch 2 Kodiererinnen unabhängig voneinander geprüft, die Inter-Rate-Reliabilität lag bei 0,80, was auf eine hohe Reliabilität hinweist.</p> <p>Die ausgewählten Situationen und Zwischenergebnisse wurden durch kommunikative Validation mit dem jeweiligen Pflegeteam überprüft. Die Ergebnisse weisen eine hohe interindividuelle Variabilität auf.</p>
<b>Massnahmen</b> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Sind detailliert beschrieben</li></ul>	Mit Pflege- und Angehörigeninterviews wurden individuell verschiedene Alltagssituationen ausgesucht, in denen die Probanden Freude, Ärger, Traurigkeit oder Wohlbefinden erleben. Ausgesucht wurden diese Emotionen durch ein

○ Ko-Interventionen entfallen	Gespräch mit dem Pflegepersonal. Infolge Wahrung der Privatsphäre wurden keine Körperpflegesituationen gefilmt. Vorgängig wurde in einer neutralen Alltagssituation ein Profil der individuellen Charakteristika der neutralen Mimik erstellt, um einen Ausgangswert zu haben und stereotypische Bewegungen zu erfassen.
✓ Kontaminierung wird vermieden	Die Mimik der Probanden wurde zwischen 5-10 Minuten in den ausgewählten Einzelsituationen gefilmt. Folgende Emotionssituationen wurden aufgezeichnet: Freude: 4 Bewohnerinnen (Interaktion mit Pflegenden), Wohlbefinden: 4 Bewohnerinnen, Ärger 5 Bewohnerinnen (Interaktion mit Pflegenden & Mitbewohner), Traurigkeit: 1 Bewohnerin.  Kontaminationen wie stereotypische Bewegungen (3 Bewohnerinnen) oder Muskelaktivität durch Sprechen werden berücksichtigt.

### Ergebnisse

Eine statistische Signifikanz ist nicht angegeben.

- |  |   |
|--|---|
| ○ Statistische Signifikanz ist nicht angegeben<br>✓ Analysemethoden sind geeignet<br>✓ Klinische Bedeutung ist angegeben<br>✓ Drop-outs sind angegeben | Die Analysemethode geht individuell auf die Bewohnerinnen ein und ist somit geeignet. Individuell unterschiedliche mimische Bewegungen werden so berücksichtigt.<br><br>Es kam zu keinen Drop-outs. |
|--|---|

### Schlussfolgerungen und klinische Implikationen

- ✓ Sind angemessen.
- Es konnte belegt werden, dass die Menschen mit Demenz emotionales Ausdrucksverhalten in ihrer Mimik zeigen. Komplexes, mimisches Ausdrucksverhalten kann dabei beobachtet werden.
- In emotional bedeutsamen Situationen können Ärger, Freude, Wohlbefinden, Traurigkeit, Verachtung, Überraschung und Ekel beobachtet werden.
- Wohlbefinden wird von Pflegenden unterschiedlich aufgefasst.
- Bei wenig ausgeprägtem Ausdrucksverhalten fällt es Pflegenden schwerer, Emotionen einzuschätzen. Oft wird der voreilige Schluss der Emotion Wohlbefinden gezogen.

### Abschliessende Kritik

Die Studie scheint die Mimik sorgfältig und differenziert beobachtet zu haben. Es ist jedoch nicht begründet, warum nur weibliche Probanden miteinbezogen wurden. Zudem ist die Population mit 9 Probanden klein, was die Generalisierbarkeit zusätzlich einschränkt. Das Land

Lisa Heller

---

ist unbekannt, die Vermutung liegt nahe, dass es Deutschland war. Es ist nicht angegeben, inwiefern Medikamente, Diagnosen oder ähnliche Faktoren die Mimik beeinflusst haben.

---

Lisa Heller

## **D Wortanzahl**

Die Wortanzahl des Abstracts beträgt: 190 Wörter

Der Wortanzahl der Bachelorarbeit anhand vorgegebener Ausschlusskriterien beträgt:  
7992 Wörter