

Aus
dem Institut für Biometrie und Klinische Epidemiologie
und
dem Institut für Medizinische Soziologie
der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

Guter Schlaf - Subjektive Konzepte und Erfahrungen von Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohnern

zur Erlangung des akademischen Grades Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von
Wolfram Joachim Herrmann
aus Dahn (Pfalz)

Gutachter/in:

1. Prof. Dr. rer.nat. P. Martus
2. Prof. Dr. U. Flick
3. Prof. Dr. T. Meyer

Datum der Promotion: 24.02.2012

Danksagung

Ich möchte Herrn Prof. Martus danken, dass er bereit war diese Arbeit zu betreuen und zu unterstützen. Ich danke Herrn Prof. Flick für die vielen Ratschläge und Diskussionen zu Design und Durchführung der Studie, sowie beim Verfassen der Arbeit. Ich möchte dem Graduiertenkolleg „Multimorbidität im Alter“, insbesondere Frau Prof. Kuhlmei, Herrn Dr. Blüher und Frau Dr. Dräger, danken, dass sie mir die Möglichkeit gaben als Arzt in dem interdisziplinären Graduiertenkolleg zu promovieren und der Robert-Bosch-Stiftung, dass sie mir mit einem Stipendium finanziell diese Arbeit ermöglichte. Nicht zuletzt möchte ich meiner Familie danken, dass sie mir den Weg bis hierhin ermöglichte.

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | Einleitung | 6 |
| 1.1 | Schlaf im Alter | 6 |
| 1.2 | Subjektive Wahrnehmung und objektive Messung differieren | 7 |
| 1.3 | Subjektive Perspektiven zu Schlaf und Schlafstörungen | 8 |
| 1.4 | Schlaf im Pflegeheim | 10 |
| 1.4.1 | Häufigkeit von Schlafstörungen im Pflegeheim | 10 |
| 1.4.2 | Fragmentierung des Schlafes im Pflegeheim | 11 |
| 1.4.3 | Schlafstörungen und Multimorbidität | 11 |
| 1.4.4 | Therapie und Interventionen für Pflegeheimbewohner mit Schlafstörungen | 12 |
| 1.4.5 | Notwendigkeit der Erforschung der Perspektive von Pflegeheimbewohnern | 14 |
| 1.5 | Theoretischer Rahmen durch subjektive Konzepte und patientenorientierte Arzt-Patienten-Interaktion | 15 |
| 1.5.1 | Subjektive Konzepte | 15 |
| 1.6 | Fragestellung der Studie | 18 |
| 2 | Methodik | 19 |
| 2.1 | Design der Studie | 19 |
| 2.2 | Institutionelle Einbindung der Studie | 19 |
| 2.3 | Sampling und Feldzugang | 20 |
| 2.4 | Erhebungsinstrumente | 22 |
| 2.4.1 | Das episodische Interview | 22 |
| 2.4.2 | Schlafstagebücher | 22 |
| 2.4.3 | Case Report Form | 24 |
| 2.5 | Auswertung | 24 |
| 3 | Ergebnisse | 29 |
| 3.1 | Sample | 29 |
| 3.2 | Lebenswelt Pflegeheim | 29 |
| 3.3 | Was sehen Pflegeheimbewohner als guten Schlaf an? | 36 |
| 3.4 | Ressourcen für guten Schlaf | 40 |
| 3.5 | Barrieren für guten Schlaf | 44 |
| 3.6 | Typologie von Pflegeheimbewohnern hinsichtlich der von ihnen wahrgenommenen psychischen Barrieren für guten Schlaf | 50 |
| 3.7 | Einstellung zu Schlafmedikamenten | 53 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 3.8 | Wahrgenommene Folgen von Schlafstörungen | 57 |
| 4 | Diskussion | 59 |
| 4.1 | Zusammenfassung der Ergebnisse | 59 |
| 4.2 | Limitationen der Studie | 60 |
| 4.3 | Interpretation der Ergebnisse | 62 |
| 4.3.1 | Durchschlafen - ein überhöhter Anspruch? | 62 |
| 4.3.2 | Barrieren der Realisierbarkeit von Ansprüchen an guten Schlaf | 63 |
| 4.3.3 | Fehlende Strategien zur Aktivierung von Ressourcen für guten Schlaf | 65 |
| 4.3.4 | Psychische Faktoren bei Schlafstörungen | 66 |
| 4.3.5 | Einstellungen zu Medikamenten | 67 |
| 4.3.6 | Wahrgenommenen Folgenlosigkeit von Schlafstörungen | 68 |
| 4.3.7 | Parallelen und Differenzen zur Perspektive anderer Bevölkerungsgruppen auf Schlaf | 68 |
| 4.4 | Übertragbarkeit der Ergebnisse auf andere Patientengruppen | 70 |
| 4.5 | Praxisempfehlungen | 71 |
| 4.5.1 | Empfehlungen für Hausärzte | 71 |
| 4.5.2 | Empfehlungen für Pflegekräfte | 73 |
| 4.5.3 | Empfehlungen zur Zusammenarbeit der verschiedenen Professionen im Pflegeheim | 75 |
| 4.5.4 | Fazit | 76 |
| 5 | Zusammenfassung | 77 |

1 Einleitung

In einer Gesellschaft mit steigender Lebenserwartung und gleichzeitig prognostizierter steigender Pflegebedürftigkeit (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2009) gewinnt die Lebenswelt von Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohnern¹ und ihre medizinische und pflegerische Versorgung an Bedeutung. Dabei ist Schlaf ein zentrales Element der Lebenswelt von Pflegeheimbewohnern, nicht zuletzt auch, weil in der pflegerischen Einrichtung auch zu schlafen, das Leben im Pflegeheim von Tageskliniken oder ambulanter Pflege unterscheidet.

In dieser Arbeit stelle ich die subjektive Perspektive von Pflegeheimbewohnern zu Schlaf und Schlafstörungen vor. In einem einleitenden Teil werde ich zuerst die Veränderungen von Schlaf im Alter skizzieren und auf die Unterschiede zwischen subjektiver Wahrnehmung und objektiver Messung von Schlaf eingehen. Ich stelle dann Studien zur subjektiven Perspektive von Patienten und Laien zu Schlaf und Schlafstörungen vor. Daraufhin gehe ich auf die besondere Situation von Schlafstörungen bei Pflegeheimbewohnern ein. Dazu skizziere ich die Epidemiologie von Schlafstörungen im Pflegeheim, Befunde zur Fragmentierung des Schlafes von Pflegeheimbewohnern, den Zusammenhang von Schlafstörungen mit Multimorbidität und stelle dann bisherige Therapieansätze und Interventionsstudien bei Schlafstörungen von Pflegeheimbewohnern vor. Dies leitet zur Notwendigkeit der Erforschung der Perspektive von Pflegeheimbewohnern über. Ich skizziere theoretische Ansätze zur Betroffenenperspektive und ihren Zusammenhang mit der Arzt-Patienten-Interaktion. Dies führt zur die Einleitung abschließenden Fragestellung der Studie. Es folgt das Kapitel Methodik, in welchem ich die Methodik dieser Studie beschreibe. Anschließend stelle ich die Ergebnisse der Studie vor. Im abschließenden Kapitel diskutiere ich die Ergebnisse dieser Studie und ziehe ein Fazit für die Praxis von Hausärzten und Pflegekräften von Pflegeheimbewohnern.

1.1 Schlaf im Alter

Schlaf verändert sich mit zunehmendem Alter. Der Goldstandard der Schlafdiagnostik ist die Polysomnographie, bei welcher u.a. Augenbewegungen und mittels EEG Gehirnströme gemessen werden (Penzel, 2007). Unterschiedliche Wellenformen in den EEG-Ableitungen charakterisieren dabei verschiedene Schlafstadien. Man unterscheidet das REM-Stadium und non-REM-Stadien. Das REM (Rapid Eye Movement)-Stadium ist durch schnelle Augenbewegung bei gleichzeitig weitgehender Lähmung der quergestreiften Muskulatur gekennzeichnet. Die anderen Schlafstadien werden in Abgrenzung von

¹Ich verwende im Weiteren die geschlechtsneutrale Pluralform und meine damit Pflegeheimbewohner jeglichen Geschlechts

dem REM-Stadium als non-REM-Stadien bezeichnet. Die non-REM-Stadien werden entsprechend ihres EEG-Musters in vier verschiedene Stufen von I bis IV eingeteilt. Die Stadien I und II sind Leichtschlafstadien, die Stadien III und IV sind Tiefschlafstadien. Der Verlauf des Schlafes über die Nacht ist von einem charakteristischen Ablauf der Stadien von I bis IV und REM-Stadien gekennzeichnet, man bezeichnet dieses Ablaufmuster als Schlafarchitektur. Im Laufe der Nacht kommt es dabei zu immer weniger Tiefschlafphasen und einem zunehmenden Anteil von REM-Phasen.

Bliwise (2005) gibt einen Überblick über Veränderungen des Schlafes im Alter. Der Anteil der Tiefschlafstadien III und IV an der gesamten Schlafdauer nehmen ab, ebenso nimmt der Anteil des REM-Stadiums an der Schlafdauer ab. Bei alten Menschen kommt es nachts häufig zu vielfachem kurzen Erwachen. Redline et al. (2004) analysierten die polysomnographischen Befunde von 2685 Studienteilnehmern. Dabei fanden sie insgesamt stärkere Geschlechts- als Altersunterschiede. Altersunterschiede in der Polysomnographie waren dabei bei Männern stärker ausgeprägt als bei Frauen. Schlaf ist Teil des menschlichen Tag-Nacht-Rhythmus, der zirkadianen Rhythmik. Ayalon & Ancoli-Israel (2006) fanden, dass die zirkadiane Rhythmik im Alter insgesamt abgeschwächt ist. Zusammenfassend kann man sagen, dass es alterstypische Unterschiede in der Schlafarchitektur gibt, jedoch ist die interindividuelle Variabilität im Alter groß (Peter, 2007).

1.2 Subjektive Wahrnehmung und objektive Messung differieren

Neben der objektiven Messung von Schlaf mittels Polysomnographie ist die subjektive Wahrnehmung des eigenen Schlafes von Bedeutung. Eine Reihe von Studien beschäftigten sich mit dem Vergleich subjektiver Wahrnehmung und objektiver Messung von Schlaf und Schlafstörungen:

Carskadon et al. (1976) verglichen Schlafparameter aus einem retrospektiven Fragebogen, direkt nach dem Erwachen ausgefüllten Schlaftagebüchern und Polysomnographie. Sie fanden deutliche Unterschiede zwischen den Ergebnissen dieser drei Erhebungsinstrumente. Die Probanden schätzten ihre Schlafzeit und die Einschlafzeit deutlich schlechter ein als sie gemessen worden war, die Zahl der nächtlichen Arousals schätzten sie jedoch deutlich niedriger ein, als sie gemessen worden waren. Die Zeiten aus den Schlaftagebüchern entsprachen dabei wesentlich besser den polysomnographischen Messungen als die geschätzten Zeiten aus dem retrospektiven Fragebogen.

Im Vergleich älterer Patienten mit und ohne Insomnie konnten Fichten et al. (2005) zeigen, dass bei Patienten mit Insomnie häufig eine Fehleinschätzung von Schlafzeiten, aber nicht anderer Zeitabschnitte besteht.

Hoch et al. (1987) verglichen bei 20 älteren Probanden Polysomnographie und Selbstbericht in Abhängigkeit vom Geschlecht der Probanden. Sie kamen zu dem Schluss, dass Frauen ihre Schlafzeiten genauer einschätzen. Vitiello et al. (2004) führten bei älteren Probanden, welche nicht über Schlafstörungen berichteten, Polysomnographien durch und erhoben den Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). Auch bei diesen nicht über Schlafstörungen klagenden Probanden fanden sich teilweise erhöhte PSQI-Werte, welche

aber nur bei Männern und nicht bei Frauen mit Veränderungen der polysomnographischen Messungen korrelierten.

McCrae et al. (2005) wiederum verglichen bei älteren Probanden Selbstberichte und Aktigraphie zwischen über Schlafstörungen klagenden und nicht über Schlafstörungen klagenden Probanden. Sie unterteilten diese Gruppen weiter nach Geschlecht und ob sie in der Aktigraphie Zeichen einer Schlafstörung zeigten. Aufgrund dieser vielen Untergruppen sind ihre statistischen Ergebnisse jedoch schwer interpretierbar. Auffällig ist jedenfalls, dass über Schlafstörungen klagende Frauen im Vergleich zu nicht klagenden Frauen ihre Schlafparameter deutlich schlechter einschätzten als sie gemessen wurden. Bei Männern war dieser Unterschied geringer ausgeprägt.

Unruh et al. (2008) fanden keine signifikanten Zusammenhänge zwischen polysomnographischen Befunden, schlechter Schlafqualität und subjektiven Beschwerden von Unausgeruhtheit, Schläfrigkeit oder zu wenig Schlaf.

Lichstein et al. (1994) verglichen ebenfalls Selbstbericht, Polysomnographie und mit verschiedenen Messinstrumenten gemessene Schläfrigkeit tagsüber und kamen zu dem Schluss, dass Probanden mit und ohne Insomnie lediglich der Selbstbericht unterschied, nicht aber die Polysomnographie oder die Schläfrigkeit. Dies bestätigten Fichten et al. (1995): Sie konnten zeigen, dass Tagesschläfrigkeit stark mit Depressivität zusammenhängt aber nicht mit Schlafparametern.

Zusammenfassend lässt sich also sagen, dass sich subjektive Selbsteinschätzung und objektive Schlafmessungen deutlich unterscheiden und insbesondere bei über Schlafstörungen klagenden Patienten diese Diskrepanz ausgeprägter ist. Einerseits scheint bei einem Teil der Insomniepatienten eine „Fehleinschätzung“ mitbedingend für ihre Schlafstörung zu sein, andererseits scheinen die „objektiven“ Messmethoden dem subjektiven Empfinden nicht angemessen zu sein. Dies verdeutlicht die Bedeutung subjektiver Selbstberichte und Perspektiven im Vergleich zu objektiven Messungen. Auf die hohe Bedeutung der subjektiven Perspektive von Patienten mit Schlafstörungen wird auch in der aktuellen Leitlinie zu Schlafstörungen (Mayer et al., 2009, S.12) hingewiesen:

Vorrangig wird der nicht erholsame Schlaf durch das subjektive Erleben des Patienten bestimmt.

Die subjektive Perspektive der Betroffenen ist also neben der apparativen Diagnostik von großer Bedeutung für die Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen.

1.3 Subjektive Perspektiven zu Schlaf und Schlafstörungen

In mehreren Studien wurden die Perspektiven unterschiedlicher Personengruppen zu Schlaf- und Schlafstörungen erforscht: Hislop & Arber (2003) untersuchten mittels Fokusgruppeninterviews die Konzepte von Frauen mittleren Alters zu ihrem Umgang mit Schlafproblemen. Sie fanden, dass Frauen mittleren Alters einen selbst-regulatorischen individuellen Umgang mit ihren Schlafproblemen haben. Die Arbeitsgruppe von Hislop und Arber interviewte in einer weiteren Studie 40 Paare zu ihren Einstellungen zu Schlaf und ihrem Umgang mit Schlaf und Schlafstörungen. Aus diesen Interviews

analysierten Meadows et al. (2008) Interviews mit weißen heterosexuellen Männern im Alter von 20 bis 59 Jahren. Sie interessierten sich bei den befragten Männern vor allem für ihr Verständnis von Schlaf und ihre Einstellung zu Schlaf, sowie ihr Risikoverhalten im Zusammenhang mit Schlaf. Sie fanden bezüglich des Verständnisses von Schlaf vier Kategorien:

- „Schlaf ist etwas, das mein Körper braucht“: Schlaf wurde von den interviewten Männern als ein körperliches Bedürfnis gesehen, dabei unterschieden die Befragten den Körper und ihr Ich.
- „Die Bedürfnisse meines Körpers ändern sich und sind veränderbar“
- „Die Bedürfnisse meines Körpers sind spezifisch für mich“: Schlaf und Schlafbedürfnis werden als individuell betrachtet.
- „Schlaf und Funktion“: Während die befragten Frauen in der Studie Schlaf als körperliches Vergnügen und wichtig für ihr Aussehen ansahen, erfüllte er bei Männern eine Rolle für das tägliche Funktionieren in Beruf und Privatleben.

Schlaf wurde von den befragten Männern insgesamt als etwas Individuelles gesehen, Schlaf ist für sie zum Funktionieren notwendig, aber nimmt ihnen durch die Schlafzeit auch Lebenszeit weg.

Johansson et al. (2007) interviewten 33 ambulante Patienten mit koronarer Herzkrankheit zum Thema Schlaf. Diese Daten analysierten sie nach der phänomenographischen Methode. Sie konnten drei Kategorien unterscheiden:

- Zur Kategorie „Mein Lebensstil spiegelt sich in meinem Schlafverhalten wider“ gehörte auch, dass ein Teil der befragten Patienten durch Gedanken über Alltagsprobleme am Einschlafen gehindert wurde.
- „Umgang mit Müdigkeit und Schlaf“ zeigte, dass die befragten Patienten individuelle Strategien im Umgang mit Schlafproblemen und Müdigkeit hatten, wie z.B. bewusste Nickerchen tagsüber.
- Mit der Kategorie „Gefühle positiver und negativer Wirksamkeit“ beschrieben Johansson et al. (2007), dass bestimmte Bedürfnisse das Leben der Patienten positiv und negativ beeinflussen, so schränkte beispielsweise Müdigkeit die Aktivitäten der Betroffenen ein, und allen Befragten war Zeit für sich selbst wichtig.

Johansson et al. (2007) folgerten, dass Schlaf in der Pflege einen ganzheitlichen Ansatz benötigt, welcher die Bedürfnisse der Patienten, ihre Symptome und ihr Selbstmanagement beachten muss.

Broström et al. (2001) interviewten 20 ambulant versorgte Patienten mit Herzinsuffizienz zu ihrem Schlaf. Die interviewten Patienten sahen ihre Schlafprobleme verursacht durch Ereignisse in ihrem Alltagsleben, ihre Krankheit und Symptome der Herzinsuffizienz. Als Folgen von Schlafstörungen sahen sie Müdigkeit, Antriebslosigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten und Stimmungsbeeinträchtigungen an.

Lichstein & Rosenthal (1980) befragten ein Gelegenheits-sample von Patienten mit Insomnie per Fragebogen, ob sie eher somatische oder kognitive Faktoren als Ursache ihrer Schlafprobleme ansehen. Über die Hälfte der Befragten sahen kognitive Faktoren als Ursache ihrer Schlafstörungen an und ein Drittel sahen kognitive und somatische Faktoren als Ursache ihrer Schlafstörungen. Ungefähr 5% sahen die Ursache ihrer Schlafstörungen in somatischen Faktoren und 5% sahen weder somatische noch kognitive Faktoren als Ursachen ihrer Schlafstörungen.

C. Y. Lee et al. (2007) befragten in einer explorativen Studie mit halbstandardisierten Interviews sechs ältere Männer auf einer geriatrischen Krankenhausstation nach ihren Schlaferfahrungen im Krankenhaus und ihren subjektiven Konzepten. Wichtige Kategorien waren dabei der öffentliche Charakter des Schlafs im Krankenhaus, ein Gefühl der Hilfslosigkeit durch die Pflegeroutine, Inaktivität tagsüber, Abhängigkeit von den Pflegekräften und nicht beeinflussbare Umstände wie schnarchende Mitpatienten

Eine Patientengruppe ähnlich Pflegeheimbewohnern untersuchten Davis et al. (2007): Sie befragten mit qualitativen Interviews ältere Frauen, die in betreutem Wohnen lebten. Dabei unterschieden sie anhand des Pittsburgh Qualitative Sleep Index Frauen, welche gut schliefen, von Frauen, welche schlecht schliefen. Bewohnerinnen, die schlecht schliefen, hatten den hohen Anspruch an guten Schlaf durchgehend - also ohne Unterbrechung - zu sein. Bewohnerinnen, die gut schliefen, orientierten sich an Bewohnerinnen, die schlecht schliefen (Davis et al. nennen dies „downward social comparison“) oder Bewohnerinnen, die ähnlich gut schliefen („lateral social comparison“). Bewohnerinnen, die schlecht schliefen, orientierten sich hingegen entweder an Bewohnerinnen, die besser schliefen („upward social comparison“) oder mangels Austausch mit anderen Bewohnern orientierten sie sich an Erinnerungen wie sie früher schliefen („temporal comparison“). Davis et al. (2007) konnten damit die Bedeutung der subjektiven Bewertung des eigenen Schlafes und des sozialen Vergleichs für die subjektive Schlafqualität aufzeigen.

Zu der subjektiven Perspektive und den subjektiven Konzepten verschiedener Bevölkerungs- und Patientengruppen zu Schlaf und Schlafstörungen gibt es also Forschungsergebnisse; zur subjektiven Perspektive von Pflegeheimbewohnern finden sich bisher jedoch kaum Studien.

1.4 Schlaf im Pflegeheim

Pflegeheimbewohner sind eine spezielle Bevölkerungs- und Patientengruppe, einerseits weil sie in einer institutionalisierten Lebenswelt leben und auch schlafen, andererseits, weil Pflegeheimbewohner morbider und in ihrer Funktionalität stärker eingeschränkt sind als die im eigenen Zuhause lebende ältere Bevölkerung. Daher werde ich in diesem Abschnitt besonders auf Schlaf und Schlafstörungen bei Pflegeheimbewohnern eingehen.

1.4.1 Häufigkeit von Schlafstörungen im Pflegeheim

Insgesamt sind im Alter Schlafstörungen häufig. So berichtet der Bundesgesundheitsurvey eine Prävalenz schwerer Schlafstörungen in der Altersgruppe der 70- bis 79-Jährigen

von 13,2% bei Frauen und 5,3% bei Männern (Penzel et al., 2005). Bei Pflegeheimbewohnern bleibt die Prävalenz von Insomnie und Schlafstörungen² unklar, die Ergebnisse mehrerer Studien variieren deutlich: Avidan et al. (2005) fanden in der Sekundärdatenanalyse der Dokumentation von 34163 Pflegeheimbewohnern in Michigan, USA eine Prävalenz der Insomnie von 6,3%. Makhlof et al. (2007) fanden bei einer Befragung von 177 Pflegeheimbewohnern in Alexandria, Ägypten, dass 51,4% ihren Schlaf als nicht-erholsam bezeichnen. In einem zufällig gezogenen Sample von 198 Bewohnern betreuten Wohnens in Maryland, USA fanden Rao et al. (2005) Schlafstörungen bei 69% und Insomnie bei 42% der Studienteilnehmer. Bei 2232 Pflegeheimbewohnern in Quebec, Kanada fanden Voyer et al. (2006) bei 6,2% der Bewohner eine Insomnie nach DSM-IV Kriterien und bei 17% mindestens ein Symptom von Insomnie. Garms-Homolová et al. (2010) fanden bei der Sekundärdatenanalyse der Pflegedokumentation von 2577 Pflegeheimbewohnern in Berlin bei 37,3% Schlafstörungen und bei 29,6% nicht-erholsamen Schlaf. Die großen Unterschiede in der Prävalenz lassen sich einerseits auf unterschiedliche Definitionen von Schlafstörungen, andererseits auf unterschiedliche Erhebungsinstrumente und unterschiedliche Pflegeheimbewohnerpopulationen in den verschiedenen Ländern zurückführen.

1.4.2 Fragmentierung des Schlafes im Pflegeheim

Zur Beurteilung des Schlafes von Pflegeheimbewohnern wurde in mehreren Studien die sogenannte Aktigraphie eingesetzt. Neben der Polysomnographie ist die Aktigraphie eine weitere apparative diagnostische Methode. Bei der Aktigraphie wird die Beschleunigung am Handgelenk gemessen und daraus auf Schlaf- und Wachphasen geschlossen. Da die Aktigraphie im Lebensumfeld der Probanden durchgeführt werden kann, wurde sie bei Pflegeheimbewohnern wiederholt eingesetzt. In mehreren Studien (Fetveit & Bjorvatn, 2002; Ancoli-Israel & Kripke, 1989; Ancoli-Israel et al., 1989; Jacobs et al., 1989; Ancoli-Israel et al., 1997; Pat-Horenczyk et al., 1998) konnte gezeigt werden, dass der Schlaf von Pflegeheimbewohnern meist fragmentiert ist, das heißt die untersuchten Pflegeheimbewohner waren nachts häufiger wach, während sie tags häufig auch Schlafphasen hatten. Daraus folgerten die Autoren eine dringende Notwendigkeit von Interventionen zur Verbesserung des Schlafes von Pflegeheimbewohnern. Ob diese Fragmentierung des Schlafes von den Bewohnern selbst als belastend erlebt wird, wurde bisher jedoch nicht erforscht.

1.4.3 Schlafstörungen und Multimorbidität

Für Pflegeheimbewohner ist typisch, dass sie meist multimorbide sind, das heißt sie leiden meist an mehreren unterschiedlichen meist chronischen Erkrankungen (Schneekloth & Müller, 1998). Daher sind für die medizinische und pflegerische Versorgung von Pflegeheimbewohnern mit Schlafstörungen die Zusammenhänge zwischen chronischen Erkrankungen und Schlaf relevant.

²Für eine ausführlichere Darstellung der Epidemiologie von Schlafstörungen im Pflegeheim siehe Theiss et al. (2009)

Für psychische Erkrankungen sind Zusammenhänge mit Schlafstörungen gut untersucht, so gehen beispielsweise Depression (Benca et al., 1992; Livingston et al., 1993) und Posttraumatische Belastungsstörung (Ross et al., 1989; Rosen et al., 1991) mit Schlafstörungen einher. Bei der Demenz des Alzheimerstyps kommt es häufig zu Störungen des Schlafes und insbesondere der zirkadianen Rhythmik (McCurry et al., 2000).

Auch viele neurologische Erkrankungen sind mit Schlafstörungen assoziiert. Mayer et al. (2009, S.29–37) geben einen Überblick über Studien zu dem Zusammenhang neurologischer Erkrankungen und Schlafstörungen. So gibt es zwischen Schlaganfall, einer im Alter häufigen Morbidität, und Schlafstörungen Zusammenhänge, aber beispielsweise auch zwischen Schlafstörungen und Kopfschmerzen, neuromuskulären Erkrankungen oder Multipler Sklerose.

Jedoch auch andere somatische Erkrankungen sind mit Schlafstörungen assoziiert. So ist insbesondere die Obstruktive Schlafapnoe mit Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems assoziiert (Young et al., 2002). Auch Herzinsuffizienz geht häufig mit Schlafstörungen einher. So kann Herzinsuffizienz zu nächtlichem Harndrang führen; die Ursache nächtlichen Harndrangs können aber beispielsweise auch Nierenerkrankungen oder die benigne Prostatahyperplasie sein und damit den Nachtschlaf stören (Asplund, 2004; Fitzgerald et al., 2007). Asthma und COPD beeinträchtigen häufig den Schlaf (Collop, 2010). Auch das bei vielen Erkrankungen häufig auftretende Symptom Schmerz ist mit Schlafstörungen assoziiert. Darüber hinaus können zahlreiche Medikamente Schlafstörungen auslösen (Mayer et al., 2009, S.28f): In der allgemeinmedizinischen Praxis häufig verordnete Medikamente, die zu Schlafstörungen führen können, sind beispielsweise Betablocker, Nichtsteroidale Antirheumatika, Glukokortikoide und Thiaziddiuretika.

Es gibt also zahlreiche Assoziationen von psychischen und somatischen Erkrankungen mit Schlafstörungen, welche Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen bei Pflegeheimbewohnern erschweren.

1.4.4 Therapie und Interventionen für Pflegeheimbewohner mit Schlafstörungen

Die Therapie von Schlafstörungen gestaltet sich daher bei Pflegeheimbewohner als schwierig. Welche therapeutischen Möglichkeiten zur Behandlung von Schlafstörungen bei Pflegeheimbewohner gibt es? Die aktuelle Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Schlafmedizin (Mayer et al., 2009) behandelt ausführlich die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten bei Schlafstörungen. Das Herzstück der Leitlinie ist der Klinische Algorithmus (Mayer et al., 2009, S.27), der das ärztliche Vorgehen bis hin zur potenziellen Überweisung an einen Schlafmediziner beschreibt. In dem Algorithmus werden folgende Kontenpunkte durchlaufen:

1. Ist der Patient erheblich beeinträchtigt?
2. Ist der Umgang mit Schlaf adäquat? (Schlafhygiene)
3. Gibt es Störungen des zirkadianen Rhythmus?

4. Werden schlafstörende bzw. die Wachheit beeinträchtigende Substanzen eingenommen?
5. Ist die Schlafstörung sekundär durch psychische bzw. organische Erkrankungen?
6. Liegt eine klinisch diagnostizierbare primär schlafmedizinische Erkrankung vor?

Allerdings nehmen Mayer et al. (2009) in der Leitlinie nicht gesondert Bezug auf ältere Patienten oder Pflegeheimbewohner. Bloom et al. (2009) veröffentlichten eine Empfehlung für die Behandlung von Schlafstörungen älterer Patienten. Aus ihrer Sicht sind für die Behandlung von Schlafstörungen älterer Patienten die folgenden fünf Punkte entscheidend:

- eine individualisierte Diagnostik und Therapie
- die begrenzte Zeit eines Arztes pro Patient
- das Wissen, welches der Arzt benötigt
- wann Schlafmediziner in die Diagnostik und Behandlung miteinbezogen werden müssen
- Komorbidität und Medikation alter Patienten

Die medizinische Versorgung von Pflegeheimbewohnern, also auch bei Schlafstörungen, wird in Deutschland zumeist von Hausärzten geleistet (Bussche et al., 2009). Bei Patienten aus der Allgemeinbevölkerung behandeln Hausärzte Schlafstörungen häufig medikamentös (Bohn et al., 2008). Bei Pflegeheimbewohnern ist eine Schlafmedikation jedoch noch weniger angebracht als in der Allgemeinbevölkerung: Die meisten Pflegeheimbewohner nehmen zahlreiche Medikamente ein, man spricht dabei von Polypharmazie. Jedes weitere eingenommene Medikament erhöht bei Pflegeheimbewohnern mit Polypharmazie die Wahrscheinlichkeit von Wechselwirkungen. Darüber hinaus ist der Gebrauch von Schlafmedikation mit einem erhöhten Sturzrisiko assoziiert (Woolcott et al., 2009), wobei Stürze bei alten Patienten häufig zu Komplikationen und einer erhöhten Morbidität und Mortalität führen. Der Schlaf von Pflegeheimbewohnern, die Schlafmedikamente einnehmen, und Pflegeheimbewohnern, die keine Schlafmedikamente einnehmen, unterscheidet sich jedoch nicht (Monane et al., 1996). Daher sollten bei Pflegeheimbewohnern nicht-medikamentöse Therapiemaßnahmen zur Behandlung von Schlafstörungen im Vordergrund stehen.

Ausgelöst durch die erwähnten Studien zur Fragmentierung des Schlafs von Pflegeheimbewohnern wurden im Setting Pflegeheim verschiedene nicht-medikamentöse Interventionen zur Verbesserung des Schlafs von Pflegeheimbewohnern in Studien getestet: In einer randomisierten kontrollierten Studie überprüften Ancoli-Israel et al. (2002) die Wirksamkeit verschiedener Varianten der Intervention mit Lichttherapie und fanden keine Verbesserung des Schlafs, aber bei morgendlicher Lichtapplikation eine Verbesserung der zirkadianen Rhythmik. Alessi et al. (1995) überprüften in einer kontrollierten, aber

nicht randomisierten Studie die Wirkung eines Programmes zur körperlichen Aktivität auf Schlaf und fanden keine Effekte.

Richards et al. (2005) testeten in einer randomisierten kontrollierten Studie die Wirkung einer Intervention mit individualisierter sozialer Aktivität, dabei fand sich in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe eine Verringerung des Schlafes tagsüber, aber keine Unterschiede beim Nachtschlaf.

Alessi et al. (1999) testeten in einer Studie mit 29 Pflegeheimbewohnern eine Intervention mit einer Kombination aus körperlicher Aktivität und Verringerung nächtlichen Lärms und nächtlicher Pflegehandlungen gegen eine Kontrollgruppe, deren Intervention nur aus einer Verringerung nächtlichen Lärms und nächtlicher Pflegehandlungen bestand. Sie fanden milde positive Effekte. In einer randomisierten kontrollierten Folgestudie testeten Alessi et al. (2005) die Wirkung einer fünftägigen Intervention mit Motivation der Bewohner sich außerhalb des Bettes aufzuhalten, täglichem Sonnenlicht, dreimal täglichem leichtem körperlichen Training und Vermeidung von nächtlichem Lärm und Licht. Es fand sich jedoch nur eine Verringerung der Schlafdauer tagsüber und der Länge der nächtlichen Unterbrechungen, aber nicht bei anderen Schlafparametern wie der Häufigkeit von Schlafunterbrechungen, Schlafeffizienz oder der Gesamtschlafdauer.

Schnelle et al. (1999) testeten in einer randomisierten kontrollierten Studie den Effekt der Reduktion von nächtlichem Lärm und nächtlichem Licht. Dabei konnten durch eine edukative Intervention bei den Pflegekräften nächtlicher Lärm und nächtliches Licht reduziert werden. Bei den Teilnehmern der Interventionsgruppe ergab sich jedoch nur eine verringerte Anzahl des Aufwachens durch Licht und Lärm im Vergleich zur Kontrollgruppe, weitere Schlafparameter unterschieden sich nicht.

Naylor et al. (2000) testeten in einer kontrollierten, aber nicht randomisierten Studie mit 23 Teilnehmern die Wirkung strukturierter körperlicher und sozialer Aktivität tagsüber. Sie fanden in der Interventionsgruppe jedoch nur eine Verbesserung der Slow-Wave-Schlafphasen im Vergleich zur Kontrollgruppe. O'Rourke et al. (2001) testeten in einer nicht-randomisierten quasi-experimentellen Studie die Wirkung einer veränderten weniger häufigen nächtlichen Pflege, dabei konnte die Gesamtschlafdauer und das größte unterbrechungsfreie Schlafintervall vergrößert werden. Chen et al. (1999) fanden bei einer randomisierten kontrollierten einfach verblindeten Studie mit Bewohnern von betreutem Wohnen in Taiwan einen positiven Effekt von Akupunktur auf PSQI-Werte im Vergleich zu Pseudo-Akupunktur und einer Kontrollgruppe ohne Akupunktur.

Insgesamt zeigen sich also keine oder nur geringe Effekte in Studien mit nicht-medikamentösen Interventionen bei Pflegeheimbewohnern, wobei die Studien, die Effekte zeigten, meist deutliche methodische Mängel aufweisen.

1.4.5 Notwendigkeit der Erforschung der Perspektive von Pflegeheimbewohnern

Viele dieser Interventionen beruhen auf den schon erwähnten Studien, die fragmentierten Schlaf von Pflegeheimbewohnern nachgewiesen haben. Es ist jedoch offen, ob fragmentierter Schlaf von Pflegeheimbewohnern überhaupt als belastend erlebt wird. So wird in asiatischen Ländern ein polyphasischer Schlaf (also fragmentierter Schlaf mit Nickerchen

tagsüber) als normal erachtet (Steger & Brunt (2003) zitiert nach Williams (2008)). Die Interventionen wurden andererseits deduktiv aus den Annahmen der die Intervention planenden Forscher entwickelt. Die Perspektiven und Bedürfnisse von Pflegeheimbewohnern flossen nicht in das Design dieser Interventionen ein.

Zur Frage, welche Faktoren von Pflegeheimbewohnern als ihren Schlaf störend erlebt werden, findet sich in der Literatur nur die quantitative Studie von Gentili et al. (1997): Sie erhoben bei kognitiv nicht eingeschränkten Pflegeheimbewohnern u.a. den Pittsburgh Sleep Quality Index in Interviewform und stellten ihnen in dem Artikel nicht weiter ausgeführte Fragen. Gentili et al. (1997) berichten, dass bei 71% der interviewten Pflegeheimbewohner nächtliches Wasserlassen den Schlaf beeinträchtigt, bei 38% Lärm oder Licht und bei 33% Schmerzen. Ob diese Ergebnisse jedoch die Häufigkeiten der Antworten der interviewten Pflegeheimbewohner sind, wird in dem Artikel leider nicht beschrieben. Die Kenntnis der offen explorierten positiven und negativen Faktoren für guten Schlaf aus Sicht von Pflegeheimbewohnern würde die Möglichkeit bieten, die bisher getesteten Interventionen für besseren Schlaf im Pflegeheim an die Bedürfnisse von Pflegeheimbewohnern anzupassen. Darüber hinaus könnten sich aus der subjektiven Perspektive von Pflegeheimbewohnern ein Bedarf an Interventionen in Bereichen, die bisher nicht bedacht wurden, ergeben.

Die Perspektive der Patienten spielt auch für die ärztliche Behandlung des einzelnen Patienten eine wichtige Rolle. So konnten Davis et al. (2007) bei Bewohnerinnen betreuten Wohnens - einer Patientinnengruppe ähnlich Pflegeheimbewohnern - die Bedeutung überhöhter subjektiver Ansprüche an Schlaf aufgrund des Vergleichs mit besser schlafenden Mitbewohnerinnen betreuten Wohnens herausarbeiten. Ein solcher Befund bietet im individuellen Fall beispielsweise Möglichkeiten zu therapeutischen Interventionen.

Zur Perspektive anderer Bevölkerungs- und Patientengruppen auf Schlaf und Schlafstörungen gibt es wie in Abschnitt 1.3 vorgestellt mehrere Studien; zur Perspektive von Pflegeheimbewohnern zu Schlaf und Schlafstörungen finden sich in der Literatur bis auf Gentili et al. (1997) jedoch bisher kaum Publikationen. Da Pflegeheimbewohner aufgrund ihrer hohen Morbidität und funktionellen Einschränkung und aufgrund des Lebens und Schlafens in einer Institution eine spezielle Patientengruppe sind, ist es notwendig auch die Perspektive von Pflegeheimbewohnern zu Schlaf und Schlafstörungen explizit zu erforschen, da davon auszugehen ist, dass diese Perspektive sich in zentralen Punkten von den in Abschnitt 1.3 vorgestellten Perspektiven anderer Bevölkerungsgruppen unterscheidet.

1.5 Theoretischer Rahmen durch subjektive Konzepte und patientenorientierte Arzt-Patienten-Interaktion

1.5.1 Subjektive Konzepte

Die Erforschung der Betroffenenperspektive lässt sich mit unterschiedlichen Begriffen und Konstrukten beschreiben, wie z.B. subjektive Theorien, persönliche Konstrukte, subjektive Konzepte oder soziale Repräsentationen. Es gibt verschiedene theoretische

Rahmen zur Erforschung subjektiver Konzepte, von denen ich für diese Studie relevante Ansätze im Folgenden kurz skizzieren möchte.

In der Psychologie brachte Kelly (1955) die Perspektive von Laien mit dem Begriff der persönlichen Konstrukte ein. Er wollte der Forschung über Menschen als Objekte die Forschung mit Menschen als Subjekte entgegensetzen. Er entwickelte dafür die Repertory Grid Technik, welche sich jedoch stark an quantitativer Forschungsmethodik orientierte und sich nicht durchgesetzt hat.

Aufbauend auf Kellys Theorie entwarfen in den 70er- und 80er-Jahren unter anderem Groeben und Scheele (Groeben & Scheele, 1977; Groeben et al., 1988) das Forschungsprogramm Subjektive Theorien. Ihr Ziel war es in der behaviouristisch geprägten Psychologie als Gegenmodell die subjektiven Sichtweisen von Menschen zu erforschen. Sie stellten dem in dieser Zeit dominierenden behaviouristischen Menschenbild in der Psychologie ein humanistisches Menschenbild, eines sich individuell weiterentwickelnden Menschen gegenüber. Ihre Annahme dabei ist, dass jeder Mensch über die Gegenstände seiner Lebenswelt subjektive Theorien hat. Sie sahen diese subjektiven Theorien von Menschen als Theorien mit mindestens einer impliziten Argumentationsstruktur an und stellten damit die subjektiven Theorien den wissenschaftlichen Theorien als ebenbürtig gegenüber. Dieser Ansatz wurde auch zur Erforschung subjektiver Krankheitstheorien genutzt (vgl. Philipp, 1991). Ein wichtiger Aspekt bei dem Forschungsprogramm Subjektive Theorien ist es den Interviewten als Partner und dem Forscher gleichwertig anzusehen, und den subjektiven Theorien der Interviewten eine wichtige Bedeutung einzuräumen, die deutlich über den Vergleich der Laintheorien zu Professionellentheorien hinausgeht. Diese beiden Aspekt möchte ich in meiner Studie aufgreifen. Die von Groeben et al. (1988) entwickelte Methodik zur Erhebung von subjektiven Theorien mittels zweier konsekutiver Interviews und dem Einsatz von Struktur-lege-Techniken hat sich eher nicht durchgesetzt. Zur Erforschung subjektiver Erfahrungswelten scheint die Struktur-lege-Technik mit ihren inhärenten einfachen Kausalbeziehungen weniger stimmig. Darüber hinaus ist die in ihrer Anwendung für die Interviewpartner sehr komplizierte Struktur-lege-Technik für ältere und eingeschränkte Patienten wie Pflegeheimbewohner vermutlich nicht geeignet.

In den USA veröffentlichten ungefähr zur gleichen Zeit Leventhal et al. (1980, 1998) ihr Konzept der „Illness Representations“. Ein zentraler Punkt ihrer Theorie ist es die subjektive Krankheitskonzepte von Patienten in fünf Kategorien einzuteilen: Symptome und Bezeichnung der Krankheit, Ursache der Krankheit, Verlauf der Krankheit, Folgen der Krankheit, Therapier- und Beeinflussbarkeit der Krankheit.

Das Konzept der Illness Representations mit diesen fünf Kategorien wurde viel rezipiert und in zahlreichen Studien eingesetzt. Die fünf Kategorien können beispielsweise hilfreich für die Entwicklung eines Interviewleitfadens sein. Jedoch schränkt die ausschließliche Festlegung subjektiver Krankheitskonzepte auf diese fünf Kategorien, die sich an einem medizinischen Krankheitskonzept orientieren, die Struktur der zu erforschenden subjektiven Krankheitskonzepte von Laien zu stark ein; so kommen beispielsweise emotionale Bewertungen in dem Modell von Leventhal kaum vor.

Stärker auf die gesellschaftliche Bedingtheit von solchen subjektiven Konzepten fokussiert die Theorie der Sozialen Repräsentationen (Flick, 1995). Dabei ist die Grundan-

nahme, dass es gesellschaftliche Bilder beispielsweise von Krankheit gibt, die die subjektiven individuellen Konzepte stark beeinflussen. Der theoretische Rahmen der sozialen Repräsentationen bildete die Grundlage zu verschiedenen Studien subjektiver Sichtweisen im Gesundheitsbereich (z.B. Flick, 1998; Walter et al., 2006). Die Stärke des theoretischen Rahmens der sozialen Repräsentationen ist eine gut entwickelte, stimmige qualitative Methodik mit dem Erhebungsinstrument episodisches Interview und dem Auswertungsverfahren thematisches Kodieren. Jedoch ist die Perspektive der sozialen Repräsentationen stark soziologisch motiviert und nicht auf medizinische Fragestellungen ausgerichtet. Daher möchte ich diese Perspektive im Folgenden um Aspekte der Arzt-Patienten-Interaktion ergänzen.

Patientenorientierte Arzt-Patienten-Interaktion

Ein für die allgemeinmedizinische Versorgung zentrales Modell der Arzt-Patienten-Interaktion ist die Patientenzentrierte Klinische Methode (Levenstein et al., 1986). Ziel der Patientenzentrierten Methode ist es Anamnese, Untersuchung und Diagnostik mit dem Ziel der Differentialdiagnose um die Sichtweise und Ansprüche der Patienten zu ergänzen. Die Aufgabe des Arztes ist es dabei, die Sichtweise der Patienten zu verstehen und das ärztliche Fachwissen über Krankheit und Differentialdiagnose mit der Sichtweise der Patienten zu integrieren. Ziel ist eine individualisierte Behandlung der Patienten, wie Levenstein et al. (1986, S.25) es als ein Merkmal hausärztlicher Versorgung formulieren:

Management in family practice is tailored to individual needs.

Hantho et al. (2002) entwickelten das Modell der Patientenzentrierten Klinischen Methode weiter. Sie definieren als Ziel der Arzt-Patienten-Interaktion ein gemeinsames Verständnis („mutual understanding“) von Arzt und Patient und beziehen die Rahmenbedingungen der Konsultation und die Perspektive der Ärzte in ihr Modell mit ein. Suchman (2006) erweiterte das Modell der Arzt-Patienten-Interaktion um systemtheoretische und konstruktivistische Aspekte; demnach konstruieren Arzt und Patient im Laufe des Gesprächs, in ihrer Interaktion, eine gemeinsame Wirklichkeit.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass in den aktuellen allgemeinmedizinischen Konzepten zu ärztlichem Handeln und Arzt-Patienten-Interaktion die Patientenperspektive eine zentrale Rolle einnimmt.

Arzt-Patienten-Interaktion und Betroffenenperspektive

Diese Modelle der Arzt-Patienten-Interaktion lassen sich mit den theoretischen Ansätzen zu subjektiven Konzepten zusammenbringen: Sowohl Ärzte als auch Patienten haben ihre eigenen subjektiven Konzepte, beispielsweise zu Schlaf und Schlafstörungen. Die subjektiven Konzepte von Arzt und Patient sind in der spezifischen Sozialisation des Einzelnen gesellschaftlich mitgeprägt. Diese subjektiven Konzepte beeinflussen die Arzt-Patienten-Interaktion einerseits dadurch, wie sich die beteiligten Akteure - Arzt und Patient - äußern, und andererseits dadurch, wie die Akteure die Äußerungen des anderen Akteurs verstehen.

Im Gespräch kann der Arzt die subjektiven Konzepte des Patienten explorieren, er lernt also die subjektiven Konzepte des Patienten kennen. Daraufhin kann er sich im Gespräch auf die subjektiven Konzepte des Patienten einstellen. Er kann auf die Konzepte des Patienten empathisch eingehen und im Gespräch eine gemeinsame Wirklichkeit („shared reality“) mit dem Patienten konstruieren, um damit ein gemeinsames Verständnis („mutual understanding“) im Sinne von Hantho et al. (2002) zu erreichen.

Die Kenntnis häufiger Muster und Typologien solcher subjektiven Konzepte kann Ärzten helfen, leichter und schneller die subjektiven Konzepte ihrer Patienten zu explorieren und in der Konsultation auf diese subjektiven Konzepte einzugehen.

1.6 Fragestellung der Studie

Es ist also notwendig, die subjektiven Konzepte von Pflegeheimbewohnern zu Schlaf und Schlafstörungen zu erforschen, um dadurch einerseits die Arzt-Patienten-Interaktion zwischen Hausärzten und Pflegeheimbewohnern zu verbessern und andererseits Interventionen zur Verbesserung des Schlafs im Pflegeheim an die Bedürfnisse der Pflegeheimbewohner anzupassen und möglicherweise Bedarf für neue Interventionen aus den Bedürfnissen der Pflegeheimbewohner abzuleiten.

Daher war es das Ziel dieser Studie die Sichtweisen, also die Konzepte und Erfahrungen, von Pflegeheimbewohnern zu Schlaf und Schlafstörungen zu explorieren. Dabei sollten insbesondere die Fragen beantwortet werden, was für Pflegeheimbewohner guter Schlaf ist, was ihrem Schlaf hilft und was ihren Schlaf stört.

2 Methodik

2.1 Design der Studie

Zur Exploration der subjektiven Konzepte von Pflegeheimbewohnern zu Schlaf und Schlafstörungen habe ich mich für ein qualitatives Studiendesign entschieden. Zur Erforschung subjektiver Konzepte sind qualitative Methoden gut geeignet. So beschreibt Malterud (2001, S.398) den Nutzen qualitativer Forschung in der Medizin wie folgt:

Qualitative methods are useful for the study of human and social experience, communication, thoughts, expectations, meaning, attitudes, and processes [...]

Auch in der Forschungspraxis haben sich qualitative Methoden zur Exploration subjektiver Konzepte etabliert, wie die Studien von Flick et al. (2004), Walter et al. (2006) und Kreher et al. (2009) beispielhaft zeigen. Das Gebiet der subjektiven Perspektiven von Pflegeheimbewohnern ist bisher kaum erforscht, daher bieten qualitative Methoden die Möglichkeit, diese subjektiven Perspektiven ergebnisoffen zu explorieren.

| | |
|----------------------|---|
| Feldzugang | Gatekeeping |
| Sampling | Kriteriengeleitete Auswahl mit Hilfe von Gatekeepern |
| Angestrebte Fallzahl | 30 Pflegeheimbewohner in 5 Pflegeheimen |
| Erhebungsinstrumente | Episodisches Interview & altersadaptiertes Schlaftagebuch |
| Auswertung | Thematisches Kodieren |

Tabelle 2.1: Überblick über das Forschungsdesign

Einen Überblick über das Design dieser Studie gibt Tabelle 2.1. In den folgenden Abschnitten gehe ich auf verschiedene Aspekte des Studiendesigns genauer ein. Im Abschnitt 2.3 stelle ich Feldzugang und Sampling im Detail vor. Die Erhebungsmethoden episodisches Interview und altersadaptiertes Schlaftagebuch lege ich im Abschnitt Erhebungsinstrumente (2.4) dar. Die Auswertungsmethodik stelle ich in Abschnitt 2.5 im Detail vor.

2.2 Institutionelle Einbindung der Studie

Die Studie wurde durchgeführt am Graduiertenkolleg „Multimorbidität im Alter“ an der Charité - Universitätsmedizin Berlin und ist assoziiert mit dem Forschungsprojekt „IN-SOMNIA“ an der Alice Salomon Hochschule Berlin im BMBF-geförderten Forschungsverbund „ama“ (Autonomie trotz Multimorbidität im Alter).

2.3 Sampling und Feldzugang

Pflegeheimbewohner sind eine besonders vulnerable Gruppe von Menschen; häufig sind sie in ihrer körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit eingeschränkt. Pflegeheimbewohner leben in dem speziellen Setting Heim und sind daher in ihrer Selbstständigkeit beschränkt. Aufgrund dieser Vulnerabilität ist es bei Forschung mit Pflegeheimbewohnern und über Pflegeheimbewohner wichtig sensibel vorzugehen. Dabei gestaltet sich der Feldzugang zu Pflegeheimbewohnern als besonders schwierig. Sie können nicht wie im häuslichen Umfeld lebende ältere Einwohner direkt angesprochen werden, stattdessen bedarf es eines Zwischenschrittes, der Mithilfe des Pflegeheimes, um die Bewohner anzusprechen.

In der Ethnographie gibt es eine umfangreiche Literatur zu methodischen Fragen des Feldzuganges (z.B. Bruni, 2006; Schwartzman, 1993; Hammersley & Atkinson, 1995; Cassell, 1988; O'Reilly, 2009). Dabei unterschieden die Autoren zwischen dem Zugang zu Feldern im öffentlichen Raum und dem Zugang zu Feldern in Institutionen. Insbesondere beim Zugang zu Institutionen spielen Gatekeeper aus der Institution eine wichtige Rolle. Gatekeeper sind die direkten Ansprechpartner für die Forschenden, sie sind Mittler zwischen Forscher und Institution und bahnen für den Forschenden den Kontakt zu Mitgliedern der Institution an. Für den Zugang zu Gruppen vulnerabler Menschen stellte Liamputtong (2007, S.48–56) einen Überblick über Zugangswege in verschiedenen Studien zusammen; sie berücksichtigte jedoch keine Studie mit vulnerablen Personen, die in Institutionen wie beispielsweise Pflegeheimen leben. Für sensible Forschungsthemen beschreibt R. M. Lee (1993) die Notwendigkeit von Gatekeepern für den Zugang zu Institutionen und hebt die Bedeutung des Vertrauens zwischen Gatekeepern und Forschern hervor. Ihre Erfahrungen bei der Forschung mit Pflegeheimbewohnern beschreiben Higgins (1998) und Kayser-Jones (2003) und nehmen dabei auch auf ihre Zugangswege Bezug.

Auch wenn Pflegeheimbewohner diesbezüglich rechtlich selbstbestimmt sind, ist ein Zugang zu Pflegeheimbewohnern ohne die Erlaubnis des Heimes praktisch kaum denkbar. Darüber hinaus verfügen die Pflegekräfte über gute Kenntnisse von den einzelnen Bewohnern, die beim Sampling gezielt genutzt werden können. Daher entschied ich mich zu einem Zugang über leitende Pflegekräfte als Gatekeeper. Gatekeeper können prinzipiell verschiedene Mitarbeiter der Leitungsebene in Pflegeheimen sein, welche den Kontakt zu den Pflegeheimbewohnern direkt oder indirekt herstellen. Der Zugang zu diesen Gatekeepern erfolgte über schon vorhandene Kontakte von verschiedenen Kollegen. Dabei versuchte ich unterschiedliche Pflegeheime hinsichtlich ihrer Lage, Größe und Trägerschaft anzusprechen. Ungefähr die Hälfte der angefragten Heime waren zu einer Mitarbeit bereit; fünf Heime wirkten letztlich an der Studie mit. In den interessierten Pflegeheimen stellte ich das Projekt persönlich vor und vereinbarte die konkrete Vorgehensweise in jedem Pflegeheim individuell. Die Ansprechpartner vor Ort waren dabei Pflegedienstleitungen und Wohnbereichsleitungen. Mit diesen Ansprechpartnern besprach ich die Einschlusskriterien und meine Samplingkriterien (s.u.). Die Auswahl der Pflegeheimbewohner aufgrund dieser Kriterien und die erste Kontaktaufnahme erfolgte dann mit Hilfe der Pflegekräfte. Stimmtten die Bewohner prinzipiell zu,

erhielten sie ausführliches Informationsmaterial. Die Interviews erfolgten erst nach einer darüberhinausgehenden mündlichen Aufklärung durch mich, und wenn die Bewohner die Einverständniserklärung unterschrieben. Die Studie wurde von der Ethikkommission der Charité-Universitätsmedizin Berlin in der Sitzung vom 18.12.2008 genehmigt.

Einschlusskriterien für die Studie waren ein Mindestalter von 64 Jahren und Orientierung zu Ort und Person. Das zusätzliche Einschlusskriterium „mindestens schon ein halbes Jahr im Pflegeheim wohnend“ wurde im Lauf der Studie durch die Einschätzung der Pflegekräfte, dass der Bewohner sich im Pflegeheim eingelebt hat, ersetzt. Die Auswahl der Bewohner erfolgte durch die Pflegedienstleitungen bzw. Wohnbereichsleitungen. Aus der Literatur leitete ich die Dimensionen Geschlecht und subjektive Bewertung des eigenen Schlafes als für das gezielte Sampling relevante Dimensionen ab. Das Ziel des Samplings war sowohl Frauen/Männer als auch gut/schlecht schlafende Bewohner in das Sample möglichst gleichmäßig aufzunehmen (vgl. Abbildung 2.1). Dabei definierte ich gut/schlecht schlafend als subjektive Bewertung der Bewohner. Im Laufe der Interviews erwies sich diese Einteilung in gut/schlecht schlafend im Sinne eines dichotomen Merkmals als nicht konsistent. Eine Klassifikation der Interviewpartner in gut/schlecht schlafend wurde daher im weiteren Verlauf der Studie nicht mehr verwendet.

Ich besprach vorab mit den Pflegekräften das Ziel des Samplings, um mit ihrer Hilfe entsprechend die Teilnehmer auswählen zu können. Die angestrebte Zahl der Interviewteilnehmer legte ich auf dreißig fest. Dreißig Interviewpartner sollten zu einer großen Bandbreite an Aussagen führen und gleichzeitig eine tieferegehende Analyse des Materials zulassen. Auf diese Art und Weise wurden in fünf verschiedenen Heimen jeweils sechs Bewohner für die Teilnahme rekrutiert.

| | | Subjektive Bewertung des eigenen Schlafs | |
|------------|------|---|----------|
| | | gut | schlecht |
| Geschlecht | Frau | Innerhalb der vier Felder Sampling über Gatekeeping | |
| | Mann | | |

Abbildung 2.1: Dimensionen des zielgerichteten Samplings

2.4 Erhebungsinstrumente

Als Erhebungsmethode für die Exploration der subjektiven Sichtweisen von Pflegeheimbewohnern verwendete ich das episodische Interview und ein altersadaptiertes Schlaftagebuch. Außerdem wurden für jeden Interviewpartner Diagnosen und Medikation aus der Pflegedokumentation in einer Case Report Form¹ dokumentiert.

2.4.1 Das episodische Interview

Zur Erhebung subjektiver Konzepte mittels qualitativer Methoden wurden in vielen Studien qualitative Interviews eingesetzt, da qualitative Interviews einen Zugang zu den Kognitionen und der subjektiven Erlebniswelt von Individuen ermöglichen.

Das Merkmal qualitativer Interviews ist eine geringe Vorstrukturierung des Interviews, welche den Interviewpartnern Raum zur eigenen Schwerpunktsetzung lässt. Es gibt verschiedene Formen qualitativer Interviews. Speziell zur Erhebung subjektiver Konzepte entwickelte Flick (1996, 2007) das episodische Interview. Das episodische Interview kombiniert Aspekte des narrativen Interviews (Schütze, 1983) mit Aspekten des leitfadengestützten Interviews. Daher werden im episodischen Interview Fragen, die Narrationen - das heißt Erzählungen - generieren sollen, kombiniert mit konkreten Fragen, die auf argumentativ-theoretische Antworten abzielen. Ziel des episodischen Interviews ist es dabei sowohl episodisches Wissen als auch semantisches Wissen zu explorieren. Die Begriffe episodisches und semantisches Wissen stammen aus den Neurowissenschaften und der kognitiven Psychologie (vgl. Nyberg et al., 1998): Episodisches Wissen sind an Erlebnisse und Erzählungen gebundene Wissensbestände, während semantisches Wissen abstrakte Wissensbestände sind; beide Arten von Wissen sind dabei eng miteinander verknüpft. Für das episodische Interview bedeutet dies praktisch, dass sowohl direkte Fragen gestellt werden, als auch immer wieder die Interviewpartner durch Erzählaufforderungen gebeten werden, Situationen aus ihrer Erinnerung zu erzählen.

Die abzudeckenden Themenbereiche und beispielhaften Erzählaufforderungen sind in einem Interviewleitfaden festgehalten. Dieser Interviewleitfaden diente mir dabei als Gedächtnisstütze und nicht als in dieser Reihenfolge abzuarbeitender Fragenkatalog. Mein Ziel war es, in den Interviews mit den Interviewpartnern in ein Gespräch zu kommen, im Laufe dessen die einzelnen Teile des Leitfadens angesprochen wurden. Der Interviewleitfaden ist in Abbildung 2.2 dargestellt.

2.4.2 Schlaftagebücher

Ein wichtiger Ansatz zur Sicherung einer hohen Qualität qualitativer Forschung ist die Triangulation (Flick, 2007). Triangulation bedeutet eine Erhöhung der Perspektivität; sie kann auf verschiedenen Ebenen durchgeführt werden (Flick, 2008). So ist beispielsweise die Verwendung narrativer und abstrakter Fragentypen im episodischen Interview eine within-method-Triangulation, also eine Erhöhung der Perspektivität innerhalb einer Methode durch Verwendung unterschiedlicher methodischer Ansatzpunkte.

¹standardisierte Falldokumentation

| |
|--|
| <p>Einleitung Ich möchte mich heute mit Ihnen über Schlaf im Pflegeheim unterhalten. Ich werde Sie immer wieder bitten mir Situationen aus ihrem Leben hier im Pflegeheim zu erzählen, welche mit Schlaf zu tun haben.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wie würden Sie Ihren Schlaf insgesamt bezeichnen? (bei Möglichkeit nachfragen, zu entsprechenden Abschnitten des Leitfadens überleiten) <p>Guter Schlaf</p> <ul style="list-style-type: none"> • Können Sie mir eine Situation erzählen, als Sie so richtig gut geschlafen haben? <ul style="list-style-type: none"> – (wenn diese Situation nicht im Pflegeheim war) Und hier im Pflegeheim, gibt es da auch eine Situation, als Sie so richtig gut geschlafen haben? – Ist das hier im Pflegeheim mit dem Schlafen anders als früher zu Hause? – (falls ja) Können Sie mir eine Situation erzählen, um diesen Unterschied zu verdeutlichen? • Was ist guter Schlaf für Sie? / Was gehört für Sie zu gutem Schlaf? <ul style="list-style-type: none"> – (evtl.) Können Sie mir eine Situation erzählen, um das zu verdeutlichen? <p>Schlechter/Gestörter Schlaf</p> <ul style="list-style-type: none"> • Können Sie mir eine Situation erzählen, als Sie so richtig schlecht geschlafen haben? <ul style="list-style-type: none"> – (wenn diese Situation nicht im Pflegeheim war) Und hier im Pflegeheim, gibt es da auch eine Situation, als Sie so richtig schlecht geschlafen haben? • Was ist für Sie schlechter Schlaf? / Wann sagen Sie morgens, „heute habe ich schlecht geschlafen“? • Gibt es Dinge, die Sie beim Schlafen stören, am Schlafen hindern? <ul style="list-style-type: none"> – (falls keine heimspezifischen Dinge genannt werden) Und gibt es hier im Heim Dinge, die Sie beim Schlafen stören, am Schlafen hindern? – Können Sie mir eine entsprechende Situation erzählen, um das zu verdeutlichen? • Wenn Sie schlecht geschlafen haben, hat das für Sie am Tag darauf irgendwelche Folgen? <ul style="list-style-type: none"> – Können Sie mir eine Situation erzählen als das so war? <p>Veränderungsmöglichkeiten/Interventionen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gestern Abend vor dem Einschlafen, können Sie mir erzählen, was sie da so gemacht haben? • Als Sie zuletzt nicht einschlafen konnten, können Sie mir erzählen, was Sie in dieser Situation getan haben? • Als Sie zuletzt nachts aufwachen und nicht wieder einschlafen konnten, können Sie mir erzählen, was Sie in dieser Situation getan haben? • Als Sie zuletzt früh morgens aufwachen und wachlagen, können Sie mir erzählen, was Sie in dieser Situation getan haben? • Was können Sie Ihrer Meinung nach selbst tun, wenn Sie Schlafprobleme haben? • Und was können die anderen - also z.B. Pflegekräfte oder Ärzte - gegen Schlafprobleme tun? • Könnte man hier im Heim etwas verändern, um Ihren Schlaf zu verbessern? <p>Abschluss</p> <ul style="list-style-type: none"> • Was denken Sie, wäre noch wichtig zum Thema Schlaf im Pflegeheim, was wir noch nicht besprochen haben? • Wie hat Ihnen das Interview gefallen? • (evtl.) Sind Sie mit dieser Art zu fragen und antworten zu Recht gekommen? <p>Vielen Dank für das Gespräch. Ich gebe Ihnen nun noch ein sogenanntes Schlaftagebuch.</p> |
|--|

Abbildung 2.2: Interviewleitfaden

Eine weitere Variante der Triangulation ist die between-method-Triangulation. Dabei werden verschiedene sich ergänzende Methoden eingesetzt um die Perspektivität zu erhöhen. In dieser Studie habe ich als between-method-Triangulation zusätzlich zu dem episodischen Interview als Erhebungsinstrument ein Schlaftagebuch eingesetzt. Jeder Interviewteilnehmer erhielt am Ende des Interviews ein Schlaftagebuch für die Dauer einer Woche mit der Bitte dieses auszufüllen und mit dem beigelegten frankierten Briefumschlag zurückzusenden. Das Schlaftagebuch war dabei eine Adaptation der Schlaftagebücher der Deutschen Gesellschaft für Schlafmedizin² und der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin³. Die auf den Internetseiten dieser beiden Fachgesellschaften zugänglichen Schlaftagebücher sind jedoch nicht altersadaptiert, d.h. beispielsweise sind die Schriftgrößen für ältere Patienten zu klein. Daher habe ich die Gestaltung der Schlaf-

²<http://www.charite.de/dgsm/dgsm/downloads/fachinformationen/frageboegen/2wochen.pdf>,
Letzter Abruf 01.02.2011

³<http://www.omikronverlag.de/catalog/3002/schlaftagebuch.pdf>, Letzter Abruf 01.02.2011

tagebücher für diese Studie altersgerecht angepasst. Abbildung 2.3 und 2.4 zeigen je ein Blatt aus dem Schlaftagebuch, welches im Original jeweils die Größe DIN A4 hat. Die Schlaftagebücher sollten nicht quantitativ ausgewertet werden, sondern rein fallbezogen in die qualitative Analyse miteinfließen.

Wieviel Uhr ist es jetzt? : Uhr

Wie ist Ihre Stimmung? sehr gut sehr schlecht

Wie müde sind Sie? sehr müde sehr wach

Haben Sie heute tagsüber geschlafen? ja nein

↓

Wie häufig?

↓

Wie lange insgesamt?

Haben Sie in den letzten vier Stunden geraucht? ja nein

↓

Wie viel?

Haben Sie in den letzten vier Stunden Kaffee oder Cola getrunken? ja nein

↓

Wie viel?

Haben Sie in den letzten vier Stunden Alkohol getrunken? ja nein

↓

Wie viel?

Abbildung 2.3: Abendblatt des altersadaptierten Schlaftagebuches

2.4.3 Case Report Form

Für jeden Interviewteilnehmer wurde eine Case Report Form angelegt. Der Begriff Case Report Form stammt aus der klinischen Forschung und bezeichnet eine standardisierte pseudonymisierte Falldokumentation. In der Case Report Form wurden das Geschlecht, das Geburtsjahr, die Diagnosen und Medikamente aus der Pflegedokumentation, die Einschlusskriterien und formelle Angaben zur Datenerhebung, wie beispielsweise der Interviewzeitpunkt, festgehalten.

2.5 Auswertung

Für die qualitative Auswertung von Interviewmaterial gibt es verschiedene Ansätze (vgl. Gibbs, 2007). Ein in der qualitativen Sozialforschung weit verbreiteter und rezipierter

Wie gut haben Sie geschlafen? sehr gut sehr schlecht

Wie erholt fühlen Sie sich? sehr erholt nicht erholt

Wie lange schätzen Sie hat es gestern Abend gedauert, bis Sie eingeschlafen sind?

Wann sind Sie heute morgen aufgewacht? : Uhr

Wann sind Sie heute morgen aufgestanden? : Uhr

Was hat Ihren Schlaf letzte Nacht gestört?

Was haben Sie letzte Nacht getan um besser zu schlafen?

Abbildung 2.4: Morgenblatt des altersadaptierten Schlaftagebuches

Ansatz ist die Grounded Theory (Glaser & Strauss, 1998). Die Grundidee der Grounded Theory ist es, dass aus den Daten in einem schrittweisen Prozess eine Theorie entwickelt wird, die Theorie soll in den Daten begründet („grounded“) sein. Im Zentrum des Analyseprozesses steht dabei das theoretische Kodieren, bei dem Textsegmenten Codes zugewiesen werden, wobei diese Codes erst im Laufe des Auswertungsprozesses von den Forschern anhand der Daten entwickelt werden. Dabei erfolgen Datenerhebung und Datenauswertung Schritt für Schritt gemeinsam, also parallel.

Angelehnt an das theoretische Kodieren entwickelte Flick (2009) das thematische Kodieren. Ein wesentlicher Unterschied des thematischen Kodierens zum theoretischen Kodieren ist eine Beachtung der individuellen Fälle. Während beim theoretischen Kodieren die einzelnen Fälle im Gesamtmaterial aufgelöst werden, bleibt beim thematischen Kodieren der Fallbezug im Material vorhanden. Dieser Fallbezug wird über das Verfassen einer Fallbeschreibung für jeden Fall sichergestellt. Dadurch ergibt sich die Möglichkeit zu bestimmten inhaltlichen Aspekten Typologien auf Fallebene zu erstellen. Ich entschied mich meine Daten mittels thematischem Kodieren auszuwerten, da es eine praktikable Adaptation der Grundprinzipien der Grounded Theory ist und es durch die Beachtung der individuellen Fälle gut dem Fallverständnis in der Allgemeinmedizin entspricht.

Abbildung 2.5 gibt einen Überblick über den Auswertungsprozess dieser Studie. Die

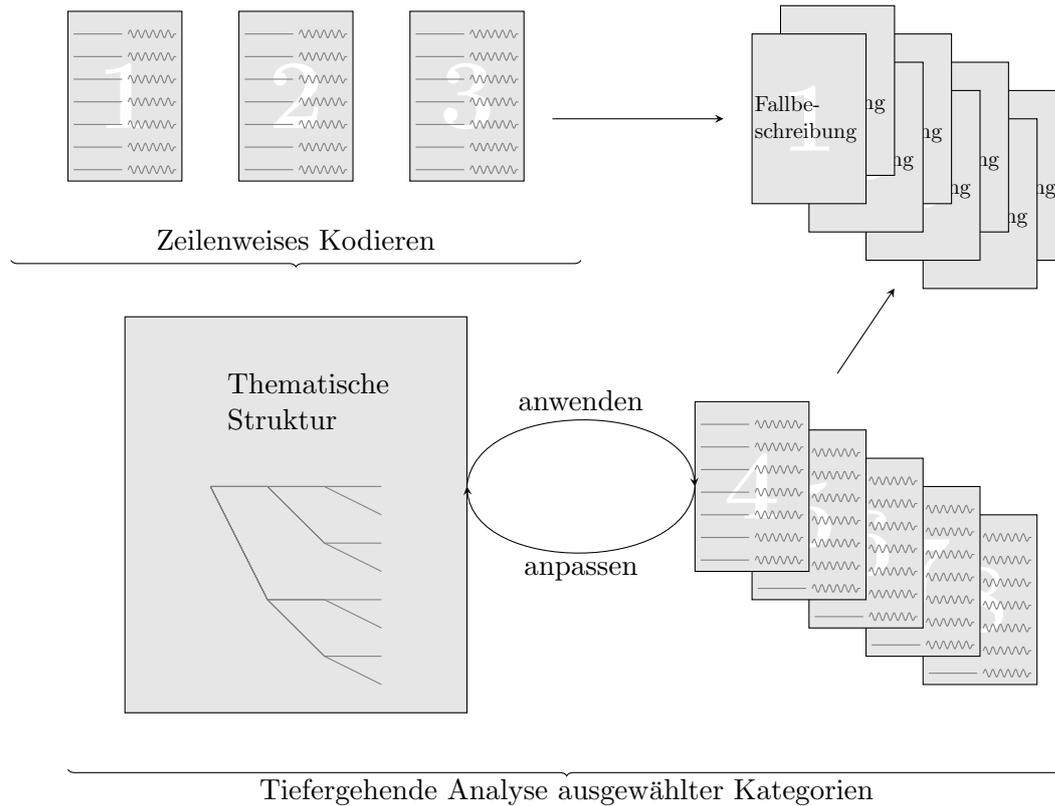


Abbildung 2.5: Schema des Auswertungsprozesses

Interviews wurden von mir vollständig Wort für Wort transkribiert, und eine erste Fallbeschreibung für jedes Interview verfasst. Zuerst wählte ich unter Kenntnis aller Interviews mit Hilfe der Fallbeschreibungen drei Interviews nach dem Prinzip der maximalen Fallkontrastierung aus (Kelle & Kluge, 2010). Maximale Fallkontrastierung bedeutet, dass ich drei Fälle auswählte, welche sehr unterschiedlich waren, also einen größtmöglichen Kontrast zueinander boten. Diese drei Interviews wurden zeilenweise kodiert (Charmaz, 2006). Das heißt, ich wies jeder Zeile aus dem Interview ad hoc einen Code zu. Diese Codes waren vorab nicht festgelegt oder definiert worden. Aus den zeilenweisen Codes dieser drei Interviews entwickelte ich dann eine thematische Struktur und diskutierte und revidierte diese in Sitzungen mit nicht an der Studie beteiligten Wissenschaftlern. Eine thematische Struktur ist ein Kategoriensystem, in welchem jeder Code einer Kategorie zugeordnet werden kann. Im Anschluss wurden alle Interviews mit Hilfe dieser thematischen Struktur kodiert, wobei die thematische Struktur sukzessive angepasst wurde, das heißt Kategorien der thematischen Struktur wurden im Laufe des Kodierens verändert, die Kategorien neu geordnet oder neue Kategorien hinzugefügt. Abbildung 2.6 stellt die thematische Struktur am Ende des Kodiervorganges dar. Darüber hinaus entwickelte ich parallel zum Kodiervorgang für jeden Interviewpartner aufbauend auf Interview und

Schlaftagebuch die Fallbeschreibung weiter.

Im weiteren Verlauf der Auswertung wählte ich einzelne inhaltliche Aspekte mit den entsprechenden Kategorien aus und stellte die Codes mit den dazugehörigen Textsegmenten für eine tiefergehende Analyse zusammen. Innerhalb eines solchen Bereiches, wie beispielsweise „Ressourcen für guten Schlaf“, strukturierte ich alle Textsegmente und führte diese teilweise wieder auf die einzelnen Personen zurück, um daraus Typologien von Bewohnern hinsichtlich spezieller Aspekte entwickeln zu können (Kelle & Kluge, 2010).

Ich möchte die Entwicklung einer Typologie am Beispiel der Typologie von Pflegeheimbewohnern hinsichtlich der von ihnen wahrgenommenen psychischen Barrieren für guten Schlaf (vgl. Abschnitt 3.6) kurz erläutern: In einem ersten Schritt stellte ich mir alle Codes, die psychische Barrieren für guten Schlaf betrafen, und die dazugehörigen Textsegmente zusammen. Dann gliederte ich diese Codes und Textsegmente in sieben verschiedene Bereiche (vgl. Tabelle 3.4). In einem zweiten Schritt hielt ich nun fest welche der befragten Pflegeheimbewohner welche dieser psychischen Barrieren erwähnten und stellte dies in einer Kreuztabelle dar. Daraufhin sortierte ich diese Tabelle um und konnte drei verschiedene Typen unterscheiden und einige Pflegeheimbewohner, die sich nicht einem der drei Typen zuordnen ließen. In einem nächsten Schritt analysierte ich die drei Typen mit den dazugehörigen Pflegeheimbewohnern und Textsegmenten genauer, was diese Typen auszeichnet, wie sie sich beschreiben lassen und wie man diese Typen interpretieren kann. In einem zweiten Durchgang bewertete ich alle zuerst nicht zuzuordnenden Pflegeheimbewohner anhand ihrer Fallbeschreibungen und ihres Interviewtranskriptes erneut, ob sie einem der Typen zuzuordnen sind.

Bei der Darstellung der Ergebnisse sind alle Zitate aus dem Interviewmaterial mit der pseudonymisierten Nummer des Interviewpartners und den Zeilennummern des Transkriptes gekennzeichnet. Falls nicht anders gekennzeichnet sind alle Zitate Aussagen der Interviewpartner, ansonsten sind Aussagen des Interviewers mit I und der Bewohner mit B gekennzeichnet.

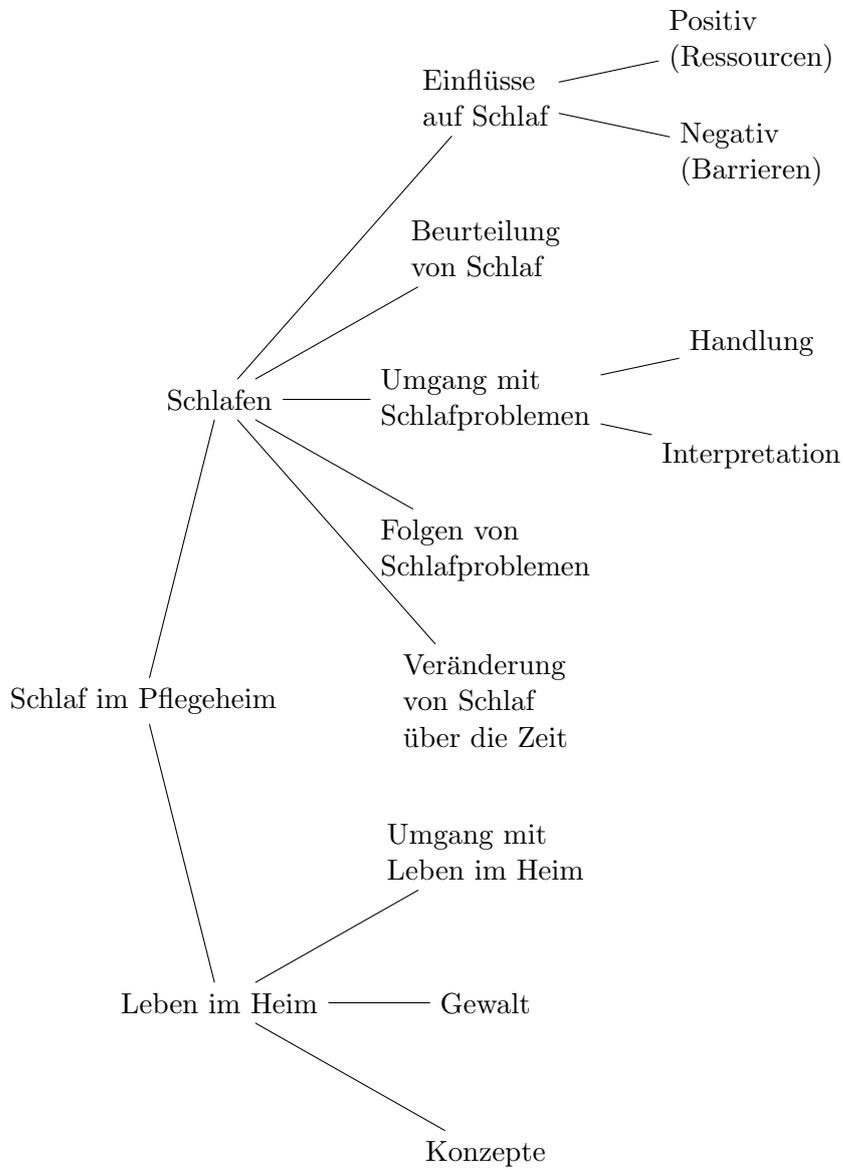


Abbildung 2.6: Thematische Struktur

3 Ergebnisse

Die Darstellung der Ergebnisse der Studie beginne ich mit einem kurzen Überblick über die Zusammensetzung des Samples und des Materials (Abschnitt 3.1). Zuerst stelle ich im Abschnitt 3.2 die Lebenswelt der interviewten Pflegeheimbewohner vor. Dann stelle ich in jeweils eigenen Abschnitten spezifische Aspekte der subjektiven Konzepte vor, nämlich Definitionen von und Ansprüche an guten Schlaf (Abschnitt 3.3), Ressourcen für guten Schlaf (Abschnitt 3.4), Barrieren für guten Schlaf (Abschnitt 3.5), eine Typologie von Pflegeheimbewohnern anhand der von ihnen gesehenen psychischen Barrieren für Schlaf (Abschnitt 3.6), Einstellungen zu Medikation bei Schlafproblemen (Abschnitt 3.7) und von Pflegeheimbewohnern angenommene Folgen von Schlafstörungen (Abschnitt 3.8).

3.1 Sample

Sample der Pflegeheime

An der Studie waren Pflegeheimbewohner aus fünf Pflegeheimen in Berlin beteiligt; drei dieser Pflegeheime liegen im ehemaligen Westteil der Stadt, zwei im ehemaligen Ostteil der Stadt. Die Pflegeheime gehören drei unterschiedlichen Dachverbänden an: Zwei Pflegeheime gehören dem „VPK Berlin-Brandenburg e.V.“ an, zwei Pflegeheime gehören dem „Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.“ an und ein Pflegeheim gehört dem Dachverband „Diakonisches Werk Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz e.V.“ an. Drei der Pflegeheime haben zwischen 50 und 100 Plätze, ein Pflegeheim hat zwischen 150 und 200 Plätzen und ein Pflegeheim über 200 Plätze.

Sample der Pflegeheimbewohner

Das Sample dieser Studie besteht aus insgesamt 30 Pflegeheimbewohnern aus fünf verschiedenen Pflegeheimen in Berlin. Das Sample setzt sich zusammen aus 20 Frauen und zehn Männern. Abbildung 3.1 gibt einen Überblick über die Verteilung der Geburtsjahre der befragten Bewohner. Die Interviewpartner hatten durchschnittlich 8,3 (SD=3,4) dokumentierte Diagnosen und erhielten durchschnittlich 7,8 (SD=3,2) unterschiedliche Medikamente regelmäßig.

3.2 Lebenswelt Pflegeheim

Den schlafbezogenen Ergebnissen meiner Studie in den nachfolgenden Abschnitten stelle ich in diesem Abschnitt Ergebnisse zur Lebenswelt der interviewten Pflegeheimbewohner voran. Schlaf und Schlafstörungen von Pflegeheimbewohnern sind Teil ihrer Lebenswelt

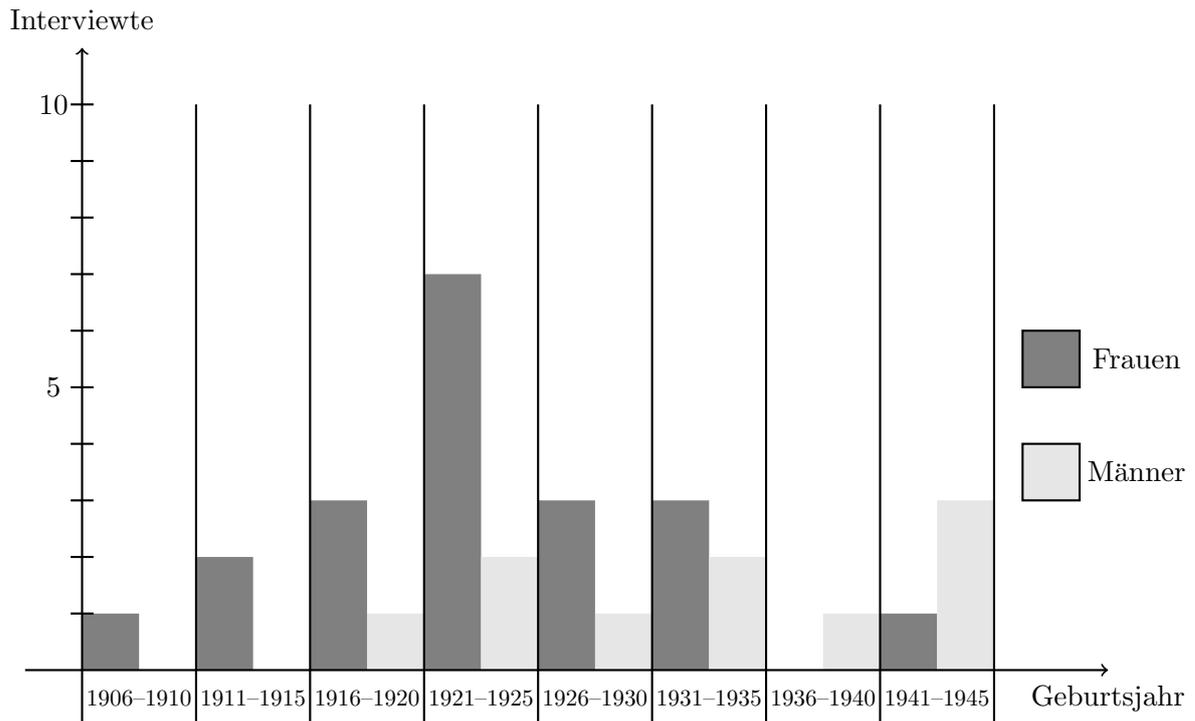


Abbildung 3.1: Geburtsjahr und Geschlecht der Interviewpartner

Pflegeheim, daher soll dieser Abschnitt einen allgemeinen Rahmen für die dann folgenden schlafspezifischen Abschnitte sein.

Für die meisten der interviewten Pflegeheimbewohner ist das Pflegeheim die letzte Station in ihrem Leben. Einige Pflegeheimbewohner artikulieren dies explizit:

Dann kam ich hierher. Und habe mich hier auch eingewöhnt, und habe mich eingelebt, nun werde ich hier mein Leben beschließen. Wie lange es geht ist mir egal, wenn die Zeit um ist, ist sie halt um. (27:55-57)

Dabei kann diese Wahrnehmung des Lebensendes annehmend geschehen wie bei dieser Bewohnerin, aber auch negativ bewertet werden, wie es eine andere Bewohnerin in folgender Aussage formuliert:

Ja, ja. Das Wissen, das ist der Schluss, und alles was man hatte, hat man verloren, existiert nicht mehr, ja. Das ist so absolut endgültig. Und diese Endgültigkeit ist nicht angenehm. Ja. (13:36-37)

Für drei der interviewten Pflegeheimbewohner ist das Pflegeheim nur ein Zwischenschritt zum körperlichen Aufbau, bis sie wieder nach Hause können:

Das ist ja das erste Mal in meinem Leben, dass ich so in einem Pflegeheim bin, ich hoffe ja auch, so bald wie möglich wieder rauszukommen. Ich bin auch auf dem, ganz gutem Weg wie es sich an, scheinbar aussieht. (25:264-266)

Die interviewten Pflegeheimbewohner haben sich meist nicht aus freien Stücken für ein Leben im Pflegeheim entschieden, sondern waren individuell durch ihre Umstände dazu gezwungen. Häufig geschah der Umzug ins Pflegeheim auf Antrieb der Verwandten hin:

Und bin auch meiner Familie dankbar, dass sie dies Haus für mich ausgesucht haben. Meine Schwiegertochter hat es für mich ausgesucht. Ich habe zu Haus auch eine schöne Wohnung, in einer Wohnanlage am [See], aber da saß ich halt alleine herum seit mein Mann tot war. Dann hat meine Familie gesagt, Oma du verkümmerst, du musst unter Menschen kommen. [I: Ja] Dann bin ich hierhergekommen. (27:6–12)

Im Pflegeheim zu wohnen ist für die meisten der interviewten Pflegeheimbewohner daher eher ein notwendiges Übel, wie eine Pflegeheimbewohnerin beispielhaft in der folgenden Aussage formuliert:

Also ich sage immer, Pflegeheim ist Scheiße, aber wenn es sein muss, muss es sein, und wenn dann hier. (19:134–135)

Der Umzug ins Pflegeheim war für die meisten interviewten Pflegeheimbewohner ein einschneidendes Erlebnis. Das Zurücklassen des langjährigen Lebensmittelpunktes schmerzt zahlreiche der interviewten Pflegeheimbewohner langfristig, wie folgende Aussage einer Bewohnerin zeigt:

Meine liebe Heimat, schweren Herzens, rausgerissen hat man mich, rausgerissen. Mein Sohn hat mich kurzerhand ins Auto geladen und hierher gefahren. Ich war sehr krank muss ich dazusagen, ich war sehr krank. Es stand auf der Kippe. [I: Ja] Die wussten nicht ob ich es nochmal überlebe, da haben sie mein Haus verkauft. Das habe ich auch noch alles zurücklassen müssen, ein Haus und ein Grundstück, da, das muss ich noch, daran denke ich wenn ich manchmal wach liege. [I: Ja] An meine Heimat, an mein Haus, an mein Grundstück, dass ich das alles verlassen musste und alles ist im Container gelandet, hier habe ich keinen, weiß nicht wo ich meine Schreibsachen hinlegen soll, da habe ich ein kleines Tischchen, gucken Sie wie es aussieht. Zu Hause habe ich einen schönen Schreibtisch gehabt und Bücherschränke, und das ist das, was mir noch schwer wehtut. [I: Ja] Dass ich das so alles verlassen musste und hinter. Na ein bisschen die Plüschtiere haben sie mir mitgebracht. Ja. Das ist mein großer Kummer, da werde ich immer traurig. (15:121–136)

Zum Verlassen des gewohnten Umfeldes kam hinzu, dass das Leben im Pflegeheim anders gestaltet ist als das Leben in der eigenen Wohnung. Daher mussten sich die Pflegeheimbewohner in die neue Umgebung erst eingewöhnen:

Ich habe es hier sehr gut, man muss sich aber toll toll erstmal einleben. (26:162–163)

Die interviewten Pflegeheimbewohner stehen außer mit Familienmitgliedern nur noch selten in Kontakt mit ihrer alten Lebensumgebung. Nur wenige der interviewten Pflegeheimbewohner haben noch Kontakt zu Freunden aus der Zeit vor ihrem Leben im Pflegeheim:

B: Die Geburtstage sind und man ist nicht dabei. [I: Ja] Ja, man hat nur telefoniert und man, man sieht dann so die Geburtstagsrunde und weiß der und der ist dabei, nicht? Und man selbst kann nicht dabei sein. [I: Ja] Ja.

I: Und finden Sie das dann auch traurig, also?

B: Nein, man ist ja nicht ausgeschlossen. Man ist ja nach wie vor in der Runde. Wir telefonieren ja trotzdem miteinander. (22:308–317)

Viele der interviewten Pflegeheimbewohner berichten sich alleine und einsam zu fühlen. Eine wichtige Rolle spielt dabei, dass sich viele der interviewten Pflegeheimbewohner selbst anders als ihre Mitbewohner im Pflegeheim empfinden:

I: Also Sie hatten jetzt ja gesagt, Sie passen nicht so, so richtig hier reinpassen tun sie nicht.

B: Das ist ja nun meine persönliche Angelegenheit, dass ich nicht zwischen die vielen alten kranken Menschen passe, nicht? Das ist, das war so, das ist wenn hier ein anderer Kranker oder so reinkommt, dann passt er da rein. Ich habe das nicht geahnt, dass das so ist, nicht? Dass ich nur umgeben bin und habe wirklich gedacht, ach, das ist eine Versammlung älterer Menschen irgendwie, so habe ich mir das vorgestellt, das ist meine Dummheit, ne? (12:5-11)

Aus Sicht vieler interviewten Pflegeheimbewohner unterscheiden sie sich von vielen anderen Pflegeheimbewohnern durch ihre geistige Fitness.

Weil ich eben im Verhältnis zu vielen anderen die hier sind, Gott sei Dank meinen Verstand behalten habe. Nicht? Ist so. (14:176–178)

Die dementen Mitbewohner werden dabei meist eher negativ wahrgenommen:

Weil ja viele Menschen schizophren oder wie sage ich hier, ich sage mal angeeiert sind, das ist mein Ausdruck, verstehen Sie? (28:91–93)

Mehrere der interviewten Pflegeheimbewohner berichten, dass sie ihre dementen und kranken Mitbewohner im Pflegeheim nur schwer ertragen können:

Ich, versuche mich mit ihnen zu unterhalten, bis zu einem gewissen Grade geht es auch, aber meist verstehen sie mich nicht und ich kann ihre Sprache oftmals nicht verstehen, nicht? Und sie, es machen sich ja Sprachfehler bemerkbar, nicht? Die stellen sich ein, bei Schlaganfallpatienten und sowas alles. [I: Ja] Und andere wieder leiden an dem Tatterigen, das ist genauso schlimm, sitzt mir so ein Fall genau gegenüber am Essen und will unbedingt mit Messer und Gabel und kann nicht, und dann haut auf dem Teller mit dem Messer. Schwer, nicht? Das alles zu erleben, nicht? Das wird unappetitlich,

sagen wir mal so, ja, das ist was ich hier inzwischen alles schon erlebt habe und darüber wegschaue, um, ich will niemanden vor den Kopf stoßen und versuche darüber hinwegzusehen, aber es ist schwer, maßlos schwer. (12:41–51)

Aufgrund dieser heterogenen Zusammensetzung der Pflegeheimbewohnerschaft haben viele der interviewten Pflegeheimbewohner das Gefühl, dass ihnen jemand zum Reden, um sich auszutauschen fehlt.

Ja, ja. Wenn man sich, sich wenigstens unterhalten könnte. Es ist kaum möglich, kaum, Brocken, bruchweise. Und dann kriegt man verkehrte Antworten oder es wird gar nicht aufgenommen was man sagt, und, es ist nicht möglich. Ja. Es ist einsam. Ja. Ja. (13:51–53)

Die Maßnahmen der Pflegeheime gegen Einsamkeit und Langeweile werden allerdings häufig als nicht adäquat, also zu simpel wahrgenommen und als unpassend erlebt:

Wenn man irgendwo zu einer Veranstaltung ist hier, ja. Ich will da nix vormachen, ich bin noch relativ jung. Ich meine sechsendsechzig und ich bin noch ein bißchen hier [zeigt auf seinen Kopf], ja, aber da sind ja auch viele, die schon wirklich weggedämmert sind, sie können ja nichts dafür, so. Aber da sind eben bestimmte Veranstaltungen, die durchgeführt werden auf diesem Niveau, ja. So. Ich hab das zwei- dreimal mitgemacht und da kommt eben eine, die das durchführt hier. so. [spricht betont langsam] wo - sind - wir - denn - jetzt - hier - wir - haben - uns - getroffen - und. So in die Dinge. (01:80–86)

Allerdings ist die Beurteilung der Veranstaltungen für Pflegeheimbewohner durch die interviewten Pflegeheimbewohner unterschiedlich. Es gibt es auch Pflegeheimbewohner, die das Programm schätzen:

B: Und immer ist irgendwas, um uns zu beschäftigen, das ist ja auch gut, dass man nicht stur im Zimmer sitzt und vor sich hinbrütet. Und hier sind wir also kann ich nur sagen gut betreut.

I: Mit was beschäftigen Sie sich hier so?

B: Ach, da werden Denkaufgaben gemacht, ja? Und manchmal auch für die Fingerfertigkeit irgendwelche Bastelarbeiten, wenn irgendwie was gebraucht wird auch. (27:115–120)

Ein sich in den Aussagen der interviewten Pflegeheimbewohner häufig widerspiegelndes Spannungsfeld besteht zwischen dem Wunsch nach Selbstständigkeit und den Einschränkungen durch eigene funktionelle Einschränkungen und durch die Organisation des Lebens im Heim. Dabei ist der Wunsch nach Selbstständigkeit unterschiedlich stark ausgeprägt. Der folgenden Pflegeheimbewohnerin ist Selbstständigkeit besonders wichtig:

I: Das ist ihnen sehr wichtig selbstständig zu sein?

B: Ja, ja, das ist die Hauptsache im Leben. Nicht? Das ist die Hauptsache, nicht? Das ist auch für einen alten Menschen das Wichtigste, dass er sein Leben selbst bestimmt und, wenn er dazu in der Lage ist (12:31–34)

Eine anderer der interviewten Pflegeheimbewohner bezieht die Rahmenbedingungen des Lebens im Pflegeheim mit ein und setzt daher seine Ansprüche an Selbstständigkeit und Selbstbestimmtheit niedriger an. Er erwähnt die zeitlichen Abläufe im Pflegeheim:

Das ist ja auch hier ein Pflegeheim. Wir können hier aufstehen, wann wir wollen, wir können auch ins Bett gehen, wann wir wollen, ja? Und das ist ja auch viel wert. (09:354-356)

Viele der interviewten Pflegeheimbewohner nehmen jedoch gerade bei den zeitlichen Abläufen eine Einschränkung ihrer Selbstständigkeit wahr:

Weil man ja hier im Hause doch an der Zeit gebunden ist, ja? (17:259-260)

Auch darüber hinaus nehmen viele der interviewten Pflegeheimbewohner ihre Selbstständigkeit und ihre Möglichkeiten im Pflegeheim als eingeschränkt wahr. So berichtet eine Pflegeheimbewohnerin von dem erstaunten Kommentar einer Bekannten:

Die hat mal gesagt, da bist Du ja doch eingeschränkt. Ich sagte, natürlich bin ich hier eingeschränkt. Habe keine Küche mehr, habe keinen Kühlschrank mehr. [I: Ja] Ich sage eben Heim ist Heim. (19:140-144)

Einige der interviewten Pflegeheimbewohner versuchen ihre Selbstständigkeit zu erhalten, indem sie möglichst viele Aufgaben selbst erledigen, statt sich durch das Pflegepersonal helfen zu lassen:

Das mach ich, ich mache alles selbstständig. Das einzige was ich, was ich nicht kann, ist natürlich mir der Rücken drehen, der Rücken und so weiter zum Waschen so, oder oder duschen duschen, das könnte ich zwar auch machen, aber da bräuchte ich hier so ein Ding, dann käm ich nicht so hin. Zum Beispiel. Man kann. Lappen. Das ist eigentlich. Alles andere kann ich selber machen, Gott sei Dank, Gott sei Dank. Bin das noch nicht, bin vollkommen in der Aktion unabhängig. Und ich habe auch keine Schwierigkeiten rauszukommen, also Schwierigkeiten habe ich schon ein bisschen beim Aufstehen hier, das ist klar. Das ist klar. Das ist, ich mein, ich muss das als Schwungbein nehmen um mit dem Oberkörper hochzukommen, das macht die falsche Seite, aber ansonsten, und ich kann mich alleine anziehen. Ich hab da meine Tricks, nicht? Steht man auf hier, zieht man sich an den Rohren da drüben hoch und dann steh ich mit dem Kopf gegen die Wand und dann kann ich alles machen, das ist überhaupt. Also, nee, da habe ich keine Schwierigkeiten. (01:176-187)

Der Wunsch, weitestgehend von der Hilfe der Pflegekräfte unabhängig zu sein, wird von den interviewten Pflegeheimbewohnern häufiger geäußert, so auch von dem folgenden Bewohner:

Ich lasse mir zwar den Rücken abseifen, da klingele ich, aber sonst wasche ich, gehe ich ja selber ins Badezimmer und wasche mich ja selber, ich mache das

ja alleine, wa? Solange ich kann, will ich ja nicht abhängig sein. Ich klingele ja manchmal den ganzen Tag nicht, außer morgens. Die haben ja mit mir gar keine Arbeit groß. (28:608–612)

Zentral ist im Pflegeheim die Interaktion zwischen Pflegekräften und Pflegeheimbewohnern. Dabei erleben sich die interviewten Pflegeheimbewohner einerseits durch das Verhalten der Pflegekräfte eingeschränkt, andererseits entschuldigen sie dieses Verhalten der Pflegekräfte aufgrund der Rahmenbedingungen, wie Zeitnot und Personalknappheit. Folgende Aussage spiegelt diesen Gegensatz wider:

Wir werden um sechs halb sieben schon ins Bett gebracht. Und dann kann ich auch so schlecht hier aufstehen. Dann bin ich ans Bett gefesselt, ich kann nicht ans Telefon gehen, ich kann überhaupt nichts. Oder mir mal ein Taschentuch holen, da muss ich immer klingeln und das Klingeln wird uns natürlich angekreidet, ja? Dass man mal wieder, die das Pflegepersonal dann beschäftigt und die wollen ja auch mal ihre Ruhe haben. Das Pflegepersonal ist sonst nett und man kann auch mal ein paar Worte mit ihnen reden. Aber es ist eingeschränkt, weil sie keine Zeit haben. (03:16–22)

Eine besondere Bedeutung hat dabei das „Klingeln“ nach den Pflegekräften. Es wird von den Pflegeheimbewohnern als unangenehm erlebt, als die sowieso schon gestressten Pflegekräfte weiter störend:

Ich klingele nicht gerne, weil ich weiß, dass sie viel zu tun haben. (26:347)

Die Pflegeheimbewohner nehmen einen Zeitdruck der Pflegekräfte und Zwänge für die Pflegekräfte wahr und entschuldigen damit selbst völlig inadäquates Verhalten:

Also naja was mich stört, also das ist, was heißt stören tut's mich auch nicht, die müssen das ja machen. Hier, wenn der Urin abgemacht wird, hier in der Nacht um vier kommen die und entleeren die Beutel, die an der Seite hängen, so. (09:87–90)

Die auf diese Weise von allem entschuldigten Pflegekräfte werden von den interviewten Pflegeheimbewohnern explizit oder implizit als die Inhaber der Macht im Pflegeheim dargestellt:

In so einem Heim ist so, sie haben zu gehorchen, so ungefähr. (28:81–82)

Allerdings erwähnt nur eine der interviewten Pflegeheimbewohner Gewalt:

B: Dass man erlebt hat, dass Heimbewohner also geschlagen werden oder ins Bett gebracht werden und versucht mit Gewalt sie zur Ruhe zu bringen.

I: Das haben Sie erlebt?

B: In Heimen habe ich das erlebt ja. - Oder jemand eingeschlossen wurde im Zimmer. (21:231–234)

Zwischenfazit

Die Lebenswelt Pflegeheim bietet den Pflegeheimbewohnern Sicherheit und Schutz, sie schränkt die Bewohner aber auch vielfach in ihrer Selbstständigkeit ein. Das Verhalten der Pflegekräfte wird mit äußeren Rahmenbedingungen entschuldigt, und für sich selbst sehen die interviewten Pflegeheimbewohner wenig Einflussmöglichkeiten im Machtgefüge des Pflegeheimes.

3.3 Was sehen Pflegeheimbewohner als guten Schlaf an?¹

Den Definitionen der interviewten Pflegeheimbewohner für guten Schlaf und damit ihren Ansprüchen an guten Schlaf liegen unterschiedliche Ansatzpunkte zugrunde. Diese Ansatzpunkte lassen sich verschiedenen übergreifenden Mustern zuordnen. Diese Muster ergeben eine Typologie von Pflegeheimbewohnern, anhand welcher Ansatzpunkte sie guten Schlaf für sich definieren (vgl. Tabelle 3.1). In der folgenden Darstellung werde ich mich an diesen Typen orientieren.

| Ansatzpunkte bezogen auf | | Zahl der Interviewpartner |
|--------------------------|----------------|---------------------------|
| Schlafübergänge | Einschlafen | 2 |
| | Aufwachen | 4 |
| Unterbrechungen | Durchschlafen | 13 |
| | Weiterschlafen | 5 |
| Schlafergebnis | | 2 |
| Schlafqualität | | 2 |

Tabelle 3.1: Muster von Ansatzpunkten zur Beurteilung von Schlaf

Einschlafen und Aufwachen

Zur Beurteilung von gutem Schlaf ziehen sechs der befragten Bewohner die Abläufe des Schlafvorganges heran. Für sie sind Einschlafen und Aufwachen ihre Bezugspunkte zur Beschreibung von gutem Schlaf. Für den folgenden Bewohner ist insbesondere das Einschlafen relevant:

Was macht für mich guten Schlaf aus, wie soll ich, also, zunächst erstmal ist wichtig die Einschlafphase, dass die also, dass man sich da keine Mühe geben muss (18:31–32)

Das Zitat hebt die Bedeutung der Einschlafphase für diesen Bewohner hervor. Das (Ein-)Schlafen soll ihm keine Mühe bereiten. Schlaf ist für ihn also eine Normalität, die von sich aus, eben ohne Mühe, geschehen sollte. Dies steht im Widerspruch zu der Sichtweise anderer Bewohner, die betonen, dass man sich bemühen muss/sollte um einzuschlafen, schlafen zu können:

¹Dieser Abschnitt basiert teilweise auf Herrmann & Flick (2011)

Wie gesagt ich geb mir Mühe ins Bett zu gehen und zu schlafen. (07:154–155)

Die interviewten Pflegeheimbewohner äußern unterschiedliche Wünsche an die Uhrzeit des Einschlafens. So wollte ein Bewohner am liebsten schon früh abends einschlafen und durfte von Seiten der Pflegekräfte nicht:

Wenn ich sage halb acht möchte ich schlafen gehen, sagen die, ist noch viel zu früh. (04:15–16)

Eine andere Bewohnerin hingegen blieb immer bis nach Mitternacht wach, was ihr auch Hinweise der Pflegekräfte einbrachte:

Es ist schon passiert, dass die Schwester reinkommt zu ihrem Kontrollgang, und ich mach dann immer, winke dann einmal, damit sie weiß, aha sie ist noch wach, nicht? Da sagt sie „Sie sind ja immer noch wach!“ (14:249–251)

Diese Zitate zeigen einerseits, dass die Ansprüche der Pflegeheimbewohner an ihre Einschlafzeit individuell und damit unterschiedlich sind. Andererseits zeigen sie, dass diese individuellen Wünsche mit der Organisation des Pflegeheimes und den Sichtweisen der Pflegekräfte in Konflikt geraten können. Es gibt jedoch auch Bewohner, die sich mit der Situation arrangiert haben; die folgende Bewohnerin benötigt Hilfe beim zu Bett Gehen:

Aber um neun Uhr, oder um zehn, manchmal auch um acht Uhr gehen die verschiedenen Dienste, das heißt es muss bis zehn gemacht sein. Und, und das finde ich, ist auch keine, da fühl mich, also da wechselt die Situation nicht. Putz mir die Zähne und ich mach sowieso nicht groß was am Abend. Putz mir die Zähne, wasch mir die Hände, wechsel ein Hemd und machen wir denn noch? Nee das war's dann eigentlich. (30:128–133)

Diese Bewohnerin passt sich den organisatorischen Abläufen im Pflegeheim an. Sie geht früher ins Bett, als sie eigentlich selbstbestimmt ins Bett gehen würde, und sie bleibt dann im Bett noch so lange wach, wie sie möchte.

Eine andere Gruppe von Bewohnern betont hingegen, dass das morgendliche Erwachen besonders wichtig ist. Ihnen ist es wichtig morgens ausschlafen zu können.

Ja also ich freue mich sehr, wenn man mich [morgens] früh schlafen lässt (19:172)

Jedoch haben nur wenige der befragten Bewohner die Möglichkeit den Zeitpunkt, wann sie aufstehen wollen, selbst festzulegen. Teilweise werden sie durch das Pflegepersonal direkt geweckt, teilweise durch Geräusche der Arbeitsroutinen im Pflegeheim indirekt aufgeweckt:

Dann muss ich dann morgens allerdings, um sieben werde ich schon immer irgendwo geweckt und das ist, ist nicht so mein Fall, weil ich eben dann auch morgens, wie ich dann nicht mehr gearbeitet habe, ja länger schlafen konnte, nicht? (14:54–56)

Es zeigt sich also, dass die Bewohner, die besonderen Wert auf Einschlafen und Aufwachen legen, häufig ihre Vorstellungen von gutem Schlaf nicht realisieren können. Die individuellen Wünsche der Bewohner stoßen im institutionellen und medizinisch-pflegerischen Rahmen von Pflegeheimen an ihre Grenzen. Dabei liegen die Ursachen dafür, dass diese individuellen Vorstellungen nicht verwirklicht werden können, einerseits an den Abläufen im Pflegeheim, aber auch andererseits daran, dass die Pflegekräfte für die Bewohner teilweise anderes als gut erachten, als was die Bewohner als gut für sich empfinden.

Unterbrechungen von Schlaf

Der bei den befragten Pflegeheimbewohnern häufigste Typ bezieht sich bei der Definition guten Schlafes auf die Zeit zwischen Einschlafen und morgendlichem Aufwachen: Durchschlafen zu können ist für die meisten interviewten Pflegeheimbewohner das wichtigste Kriterium für guten Schlaf.

I: Was ist für Sie guter Schlaf? Wann sagen Sie, heute habe ich gut geschlafen? Was ist dafür wichtig?

B: Wenn ich so möglichst die ganze Nacht also so meine sieben Stunden hintereinander richtig durchschlafe und dann aufwache und dann denke ich ach heute war das mal gut. (25:147–150)

Durchschlafen zu können ist für die meisten der interviewten Pflegeheimbewohnern ihr Leitkriterium für guten Schlaf. Überlegt man sich, was durchschlafen eigentlich bedeutet, so heißt es ohne Unterbrechungen schlafen zu können:

Und schlafe dann recht schön fest auch durch. Also ruhig ruhig schlafen, nicht durch irgendwelche Träume dieser und jener Art bewegt werden, ja? (17:234–236)

In Pflegeheimen gibt es zahlreiche potenzielle Unterbrechungen des Durchschlafens (vgl. Abschnitt 3.5): Sehr häufig wird der Nachtschlaf durch Rundgänge der Pflegekräfte unterbrochen, und Geräusche durch Mitbewohner oder Pflegekräfte stören die Nachtruhe.

I: Und nachts wachen sie manchmal auf?

B: Ja, zwischendurch vielleicht mal. Es kommt ja auch der Pfleger rein und guckt nach, ob ich was habe oder so. (07:23–25)

Eine weitere wichtige Unterbrechung ist nächtlicher Miktionsdrang:

Ich schlafe schlecht und das liegt daran, dass ich eine kleine Blase habe und noch Wassertabletten bekomme und da muss man nachts naja so ungefähr so viermal raus, weil man Angst hat es könnte was danebengehen. (26:16–18)

Auch bei dem Wunsch durchzuschlafen zeigt sich ein Problem bei der Realisierung dieses Anspruchs. Durch die vielen meist extrinsischen aber auch intrinsischen Störungen ist für die meisten Pflegeheimbewohner ein Durchschlafen kaum möglich:

Guter Schlaf ist, wenn ich ein paar durchschlafen, ein paar Stunden durchschlafen kann. Aber das kann ich eben nicht. (03:243–244)

Der häufig in den Interviews genannte Wunsch durchschlafen zu können ist daher meist unerfüllbar. Ein Leitkriterium, das nicht erfüllt werden kann, kann zu einer schlechten Bewertung des eigenen Schlafes beitragen. Die meisten interviewten Pflegeheimbewohner reflektieren jedoch nicht über die Unerfüllbarkeit ihres Schlafideals. Der Umgang mit und die Bewertung von Unterbrechungen kann aber auch anders erfolgen:

I: Wann sagen Sie morgens, heute habe ich gut geschlafen?

B: Ja, na das ist schon. Naja. Weiß nicht, also schon, sicherlich wenn man lange geschlafen hat, also lange durchgeschlafen hat, wenn man sich. Oder sagen wir so, dass einmal aufwachen und Toilette gehen und so das stört mich nicht, also da schlaf ich auch immer ein, das hab ich auch vorher gemacht. Das stört mich eigentlich nicht. (30:88–92)

Diese Aussage verdeutlicht eine andere kognitive Bewertung: Die Bewohnerin hat die unvermeidliche Unterbrechung des Durchschlafens akzeptiert, sie hat sie angenommen und sich damit abgefunden. Die Unterbrechung des Nachtschlafes ist daher keine Störung mehr für sie. Das heißt erst durch eine kognitive Bewertung wird aus einer Unterbrechung des Schlafes eine negativ bewertete Störung. Für die befragten Bewohner, die Unterbrechungen des Nachtschlafes akzeptiert haben, sich bei der Beurteilung ihres Schlafes also nicht am Durchschlafen orientieren, tritt teilweise ein anderes Kriterium in den Vordergrund: nach einer Unterbrechung weiterschlafen zu können.

I: Was heißt das denn für Sie gut zu schlafen?

B: Naja, nun, gehe um Zehn schlafen und wache um Fünf auf, oder zwischendurch mal, muss mal auf die Toilette gehen und dann schlafe ich wieder weiter. (20:9–11)

Der Umgang mit Unterbrechungen des Nachtschlafes und die kognitive Bewertung dieser Unterbrechungen ist also wichtig für die subjektive Gesamtbeurteilung des eigenen Schlafes. Darüber hinaus zeigt sich aber auch bei diesem Typ, dass den Wünschen der Bewohner, in diesem Falle auf ungestörtes Durchschlafen, Barrieren aus der Organisation des Pflegeheimes, wie z.B. die nächtlichen Rundgänge, oder Barrieren aus medizinischem Handeln, wie z.B. die Verordnung von Diuretika, entgegenstehen (vgl. Abschnitt 3.5).

Ergebnis von Schlaf

Ein in den Interviews nur vereinzelt auftretender Typ orientiert sich bei seiner Definition von gutem Schlaf an dem erwünschten Ergebnis von Schlaf: Erholung.

I: Was macht denn guten Schlaf für Sie aus.

B: Ja eine gründliche Entspannung, wenn ich morgens aufwache, ja? Ich fühle mich ausgeruht, das ist wichtig nicht? (12:294–296)

| | | |
|----------------------|--------------------|-----------------------|
| | Innere Ruhe | |
| Internale Ressourcen | Tägliche Aktivität | Körperliche Aktivität |
| | | Geistige Aktivität |
| Externale Ressourcen | Umweltfaktoren | Stille |
| | | Frische Luft |
| | | Bett |

Tabelle 3.2: Muster selbstwahrgenommener Ressourcen für guten Schlaf

Jedoch nur wenige Bewohner sehen Schlaf als etwas an, das über den Schlaf hinaus direkte Folgen im Positiven wie im Negativen hat. Die meisten befragten Bewohner sehen keine Folgen von Schlafstörungen, oder wenn, dann nur minimale Folgen der kurzfristigen Befindlichkeit (vgl. Abschnitt 3.8).

Qualität von Schlaf

Eine weiterer Typ Pflegeheimbewohner definiert guten Schlaf anhand der Qualität des Schlafes. Auch dieser Typ tritt in dem Interviewmaterial nur vereinzelt auf. Wenige der interviewten Bewohner sagen, dass Ihnen die Qualität des Schlafes wichtig ist:

I: Was macht denn für Sie guten Schlaf aus. Also was ist Ihnen wichtig am Schlaf.

B: Dass man tief schläft (15:402–404)

Den meisten interviewten Pflegeheimbewohnern fällt es eher schwer eine Qualität von Schlaf zu beschreiben. Es ist für sie einfacher, die verschiedenen Aspekte von Schlaf wie Einschlafen, Durchschlafen oder Aufwachen zu beschreiben als eine Qualität von Schlaf.

Zwischenfazit

Es zeigen sich verschiedene individuelle Definitionen von gutem Schlaf, wobei die Definition „Guter Schlaf ist ohne Aufwachen durchschlafen zu können“ dominiert. Viele der Definitionen von gutem Schlaf, und damit auch der Ansprüche an guten Schlaf durch die Pflegeheimbewohner, stoßen im Lebensalltag des Pflegeheim an Grenzen durch organisatorische Abläufe oder medizinisch-pflegerische Maßnahmen. Die Realisierungschancen für guten Schlaf sind also eingeschränkt.

3.4 Ressourcen für guten Schlaf

Welche Möglichkeiten sehen die Pflegeheimbewohner, um gut schlafen zu können? Oder anders formuliert, was nehmen Pflegeheimbewohner als Ressourcen für guten Schlaf wahr? Die von den interviewten Pflegeheimbewohner direkt oder indirekt genannten Ressourcen für guten Schlaf lassen sich drei Mustern zuordnen (vgl. Tabelle 3.2):

- Innere Ruhe

- Tägliche körperliche und geistige Aktivität
- Umweltfaktoren

Innere Ruhe

Für die meisten interviewten Pflegeheimbewohner ist innere Ruhe die wichtigste Ressource für guten Schlaf. Sie sehen innere Ruhe als notwendige Bedingung an, um gut schlafen zu können. Innere Ruhe ist dabei die Voraussetzung für den Körper, um zur Ruhe zu kommen und zu schlafen:

Ja. Ruhe Ruhe ist für mich eins der wichtigsten um nachher ja auch den ganzen Körper also wie man sagt, dass er schlafen kann, wie man das sagt. dass man, denn das wirkt ja die Ruhe erstmal aus. (17:173–175)

Die interviewten Pflegeheimbewohner beschreiben meist nicht explizit, was innere Ruhe für sie bedeutet. Es ist etwas Innerliches, eine Art geistiger Zustand.

I: Also meinen Sie jetzt innerlich ruhig, oder?

B: Ja, also nicht, dass man innerlich und so wie sie sagen ruhig ist und eben mit Ruhe weiterschlafen kann. So würde ich das sehen. Für mich persönlich würde ich das so sehen. Ja. (14:223–225)

Eine Bewohnerin beschreibt innere Ruhe als einen Zustand der Entspannung.

I: Und wann, was ist ihnen wichtig darüber hinaus, was ist ihnen wichtig beim Schlafen?

B: Ja, dass ich entspannen kann. Ja? Dass mich nichts quält, also was auf meinem Herzen liegt, ja? (11:62–64)

Dieses Zitat zeigt auch, was diese Bewohnerin als Innerer Ruhe entgegenstehend sieht: Grübeln ist die zentrale Barriere für die erwünschte innere Ruhe. Die interviewten Pflegeheimbewohner nennen häufig Grübeln als Barriere für innere Ruhe.

Und ich schlafe nicht vorher ein, das ist das Problem, dann ist das eben so, dass man doch tatsächlich über manches nachdenkt und auch über manches grübelt, aber da kann man, ich glaube, da kann man nicht gegen an. (14:229–231)

Die Gründe, Auslöser und Inhalte von Grübeln und Gedanken sind individuell (vgl. Abschnitt 3.5 und 3.6).

Wie man an dem letzten Zitat gut sehen kann, wissen viele der befragten Bewohner nicht, wie sie selbst ihre innere Ruhe schaffen können. Es mangelt ihnen an Strategien sich zu beruhigen, auch wenn sie wissen, dass innere Ruhe ihnen wichtig ist um gut zu schlafen. Manche Bewohner verfügen jedoch über Strategien sich zu beruhigen. Eine häufig genannte Strategie ist zu beten:

Und da bete ich auch jeden Abend. (I: Ja) Das gibt mir auch eine gewisse Ruhe. Und ob das wird natürlich auch ausschlaggebend sein. (10:28–30)

Das abendliche individuelle Gebet ist für einige der befragten Pflegeheimbewohner ein festes Ritual. Sie empfinden Beten als beruhigend und so zu besserem Schlaf führend. Ein gutes Buch zu lesen ist für andere Bewohner eine Strategie der Beruhigung, ebenso wie im Gegenzug aufregende Bücher und Filme zu vermeiden:

Und dann ist, hatte ich noch, dass man ja auch durch Lesen oder durch irgendwelche Gespräche die man jetzt innerhalb des Abends zur Ruhe gibt, dass man da versucht eben keine aufregenden möchte ich mal sagen, also (I: Ja) sie wissen was ich meine, aufregenden und ansprechenden Bücher oder Lektüre dieser und jener Art nimmt, dass man lieber etwas Ruhiges, etwas Sanftes. (17:42–47)

Um lesen zu können braucht man jedoch bessere Sehfähigkeiten und höhere kognitive Fertigkeiten als um zu beten. Für viele Pflegeheimbewohner ist Lesen nicht mehr möglich. Eine Bewohnerin nennt körperliche Aktivität als eine Strategie sich zu beruhigen.

Manchmal ist es ja auch Gymnastik oder wie heißen diese, diese Übungen, die man macht. Um da ruhig und entlastet zu werden. (21:183–184)

Sie sieht aber bei weiterem Nachdenken keinen direkten Zusammenhang mit Schlaf:

I: Also wenn Sie Gymnastik machen am Tag, dann hilft das Ihnen nachts besser zu schlafen.

B: Das kann ich nicht verallgemeinern, das ist jede Woche mittwochs, da müsste ich normalerweise in der Nacht von Mittwoch zu Donnerstag immer besonders gut schlafen. (21:186–188)

Abgesehen von diesen Möglichkeiten verfügen die meisten interviewten Pflegeheimbewohner über keine Strategien, wie sie innerlich ruhig werden können, so erwähnt auch keiner der interviewten Bewohner Entspannungstechniken.

Tägliche Aktivität

Viele der interviewten Pflegeheimbewohner gehen davon aus, dass körperliche Aktivität einen positiven Einfluss auf ihren Schlaf hat. Aus der Sicht der interviewten Pflegeheimbewohner gibt es dabei vor allem zwei Wirkmechanismen: Durch körperliche Aktivität wird der Körper müde, und körperliche Aktivität im Freien führt zur Zufuhr von frischer Luft, was wiederum gut ist, um später zu schlafen:

So hat man nicht groß Bewegung. Sonst wird man ja auch müde, wenn man eben viel läuft oder an frischer Luft dann so ist. (07:83–84)

Die interviewten Pflegeheimbewohner haben jedoch in der Regel keine Strategien, wie sie selbst körperlich aktiv sein können. Insbesondere wenn ihnen nicht mehr möglich ist zu gehen, sehen sie für sich keine anderen Möglichkeiten körperlicher Aktivität:

Wenn man laufen könnte noch so wie früher. Dann sagt man sich gut, damit du besser schlafen kannst, mache ich Spaziergang, fahre Rad, gehe schwimmen oder mache irgendwelche Übungen, damit du müde wirst. Das geht ja nun nicht mehr so (07:135–137)

Eine Bewohnerin, die ihr Leben lang aus beruflichen Gründen körperlich aktiv war, geht jedoch mit der Situation nicht mehr gehen zu können völlig anders um: Sie fährt jeden Tag mehrere Stunden mit dem Rollstuhl.

Ich bring mich ja am Tage, fahre ich ja mit dem Rollstuhl hier wo ich arbeiten muss, zwei bis dreieinhalb Stunden täglich ist meine Pflicht, ja bin nassgeschwitzt wenn ich hier reinkomme, muss mich umziehen. Das ist körperliche Bewegung, muss sein bei mir, nicht, ich kann nicht anders. (12:566–569)

Statt körperlich aktiv zu sein versuchen einige Bewohner dies auszugleichen, indem sie versuchen die Auswirkungen körperlicher Aktivität ohne körperlicher Aktivität zu erreichen, indem sie beispielsweise das Fenster für frische Luft öffnen.

Ein wichtiger Aspekt täglicher Aktivität ist ihre Sinnhaftigkeit. Viele der interviewten Pflegeheimbewohner erzählen ungefragt von dem Beruf, den sie einst hatten. Eine Bewohnerin bringt dies in einen direkten Zusammenhang mit Schlaf:

Also man hat nicht unbedingt das Gefühl, man hat jetzt ein Tagwerk vollbracht und man hat sich das Schlafen jetzt verdient. (30:37–38)

Allerdings haben nur wenige der befragten Bewohner eine sinnvolle Tätigkeit in ihrem Pflegeheimleben, so sind z.B. manche Bewohner Mitglieder des Heimbeirates. Eine Bewohnerin berichtet, bei der täglichen Arbeitsroutine im Heim zu helfen:

Wir sortieren die Tageszettel für den ganzen Tag, immer zimmerweise, und das Essen für den Mittagstisch und Abendbrot immer für tischweise, das ist ja auch schön, da sind wir auch irgendwie beschäftigt und man muss auch mitdenken, damit man nichts verkehrt macht. Das gefällt mir alles hier. (27:120–124)

Abgesehen von diesen Ausnahmen berichten die meisten Bewohner jedoch nicht über irgendwelche für sie sinnvollen Tätigkeiten. Dies scheint vor allem an mangelnden Möglichkeiten sinnvoller Betätigung zu liegen.

Umweltfaktoren

Innere Ruhe und tägliche Aktivität sind internale Ressourcen für guten Schlaf. Das dritte Muster schlafförderlicher Ressourcen besteht aus externalen Ressourcen. Dieses Muster schließt vielfältige Umweltfaktoren ein. Diese Faktoren sind individuell und häufig spezifisch für ein bestimmtes Pflegeheim, jedoch gibt es auch übergreifende Ressourcen: Stille, frische Luft und das Bett.

Stille wird von zahlreichen Pflegeheimbewohnern als förderlich für guten Schlaf genannt:

I: Gibt es denn hier im Heim etwas was sie stört?
B: In irgendeinem?
I: Beim Schlaf.
B: Ach, nein, ist totenstille hier, ganz ganz ruhig, ja? Also sie hören nichts.
(12:760–763)

Diese Stille kann vielfältig gestört werden (vgl. Abschnitt 3.5). Die meisten der befragten Bewohner sehen bei sich selbst keine Einflussmöglichkeit auf Stille oder Lärm. Manche Bewohner berichten, such bei Lärm bei den Pflegekräften zu beschweren, sie sehen die Verantwortung für Stille beim Pflegeheim.

Ein anderer Umweltfaktor kann hingegen einfacher selbst beeinflusst werden:

B: Ich brauche frische Luft.
I: Und sie haben nachts das Fenster offen.
B: Natürlich, die ganze Nacht. Also wenn's anfängt zu regnen, wenn's reinregnet wird's nunmal geschlossen, ansonsten bleibt sie auf. (19:97–100)

Zahlreiche der interviewten Pflegeheimbewohner bevorzugen es bei offenem Fenster in frischer Luft zu schlafen. Einige sind nicht mehr in der Lage das Fenster zu öffnen oder zu schließen und haben daher Absprachen mit den Pflegekräften getroffen, wann das Fenster geöffnet ist. Dabei sind die Wünsche unterschiedlich, manche Bewohner mögen es wärmer, manche kühler, manche wollen lieber bei offenem Fenster schlafen, andere wiederum bei geschlossenem Fenster.

Ein dritter Umweltfaktor ist das Bett:

Und ehe man sich eingefühlt hat und eingelebt hat, dauert ja auch eine Weile. Denn Bett und Bett ist verschieden, da muss man sich erst einliegen, und da habe ich eine Weile gebraucht. Dann ehe ich dann auch mal so schlafen konnte. Aber jetzt geht's. (07:86–88)

Einige Bewohner hatten die Möglichkeit ihr eigenes Bett mit ins Pflegeheim zu bringen, bei anderen war dies nicht möglich.

Fazit

Die befragten Pflegeheimbewohner sehen verschiedene Ressourcen für guten Schlaf, jedoch verfügen die meisten nicht über Strategien diese Ressourcen zu aktivieren oder zu nutzen. Die Pflegeheimbewohner scheinen sich ihrer eigenen aktiven Möglichkeiten häufig nicht bewusst zu sein.

3.5 Barrieren für guten Schlaf

Den Ressourcen als positive Einflüsse auf guten Schlaf stehen Barrieren, die aus Sicht der Pflegeheimbewohner guten Schlaf verhindern und zu Schlafstörungen führen, gegenüber. Die interviewten Pflegeheimbewohner nennen zahlreiche unterschiedliche Barrieren für guten Schlaf. Die genannten Barrieren lassen sich in internale und externale Barrieren

einteilen, und innerhalb dieser Kategorien weiter untergliedern (vgl. Tabelle 3.3). Bei der folgenden Darstellung werde ich mich an dieser Einteilung orientieren.

| | |
|---------------------|---------------|
| Internale Barrieren | Psychisch |
| | Körperbezogen |
| Externale Barrieren | Lärm |
| | Licht |

Tabelle 3.3: Muster von Barrieren für guten Schlaf

Internale psychische Barrieren

Die von den Pflegeheimbewohnern genannten psychischen Barrieren betreffen hauptsächlich Grübeln, Gedanken, Erinnerungen und Emotionen. Eine Kategorisierung der wahrgenommenen psychischen Barrieren gibt Tabelle 3.4. Eine wichtige Rolle spielen für die befragten Pflegeheimbewohner häufig biographische Ereignisse. Pflegeheimbewohner blicken auf ein langes Leben mit vielen Erfahrungen und Erlebnissen zurück. Die meisten von ihnen haben den zweiten Weltkrieg und Vertreibungen und Umbrüche danach miterlebt. Viele Bewohner berichten von schlimmen Erlebnissen in dieser Zeit, an welche sie sich heute noch erinnern.

Dann denke ich immer an an an die Erlebnisse, die ich gemacht habe. Wir sind ja aus Pommern. Und haben da, haben wir da gewohnt. Und dann kamen wir nach [Stadt in Schleswig-Holstein], wurden wir registriert. Und weil mein Mann, hier schon ansässig war, wurden wir ausgetauscht, die nach, die hierher wollten und und die dableiben wollten. (8:61–64)

Aber auch in ihrem Privatleben haben viele Bewohner individuell Schlimmes erlebt, wie z.B. der Selbstmord eines nahen Verwandten. Erinnerungen an all diese Erlebnisse kommen bei vielen Bewohnern immer wieder hoch, häufig auch als Alpträume.

I: Gab es denn auch mal, dass sie schlecht geschlafen haben?

B: Ach ja manchmal hat man irgendwie blöde Träume auf einmal, ja? Entweder so aus der Erinnerung noch, ja? Oder wenn am Tag hier irgendwie wieder was los war, dass einen das nochmal beschäftigt, ja? (27:201–204)

| |
|--|
| Erinnerungen (an traumatische Erlebnisse) |
| Familiäre Probleme |
| Sorgen und Grübeln über die aktuelle Situation und die Zukunft |
| Aufregende Erlebnisse tagsüber |
| Termin am nächsten Tag |
| Ängste |
| Träume, Alpträume |

Tabelle 3.4: Wahrgenommene psychische Barrieren für guten Schlaf

Wie diese letzte Aussage zeigt, bringen nicht nur Erinnerungen an Vergangenes viele Pflegeheimbewohner zum Grübeln, sondern auch Ereignisse aus dem aktuellen Alltagsleben. Ein wichtiger und häufig genannter Grund für Grübeln und Sorgen sind familiäre Streitigkeiten, z.B. über das Haus.

Ja, das ist noch nicht so lange her, da hatte ich so privaten Ärger mit meinem Sohn so ein bisschen. Das geht mir dann eben nachts, wenn ich wach werde, dann nochmal durch den Kopf. Da kann man dann nicht so wieder einschlafen, nicht? (25:23–25)

Aber auch allgemeine Reflexionen über die momentane Lebenssituation können psychisch anstrengend sein und Grübeln auslösen:

Ja, dass ich schlecht eingeschlafen bin, das stimmt schon, man macht sich ja auch so Gedanken, über sich diese Sache, dass man so alleine ist, das ist das Traurige. (05:135–136)

Es gibt aber auch ganz konkrete Auslöser von Unruhe im Alltagsleben. Viele der befragten Pflegeheimbewohner erleben aufregende Bücher, Filme oder Unterhaltungen am Tag als den Schlaf später einschränkend.

Na wie gesagt es ist besser, keine Krimis, nichts Aufregendes vorher, nichts Aufregendes lesen, nichts Aufregendes sehen, nichts Aufregendes hören. (15:544–545)

Angst kann Schlaf verhindern, so berichtet eine Bewohnerin seit dem Erlebnis ihrer eigenen Reanimation nachts immer das Licht anzulassen und aus Angst nicht einschlafen zu wollen und zu können. Darüber hinaus erwähnen einige Bewohner, dass sie bei einem Arzttermin am nächsten Tag in der Nacht vorher vor Aufregung schlecht schlafen können.

Das ist auch schon, wenn du du wartest dadrauf [auf den Arzttermin], so. Das kann ich auch nicht leiden so also. Hier, Herr [eigener Nachname], Sie müssen aufstehen zum Arzt gehen um neun fängt er an und so. Dann schlaf ich auch nicht richtig. (09:35–37)

Die Pflegeheimbewohner lassen sich bezüglich dieser selbstwahrgenommenen psychischen Barrieren Typen zuordnen, ich stelle diese Typologie in Abschnitt 3.6 vor.

Internale körperbezogene Barrieren

Die interviewten Pflegeheimbewohner nehmen nicht nur psychische Einflüsse auf ihren Schlaf wahr, sondern auch körperbezogene Barrieren für guten Schlaf. Dabei stehen mit Schmerzen und nächtlicher Miktion zwei Symptome im Vordergrund. Darüber hinaus werden individuell auch verschiedene Erkrankungen als Ursachen von Schlafproblemen angegeben.

Nächtlicher Harndrang ist der von den interviewten Pflegeheimbewohnern am häufigsten genannte körperbezogene Faktor, der Schlaf negativ beeinflusst.

Ich wache mal auf zwischendurch, muss auf den Nachtstuhl, weil ich eine Inkontinenz habe, da ist die Blase, rührt sich die Blase. (15:23–25)

Insgesamt zwölf der interviewten Pflegeheimbewohner fühlen sich durch nächtlichen Harndrang in ihrem Schlaf beeinträchtigt. Als Gründe sehen sie vor allem harntreibende Medikamente (sogenannte „Wassertabletten“); Frauen geben auch häufig an, dass ihre Blase die Ursache des häufigen Harndranges sei.

Ich schlafe schlecht und das liegt daran, dass ich eine kleine Blase habe und noch Wassertabletten bekomme und da muss man nachts naja so ungefähr so viermal raus, weil man Angst hat es könnte was daneben gehen. (26:16–18)

Keiner der interviewten Männern gibt hingegen körperliche Veränderungen wie eine Prostatavergrößerung als Grund nächtlichen Harndrangs an.

Neben Harndrang sind Schmerzen ein zweites Symptom, welches einige der befragten Pflegeheimbewohner als den Schlaf beeinträchtigend beschreiben. Allerdings werden Schmerzen wesentlich seltener als negativer Faktor genannt, nämlich von insgesamt nur fünf der interviewten Pflegeheimbewohner.

Als die Schmerzen waren, das war natürlich anders, dann hast du, dann war nichts drin mit großartig schlafen, also das war dann mehr wegduseln mehr, und dann hast du wieder geguckt, da hat es gebissen und so weiter. (01:59–62)

Ein Unterschied von Schmerzen gegenüber Harndrang ist, dass sich die interviewten Pflegeheimbewohner in der Lage sehen mit Schmerzmedikamenten auf Schmerzen gezielt Einfluss nehmen zu können:

Ja, die Schmerzen haben die das Bild sagen wir noch verstärkt, dass man nicht schlafen konnte, denn über den Schlaf, über den Schmerz einzuschlafen. Wenn Sie richtig Schmerzen haben, können Sie nicht schlafen. Und dann habe ich die doppelte Portion Schmerzmittel genommen und dann bin ich eingeschlafen. (12:489–492)

Über Harndrang und Schmerzen hinaus berichten einige Bewohner, dass bestimmte Krankheiten den Schlaf stören oder zu ihren Schlafstörungen beitragen. So beschreibt eine Bewohnerin einen Zusammenhang ihres niedrigen Blutdruckes mit ihren Schlafproblemen:

Die Schlafschwierigkeiten, die für meine Begriffe hängen sie mit dem Blutdruck zusammen, verstehen Sie, ganz klar und deutlich mit dem Blutdruck. Wenn der abfiel, war an Schlaf nicht zu denken oder ich verlor mein Bewusstsein. (12:522–525)

Eine andere Bewohnerin sieht einen Zusammenhang ihrer Epilepsie mit ihren Schlafproblemen. Aber auch der Copingprozess kann bei Krankheiten Einfluss auf den Schlaf nehmen:

I: Und, sehen Sie da zwischen ihren verschiedenen Erkrankungen und dass Sie auch schon früher nicht so gut schlafen konnten, sehen Sie, sehen Sie da einen Zusammenhang?

B: Freilich, das hat mich doch immer alles bekleidet, das ist doch wie ein Päckchen auf dem Buckel, was man mit sich rumschleppt (I: Ja) Das trägt man doch mit sich rum, man trägt es inner (I: Ja) in einem. (15:351–359)

Diese Aussage verdeutlicht, dass ein enger Zusammenhang zwischen psychischen und körperbezogenen Barrieren für guten Schlaf bestehen kann.

Externale Barrieren für guten Schlaf

Die zweite Kategorie von Barrieren für guten Schlaf sind externale Barrieren, also Umweltfaktoren, die den Schlaf negativ beeinflussen. Die befragten Pflegeheimbewohner äußern dabei ausschließlich Barrieren, die sich durch nächtliches Licht oder nächtlichen Lärm manifestieren. Als Ursachen für diese Störungen lassen sich Mitbewohner, Pflegekräfte oder Störungen von außerhalb unterscheiden.

Eine wichtige Ursache von nächtlichem Lärm sind andere Pflegeheimbewohner:

Man hört manchmal das Wimmern und das Schreien der anderen Kranken, das hört man hier wenn die Tür auch zu ist (07:158–160).

Über eine ähnliche Erfahrung mit der Bewohnerin im Nachbarzimmer berichtet die folgende Pflegeheimbewohnerin:

Ich habe so eine nette Zimmernachbarin, die jede Nacht brüllt, Schwester, Schwester, so fürchterlich, ja? (27:77–78)

Die Störung durch andere Pflegeheimbewohner ist besonders relevant, wenn es sich um die Zimmermitbewohner handelt:

Sie war die Ältere, die jetzt rausgeholt worden ist. Sie behauptet, sie muss sehr husten. Sie behauptet dann immer, mir tut der Kopf weh, mir tut der Kopf weh. Und dann fängt sie an zu jammern und das steigert sich, wie so eine Sirene. (29:73–75)

Eine besondere Schwierigkeit ergibt sich, wenn der Zimmermitbewohner stark pflegebedürftig ist und nachts regelmäßiger Pflege bedarf. Mehrere der interviewten Pflegeheimbewohner berichten durch nächtliche Pflegehandlungen an ihrem Zimmermitbewohner gestört zu werden:

Und das war schwieriger als ich noch einen Mitpatienten drin hatte, der also sehr krank war. Und oft alle zwei Stunden dann behandelt werden musste. Das war ein bisschen unruhig, da bin ich dann auch wach geworden. (07:34–36)

Neben anderen Bewohnern können also auch Handlungen der Pflegekräfte den Schlaf stören. Ein wichtiger Störfaktor sind dabei die nächtlichen Rundgänge der Pflegekräfte:

I: Und nachts wachen sie manchmal auf?

B: Ja, zwischendurch vielleicht mal. Es kommt ja auch der Pfleger rein und guckt nach, ob ich was habe oder so. (07:23–25)

Dabei hat auch das Vorgehen der Pflegekräfte eine direkte Auswirkung darauf, wie störend diese Rundgänge erlebt werden:

Wenn die Nachtwache dann reinkommt, die macht immer das große Licht an, und dann in dem Moment bin ich wach. (29:123–124)

Über eine andere vermeidbare Störung berichten in einem der Pflegeheime mehrere der befragten Bewohner. Sie wachen auf, weil morgens früh um vier Uhr der Katheterbeutel geleert wird:

Also naja was mich stört, also das ist, was heißt stören tut's mich auch nicht, die müssen das ja machen. Hier, wenn der Urin abgemacht wird, hier in der Nacht um vier kommen die und entleeren die Beutel, die an der Seite hängen, so. (09:87–90)

Von außerhalb des Pflegeheimes berichten die befragten Pflegeheimbewohner vor allem durch nächtlichen Lärm gestört zu werden. Dieser Lärm ist vor allem Straßenlärm:

Sie sehen ja, wie mein Zimmer liegt. (I: Ja) Zur Straße hin. (I: Ja) Das heißt es ist sehr laut. Und ich als Hamburgerin hatte eine Wohnung, die sehr ruhig war. Das heißt, da habe ich ruhiger geschlafen. Jetzt musste ich mich also erstmal an den Krach hier gewöhnen. aber, auch das habe ich geschafft. Naja. (22:16–22)

Zusammenhang zwischen der Nennung internaler und externaler Barrieren

| | | Externale Barrieren | Keine externalen Barrieren | |
|-----------------------------|---------------------------------|---------------------|----------------------------|----|
| Keine Psychischen Barrieren | Keine körperbezogenen Barrieren | 2 | 2 | 4 |
| | Körperbezogene Barrieren | 1 | 2 | 3 |
| Psychischen Barrieren | Keine körperbezogenen Barrieren | 6 | 5 | 11 |
| | Körperbezogene Barrieren | 10 | 2 | 12 |
| | | 19 | 11 | 30 |

Tabelle 3.5: Zusammenhang zwischen der Nennung internaler und externaler Barrieren

Stellt man fallbasiert die Nennung interner psychischer, körperbezogener und externer Barrieren gegenüber (vgl. Tabelle 3.5), so sieht man, dass keine direkten Zusammenhänge bestehen.

Zwischenfazit

Die interviewten Pflegeheimbewohner nennen interne psychische, interne körperbezogene und externe Barrieren für guten Schlaf. Die meisten dieser Barrieren sind dabei dem Handeln durch Pflegekräfte und Ärzte zugänglich.

3.6 Typologie von Pflegeheimbewohnern hinsichtlich der von ihnen wahrgenommenen psychischen Barrieren für guten Schlaf

Die befragten Pflegeheimbewohner lassen sich hinsichtlich der von ihnen wahrgenommenen psychischen Barrieren für guten Schlaf drei Typen zuordnen. Die Bewohner mit den Pseudonymen 09, 25 und 29 lassen sich dabei nicht eindeutig einem der Typen zuordnen. Die Zuordnung der pseudonymisierten Pflegeheimbewohner zu den einzelnen Merkmalen und Typen gibt Tabelle 3.7 wieder. Einen Überblick über die Typen gibt Tabelle 3.6.

| | Typ I | Typ II | Typ III |
|-----------------------------------|------------------------------------|--|---|
| Beschreibung | nur nicht-psychologische Barrieren | vor allem Grübeln über die aktuelle Situation | Erinnerungen an traumatische Erlebnisse und leichte Erregbarkeit durch unterschiedliche Störungen |
| Überwiegende psychische Barrieren | keine | Sorgen/Grübeln über aktuelle Situation & Zukunft | Erinnerungen Sorgen/Grübeln über aktuelle Situation & Zukunft Aufregende Erlebnisse tagsüber |
| Geschlecht | 6 Frauen, 4 Männer | 7 Frauen, 1 Mann | 6 Frauen, 2 Männer |
| Alter [Mittelwert] | 83 (SD=12,8) | 83,6 (SD=11,5) | 85,6 (SD=5,5) |

Tabelle 3.6: Bewohnertypen hinsichtlich wahrgenommener psychischer Barrieren

Nur nicht-psychische Barrieren (Typ I) Zehn der interviewten Pflegeheimbewohner sehen nur nicht-psychische Barrieren, also körperbezogene und externe Barrieren, als

aktuell relevante Barrieren für guten Schlaf. Sieben der Bewohner dieses ersten Typs berichten über keinerlei psychische Barrieren für guten Schlaf. Drei Bewohner erwähnen einzelne psychische Barrieren, die aber aktuell keine Bedeutung mehr haben. So berichtet ein Bewohner, wenn er früher tanzen war, habe er danach nicht schlafen können und eine andere Bewohnerin berichtet früher aufgrund familiärer Probleme manchmal nicht schlafen zu können. Die Altersverteilung und Geschlechtsverteilung ist bei diesem Typ unauffällig.

Grübeln über die Lebenssituation (Typ II) Die zu diesem zweiten Typ gehörenden Bewohner grübeln vor allem über ihre aktuelle Lebenssituation im Pflegeheim und empfinden dieses Grübeln als störend für ihren Schlaf. Sie fühlen sich häufig alleine, fehl am Platze und nicht wohl im Pflegeheim. Acht der dreißig befragten Pflegeheimbewohner gehören zu diesem Typ. Es überwiegen bei diesem Typ in dem Sample dieser Studie Frauen, die Altersverteilung ist unauffällig.

Die 84-jährige Bewohnerin mit dem Pseudonym 13 ist beispielhaft für diesen Typ, wenn auch deutlicher ausgeprägt als die anderen Pflegeheimbewohner dieses Typs. Im Interview berichtet sie schlecht zu schlafen. Sie erinnert sich an ihr Leben vor dem Heim:

B: Dann lege ich mich hin und dann wird Licht ausgemacht und dann dämmere ich so vor mich hin, aber ich schlafe nicht.

I: Und dann gehen ihnen dann Gedanken durch den Kopf?

B: Reichlich, ja, ja, mein Leben, wie dankbar muss ich sein [schluchzt] wie schön es war. Gute Ehe, gute Jahre, guten Mann, alles war gut, alles war geordnet, wir hatten ein Haus in der Nähe vom [Adresse] ein Grundstück, Garage, ein Auto, ein Hund, ein Pudel, ja, dreißig Jahre Tiere, zwei, alle sind alt geworden, alles war schön. Ich kann ihnen nichts Unschönes berichten. Ein zufriedenes Leben. Dankeschön [schluchzt]. Tja. Ja.

I: Und das geht ihnen dann durch den Kopf dann.

B: Ja tut weh, ja, tut schon weh, das stimmt, ja ja. Das würde fast jedem anderen vielleicht auch so gehen, sofern er noch ein gesundes Empfinden hat, und das Bewusstsein erlaubt die Vergangenheit so zu sehen wie sie war, ja. Ja. Es ist so. (13:120–131)

Diese Bewohnerin leidet an ihrer Situation im Pflegeheim zu leben und kontrastiert sie mit ihrer Vergangenheit, die sie als glücklich beschreibt.

B: Mir fehlte ja nichts, ja, ich fühle mich einsam und verlassen, es ist halt so [schluchzt] und damit muss man immer wieder umgehen [weint]. Ja ist schwer manchmal ja, Entschuldigung, ja, ja, ist schwer. Ist nicht immer so leicht wie es aussieht. Ja.

I: Hier so alleine im Pflegeheim.

B: Ja, ja. Das Wissen, das ist der Schluss, und alles was man hatte, hat man verloren, existiert nicht mehr, ja. Das ist so absolut endgültig. Und diese Endgültigkeit ist nicht angenehm. Ja.

I: Ist schwer zu ertragen.

B: Ja, ist schwer zu ertragen. Ich sage es so, ja. Ich sage zu Frau Doktor, mir geht es gut hier, das stimmt, ich bin auch guter Dinge, unterhalte mich so weit es im Raum möglich ist. Die Menschen sind alle schwer krank die da sitzen, die haben Alzheimer und Demenz. Ich sage, aber Frau Doktor, meine Seele quietscht. (13:31–42)

Die Bewohnerin berichtet über ihr früheres Hobby und zeigt stolz Werkstücke davon; sie fühlt sich aber nicht mehr in der Lage dieses Hobby mit sie zufriedenstellendem Ergebnis auszuführen. In der Dokumentation sind u.a. die Diagnosen bipolare affektive Störung und Schlafstörung dokumentiert. Sie bekommt u.a. Mirtazapin, Seroquel, Alprazolam, Promethazin und bei Bedarf Lorazepam.

Traumatische Erinnerungen (Typ III) Bewohner, die diesem dritten Typ angehören berichten über viele verschiedene psychische Barrieren. Alle Pflegeheimbewohner dieses Typs werden durch Erinnerungen an die Vergangenheit beeinträchtigt, sie berichten aber auch über vielfältige psychische Belastungen in der Gegenwart. Sie scheinen leicht von Ereignissen des täglichen Lebens psychisch beeinflusst zu werden. Zu diesem Typ lassen sich neun der dreißig interviewten Pflegeheimbewohner zuordnen. Die Geschlechtsverteilung ist unauffällig, bei der Altersverteilung fällt aber auf, dass es sich vor allem um Pflegeheimbewohner, die zwischen 1918 und 1929 geboren wurden handelt.

Beispielhaft für die Bewohner dieses Typs ist die 92-jährige Bewohnerin mit dem Pseudonym 08. Sie berichtet gerne zu schlafen und auch tagsüber zu schlafen. Nachts wacht sie allerdings manchmal wegen Alpträumen auf:

I: Was für Alpträume haben Sie da?

B: Na. Je nachdem, ich bin dann mit schlechten Menschen in Verbindung, und dann fange ich an zu schreien oder so. (08:54–56)

Die Bewohnerin berichtet dann, wenn sie von solch einem Alptraum wach wurde, über ihre Vergangenheit nachzudenken:

I: Und wenn sie dann schreien und aufwachen, nachts, was machen Sie dann?

B: Dann denke ich immer an an die Erlebnisse, die ich gemacht habe. Wir sind ja aus Pommern. Und haben da, haben wir da gewohnt. Und dann kamen wir nach [Stadt in Schleswig-Holstein], wurden wir registriert. Und weil mein Mann, hier schon ansässig war, wurden wir ausgetauscht, die nach, die hierher wollten und und die dableiben wollten. (8:60–64)

Wenn Sie solch einen Alptraum hatte, ruft Sie die Pflegekräfte um sich zu beruhigen. Dabei gibt der Bewohnerin die Anwesenheit einer Zimmermitbewohnerin Sicherheit:

I: Wie ist das denn nachts, wenn sie hier zu zweit im Zimmer sind.

B: Das ist gut. Für mich. Wenn es zweie sind. Machmal komme ich mit der na mit der Klingel nicht so zurecht, die finde ich dann nicht die und dann verliere ich die im Bett und dann dann kann ich mich an die Mitbewohnerin hier richten und kann sagen, dass sie mit der Klingel und so, das macht sie

dann. Und dann nimmt mir die Angstgefühle.

I: Wovor haben sie Angst?

B: Bitte?

I: Wovor haben sie Angst?

B: Vor Alpträumen habe ich Angst. (8:137–145)

In der Pflegedokumentation für diese Bewohnerin sind Depression und Demenz als Diagnosen kodiert, sie bekommt als Medikamente u.a. Amitriptylin, Citalopram und Risperidon.

Zwischenfazit

Die Pflegeheimbewohner lassen sich hinsichtlich der von ihnen wahrgenommenen Barrieren für guten Schlaf drei Typen zuordnen: Bewohner von Typ I sehen nur nicht-psychische Barrieren für guten Schlaf, Bewohner von Typ II grübeln vor allem über ihre aktuelle Lebenssituation im Pflegeheim und Bewohner von Typ III sehen Erinnerungen an traumatische Ereignisse als negativen Einfluss auf ihren Schlaf und sind auch sonst leicht durch Störungen erregbar.

3.7 Einstellung zu Schlafmedikamenten

Schlafmedikamente sind momentan in der Versorgung eine der am häufigsten eingesetzten Therapieformen. Insgesamt nehmen 19 der 30 interviewten Pflegeheimbewohner im Interview, ohne direkt danach gefragt worden zu sein, explizit Bezug auf Schlafmedikation. Das bedeutet auch, dass gut ein Drittel der befragten Pflegeheimbewohner Schlafmedikamente nicht in Zusammenhang mit Schlaf und Schlafstörungen erwähnten. Die 19 Bewohner, die Schlafmedikamente erwähnen, lassen sich bezüglich ihrer Einstellungen zu Schlafmedikamenten vier verschiedenen Typen zuordnen (vgl. Tabelle 3.8).

Typ A: Ablehnung von Schlafmedikamenten

Sieben Bewohner lassen sich Typ A zuordnen. Bewohner diesen Typs lehnen Schlafmedikamente prinzipiell ab. Als Grund dafür beschreibt ein Bewohner seine Angst abhängig von Schlaftabletten zu werden:

Die wollten mir ja so eine na Schlaftabletten zur Nacht verpassen. Da habe ich ihnen dann aber Beine gemacht, das war nicht mehr ganz so lustig. Vielleicht noch abhängig durch so einen Dreck werden hier. Ich sag nee nee. (01:455-457)

Ein anderer Bewohner hebt in diesem Zusammenhang den Rebound Effekt hervor:

Nee, um Gottes willen, nee nee, das kommt nicht in Frage. Denn das hab ich von Vielen gehört, dass die dann nachher erst recht schlaflos sind, wenn sie es dann einstellen. (09:257–258)

| ID | Traumatische Erinnerungen | Familiäre Probleme | Situation, Zukunft, Sorgen | Ereignisse tagsüber | Termin nächster Tag | Angst | Alp-/Träume | Typ |
|--|--------------------------------------|-----------------------|---------------------------------|------------------------|------------------------|--------|------------------|-----|
| 01 06 10 12 16 20 24 18 19 23 | | x | | x | | | x | I |
| 03 04 05 11 13 21 26 30 | | | x x x x x x x | | | | x x | II |
| 02 07 08 14 15 17 22 27 28 | x x x x x x x x | x | x x x x | x x x x | x x | x x | x x x x | III |
| 09 25 29 | | x | | x | x x | x | | |

Tabelle 3.7: Typologie der Bewohner hinsichtlich wahrgenommener psychischer Barrieren für guten Schlaf

| Typ | Zahl der Interviewpartner |
|--|---------------------------|
| Ablehnung (Typ A) | 7 |
| Leicht und pflanzlich ist in Ordnung (Typ B) | 6 |
| Schlafmedikamente sind in Akutsituationen ok (Typ C) | 1 |
| Ohne Schlafmedikation geht es nicht (Typ D) | 5 |

Tabelle 3.8: Typen der Einstellung zu Schlafmedikamenten

Eine Bewohnerin lehnt einerseits Schlaftabletten ab

Und sagt er [der Arzt], sehen sie, und da kann man doch helfen. Und ich sage, aber nicht mit Schlaftabletten. Ich sage, nicht, das lehne ich ab. (12:196–197)

Andererseits akzeptiert sie eine Tablette zur Entspannung:

[... der Arzt sagte] das ist etwas ähnliches und Sie kommen zur Ruhe. Und da habe ich gesagt schön, wenn es mich klar lässt, nicht, Tag und Nacht sage ich. (12:204–205)

Die Bewohner, die sich diesem Typ zuordnen lassen, sind nicht nur Schlafmedikamenten, sondern insgesamt Medikamenten und Ärzten gegenüber eher skeptisch eingestellt.

Typ B: Leichte pflanzliche Medikamente sind in Ordnung

Bewohner des zweiten Typs vertrauen auf pflanzliche Medikamente. Sie glauben, dass „natürliche“ Medikamente nicht die negativen Wirkungen wie „normale“ Schlafmedikamente haben. Sie erwähnen insbesondere Baldrian und Hopfen. Diese pflanzlichen Medikamente können aus Sicht der Bewohner dieses Typs nicht schaden:

[...] solche Tropfen irgendwie geben könnte. Die von Natur sind, die also auf jeden Fall nichts anrichten können. (14:537–538)

Dabei sehen die Bewohner, die zu diesem Typ gehören, vor allem eine beruhigende Wirkung dieser „leichten“ natürlichen Medikamente:

Meist vielleicht zwischendurch eine Baldrian wie man so sagt, Baldrian als Beruhigung, dass man eine Baldriantablette nimmt, dass man eben ruhig bleibt und ruhig. (17:168–170)

Zu diesem Typ gehören sechs der interviewten Pflegeheimbewohner. Mit Bewohnern von Typ A haben sie eine kritische Haltung gegenüber Medikamenten gemeinsam, pflanzliche Medikamente bewerten sie hingegen als harmlos und gut.

Typ C: Schlafmedikamente sind in Akutsituationen ok

Eine Bewohnerin differenziert bei ihrer Beurteilung von Schlafmedikation den Grund für die Gabe, sie berichtet schwer krank gewesen zu sein und dann habe sie Schlafmedikamente gut gefunden.

B: Und Schlafmittel brauch ich Gott sei Dank nicht. Ich habe eine ganze Weile welche genommen und habe dann festgestellt, also nach der, nach der Tumorgeschichte, und habe dann festgestellt, dass die sowieso nicht mehr richtig wirken, also dass ich auch nicht mehr länger schlafe bis zum ersten Wachwerden also ohne. Und dann sagte irgendeine Ärztin, im Anschluss braucht man manchmal, jetzt können sie die auch weglassen. Und, dann hab ich mal ne halbe genommen und da ging's genauso, und dann jetzt sind sie weg und jetzt brauch ich sie nicht mehr.

I: Wie fanden Sie das dann damals, so Schlafmittel zu nehmen?

B: Oh, das fand ich in Ordnung, ich fand jetzt bist du krank, jetzt kannst du das. also, fand ich in Ordnung und das tat auch, tat auch gut. (30:180–189)

Aber außerhalb dieser akut schwierigen Situation will sie keine Schlafmedikamente nehmen.

Typ D: Ohne Schlafmedikation geht es nicht

Typ D gehören fünf der befragten Interviewpartner an. Für Bewohner, die diesem Typ angehören, sind Schlafmedikamente ein Muss, sie berichten ohne Schlafmedikation nicht schlafen zu können.

Ich weiß auch nicht weshalb, aber ich brauche unbedingt was zum Schlafen und ohne gar nicht und das ist so. (26:287–288)

Bei dem folgenden Zitat einer Bewohnerin wird auch die Bedeutung der Routine beim Einnehmen der Schlafmedikation deutlich:

[...] zu einer bestimmten Zeit ich nehme die Tablette zum Beispiel so gegen neun Uhr, weil ich um Neun noch eine Tablette nehmen muss, die ist für Neun angesetzt und dann nehme ich erst die Schlaftabletten um Neun mit. Und da werde ich so dreiviertel zehn bisschen dusselig, dann lege ich mich hin und denke noch ein bisschen nach und dann bin ich eingeschlafen. (15:428–432)

Die Schlafmedikation bei den Bewohnern diesen Typs wurde ähnlich wie bei der Pflegeheimbewohnerin des Typs C meist in Zusammenhang mit einem belastenden Lebensereignis begonnen, allerdings dann nie mehr beendet:

I: Und seit wann brauchen Sie Tabletten um einschlafen zu können?

B: Draußen auch schon, weil mein Mann ja krank wurde. Er ist nachts durch die Räume, durch den Garten, der ist im Schlafanzug stand er auf der Straße, also es es waren, es waren schlimme Jahren, die letzten fünf Jahre sagen wir mal. Ja. (13:145–148)

Zwei Bewohnerinnen berichten über Versuche auf Schlafmedikamente in der Vergangenheit zu verzichten, und dass sie dann gar nicht schlafen konnten:

Und regelmäßig und ich brauche ja immer was. Wenn die mir gar nichts gibt. Man müsste es mal versuchen, ob ich dann schlafe. Hatte man ja mal, ist aber monatelang her, da war ich die ganze Nacht wach, ich war mal eine ganze Nacht wach. Und da habe ich gesagt bitte bitte nicht wieder. Nicht schön. Ja. (13:295–299)

Die Bewohner dieses Typs sind sich ihrer Abhängigkeit von Schlafmedikamenten bewusst, ohne es als Abhängigkeit zu beschreiben, stattdessen betrachten sie die Schlafmedikamente als zum Schlafen notwendig, ein Muss. Die Pflegeheimbewohner, die diesem Typ D angehören, sehen keinen Handlungsbedarf hinsichtlich der Einnahme von Schlafmedikamenten, da sie die Einnahme von Schlafmedikamenten als nicht schädlich erleben. Der Verzicht auf Schlafmedikation wurde hingegen als sehr unangenehm erlebt.

Zwischenfazit

Die Einstellungen der Pflegeheimbewohner zu Schlafmedikation reicht von völliger Ablehnung von Schlafmedikamenten bis hin zur Beurteilung von Schlafmedikamenten als unverzichtbar für den eigenen Schlaf. Dabei zeigen nur wenige Bewohner ein informiertes Wissen über Schlafmedikamente.

3.8 Wahrgenommene Folgen von Schlafstörungen

Die interviewten Pflegeheimbewohner nehmen Schlafstörungen als unangenehm wahr, als eine Belastung. Sie sehen aber nur geringe Folgen von Schlafstörungen. Für eine Gruppe der interviewten Pflegeheimbewohner haben Schlafstörungen keine Folgen. So sagt ein Bewohner, auf die Frage ob er Folgen spüre, wenn er schlecht geschlafen habe:

Nein. War eben so, und fertig. (06:42)

Ähnlich argumentiert ein anderer Bewohner:

I: Hat das dann am nächsten Tag Folgen?

B: Nein, gar nicht. Gar nicht. Dann, guck ich aus Fenster nächsten Tag oder seh mir was an oder lese, das ist vergessen. (07:113–116)

Eine Bewohnerin, die schon länger an Schlafstörungen leidet berichtet, dass ihre Schlafstörungen keine Folgen hätten, weil sie sich daran gewöhnt habe:

Und ich muss sagen ich bin teilweise daran gewöhnt damit auszukommen. Ich bin nicht erschöpft, ich lege mich auch nicht am Tage hin. Geistig bin ich rege, bin ich fast normal möchte ich sagen. Ja. (13:17–19)

Viele der interviewten Pflegeheimbewohner sehen bei Schlafstörungen kurzfristige Auswirkungen, so sagt eine Bewohnerin:

Wie soll ich sagen, die Augen weh tun mit Müdigkeit so ein bißchen, ja aber.
(02:127–128)

Eine Bewohnerin berichtet über Koordinationsschwierigkeiten als Folge von schlechtem Schlaf:

Ich bin morgens was soll man dazu sagen, ich bin am Morgen schlecht zu recht, mit allem, den Körper zu halten und so weiter. Und dann geht's nachdem etwas besser (26:336–338)

Ähnlich klingt der Bericht eine Bewohnerin, wie es ihr nach einer Nacht mit schlechtem Schlaf geht:

Dann werde ich schwindelig und kann mich gar nicht auf den Beinen halten.
(03:337)

Einige der interviewten Bewohner erzählen, dass Schlafstörungen Auswirkung auf ihre Stimmung, ihre Laune am nächsten Tag haben:

Ja schlechte Laune habe ich dann auch, ja, doch. (19:57)

Langfristige oder schwerwiegende Folgen von Schlafstörungen werden von keinem der interviewten Pflegeheimbewohner berichtet oder angenommen..

Zwischenfazit

Die interviewten Pflegeheimbewohner empfinden Schlafstörungen als unangenehm, aber sie sehen wenn überhaupt nur kurzfristige und wenig schwerwiegende Folgen von Schlafproblemen.

4 Diskussion

Für die Diskussion werde ich zuerst die Ergebnisse dieser Studie kurz zusammenfassen (Abschnitt 4.1). Dann lege ich in Abschnitt 4.2 die Limitationen dieser Studie dar. Daraufhin diskutiere ich verschiedene Aspekte der Ergebnisse und ihre Interpretation ausführlicher. Anschließend diskutiere ich in Abschnitt 4.4 die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf andere Patientengruppen und stelle abschließend in Abschnitt 4.5 Implikationen für die medizinische und pflegerische Praxis vor.

4.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Die interviewten Pflegeheimbewohner haben unterschiedliche Definitionen von gutem Schlaf. Der bei den interviewten Pflegeheimbewohnern häufigste Typ definiert guten Schlaf über die Unterbrechungen von nächtlichem Schlaf. Dabei steht der Wunsch nach einem unterbrechungsfreien Durchschlafen im Vordergrund. Allerdings reflektieren nur wenige der interviewten Pflegeheimbewohner, dass ein unterbrechungsfreies Durchschlafen kaum möglich ist. Einige der interviewten Pflegeheimbewohner haben Unterbrechungen des Nachtschlafes akzeptiert und sehen nach Unterbrechungen wieder weiterschlafen zu können als Kriterium für guten Schlaf an. Pflegeheimbewohner eines zweiten Typs definieren guten Schlaf über Einschlafen und Aufwachen. Dabei verhindern die Abläufe im Pflegeheim häufig eine selbstbestimmte Wahl der Einschlaf- und Aufwachzeit. Nur einzelne der interviewten Pflegeheimbewohner definieren guten Schlaf über die Qualität des Schlafes (tief und fest) oder das Ergebnis von Schlaf (Erholung).

Bei den Ressourcen für guten Schlaf sehen die interviewten Pflegeheimbewohner innere Ruhe als wichtigste Voraussetzung um gut schlafen zu können an. Dabei verfügen nur wenige der interviewten Pflegeheimbewohner über Strategien innerlich ruhig zu werden, wie beispielsweise durch Beten. Eine weitere wichtige Ressource für guten Schlaf ist aus Sicht der interviewten Pflegeheimbewohner tägliche Aktivität. Jedoch verfügen die interviewten Pflegeheimbewohner - insbesondere wenn sie nicht mehr gehen können - nur über gering ausgeprägte Strategien selbst körperlich aktiv zu sein. Weitere Ressourcen für guten Schlaf sind aus Sicht der interviewten Pflegeheimbewohner externale Ressourcen wie nächtliche Stille, frische Luft oder das richtige Bett.

Die interviewten Pflegeheimbewohner berichten über internale psychische, internale körperbezogene und externale Barrieren für guten Schlaf. Psychische Barrieren sind Erinnerungen an traumatische Ereignisse, familiäre Probleme, Sorgen und Grübeln über die aktuelle Situation und die Zukunft, aufregende Ereignisse tagsüber, Termine am nächsten Tag, Ängste und Träume und Alpträume. Bei den körperbezogenen Barrieren stehen nächtlicher Harndrang und in geringerem Ausmaß Schmerzen im Vordergrund. Externale Barrieren sind aus Sicht der interviewten Pflegeheimbewohner nächtliches Licht und

nächtlicher Lärm, verursacht durch Mitbewohner, Pflegekräfte oder von außerhalb des Pflegeheimes. Die interviewten Pflegeheimbewohner berichten als Störungen von Seiten der Pflegekräfte vor allem nächtliche Rundgänge und Pflegehandlungen an Zimmermitbewohnern.

Anhand der wahrgenommenen Barrieren für guten Schlaf lassen sich die interviewten Pflegeheimbewohner drei Typen zuordnen: Bewohner von Typ I nennen nur körperbezogene und externale Barrieren; aus ihrer Sicht spielen psychische Barrieren für ihren Schlaf aktuell keine Rolle. Bewohner von Typ II grübeln viel über ihre aktuelle Situation und nehmen dieses Grübeln als ihren Schlaf störend wahr. Bewohner von Typ III werden von traumatischen Erinnerungen geplagt und sind allgemein leicht durch psychische Faktoren störrbar.

Hinsichtlich ihrer Einstellungen zu Schlafmedikamenten lassen sich die interviewten Pflegeheimbewohner in vier Typen einteilen. Pflegeheimbewohner des Typs A lehnen Schlafmedikamente prinzipiell ab. Bewohner des Typs B finden „natürliche“ Schlafmedikamente seien unschädlich und vor allem zur Beruhigung hilfreich. Pflegeheimbewohner des Typs C finden Schlafmedikamente in akuten Belastungssituationen in Ordnung. Bewohner des Typs D brauchen Schlafmedikamente zum Schlafen, sie haben Schlafmittel ehemals in einer Belastungssituation verordnet bekommen und benötigen sie aus ihrer Sicht auch weiterhin um schlafen zu können.

Die interviewten Pflegeheimbewohner sehen keine gravierenden oder langwierigen Folgen von Schlafstörungen. Ein Teil der interviewten Pflegeheimbewohner sieht bei Schlafproblemen keine Folgen. Manche der interviewten Pflegeheimbewohner berichten als Folge von Schlafstörungen müde zu sein, andere berichten in Folge psychisch etwas beeinträchtigt zu sein. Insgesamt dominiert in der Wahrnehmung der interviewten Pflegeheimbewohner die subjektive Belastung durch Schlafstörungen über mögliche Folgen von Schlafstörungen.

4.2 Limitationen der Studie

Aufgrund des Erhebungsinstrumentes qualitatives Interview konnten nur Pflegeheimbewohner, die örtlich und zur Person orientiert waren, in die Studie eingeschlossen werden. Pflegeheimbewohner mit stärkeren kognitiven Einschränkungen, beispielsweise an mittlerer oder schwerer Demenz erkrankte Bewohner, konnten nicht in die Studie eingeschlossen werden. Daher war eine an der Gesamtpopulation der Pflegeheimbewohner relevante Gruppe von dieser Studie ausgeschlossen. Alternative Erhebungsmethoden wie beispielsweise Beobachtungsverfahren kamen jedoch nicht in Betracht: Einerseits bieten Beobachtungsverfahren keinen Zugang zu Kognitionen wie subjektiven Konzepten, andererseits sind Beobachtungsverfahren mit kognitiv stark eingeschränkten und damit nicht zustimmungsfähigen Personen ethisch schwierig zu rechtfertigen. Die Ergebnisse dieser Studie sind daher nur eingeschränkt auf mittel bis schwer an Demenz erkrankte Pflegeheimbewohner übertragbar.

Ein weiterer zu diskutierender Aspekt der Methodik sind Feldzugang und Sampling unter Zuhilfenahme von Gatekeepern. Die Einbindung von Pflegekräften in den Zugangs-

und Auswahlprozess der Teilnehmer bietet potenzielle Verzerrungsmöglichkeiten bei der Zusammensetzung des Samples. So konnte die Zielsetzung eines Samples mit gleichen Anteilen von Frauen und Männern nicht erfüllt werden. Allerdings entspricht die Verteilung des realen Samples von 2:1 besser der tatsächlichen Zusammensetzung der Pflegeheimbewohnerpopulation als die angestrebte Verteilung von 1:1. Daher spiegelt die Verteilung zu Gunsten von Frauen im Sample eher die Rahmenbedingungen der Pflegeheimpopulation, als eine Einflussnahme der am Sampling beteiligten Gatekeeper wider. Die Altersverteilung ist im Sample wie gewünscht heterogen und auch ältere Altersgruppen konnten ausreichend berücksichtigt werden. Es wäre denkbar, dass Pflegekräfte als Gatekeeper gezielt versucht haben kritische Pflegeheimbewohner aus dem Sample herauszuhalten. Dagegen sprechen jedoch die vielfach vorhandenen pflegekritischen Äußerungen in den Interviews. Auffällig ist jedoch, dass die interviewten Pflegeheimbewohner jegliches Pflegehandeln durch die Rahmenbedingungen für die Pflegekräfte entschuldigen. Dies spiegelt jedoch vermutlich eher den Einfluss sozialer Erwünschtheit und das im Pflegeheim von den Pflegekräften den Bewohnern vermittelte Selbstbild als eine Verzerrung beim Sampling wider.

Das Samplingkriterium gut/schlecht schlafend erwies sich schon früh im Forschungsprozess als schwierig. Ich hatte dieses Kriterium über die subjektive Selbsteinschätzung des Schlafes durch die Pflegeheimbewohner definiert. Jedoch zeigte sich in den Interviews, dass diese Selbsteinschätzung häufig nicht konsistent war. So bezeichnete eine Pflegeheimbewohnerin am Anfang des Interviews ihren Schlaf als gut, doch im Verlauf des Interviews brach dieses Selbstkonzept in gewisser Weise zusammen und es stellte sich heraus, dass sie sehr unter ihren Schlafproblemen leidet. Aufgrund dieser Inkonsistenzen habe ich auf eine dichotome Einteilung in gut und schlecht schlafende Bewohner bei der Auswertung verzichtet.

Da diese Studie eine qualitative Studie ist, erhebt sie nicht den Anspruch statistisch repräsentative Ergebnisse zu erzielen, sondern hat als Ziel verallgemeinerbare Muster und Typen. Entsprechend dieses Anspruches konnten in verschiedenen Ergebnisbereichen Muster und Typologien gefunden werden. Um mittels statistisch repräsentativer Ergebnisse die Muster und Typologien zu quantifizieren, wäre in einer Folgestudie eine Operationalisierung der qualitativen Ergebnisse und darauf aufbauend eine quantitative Erhebung denkbar.

Die Erhebung der subjektiven Konzepte von Pflegeheimbewohnern mittels qualitativem Interview beschränkt die Ergebnisse der Studie auf die subjektive Sichtweise der Pflegeheimbewohner. Andere Erhebungsverfahren z.B. teilnehmende Beobachtungen hätten möglicherweise zu anders strukturierten Ergebnissen geführt, die beispielsweise stärker an der Konstruktion der subjektiven Konzepte zu Schlaf in der Interaktion im Pflegeheim orientiert gewesen wären. Die Erhebungsmethode des qualitativen Interviews kann nur die Perspektive von Pflegeheimbewohnern erheben. Es ist denkbar, dass es über diese subjektive Perspektive hinaus beispielsweise Ressourcen oder Barrieren für guten Schlaf gibt, die den interviewten Pflegeheimbewohnern jedoch nicht bewusst waren.

Im Rahmen der Studie wurden verschiedene Qualitätssicherungsinstrumente qualitativer Forschung eingesetzt, um eine hohe Qualität der Ergebnisse sicherzustellen. So führte ich während der gesamten Studie ein Research Journal, um dem Forschungs-

prozess zu dokumentieren und zu reflektieren. Auf Ebene der Erhebungsinstrumente fand eine doppelte Triangulation statt: Das episodische Interview ist einerseits eine in-method-Triangulation zwischen verschiedenen methodischen Ansatzpunkten des qualitativen Interviews. Andererseits wurde das episodische Interview wiederum - im Sinne einer between-method-Triangulation - mit einem strukturierten Schlaftagebuch trianguliert. Die Qualität der Interviews wurde im Promotionscolloquium anhand von ausgewählten Transkriptionen überprüft. Die Erstellung der thematischen Struktur wurde in mehreren Sitzungen mit nicht an der Studie beteiligten Wissenschaftlern diskutiert, reflektiert und revidiert. Nicht zuletzt wurden Studiendesign, -durchführung und -ergebnisse kontinuierlich durch Mitdoktoranden des Graduiertenkollegs „Multimorbidität im Alter“ kritisch begleitet.

4.3 Interpretation der Ergebnisse

4.3.1 Durchschlafen - ein überhöhter Anspruch?

Die meisten der interviewten Pflegeheimbewohner haben an guten Schlaf den Anspruch, ohne Unterbrechungen durchschlafen zu können. Allerdings ist ein solch unterbrechungsfreies Durchschlafen meist nicht möglich. Zahlreiche Barrieren verhindern ein Durchschlafen, wie beispielsweise nächtlicher Harndrang oder die nächtlichen Rundgänge der Pflegekräfte. Darüber hinaus wacht jeder Mensch nachts physiologischerweise mehrfach auf; bei älteren Menschen ist die Häufigkeit dieses kurzen nächtlichen Erwachens überdies größer (Bliwise, 2005).

Trotzdem haben die meisten der interviewten Pflegeheimbewohner den Anspruch durchschlafen zu können. Nur wenige der interviewten Pflegeheimbewohner reflektieren darüber, dass ein unterbrechungsfreies Durchschlafen nicht möglich ist. Bei diesen stärker reflektierenden Pflegeheimbewohnern wird auch deutlich, dass die Bewertung von Unterbrechungen eine große Rolle spielt: So wird erst durch eine kognitive Bewertung aus einer Unterbrechung des Nachtschlafs eine Störung des Nachtschlafs. Gleichzeitig ist anzunehmen, dass ein unerfüllbarer Anspruch an guten Schlaf zu einer schlechteren Bewertung des eigenen Schlafes führt.

Der Anspruch ungestört durchschlafen zu können ist ein sogenannter dysfunktionaler Gedanke. In der kognitiven Verhaltenstherapie sind dysfunktionale Gedanken unangemessene Grundannahmen, die zu kontraproduktivem Denken und Handeln führen können (Hoyer & Chaker, 2009). So kann beispielsweise eine katastrophisierende Bewertung einer unvermeidlichen Unterbrechung des Nachtschlafs ein Wiedereinschlafen verhindern und im Weiteren Angst vor einer erneuten Unterbrechung erzeugen. Solche dysfunktionalen Gedanken können daher zu einem Teufelskreis führen. So beschreiben auch Hermann et al. (2009) den Anspruch durchschlafen zu wollen als Beispiel für schlafbezogene dysfunktionale Gedanken. Ellis et al. (2007) zeigten die Bedeutung dysfunktionaler Gedanken für Schlafstörungen im Alter. Allerdings wird in dem Messinstrument der Studie von Ellis et al. (2007), der Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep Scale (Carney & Edinger, 2006), der Anspruch an unterbrechungsfreies Durchschlafen nicht erhoben.

Davis et al. (2007) konnten in ihrer Studie mit Bewohnerinnen betreuten Wohnens die Bedeutung überhöhter Ansprüche für die eigene Schlafzufriedenheit herausarbeiten. Davis et al. (2007) nennen als Gründe für überhöhte Ansprüche den Vergleich mit besser schlafenden Mitbewohnern. In dieser Studie erwähnten die interviewten Pflegeheimbewohner den Vergleich ihres Schlafes mit anderen Mitbewohnern jedoch nicht als relevante Dimension. Die bei Davis et al. (2007) anhand eines Fragebogens vorgenommene eindeutige dichotome Zuordnung in subjektiv gut und subjektiv schlecht schlafende Bewohner ließ sich in dieser Studie anhand der Interviews nicht replizieren, vielmehr war die eigene Bewertung des Schlafes im Verlauf der einzelnen Interviews häufig inkonsistent.

Der überhöhte Anspruch des Durchschlafens bietet einen Ansatzpunkt für therapeutische Maßnahmen. Wenn im Konsultationsgespräch ein überhöhter Anspruch exploriert wurde, so kann in weiteren Konsultationen auf eine Veränderung dieses dysfunktionalen Gedankens vorsichtig hingearbeitet werden (vgl. Abschnitt 4.5.1).

4.3.2 Barrieren der Realisierbarkeit von Ansprüchen an guten Schlaf

Bei den Ansprüchen der interviewten Pflegeheimbewohner an guten Schlaf fällt auf, dass ihre Möglichkeiten diese Ansprüche zu realisieren eingeschränkt sind. Dabei könnten die Ansprüche der Pflegeheimbewohner leitend bei der Priorisierung von Veränderungen und Interventionen im Pflegeheim sein.

Der wichtigste Anspruch der interviewten Pflegeheimbewohner ist der Wunsch durchschlafen zu können. Auch wenn dieser Wunsch nach völlig unterbrechungsfreiem Durchschlafen nicht zu verwirklichen ist (vgl. Abschnitt 4.3.1), so folgt trotzdem aus diesem Wunsch, dass von Seiten der Professionellen Handlungen, die das Durchschlafen beeinträchtigen könnten, möglichst vermieden werden sollten. Barrieren, die das Durchschlafen beeinträchtigen, sind aus Sicht der interviewten Pflegeheimbewohner beispielsweise externalen Barrieren, wie Licht und Lärm. Diese subjektiv wahrgenommene Belastung bestätigt die Ergebnisse der Beobachtungsstudie von Schnelle et al. (1998) zu externalen Barrieren im Umfeld Pflegeheim. Die subjektiven Annahmen der interviewten Pflegeheimbewohner zu externalen Barrieren für guten Schlaf entsprechen also objektiv gemessenen Barrieren. Jedoch konnten Schnelle et al. (1999) in einer Interventionsstudie, bei der nächtlicher Lärm und nächtliches Licht reduziert wurden, keine Verbesserung des Schlafes erzielen. Die von den interviewten Pflegeheimbewohnern genannten wichtigsten externalen Störquellen nächtlicher Rundgänge und Pflegehandlungen an Zimmermitbewohnern versuchten O'Rourke et al. (2001) in einer quasi-experimentellen Studie zu verringern. Sie fanden dabei eine Verbesserung der Schlafdauer, jedoch ist die Aussagekraft der Studie aufgrund ihrer Methodik eingeschränkt. Die subjektiv wahrgenommenen externalen Barrieren durch die interviewten Pflegeheimbewohner korrespondieren insgesamt also gut mit objektiv gemessenen Barrieren für guten Schlaf; Interventionen, die auf solche externalen Barrieren einwirken, konnten jedoch bisher nicht überzeugen.

Bei den internalen Barrieren führt aus Sicht der interviewten Pflegeheimbewohner vor allem nächtlicher Harndrang zu Unterbrechungen des Durchschlafens. Aus Sicht der Pflegeheimbewohner sind die Ursachen dafür vor allem sogenannte „Wassertabletten“, also Diuretika, und Blasenveränderungen bei Frauen. Dies entspricht den Ergebnissen

der Studie von Gentili et al. (1997), die fanden, dass 71% der von ihnen befragten Pflegeheimbewohner durch nächtliches Wasserlassen beim Schlafen beeinträchtigt werden. Im Alter ist nächtlicher Harndrang häufig, so fanden Fitzgerald et al. (2007) eine Prävalenz des nächtlichen Wasserlassens bei 60- bis 79-jährigen von über 40%. Fitzgerald et al. (2007) untersuchten auch die Bedeutung von Diuretika für nächtliches Wasserlassen, zwar fanden sie für Diuretika in einer multivariaten Analyse eine Odds Ratio von 1,38 bezüglich nächtlichen Wasserlassens, allerdings führen sie diese erhöhte Häufigkeit nächtlichen Wasserlassens auf der Diuretikaverordnung zu Grunde liegende Erkrankungen zurück. Bei dem sogenannten nächtlichen polyurischen Syndrom, bei welchem die Gesamturinmenge über 24 Stunden normal, jedoch zur Nacht hin verschoben ist, wird sogar eine Einnahme von Diuretika erst nachmittags empfohlen (Asplund, 2004). Ein ursächlicher Einfluss langfristig verordneter Diuretika auf die Menge und Häufigkeit des nächtlichen Wasserlassens ist also nicht nachgewiesen. Dem steht die feste Überzeugung vieler der interviewten Pflegeheimbewohner entgegen, dass Diuretika ursächlich für ihren nächtlichen Harndrang sind. Auffällig ist dabei die bei den interviewten Pflegeheimbewohnern und in der Praxis häufig übliche Bezeichnung von Diuretika als „Wassertabletten“. Möglicherweise liegt die Ursachenzuschreibung (Diuretika als Ursache nächtlichen Harndrangs) gerade in der Verwendung dieser Metapher (Kamps, 2004) für Diuretika. Insbesondere für die allgemeinmedizinische Praxis zeigt sich hier ein Bedarf, die Verwendung und Folgen der Formulierung „Wassertabletten“ zu erforschen.

Eine weitere wenn auch weniger häufig genannte Barriere für guten Schlaf sind aus Sicht der Pflegeheimbewohner Schmerzen. Kopke et al. (2011) fanden bei der Sekundäranalyse von Krankenkassendaten bei Pflegeheimbewohnern eine Prävalenz von 15% für Koxarthrose, Zosterneuralgie und nicht anderweitig klassifizierten Schmerz. Diese Rate stimmt gut mit der in dieser Studie gefundenen Nennung von Schmerzen als Barriere für Schlaf bei fünf der 30 interviewten Pflegeheimbewohner überein. Gentili et al. (1997) fanden in einer quantitativen Studie, dass 33% der teilnehmenden Pflegeheimbewohner durch Schmerzen beim Schlaf gestört werden. Die Ergebnisse dieser Studie bestätigen also, dass Schmerzen eine relevante Barriere für guten Schlaf sind, jedoch nur bei einem Teil der Pflegeheimbewohner.

Die Abläufe im Pflegeheim beschränken teilweise auch die selbstbestimmte Wahl der Zu-Bett-Geh-Zeit und Aufwachzeit durch die Pflegeheimbewohner. Dies entspricht den Ergebnissen von Middelkoop et al. (1994), dass Pflegeheimbewohner im Vergleich zu den zu Hause versorgten älteren Menschen früher zu Bett gehen. Dabei gaben in der Studie von Middelkoop et al. (1994) 81% der befragten Pflegeheimbewohner an, selbstständig bestimmen zu können, wann sie ins Bett gehen und nur 19% der befragten Pflegeheimbewohner gaben an frei wählen zu können, wann sie aufstehen. Dies stimmt mit den Äußerungen von Pflegeheimbewohnern in dieser Studie überein, dass sie häufig ungewollt morgens direkt oder indirekt geweckt werden. Aus Sicht der Pflegeheimbewohner spielen dabei vielfach Praktikabilitätsgründe von Seiten der Pflegekräfte eine Rolle, dass die Bewohner beispielsweise früher als sie gerne wollten ins Bett gebracht werden. Dabei scheint auch eine Rolle zu spielen, dass die Pflegekräfte teilweise der Ansicht sind, besser zu wissen als der Bewohner, was für den Bewohner gut ist. Dies berührt einen grundlegenden Konflikt bei der Frage der Selbstbestimmung, nämlich ob Selbstbestimmtheit auch

so weit geht, sich selbst Schaden zufügen zu lassen. Dabei ist die Schwierigkeit sicherlich auch, in wie weit Pflegeheimbewohner mit kognitiven Einschränkungen die Folgen ihres Handelns abschätzen können. Beispielhaft steht dafür der Fall des einen Pflegeheimbewohners, der schon früh abends ins Bett gehen wollte um zu schlafen, nachts aber zeitweilig wach war und randalierte, weshalb die Pflegekräfte ihm nicht mehr erlaubten früh ins Bett zu gehen.

Es zeigt sich also insgesamt ein vielfältiges Spektrum von Barrieren, die verhindern, dass Pflegeheimbewohner ihre Ansprüche an guten Schlaf realisieren können. Diese Vielfalt der Barrieren kann die geringe Wirksamkeit von Interventionen, die auf einzelne der Barrieren abzielen, erklären. Daher sprechen die Ergebnisse dieser Studie für die Konzeption und Testung multimodaler komplexer Interventionen, die sich an den individuellen Barrieren der Pflegeheimbewohner orientieren.

4.3.3 Fehlende Strategien zur Aktivierung von Ressourcen für guten Schlaf

Die interviewten Pflegeheimbewohner wissen, was ihnen hilft um besser zu schlafen; sie kennen Ressourcen für guten Schlaf. Allerdings verfügen sie bei den Ressourcen für guten Schlaf insgesamt über wenig Strategien, diese Ressourcen zu nutzen oder zu aktivieren. Die meisten der interviewten Pflegeheimbewohner wissen nicht, wie sie die von ihnen genannten Ressourcen aktivieren oder nutzen können.

Die wichtigste Ressource für guten Schlaf ist aus Sicht der interviewten Pflegeheimbewohner innere Ruhe. Zur Thematik innerer Ruhe und Schlaf findet sich in der Literatur bisher kaum Forschung, wenn auch der Zusammenhang von psychischen Problemen mit Schlafstörungen gut untersucht ist (Benca et al., 1992). Die interviewten Pflegeheimbewohner haben wenig Strategien, wie sie zu innerer Ruhe kommen können, sie erwähnen vor allem Beten; Entspannungstechniken werden von keinem der interviewten Pflegeheimbewohner genannt. In der Praxis gut erprobte Entspannungstechniken sind beispielsweise Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson (Sammer & Teichmann-Wirth, 2000) und Autogenes Training (Wallnöfer et al., 2000). So konnten Means et al. (2000) bei Studenten mit Insomnie die Wirkung von Entspannungstechniken für eine Verbesserung des Schlafes zeigen. Daher empfiehlt auch die aktuelle Leitlinie, bei Insomnie Entspannungstechniken anzuwenden (Mayer et al., 2009). Möglicherweise wären Entspannungstechniken im Pflegeheim daher eine praktikable Intervention, um Pflegeheimbewohnern mit Schlafschwierigkeiten zu größerer inneren Ruhe zu verhelfen.

Auch bei körperlicher Aktivität als Ressource für guten Schlaf sehen die interviewten Pflegeheimbewohner für sich selbst wenige Strategien, wie sie körperlich aktiv sein können. Dies gilt insbesondere für Pflegeheimbewohner, deren Gehfähigkeit eingeschränkt ist. Dies bestätigt die Studie von Stathi & Simey (2007): Sie fanden in ihrer Studie mit qualitativen Interviews mit Pflegeheimbewohnern, die an einer Intervention mit körperlicher Aktivität teilnahmen, dass die Bewohner überrascht von ihren eigenen Möglichkeiten waren. Die Bewohner entdeckten im Laufe der Intervention mehr Möglichkeiten, als sie bei sich vermutet und sich zugetraut hätten. Dieses Muster zeigt sich auch in dieser Studie: Die interviewten Pflegeheimbewohner haben hinsichtlich körperlicher Aktivität vor allem ein eingeschränktes Wissen um die eigenen Möglichkeiten.

Über Gehen hinaus sind ihnen meist keine Möglichkeiten körperlicher Bewegung für sich selbst bekannt. Dass auch ohne Gehfähigkeit körperliche Bewegung und Sport möglich sind, zeigt das Beispiel der über 80 Jahre alten Pflegeheimbewohnerin, die beruflich körperlich aktiv war. Sie war ihr Leben lang körperlich aktiv und findet daher auch im Alter Möglichkeiten mit dem Rollstuhl oder im Schwimmbad Sport zu betreiben, auch wenn sie nicht mehr gehen kann.

Insgesamt zeigt sich über alle Ressourcen hinweg, dass die meisten der interviewten Pflegeheimbewohner für sich selbst insgesamt wenig Strategien sehen, wie sie aktiv umsetzen können, was sie für gut für sich erachten. Dies hat möglicherweise mit ihrem Lebensalltag in einer institutionalisierten Lebenswelt zu tun. Einerseits benötigen Pflegeheimbewohner in vielen Bereichen Hilfe, sind also von den Pflegekräften abhängig. Andererseits werden ihnen auch viele Tätigkeiten abgenommen, wie die Ergebnisse von Abschnitt 3.2 zeigen. Ihnen fehlt daher vielfach das Wissen um die eigenen verbliebenen Möglichkeiten. Dies zeigt die Notwendigkeit der Förderung der individuellen Ressourcen von Pflegeheimbewohnern auf.

Daher ergibt sich aus den Ergebnissen dieser Studie für Interventionen, dass diese sich nicht nur auf den Abbau von Barrieren für guten Schlaf richten sollten, sondern auch die Ressourcen für guten Schlaf miteinbeziehen sollten. Dabei lassen die Ergebnisse dieser Studie vermuten, dass eine Förderung des Wissens um die eigenen verbliebenen Möglichkeiten erfolgversprechend sein könnte. Insbesondere die Förderung von innerer Ruhe und körperlicher Aktivität wären zu den Bedürfnissen von Pflegeheimbewohnern stimmig und böten daher gute Ansatzpunkte für Interventionen. Sowohl zur Förderung innerer Ruhe, als auch zur Förderung körperlicher Aktivität gibt es zahlreiche, teilweise auch im Pflegeheim erprobte Interventionen. Es wäre wünschenswert diese Interventionen zu adaptieren und ihre Wirkung auf Schlaf und Schlafstörungen zu erforschen.

4.3.4 Psychische Faktoren bei Schlafstörungen

Innere Ruhe ist für viele der interviewten Pflegeheimbewohner eine zentrale Voraussetzung für guten Schlaf. Entsprechend sehen die interviewten Pflegeheimbewohner auch psychische Faktoren als wichtige Barrieren für guten Schlaf an. Dies steht in Einklang damit, dass Schlafstörungen ein häufiges Symptom bzw. eine häufige Komorbidität bei psychischen Krankheiten sind (Benca et al., 1992). Dies steht aber im Gegensatz zur Praxis der Behandlung von Schlafstörungen bei Pflegeheimbewohnern; so findet sich in der Literatur keine Studie zu einer Intervention bei Pflegeheimbewohnern mit Schlafstörungen, bei der psychische Faktoren in der Intervention miteinbezogen wurden. Darüber hinaus sind Pflegeheimbewohner psychotherapeutisch deutlich unterversorgt (Bharucha et al., 2006). Hier zeigt sich zwischen den subjektiven Bedürfnissen der Pflegeheimbewohner und der medizinisch-pflegerischen Versorgung eine deutliche Diskrepanz.

Anhand der angenommenen psychischen Faktoren für Schlafprobleme konnte ich eine Typologie von Pflegeheimbewohnern mit drei Typen konstruieren (vgl. Abschnitt 3.6). Bewohner des Typs II grübeln viel über ihre aktuelle Situation. Die von ihnen berichteten psychischen Belastungsfaktoren sind Teil der Symptome bei Depression und Anpassungsstörung. Smalbrugge et al. (2006) und Teresi et al. (2001) konnten eine ho-

he Prävalenz von Depression bei Pflegeheimbewohnern zeigen. Auch ist die Assoziation von Depression und Schlafproblemen bekannt (Benca et al., 1992). Livingston et al. (1993) konnten mit ihrer populationsbezogenen Studie nicht nur einen starken Zusammenhang zwischen Schlafstörungen und Depressionen zeigen, sondern Schlafstörungen waren auch ein Prädiktor für Depressionen bei einem 2-3 Jahre späteren Messzeitpunkt. Bei Pflegeheimbewohnern des Typs II liegt möglicherweise eine Depression oder Anpassungsstörung mit der Symptomatik von Schlafstörungen vor. Bewohner dieses Types sollten daher gezielt auf ein Vorliegen einer Depression oder Anpassungsstörung befragt werden.

Pflegeheimbewohner des Typs III berichten über sie belastende Erinnerungen an traumatische Erlebnisse. Darüber hinaus berichten sie zahlreiche weitere psychische Faktoren, die ihren Schlaf beeinträchtigen. Die Schwelle, Ereignisse als belastend oder störend zu empfinden, scheint bei Bewohnern dieses Typs herabgesetzt. Diese Kombination aus traumatischen Ereignissen und herabgesetzter Erregungsschwelle erinnert an die Symptomatik der Posttraumatischen Belastungsstörung. Schlafstörungen sind ein zentrales Merkmal der Posttraumatischen Belastungsstörung (Ross et al., 1989). Rosen et al. (1991) konnten zeigen, dass bei Holocaustüberlebenden noch nach 45 Jahre deutliche Veränderungen beim subjektiven Schlafempfinden messbar sind. Glaesmer et al. (2010) fanden bei der älteren deutschen Bevölkerung eine Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung von 7.2% . Die Ergebnisse von Glaesmer et al. (2010) bestätigen auch, dass Schlafstörungen bei der Posttraumatischen Belastungsstörung ein häufiges Symptom sind. Pflegeheimbewohner des Typs III könnten also an einer - möglicherweise auch subklinischen - Posttraumatischen Belastungsstörung leiden. Bewohner dieses Types sollten also auf das Vorliegen einer Posttraumatischen Belastungsstörung hin befragt werden.

Die vorgestellte Typologie hat daher möglicherweise als Screeninginstrument im hausärztlichen Konsultationsgespräch bei Schlafstörungen eine diagnostische Relevanz. Daher besteht ein zukünftiger Forschungsbedarf darin, diese Typologie in einem nächsten Schritt anhand der qualitativen Ergebnisse dieser Studie zu operationalisieren und den prädiktiven Wert der Typologie quantitativ zu testen.

4.3.5 Einstellungen zu Medikamenten

Bei den Einstellungen zu Schlafmedikamenten zeigt sich bei den vier gefundenen Typen von Pflegeheimbewohnern eine große Bandbreite von Einstellungen. Diese Einstellungen spiegeln dabei vermutlich vor allem die Grundeinstellung zu Medikamenten im Allgemeinen wieder. Besonders auffällig ist die mit fünf von 30 interviewten Pflegeheimbewohnern recht hohe Zahl von Bewohnern, die Schlafmedikamente als ein Muss zum Schlafen ansehen. Bei diesen fünf interviewten Pflegeheimbewohnern liegt vermutlich eine Abhängigkeit von Schlafmedikamenten vor, so berichten sie teilweise bei meist unfreiwilliger Absetzung der Schlafmedikation über Entzugserscheinungen. Besonders relevant ist in diesem Zusammenhang, dass die entsprechenden Pflegeheimbewohner berichten, dass die Schlafmedikation bei belastenden Ereignissen begonnen aber nie wieder beendet wurde. Hier zeigt sich ein potenzieller vermeidbarer Auslöser für Abhängigkeit

von Schlafmedikation. Die kurzfristige Gabe von Schlafmedikation in Belastungssituationen sollte auf jeden Fall hinterfragt werden, da sie zumindest in manchen Fällen zu langfristiger Abhängigkeit führt. Hier zeigt sich ein Bedarf, die Folgen der kurzfristigen Verordnung von Schlafmedikation in Belastungssituationen zu erforschen und über eine quantitative prospektive oder retrospektive Studie den Anteil der kurzfristigen Gaben von Schlafmedikation, die zu langfristiger Gabe und Abhängigkeit führen, zu quantifizieren.

4.3.6 Wahrgenommenen Folgenlosigkeit von Schlafstörungen

Die interviewten Pflegeheimbewohner sehen Schlafstörungen vor allem als eine subjektive Belastung. Sie erwarten über die Belastung durch Schlafstörungen hinaus allenfalls nur kurzfristige Folgen direkt am Tag nach einer Nacht mit schlechtem Schlaf. Die Folgen von Schlafstörungen werden in der Literatur unterschiedlich bewertet, so werden teilweise sehr schwerwiegende Folgen von Schlafstörungen angenommen (Manabe et al., 2000), allerdings basieren diese Annahmen auf Korrelationsstudien, die keine kausalen Zusammenhänge nachweisen können. Schlafstörungen konnten daher bisher - wenn man die Kriterien von Hollnagel & Malterud (2000) anlegt - nicht als Risikofaktor für schwerwiegende Erkrankungen belegt werden. Die Evidenz widerspricht daher nicht unbedingt der Wahrnehmung der interviewten Pflegeheimbewohner, dass Schlafstörungen keine schwerwiegenden Folgen haben. Auch in der aktuellen Leitlinie stehen die Belastungen durch Schlafstörungen statt möglichen Folgen von Schlafstörungen im Vordergrund (Mayer et al., 2009).

4.3.7 Parallelen und Differenzen zur Perspektive anderer Bevölkerungsgruppen auf Schlaf

Pflegeheimbewohner sind eine in mehrfacher Hinsicht besondere Bevölkerungsgruppe, einerseits sind sie aus medizinischer Sicht morbider und funktionell stärker eingeschränkt als der größte Teil der Bevölkerung. Andererseits leben und schlafen Pflegeheimbewohner in einer speziellen medizinisch-pflegerischen Institution, was sie ebenfalls vom größten Teil der Bevölkerung unterscheidet. Es stellt sich also die Frage, inwiefern sich die subjektiven Konzepte und Erfahrungen von Pflegeheimbewohnern von den Konzepten und Erfahrungen anderer Bevölkerungsgruppen unterscheiden oder ihnen gleichen. Zur Beantwortung dieser Frage werde ich in diesem Abschnitt ausgewählte Ergebnisse dieser Studie den Perspektiven anderer Bevölkerungsgruppen aus den in Abschnitt 1.3 vorgestellten Studien gegenüberstellen.

Ein Ergebnis dieser Studie ist, dass die interviewten Pflegeheimbewohner insgesamt über wenig Strategien verfügen, Ressourcen für guten Schlaf zu aktivieren oder Barrieren für guten Schlaf abzubauen. Pflegeheimbewohner scheinen insgesamt ihre Möglichkeiten zu unterschätzen, was sich auch in den Ergebnissen der Studie von Stathi & Simey (2007) zeigte. Dem gegenüber fanden Hislop & Arber (2003) bei Frauen mittleren Alters eine hohe Bedeutung selbstregulatorischen Umganges mit Schlafproblemen. Während die von Hislop & Arber (2003) interviewten selbstständig lebenden Frauen einen individuellen

problemlösungsorientierten Umgang mit Schlafproblemen haben, konnte ich in dieser Studie bei Pflegeheimbewohnern eher eingeschränkte Problemlösestrategien hinsichtlich Schlaf finden. Diese unterschiedlichen Ergebnisse könnten einerseits eine Generationenfrage widerspiegeln: Frauen mittleren Alters wurden möglicherweise in einer Zeit sozialisiert, in welcher selbst aktiv mit Problemen umzugehen einen höheren Stellenwert hatte als dies zur Zeit der Sozialisation der heute älteren Bevölkerung der Fall war. Andererseits könnte dieser Unterschied aber auch begründet in der spezifischen Lebenswelt Pflegeheim sein, in welcher die Pflegeheimmitbewohner, wie in Abschnitt 3.2 zur Lebenswelt Pflegeheim dargestellt, in ihrer Selbstständigkeit eingeschränkt sind und aufgrund ihrer Krankheiten und funktionellen Einschränkungen stärker von anderen abhängig sind, als dies die selbstständigen Frauen mittleren Alters waren, die Hislop & Arber (2003) interviewten. Diese beiden Faktoren könnten die unterschiedlichen Handlungs- und Herangehensweisen bei Problemen wie Schlafstörungen zwischen Frauen mittleren Alters und älteren Pflegeheimbewohnern erklären.

Dieser Unterschied der Lebenswelt zeigt sich auch, wenn man die Ergebnisse der Studie von Meadows et al. (2008) hinzuzieht. Für die von Meadows et al. (2008) befragten Männer mittleren Alters ist das Funktionieren in Beruf und Privatleben wichtig und die Funktion von Schlaf ist dieses Funktionieren aufrecht zu erhalten. Pflegeheimbewohner üben hingegen keinen Beruf mehr aus, sie haben in ihrem eigenen Leben inzwischen zahlreiche Einschränkungen ihres eigenen Funktionierens erfahren müssen (vgl. Abschnitt 3.2) und haben sich damit mehr oder weniger gut abgefunden. Schlaf hat daher für die interviewten Pflegeheimbewohner weniger eine Bedeutung für das eigenen Funktionieren, sondern sie betonen mehr den Wert von Schlaf für sich, bzw. die subjektive Belastung durch Schlafstörungen, statt Folgen von Schlafstörungen.

Ein weiteres zentrales Ergebnis dieser Studie ist die große subjektive Bedeutung psychischer Faktoren für Schlaf und Schlafstörungen. Bisher wurden psychische Faktoren für Schlafstörungen beispielsweise bei Interventionen wenig beachtet (vgl. Abschnitt 1.4.4). In einer quantitativen Studie mit Patienten mit Insomnie konnte schon Lichstein & Rosenthal (1980) zeigen, dass Patienten mit Insomnie überwiegend kognitive Faktoren als Ursache von Schlafstörungen sahen. Auch in der Studie von Johansson et al. (2007) nannten die interviewten Patienten mit koronarer Herzkrankheit Grübeln als eine Ursache von Schlafproblemen. Mit dieser Studie konnte ich nun zeigen, dass auch für Pflegeheimbewohner psychische Faktoren eine wichtige Rolle als Ursache von Schlafstörungen spielen. Über die bisherige Studienlage hinausgehend zeigen die Ergebnisse dieser Studie nicht nur die große Bedeutung sondern auch die Struktur dieser psychischen Faktoren auf und bieten daher die Möglichkeit gezielter auf diese Faktoren einzuwirken.

Insgesamt zeigen sich in den Ergebnissen also Parallelen zu Studien über subjektive Konzepte von Schlaf und Schlafstörungen bei anderen Bevölkerungs- und Patientengruppen, jedoch gibt es auch Ergebnisse die spezifisch für die spezielle Situation von älteren kranken Patienten und Pflegeheimbewohnern sind.

4.4 Übertragbarkeit der Ergebnisse auf andere Patientengruppen

Es stellt sich die Frage inwieweit die Ergebnisse dieser Studie von kognitiv fitten Pflegeheimbewohner auf andere Patientengruppen übertragen werden können. Können die Ergebnisse einerseits auf kognitiv eingeschränkte Pflegeheimbewohner und andererseits auf ältere zuhause lebende Bewohner übertragen werden?

Wie in Abschnitt 4.2 erwähnt sind die Ergebnisse dieser Studie nur eingeschränkt auf demente Bewohner übertragbar, auch weil Demenzen selbst häufig zu Veränderungen von Schlaf und zirkadianem Rhythmus führen (McCurry et al., 2000). Allerdings ist davon auszugehen, dass auf kognitiv eingeschränkte Bewohner die gleichen Umweltfaktoren wirken wie auf kognitiv fitte Pflegeheimbewohner. Daher sind die externalen Ressourcen und Barrieren für guten Schlaf für kognitiv eingeschränkte und kognitiv fitte Pflegeheimbewohner vermutlich gleich. Die entsprechenden Ergebnisse dieser Studie zu externalen Ressourcen und Barrieren für guten Schlaf, insbesondere nächtlicher Lärm und nächtliches Licht, sind daher auf kognitiv eingeschränkte Pflegeheimbewohner übertragbar.

Auch wenn bei zuhause lebenden älteren Patienten Lärm oder Licht als Störfaktoren vorkommen können, sind die gefundenen externalen Faktoren relativ spezifisch für das Setting Pflegeheim. Daher stellt sich bei zuhause lebenden älteren Patienten vor allem die Frage, ob die Ergebnisse zu internalen Ressourcen und Barrieren für guten Schlaf und Einstellungen zu Schlafmedikation von Pflegeheimbewohnern übertragbar sind.

Die internalen Ressourcen innere Ruhe und tägliche Aktivität sind nicht pflegeheimspezifisch. Es ist also davon auszugehen, dass diese Ressourcen für guten Schlaf sowohl für Pflegeheimbewohner als auch für zuhause lebende Patienten gültig sind. Pflegeheimbewohner weisen gering ausgeprägte Strategien zur Aktivierung dieser Ressourcen auf, ob dies auch für zuhause lebende Patienten gilt, lässt sich daraus nicht folgern. Es ist zumindest denkbar, dass das Lebensumfeld Pflegeheim mit der Übernahme zahlreicher Alltagsaktivitäten durch Personal eine gewisse Passivität fördert und zu einem Mangel an selbstwahrgenommenen Strategien zur Ressourcenaktivierung führt. Die Frage der vorhandenen Strategien zur Ressourcenaktivierung bei zuhause lebenden Patienten bleibt daher zu erforschen.

Auch bei den Ergebnisse zu internalen Barrieren für guten Schlaf ist davon auszugehen, dass sie im Prinzip sowohl für Pflegeheimbewohner, als auch für zuhause lebende Patienten gelten, da sie nicht pflegeheimspezifisch sind. Allerdings ist die Morbidität bei Pflegeheimbewohnern größer, so dass eine stärkere Ausprägung der körperbezogenen Barrieren bei Pflegeheimbewohnern denkbar ist. Ebenso sind psychische Belastungen durch das Lebensumfeld Pflegeheim und durch das sich abzeichnende Lebensende bei Pflegeheimbewohnern möglicherweise stärker ausgeprägt. Hingegen ist die Posttraumatische Belastungsstörung vor allem an das Alter und weniger an die aktuellen Lebensumstände gebunden. Die internalen Barrieren sollten also im Prinzip für Pflegeheimbewohner und zuhause lebenden Bewohner gelten, jedoch ist eine unterschiedliche Ausprägung dieser Barrieren zu erwarten.

Auch bei den Einstellungen zu Schlafmedikamenten ist zu erwarten, dass diese von Pflegeheimbewohnern auf zuhause lebende Bewohner übertragen werden können. Jedoch ist dabei zu beachten, dass Pflegeheimbewohner hinsichtlich ihrer Medikamenteneinnahme vermutlich weniger selbstbestimmt sind als zuhause lebende Patienten. Für die Versorgung von zuhause lebenden Patienten ist dabei vor allem relevant, dass bei Bewohnern des Typs D bezüglich ihrer Einstellungen zu Medikamenten, die Medikation mit Schlafmedikamenten, die zur Abhängigkeit führte, meist vor dem Einzug ins Pflegeheim, also zuhause wohnend, begonnen wurde.

Insgesamt sind die gefundenen internalen Ressourcen und Barrieren für guten Schlaf, die Einstellungen zu Schlafmedikation und die entsprechend gefundenen Typologien vermutlich von Pflegeheimbewohnern auf zuhause lebenden Patienten übertragbar, wobei die Ausprägung der einzelnen Faktoren unterschiedlich gewichtet sein dürfte.

4.5 Praxisempfehlungen

In diesem Abschnitt gebe ich abschließend Empfehlungen, die sich aus den Ergebnissen dieser Studie ableiten, für die Praxis von Hausärzten und Pflegekräften in Pflegeheimen, sowie für die Zusammenarbeit der verschiedenen Professionen im Pflegeheim.

4.5.1 Empfehlungen für Hausärzte

Die Ergebnisse dieser Studie sollen Hausärzte ermutigen, die subjektiven Konzepte ihrer Patienten im Konsultationsgespräch mitzuerheben und in ihre Therapievorschlüsse miteinzubeziehen.

Zur Erhebung der subjektiven Konzepte von Patienten können, wie von Hollnagel & Malterud (2000) vorgeschlagen, sogenannte Schlüsselfragen („Key Questions“) dienen. Aufbauend auf den Ergebnissen dieser Studie schlage ich vor, in die Anamnese bei Pflegeheimbewohnern mit Schlafstörungen folgende Schlüsselfragen miteinzubeziehen:

- Was ist für Sie guter Schlaf?
- Was stört Ihren Schlaf? bzw. Was hindert Sie daran gut zu schlafen?
- Was hilft Ihnen besser zu schlafen?

Die Antworten der Patienten auf diese Fragen können Hausärzten helfen, sich folgende Leitfragen zu beantworten:

- Hat der Patient überhöhte unerfüllbare Ansprüche an guten Schlaf?
- Nennt der Patient beeinflussbare Barrieren für guten Schlaf?
- Können die vom Patienten genannten Ressourcen für guten Schlaf unterstützt und aktiviert werden?

Je nach Beantwortung dieser Leitfragen kann die Therapie zusätzlich zur in der aktuellen Leitlinie empfohlenen Therapie (Mayer et al., 2009) möglicherweise - ausgerichtet an den subjektiven Konzepten der Patienten - optimiert werden:

Hat der Patient überhöhte unerfüllbare Ansprüche an guten Schlaf?¹

Wenn der Pflegeheimbewohner unerfüllbare Ansprüche an guten Schlaf, wie unterbrechungsfrei durchschlafen zu wollen, äußert, ist es wichtig im weiteren Gespräch zu explorieren, ob der Patient über die Unerfüllbarkeit seines Anspruches reflektieren kann. Im Weiteren ist es dann das Ziel, behutsam auf die Änderungen dieser dysfunktionalen Ansprüche hinzuwirken. Für Hausärzte bietet sich die Möglichkeit, das Thema Schlaf in mehreren aufeinanderfolgenden Konsultationen wiederholt aufzugreifen. Der erste Schritt ist, dem Patienten die eigenen Ansprüche bewusst zu machen. Im zweiten Schritt sollte der Patient dazu gebracht werden, seine eigenen Ansprüche zu hinterfragen. Man kann beispielsweise gemeinsam mit dem Patienten erörtern, wodurch er nachts wach wird, und ob diese Unterbrechungen beeinflussbar sind. Hilfreich kann dabei auch das Führen eines Schlaftagebuches sein. Der Hausarzt kann seinem Patienten beispielsweise erklären, dass es normal ist nachts mehrfach aufzuwachen. Ziel ist es, die Sichtweise des Patienten schrittweise gemeinsam mit ihm zu verändern. Eine ausführlichere Darstellung verhaltenstherapeutischer Maßnahmen bei Schlafstörungen findet sich beispielsweise bei Hermann et al. (2009).

Nennt die Patientin beeinflussbare Barrieren für guten Schlaf?

Bei der Exploration der Barrieren sollte der Hausarzt vor allem auf psychische Barrieren für guten Schlaf achten. Insbesondere aufgrund der langfristigen Kenntnis seiner Patienten kann er überlegen, welchem der drei Typen von Pflegeheimbewohnern hinsichtlich ihrer wahrgenommenen psychischen Barrieren für guten Schlaf seine Patientin angehört (vgl. 3.6). Wenn die Patientin zu Typ I gehört, stehen therapeutisch körperbezogene und externale Barrieren im Vordergrund. Gehört die Patientin zu Typ II, sollte sich ihr Hausarzt überlegen, ob möglicherweise eine Anpassungsstörung oder eine Depression vorliegt, in deren Folge der Schlaf gestört ist. Hinweise für die Behandlung von Depressionen in der Hausarztpraxis gibt beispielsweise die Nationale Versorgungsleitlinie Depression (Gensichen et al., 2011). Wenn die Patientin zu Typ III gehört, sollte sich der Hausarzt die Frage stellen, ob bei der Patientin möglicherweise eine Posttraumatische Belastungsstörung vorliegt. Zur Versorgung von Patienten mit Posttraumatischer Belastungsstörung im hausärztlichen Setting gibt es bisher allerdings kaum Praxisratschläge und Forschung (Freedy et al., 2010).

Jedoch auch bei körperbezogenen Barrieren besteht für die Hausärztin die Möglichkeit Einfluss zu nehmen. Wenn die Patientin nächtliche Miktions als wichtige Barriere für guten Schlaf empfindet, sollten das Thema Diuretika und diesbezügliche Annahmen der Patientin angesprochen werden. Außerdem ist an eine Harninkontinenz zu denken. Hilfestellung gibt dabei die Leitlinie Harninkontinenz der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin². Wenn die Patientin durch nächtlichen Schmerz im Schlaf gestört wird, sollte dies für die Hausärztin der Anlass sein die Schmerzmedikation anzupassen.

¹vgl. auch Herrmann & Flick (2011)

²<http://leitlinien.degam.de/index.php?id=69>, letzter Abruf 05.04.2011

Können die vom Patienten genannten Ressourcen für guten Schlaf unterstützt und aktiviert werden?

Bei der Exploration der Ressourcen der Patienten für guten Schlaf, sollten Hausärzte im Konsultationsgespräch besonderen Wert darauf legen herauszufinden, welche Möglichkeiten die Patienten selber sehen, diese Ressourcen zu nutzen und zu aktivieren. Daraufhin können die Hausärzte ihren Patienten konkrete Handlungsmöglichkeiten aufzeigen. Ziel sollte ein Empowerment der Patienten sein, damit sie in die Lage versetzt werden gezielt ihre Ressourcen zu nutzen.

Bei der Ressource innere Ruhe stellt Beten für einige Bewohner eine einfache und gute Möglichkeit ruhig zu werden dar. Mit dem Wissen über den religiösen Hintergrund der Patienten können Hausärzte beispielsweise Beten zur Beruhigung vor dem Einschlafen vorschlagen. Darüber hinaus gibt es eine große Bandbreite an Entspannungstechniken, wie beispielsweise Progressive Muskelrelaxation oder Autogenes Training. Die Hausärzte können im Gespräch mit den Patienten erörtern, welche Entspannungstechnik individuell passend und geeignet ist.

Bei der Förderung körperlicher Aktivität sehen Pflegeheimbewohner vielfach nicht ihre individuellen Möglichkeiten körperlich aktiv zu sein. Die Hausärzte sollten daher den Pflegeheimbewohnern individuell konkrete Möglichkeiten körperlicher Aktivität aufzeigen. Als Grundlage können dabei insbesondere frühere positive Erfahrungen körperlicher Aktivität dienen. Da in besonderem Maße im Gehen eingeschränkte Pflegeheimbewohner für sich keine Möglichkeiten der körperlichen Aktivität sehen, sollten gerade diesen Pflegeheimbewohnern gezielt ihre Möglichkeiten aufgezeigt werden, beispielsweise mit Armen und Oberkörper sportlich tätig zu sein. Dies kann in Zusammenarbeit mit den Physiotherapeuten vor Ort geschehen.

4.5.2 Empfehlungen für Pflegekräfte

Aus den Ergebnissen dieser Studie lassen sich für in Pflegeheimen tätige Pflegekräfte vor allem zu zwei Handlungskomplexen Empfehlungen ableiten:

- Optimierung der Abläufe im Pflegeheim um Barrieren für guten Schlaf abzubauen
- Unterstützung der Pflegeheimbewohner bei der Aktivierung eigener Ressourcen für guten Schlaf

Dabei kommt den Pflegekräften eine Schlüsselstellung zu, da sie die Professionellen sind, die mit den Pflegeheimbewohnern am meisten zu tun haben und die Bewohner auch am besten kennen und einschätzen können.

Optimierung der Abläufe im Pflegeheim um Barrieren für guten Schlaf abzubauen

Die Perspektive von Pflegeheimbewohnern zeigt verschiedene Ansatzpunkte auf, wie organisatorische Abläufe im Pflegeheim - ausgerichtet an den Bedürfnissen der Bewohner - verbessert werden können.

Durchschlafen ist für die interviewten Pflegeheimbewohner ein zentraler Anspruch an guten Schlaf. Daher sollten die Abläufe im Pflegeheim dahingehend optimiert werden, das Durchschlafen der Bewohner möglichst wenig zu stören. Ein wichtiger Störfaktor sind aus Sicht der interviewten Pflegeheimbewohner dabei die nächtlichen Rundgänge der Pflegekräfte. Daher sollten die nächtlichen Rundgänge auf ein Minimum reduziert werden und mit möglichst wenig Licht und still durchgeführt werden. Dabei sollte das Ziel der Kontrollgänge noch einmal klar überlegt werden. Die Kontrollgänge sollen zur Abwendung potenziell gefährlicher Verläufe dienen, wie beispielsweise festzustellen ob jemand gestürzt ist. Ziel ist es nicht zu kontrollieren ob alle Bewohner noch leben oder im Bett ruhig gestorben sind, so wie eine Bewohnerin berichtet, dass die Krankenpflegerin nachts ihren Atem kontrollierte, um zu sehen, ob sie noch lebte. Ein weiterer das Durchschlafen störender Aspekt sind Pflegehandlungen an Zimmermitbewohnern, wie beispielsweise umlagern. Dabei ist in den Interviews auffällig, dass häufig kognitiv und auch körperlich recht fitte Pflegeheimbewohner gemeinsam mit schwerstpflegeabhängigen Bewohnern in einem Zimmer untergebracht waren. Die Ergebnisse dieser Studie sprechen dafür, Bewohner, die nachts regelmäßiger Pflegemaßnahmen bedürfen, nicht mit anderen Bewohner, die nachts keiner Pflege bedürfen, in einem Zimmer unterzubringen.

Ein darüber hinaus wichtiger Punkt ist die Selbstbestimmtheit der Pflegeheimbewohner hinsichtlich ihres Schlafes und Schlafverhaltens zu erhöhen. Den Pflegeheimbewohnern sollte die Wahl der Uhrzeit des Zubettgehens und des Aufwachens möglichst selbst überlassen werden. Wenn die Pflegekräfte der Meinung sind, dass diese selbstgewählten Zeiten negative Auswirkungen auf den Pflegeheimbewohner haben, also schlecht für den Bewohner sind, sollten sie dies offen bei diesem Pflegeheimbewohner ansprechen und ihre Beweggründe dem Bewohner erläutern.

Unterstützung der Pflegeheimbewohner bei der Aktivierung eigener Ressourcen für guten Schlaf

Die Ergebnisse zeigen, dass Pflegeheimbewohner häufig keine Möglichkeiten sehen, ihre eigenen Ressourcen für guten Schlaf zu nutzen, bzw. zu aktivieren. Pflegekräfte haben die Möglichkeiten Pflegeheimbewohner bei der Aktivierung ihrer Ressourcen zu unterstützen. Als hilfreich bei Unruhe und Aufregung, und um innere Ruhe zu erreichen, nennen mehrere Pflegeheimbewohner das Gespräch mit den Pflegekräften. Für die psychische Gesundheit von Pflegeheimbewohnern spielen Pflegekräfte eine wichtige Rolle. Sie können Pflegeheimbewohner beruhigen und psychisch stabilisieren. Bei Hinweisen auf psychische Probleme sollten die Pflegekräfte Pflegeheimbewohner auch ermutigen professionelle Hilfe zu suchen.

Auch bei der Förderung körperlicher Aktivität kommt den Pflegekräften eine Schlüsselstellung zu. Die Pflegekräfte kennen die Pflegeheimbewohner am besten und haben am meisten Kontakt mit ihnen. Daher können sie am besten einschätzen, welche individuellen Möglichkeiten der Bewegung die einzelnen Pflegeheimbewohner haben, und sie gezielt motivieren diese Möglichkeiten auszuschöpfen. Dabei sind Pflegekräfte prädestiniert bei der individuellen Förderung körperlichen Aktivität von Pflegeheimbewohnern, die Schnittstelle zwischen den Mitarbeitern der verschiedenen Professionen einzunehmen.

4.5.3 Empfehlungen zur Zusammenarbeit der verschiedenen Professionen im Pflegeheim

Die Ergebnisse dieser Studie geben Hinweise darauf, dass zur Verbesserung des Schlafs von Pflegeheimbewohnern eine sinnvolle Zusammenarbeit der unterschiedlichen Professionen im Pflegeheim notwendig ist. Dabei ist insbesondere die Zusammenarbeit zwischen Hausärzten, Pflegekräften, Physio- und Ergotherapeuten, Psychotherapeuten und ggf. Seelsorgern wichtig. So sind beispielsweise Hausärzte bei der Umsetzung ihrer Empfehlungen auf die Kooperation mit den Pflegekräften im Pflegeheim angewiesen. Die Notwendigkeit der Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Fachgruppen lässt sich anhand zweier beispielhafter Ergebnisdimensionen dieser Studie zeigen: Psychische Faktoren bei Schlafstörungen und Förderung körperlicher Aktivität.

Psychische Faktoren bei Schlafstörungen

Psychische Faktoren spielen aus Sicht der interviewten Pflegeheimbewohner eine wichtige Rolle als Ursache für Schlafstörungen; die psychotherapeutische Versorgung von Pflegeheimbewohnern ist jedoch meist mangelhaft. Neben den Möglichkeiten der sogenannten „Kleinen Psychotherapie“ während den Konsultationen mit dem Bewohner, ist der Hausarzt auf professionelle Hilfe durch Psychotherapeuten angewiesen. Dafür ist es aber notwendig, dass in dem Pflegeheim entweder Gruppenpsychotherapie vor Ort stattfindet, oder aber Psychotherapeuten bereit sind in die Einrichtung zu kommen, um vor Ort Einzelpsychotherapie durchzuführen. Dabei ist ein Austausch zwischen Hausärzten, Pflegekräften und Psychotherapeuten wichtig, um gemeinsam an einem Strang ziehen zu können. Dies ist insbesondere wegen somato-psychischen Wechselwirkungen und der möglichen Kombination von Psychotherapie mit antidepressiver Medikation und Ergo- oder Physiotherapie notwendig.

In den Interviews war für einige der Pflegeheimbewohner Beten und Religion wichtig und leistete für sie einen wichtigen Beitrag zu innerer Ruhe. Daher kann es in diesen Fällen angebracht sein, einen Seelsorger hinzuzuziehen. Dies kann in Absprache zwischen Pflegekräften und Hausärzten geschehen. Darüber hinaus kann die Anleitung zu Entspannungstechniken im Pflegeheim nach Indikation durch den Hausarzt beispielsweise durch weiterqualifizierte Pflegekräfte erfolgen.

Förderung körperlicher Aktivität

Aus Sicht von Pflegeheimbewohnern ist körperliche Aktivität eine wichtige Ressource für guten Schlaf. Auch die Förderung körperlicher Aktivität sollte gemeinsam durch Hausärzte, Pflegekräfte und Physio- und Ergotherapeuten erfolgen. Die Indikation zu körperlicher Aktivität sollte dabei durch den Hausarzt unter Beachtung der Morbidität der Pflegeheimbewohner gestellt werden. Physio- und Ergotherapeuten können dann passende körperliche Aktivitäten auswählen und einüben. Die Verankerung der Aktivität im Alltag des Pflegeheimbewohners kann dann wiederum nur durch Mithilfe der Pflegekräfte erfolgen.

Die Ergebnisse dieser Studie zeigen die Notwendigkeit komplexer individueller Therapiemaßnahmen auf verschiedenen Ebenen auf, um beispielsweise Schlafmedikation zu vermeiden. Die Komplexität und Individualität dieser Maßnahmen bedarf der guten Koordination zwischen den verschiedenen Berufsgruppen. Optimal wären dafür regelmäßige Teamsitzungen, wie sie auch in der stationären Geriatrie erfolgreich eingesetzt werden.

4.5.4 Fazit

Die subjektiven Konzepte von Pflegeheimbewohnern sollten bei der Therapie von Schlafstörungen beachtet werden. Die subjektiven Konzepte von Pflegeheimbewohnern geben dabei wertvolle Hinweise für eine Verbesserung der medizinischen und pflegerischen Praxis.

5 Zusammenfassung

Hintergrund

Schlafstörungen sind für Pflegeheimbewohner belastend und für die sie pflegenden Pflegekräfte und die behandelnden Hausärzte eine Herausforderung. Aufgrund von Multimorbidität und Polypharmazie von Pflegeheimbewohnern sind Schlafmedikamente eher zu vermeiden. In mehreren Studien wurden daher nicht-medikamentöse Interventionen zur Verbesserung des Schlafs von Pflegeheimbewohnern mit jedoch allenfalls kleinen Effekten getestet. Die Kenntnis der subjektiven Konzepte von Pflegeheimbewohnern über Schlaf- und Schlafstörungen könnte helfen, Interventionen an die Bedürfnisse von Pflegeheimbewohnern anzupassen und neue Interventionen ausgehend von den Bedürfnissen der Pflegeheimbewohner zu entwickeln. Daher war das Ziel dieser Studie die subjektiven Konzepte und Erfahrungen von Pflegeheimbewohnern zu Schlaf und Schlafstörungen zu explorieren.

Methodik

Diese Studie hat ein qualitatives Forschungsdesign: 30 Pflegeheimbewohner wurden in fünf unterschiedlichen Pflegeheimen in Berlin mit Hilfe von Pflegekräften gezielt ausgewählt. Die Interviewteilnehmer mussten mindestens 64 Jahre alt sein und orientiert zu Ort und Person. Ziel des Samplings war es, gut und schlecht schlafende Bewohner beiderlei Geschlechts gleichmäßig in das Sample aufzunehmen. Mit 30 Interviewteilnehmern wurden episodische Interviews geführt und sie wurden gebeten, eine Woche lang ein strukturiertes Schlaftagebuch zu führen. Das episodische Interview ist ein qualitatives Interview und enthält sowohl Erzählungen stimulierende Fragen als auch konkrete und abstrakte Fragen. Die Interviewtranskripte wurden mittels thematischem Kodieren ausgewertet. Bei thematischem Kodieren werden zu Textsegmenten aus dem Material entwickelte Codes zugeordnet und diese Codes in einer thematischen Struktur organisiert. In einem zweiten Schritt wurden die Textsegmente und Codes zu ausgewählten Themen tiefergehend analysiert und Muster und Typologien aus dem Material entwickelt.

Ergebnisse

Am wichtigsten für guten Schlaf war den interviewten Pflegeheimbewohnern, ungestört durchschlafen zu können, wenn dies auch in der Regel nicht möglich war. Weitere Ansprüche an guten Schlaf waren gut und selbstbestimmt einschlafen und aufwachen zu können, tief und fest zu schlafen und nach dem Schlaf erholt zu sein.

Die den interviewten Pflegeheimbewohner wichtigste Ressource für guten Schlaf war innere Ruhe. Eine weitere wichtige Ressource war für die interviewten Pflegeheimbewohner tägliche Aktivität. Auch externale Ressourcen wie Stille und frische Luft wurden von den interviewten Pflegeheimbewohnern als Ressourcen beschrieben. Insgesamt verfügten die interviewten Pflegeheimbewohner über nur gering ausgeprägte Strategien diese Ressourcen zu aktivieren und selbst aktiv an der Verbesserung ihres eigenen Schlafes mitzuwirken.

Die wichtigsten Barrieren für guten Schlaf sind für die interviewten Pflegeheimbewohner psychische Barrieren: Erinnerungen an traumatische Ereignisse, familiäre Probleme, Sorgen und Grübeln über die aktuelle Situation und die Zukunft, aufregende Ereignisse tagsüber, Termine am nächsten Tag, Ängste und Träume und Alpträume. Als körperbezogene Barrieren spielen für die interviewten Pflegeheimbewohner nächtlicher Harndrang und Schmerzen eine wichtige Rolle. Externale Barrieren für guten Schlaf sind aus Sicht der interviewten Pflegeheimbewohner nächtlicher Lärm und nächtliches Licht, ausgelöst durch andere Pflegeheimbewohner, Pflegekräfte und von außerhalb des Pflegeheimes.

Anhand der wahrgenommene psychischen Barrieren lassen sich die interviewten Pflegeheimbewohner drei Typen zuordnen: Bewohner von Typ I nehmen nur nicht-psychische Barrieren wahr. Bewohner von Typ II grübeln vor allem über ihre Lebenssituation. Bewohner von Typ III leiden unter Erinnerungen an traumatische Ereignisse und sind leicht durch psychische Faktoren irritierbar.

Hinsichtlich ihrer Einstellung zu Schlafmedikation lassen sich die Bewohner in vier Typen von völliger Ablehnung von Schlafmedikation bis hin zu Schlafmedikation als „Muss“ um schlafen zu können einteilen. Die Bewohner des letzten Typs begannen die Schlafmedikation meist in einer Phase akuter Belastung und haben sie nie wieder beendet. Die interviewten Pflegeheimbewohner sehen bei Schlafstörungen überwiegend nur kurzfristige Folgen wie Befindlichkeitsstörungen.

Schlussfolgerungen

Psychische Faktoren spielen aus Sicht von Pflegeheimbewohnern für guten Schlaf und Schlafstörungen eine herausragende Rolle. Daher sollten psychische Faktoren bei Interventionen und individueller Therapie von Schlafstörungen von Pflegeheimbewohnern beachtet werden.

Die subjektiven Konzepte von Pflegeheimbewohnern zu Schlaf und Schlafstörungen sollten im hausärztliche Gespräch exploriert werden und können leitend für die individuelle Therapie von Schlafstörungen bei Pflegeheimbewohnern sein. Darüber hinaus lassen sich vorhandene Interventionen durch die Ergebnisse dieser Studie an den Bedürfnissen von Pflegeheimbewohnern ausrichten und beispielsweise um psychische Aspekte ergänzen.

Literaturverzeichnis

- Alessi, C. A., Martin, J. L., Webber, A. P., Kim, E. C., Harker, J. O. & Josephson, K. R. (2005). Randomized, controlled trial of a nonpharmacological intervention to improve abnormal sleep/wake patterns in nursing home residents. *J Am Geriatr Soc*, *53*, 803–810.
- Alessi, C. A., Schnelle, J. F., MacRae, P. G., Ouslander, J. G., Samarra, N. al, Simmons, S. F. et al. (1995). Does physical activity improve sleep in impaired nursing home residents? *J Am Geriatr Soc*, *43*, 1098–1102.
- Alessi, C. A., Yoon, E. J., Schnelle, J. F., Al-Samarrai, N. R. & Cruise, P. A. (1999). A randomized trial of a combined physical activity and environmental intervention in nursing home residents: do sleep and agitation improve? *J Am Geriatr Soc*, *47*, 784–791.
- Ancoli-Israel, S., Klauber, M. R., Jones, D. W., Kripke, D. F., Martin, J., Mason, W. et al. (1997). Variations in circadian rhythms of activity, sleep, and light exposure related to dementia in nursing-home patients. *Sleep*, *20*, 18–23.
- Ancoli-Israel, S. & Kripke, D. F. (1989). Now i lay me down to sleep: The problem of sleep fragmentation in elderly and demented residents of nursing homes. *Bull Clin Neurosci*, *54*, 127–132.
- Ancoli-Israel, S., Martin, J. L., Kripke, D. F., Marler, M. & Klauber, M. R. (2002). Effect of light treatment on sleep and circadian rhythms in demented nursing home patients. *J Am Geriatr Soc*, *50*, 282–289.
- Ancoli-Israel, S., Parker, L., Sinaee, R., Fell, R. L. & Kripke, D. F. (1989). Sleep fragmentation in patients from a nursing home. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, *44*, M18–M21.
- Asplund, R. (2004). Nocturia, nocturnal polyuria, and sleep quality in the elderly. *J Psychosom Res*, *56*, 517–525.
- Avidan, A. Y., Fries, B. E., James, M. L., Szafara, K. L., Wright, G. T. & Chervin, R. D. (2005). Insomnia and hypnotic use, recorded in the minimum data set, as predictors of falls and hip fractures in michigan nursing homes. *J Am Geriatr Soc*, *53*, 955–962.
- Ayalon, L. & Ancoli-Israel, S. (2006). Normal sleep in aging. In T. Lee-Chiong (Hrsg.), *Sleep: A comprehensive handbook* (S. 599–603). Hoboken: Wiley.

- Benca, R. M., Obermeyer, W. H., Thisted, R. A. & Gillin, J. C. (1992). Sleep and psychiatric disorders. a meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry*, *49*, 651–68.
- Bharucha, A. J., Dew, M. A., Miller, M. D., Borson, S. & Reynolds, C. (2006). Psychotherapy in long-term care: A review. *J Am Med Dir Assoc*, *7*, 568–580.
- Bliwise, D. L. (2005). Normal aging. In M. H. Kryger, T. Roth & W. C. Dement (Hrsg.), *Principles and practice of sleep medicine* (4. Aufl., S. 24–38). Philadelphia: Elsevier Saunders.
- Bloom, H. G., Ahmed, I., Alessi, C. A., Ancoli-Israel, S., Buysse, D. J., Kryger, M. H. et al. (2009). Evidence-based recommendations for the assessment and management of sleep disorders in older persons. *J Am Geriatr Soc*, *57*, 761–789.
- Bohn, S., Fröschen-Behrens, S. & Kuth, N. (2008). Schlafstörungen in der Hausarztpraxis - brauchen wir einen Leitfaden? *Z Allg Med*, *84*, 525–531.
- Broström, A., Strömberg, A., Dahlström, U. & Fridlund, B. (2001). Patients with congestive heart failure and their conceptions of their sleep situation. *J Adv Nurs*, *34*, 520–529.
- Bruni, A. (2006). Access as trajectory: Entering the field in organizational ethnography. *M@n@gement*, *9*, 137–152.
- Bussche, H. van den, Weyerer, S., Schäufele, M., Lübke, N., Schröfel, S.-C. & Dietsche, S. (2009). Die ärztliche Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland - Eine kritische Würdigung der vorliegenden Studien. *Z Allg Med*, *85*, 240–246.
- Carney, C. E. & Edinger, J. D. (2006). Identifying critical beliefs about sleep in primary insomnia. *Sleep*, *29*, 342–350.
- Carskadon, M. A., Dement, W. C., Mitler, M. M., Guilleminault, C., Zarcone, V. P. & Spiegel, R. (1976). Self-reports versus sleep laboratory findings in 122 drug-free subjects with complaints of chronic insomnia. *Am J Psychiatry*, *133*, 1382–1388.
- Cassell, J. (1988). The relationship of observer to observed when studying up. In R. G. Burgess (Hrsg.), *Studies in qualitative methodology. A research annual. Conducting qualitative research* (Bd. 1, S. 89–108). London: Jai Press.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory. A practical guide through qualitative analysis*. London: SAGE.
- Chen, M. L., Lin, L. C., Wu, S. C. & Lin, J. G. (1999). The effectiveness of acupuncture in improving the quality of sleep of institutionalized residents. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, *54*, M389–M394.
- Collop, N. (2010). Sleep and sleep disorders in chronic obstructive pulmonary disease. *Respiration*, *80*, 78–86.

- Davis, B., Moore, B. & Bruck, D. (2007). The meanings of sleep: Stories from older women in care. *Sociological Research Online*, 12. Zugriff am 14.08.2008 auf <http://www.socresonline.org.uk/12/5/7.html>
- Ellis, J., Hampson, S. E. & Cropley, M. (2007). The role of dysfunctional beliefs and attitudes in late-life insomnia. *J Psychosom Res*, 62, 81–84.
- Fetveit, A. & Bjorvatn, B. (2002). Sleep disturbances among nursing home residents. *Int J Geriatr Psychiatry*, 17, 604–609.
- Fichten, C. S., Creti, L., Amsel, R., Bailes, S. & Libman, E. (2005). Time estimation in good and poor sleepers. *J Behav Med*, 28, 537–553.
- Fichten, C. S., Creti, L., Amsel, R., Brender, W., Weinstein, N. & Libman, E. (1995). Poor sleepers who do not complain of insomnia: Myths and realities about psychological and lifestyle characteristics of older good and poor sleepers. *J Behav Med*, 18, 189–223.
- Filipp, S.-H. (1991, Forschungsberichte aus dem Projekt Psychologie der Krankheitsbewältigung). *Subjektive Krankheitstheorien. Forschungsbericht Nr.28* (Bericht). Trier: Universität Trier, Fachbereich I Psychologie.
- Fitzgerald, M. P., Litman, H. J., Link, C. L., McKinlay, J. B. & B. A. C. H. Survey Investigators. (2007). The association of nocturia with cardiac disease, diabetes, body mass index, age and diuretic use: results from the bach survey. *J Urol*, 177, 1385–1389.
- Flick, U. (Hrsg.). (1995). *Psychologie des Sozialen. Repräsentationen in Wissen und Sprache*. Reinbek: Rowohlt.
- Flick, U. (1996). *Psychologie des technisierten Alltags. Soziale Konstruktion und Repräsentation technischen Wandels in verschiedenen kulturellen Kontexten*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Flick, U. (Hrsg.). (1998). *Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit*. Weinheim: Juventa.
- Flick, U. (2007). *Managing quality in qualitative research*. London: SAGE.
- Flick, U. (2008). *Triangulation. Eine Einführung*. (2. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Flick, U. (2009). *An introduction to qualitative research* (4. Aufl.). London: SAGE.
- Flick, U., Walter, U., Fischer, C., Neuber, A. & Schwartz, F. W. (2004). *Gesundheit als Leitidee? Subjektive Gesundheitsvorstellungen von Ärzten und Pflegekräften*. Bern: Hans Huber.

- Freedy, J. R., Magruder, K. M., Zoller, J. S., Hueston, W. J., Carek, P. J. & Brock, C. D. (2010). Traumatic events and mental health in civilian primary care: implications for training and practice. *Fam Med*, *42*, 185–192.
- Garms-Homolová, V., Flick, U. & Röhnsch, G. (2010). Sleep disorders and activities in long term care facilities—a vicious cycle? *J Health Psychol*, *15*, 744–754.
- Gensichen, J., Härter, M., Klesse, C., Bermejo, I., Bschor, T., Harfst, T. et al. (2011). Die NVL/S3-Leitlinie Unipolare Depression – was ist wichtig für die hausärztliche Praxis? *Z Allg Med*, *87*, 223–230.
- Gentili, A., Weiner, D. K., Kuchibhatil, M. & Edinger, J. D. (1997). Factors that disturb sleep in nursing home residents. *Aging (Milano)*, *9*, 207–213.
- Gibbs, G. (2007). *Analyzing qualitative data*. Los Angeles: SAGE.
- Glaesmer, H., Gunzelmann, T., Braehler, E., Forstmeier, S. & Maercker, A. (2010). Traumatic experiences and post-traumatic stress disorder among elderly germans: results of a representative population-based survey. *Int Psychogeriatr*, *22*, 661–670.
- Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1998). *Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung*. Bern: Hans Huber.
- Groeben, N. & Scheele, B. (1977). *Argumente für eine Psychologie des reflexiven Subjekts : Paradigmawechsel vom behavioralen zum epistemologischen Menschenbild*. Darmstadt: Steinkopff.
- Groeben, N., Wahl, D., Schlee, J. & Scheele, B. (1988). *Das Forschungsprogramm Subjektive Theorien. Eine Einführung in die Psychologie des reflexiven Subjekts*. Tübingen: Francke.
- Hammersley, M. & Atkinson, P. (1995). *Ethnography. Principles in practice* (2. Aufl.). London: Routledge.
- Hantho, A., Jensen, L. & Malterud, K. (2002). Mutual understanding: a communication model for general practice. *Scand J Prim Health Care*, *20*, 244–251.
- Hermann, E., Gassmann, D. & Munsch, S. (2009). Schlafstörungen. In J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 2: Störungen im Erwachsenenalter - Spezielle Indikationen - Glossar* (3., vollständig bearbeitete und erweiterte Aufl., S. 187–224). Berlin: Springer.
- Herrmann, W. J. & Flick, U. (2011). Guter Schlaf aus der Sicht von Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohnern. *Z Allg Med*, *87*, 90–94.
- Higgins, I. (1998). Reflections on conducting qualitative research with elderly people. *Qual Health Res*, *8*, 858–866.

- Hislop, J. & Arber, S. (2003). Understanding women's sleep management: beyond medicalization-healthicization? *Sociol Health Illn*, 25, 815-837.
- Hoch, C. C., Reynolds, C. F., Kupfer, D. J., Berman, S. R., Houck, P. R. & Stack, J. A. (1987). Empirical note: self-report versus recorded sleep in healthy seniors. *Psychophysiology*, 24, 293-299.
- Hollnagel, H. & Malterud, K. (2000). From risk factors to health resources in medical practice. *Med Health Care Philos*, 3, 257-264.
- Hoyer, J. & Chaker, S. (2009). Kognitionsdiagnostik. In J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen* (3., vollständig bearbeitete und erweiterte Aufl., S. 391-407). Berlin: Springer.
- Jacobs, D., Ancoli-Israel, S., Parker, L. & Kripke, D. F. (1989). Twenty-four-hour sleep-wake patterns in a nursing home population. *Psychol Aging*, 4, 352-356.
- Johansson, A., Windahl, M., Svanborg, E., Fredrichsen, M., Swahn, E., Uhlin, P. Y. et al. (2007). Perceptions of how sleep is influenced by rest, activity and health in patients with coronary heart disease: a phenomenographical study. *Scand J Caring Sci*, 21, 467-475.
- Kamps, H. (2004). Der Patient als Text - Metaphern in der Medizin. Skizzen einer dialogbasierten Medizin. *Z Allg Med*, 80, 438-442.
- Kayser-Jones, J. (2003). Continuing to conduct research in nursing homes despite controversial findings: reflections by a research scientist. *Qual Health Res*, 13, 114-128.
- Kelle, U. & Kluge, S. (2010). *Vom Einzelfall zum Typus. Fallvergleich und Fallkonstrastierung in der qualitativen Sozialforschung* (2., überarbeitete Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kelly, G. A. (1955). *The psychology of personal constructs. A theory of personal constructs*. New York: Norton & Comp.
- Kopke, K., Fischer, T., Kölzsch, M., Hofmann, W., Kuhlmei, A., Kreutz, R. et al. (2011). Sekundärdatenanalyse von Routinedaten einer Krankenkasse - Ein Zugangsweg zur Beschreibung schmerzbezogener Versorgungsleistungen von Pflegeheimbewohnern. *Gesundheitswesen*.
- Kreher, S., Brockmann, S., Sielk, M., Wilm, S. & Wollny, A. (Hrsg.). (2009). *Hausärztliche Krankheitskonzepte. Analysen ärztlicher Vorstellungen zu Kopfschmerzen, akutem Husten, Ulcus cruris und Schizophrenie*. Bern: Hans Huber.
- Lee, C. Y., Low, L. P. L. & Twinn, S. (2007). Older men's experiences of sleep in the hospital. *J Clin Nurs*, 16, 336-343.

- Lee, R. M. (1993). *Doing research on sensitive topics*. London: SAGE.
- Levenstein, J. H., McCracken, E. C., McWhinney, I. R., Stewart, M. A. & Brown, J. B. (1986). The patient-centred clinical method. 1. A model for the doctor-patient interaction in family medicine. *Fam Pract*, *3*, 24–30.
- Leventhal, H., Benyamini, Y., Brownlee, S., Diefenbach, M., Leventhal, E. A., Patrick-Miller, L. et al. (1998). Illness representations: Theoretical foundations. In K. J. Petrie & J. A. Weinman (Hrsg.), *Perceptions of health and illness: current research and applications* (S. 19–46). Amsterdam: Harwood Academic.
- Leventhal, H., Meyer, D. & Nerenz, D. (1980). The common sense representation of illness danger. *Contributions to Medical Psychology*, *2*, 7–30.
- Liamputtong, P. (2007). *Researching the vulnerable. A guide to sensitive research methods*. London: SAGE.
- Lichstein, K. L. & Rosenthal, T. L. (1980). Insomniacs' perceptions of cognitive versus somatic determinants of sleep disturbance. *J Abnorm Psychol*, *89*, 105–107.
- Lichstein, K. L., Wilson, N. M., Noe, S. L., Aguillard, R. N. & Bellur, S. N. (1994). Daytime sleepiness in insomnia: behavioral, biological and subjective indices. *Sleep*, *17*, 693–702.
- Livingston, G., Blizard, B. & Mann, A. (1993). Does sleep disturbance predict depression in elderly people? A study in inner London. *Br J Gen Pract*, *43*, 445–448.
- Makhlouf, M. M., Ayoub, A. I. & Abdel-Fattah, M. M. (2007). Insomnia symptoms and their correlates among the elderly in geriatric homes in Alexandria, Egypt. *Sleep Breath*, *11*, 187–194.
- Malterud, K. (2001). The art and science of clinical knowledge: evidence beyond measures and numbers. *Lancet*, *358*, 397–400.
- Manabe, K., Matsui, T., Yamaya, M., Sato-Nakagawa, T., Okamura, N., Arai, H. et al. (2000). Sleep patterns and mortality among elderly patients in a geriatric hospital. *Gerontology*, *46*, 318–322.
- Mayer, G., Fietze, I., Fischer, J., Penzel, T., Riemann, D., Rodenbeck, A. et al. (2009). S3-Leitlinie: Nicht Erholsamer Schlaf/Schlafstörungen - Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM). *Somnologie*, *13 Supplement 1*, 4–160.
- McCrae, C. S., Rowe, M. A., Tierney, C. G., Dautovich, N. D., Definis, A. L. & McNamara, J. P. H. (2005). Sleep complaints, subjective and objective sleep patterns, health, psychological adjustment, and daytime functioning in community-dwelling older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, *60*, P182–P189.
- McCurry, S., Reynolds, C., Ancoli-Israel, S., Teri, L. & Vitiello, M. (2000). Treatment of sleep disturbance in alzheimer's disease. *Sleep Med Rev*, *4*, 603–628.

- Meadows, R., Arber, S., Venn, S. & Hislop, J. (2008). Engaging with sleep: male definitions, understandings and attitudes. *Sociol Health Illn*, *30*, 696–710.
- Means, M. K., Lichstein, K. L., Epperson, M. T. & Johnson, C. T. (2000). Relaxation therapy for insomnia: nighttime and day time effects. *Behav Res Ther*, *38*, 665–678.
- Middelkoop, H. A., Kerkhof, G. A., Doel, D. A. S. van den, Ligthart, G. J. & Kamphuisen, H. A. (1994). Sleep and ageing: the effect of institutionalization on subjective and objective characteristics of sleep. *Age Ageing*, *23*, 411–417.
- Monane, M., Glynn, R. J. & Avorn, J. (1996). The impact of sedative-hypnotic use on sleep symptoms in elderly nursing home residents. *Clin Pharmacol Ther*, *59*, 83–92.
- Naylor, E., Penev, P. D., Orbeta, L., Janssen, I., Ortiz, R., Colecchia, E. F. et al. (2000). Daily social and physical activity increases slow-wave sleep and daytime neuropsychological performance in the elderly. *Sleep*, *23*, 87–95.
- Nyberg, L., McIntosh, A. R. & Tulving, E. (1998). Functional brain imaging of episodic and semantic memory with positron emission tomography. *J Mol Med*, *76*, 48–53.
- O'Reilly, K. (2009). *Key concepts in ethnography*. London: SAGE.
- O'Rourke, D. J., Klaasen, K. S. & Sloan, J. A. (2001). Redesigning nighttime care for personal care residents. *J Gerontol Nurs*, *27*, 30–37.
- Pat-Horenczyk, R., Klauber, M. R., Shochat, T. & Ancoli-Israel, S. (1998). Hourly profiles of sleep and wakefulness in severely versus mild-moderately demented nursing home patients. *Aging Clin Exp Res*, *10*, 308–315.
- Penzel, T. (2007). Polysomnographie und Hypnogramm. In H. Peter, T. Penzel & J. H. Peter (Hrsg.), *Enzyklopädie der Schlafmedizin* (S. 930–936). Heidelberg: Springer.
- Penzel, T. et al. (2005). *Schlafstörungen* (Bericht Nr. Heft 27). Berlin: Robert Koch-Institut.
- Peter, N., Jörg Hermann. (2007). Lebensalter. In H. Peter, T. Penzel & J. H. Peter (Hrsg.), *Enzyklopädie der Schlafmedizin* (S. 675–681). Heidelberg: Springer.
- Rao, V., Spiro, J. R., Samus, Q. M., Rosenblatt, A., Steele, C., Baker, A. et al. (2005). Sleep disturbances in the elderly residing in assisted living: findings from the Maryland Assisted Living Study. *Int J Geriatr Psychiatry*, *20*, 956–966.
- Redline, S., Kirchner, H. L., Quan, S. F., Gottlieb, D. J., Kapur, V. & Newman, A. (2004). The effects of age, sex, ethnicity, and sleep-disordered breathing on sleep architecture. *Arch Intern Med*, *164*, 406–418.
- Richards, K. C., Beck, C., O'Sullivan, P. S. & Shue, V. M. (2005). Effect of individualized social activity on sleep in nursing home residents with dementia. *J Am Geriatr Soc*, *53*, 1510–1517.

- Rosen, J., Reynolds, C. F., Yeager, A. L., Houck, P. R. & Hurwitz, L. F. (1991). Sleep disturbances in survivors of the nazi holocaust. *Am J Psychiatry*, *148*, 62–66.
- Ross, R. J., Ball, W. A., Sullivan, K. A. & Caroff, S. N. (1989). Sleep disturbance as the hallmark of posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry*, *146*, 697–707.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. (2009). *Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009*.
- Sammer, U. & Teichmann-Wirth, B. (2000). Progressive Muskelentspannung. In G. Stumm & A. Pritz (Hrsg.), *Wörterbuch der Psychotherapie* (S. 532-533). Wien: Springer Vienna.
- Schneekloth, U. & Müller, U. (1998). *Hilfe- und Pflegebedürftige in Heime. Endbericht zur Repräsentativerhebung im Forschungsbericht "Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Einrichtungen"* (2. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Schnelle, J. F., Alessi, C. A., Al-Samarrai, N. R., Fricker, R. D. & Ouslander, J. G. (1999). The nursing home at night: effects of an intervention on noise, light, and sleep. *J Am Geriatr Soc*, *47*, 430–438.
- Schnelle, J. F., Cruise, P. A., Alessi, C. A., Ludlow, K., Samarrai, N. R. al & Ouslander, J. G. (1998). Sleep hygiene in physically dependent nursing home residents: behavioral and environmental intervention implications. *Sleep*, *21*, 515–523.
- Schütze, F. (1983). Biographieforschung und narratives Interview. *Neue Praxis*, *13*, 283–293.
- Schwartzman, H. B. (1993). *Ethnography in organizations*. Newbury Park: SAGE.
- Smalbrugge, M., Jongenelis, L., Pot, A. M., Eefsting, J. A., Ribbe, M. W. & Beekman, A. T. F. (2006). Incidence and outcome of depressive symptoms in nursing home patients in the netherlands. *Am J Geriatr Psychiatry*, *14*, 1069–1076.
- Stathi, A. & Simey, P. (2007). Quality of life in the fourth age: exercise experiences of nursing home residents. *J Aging Phys Act*, *15*, 272–286.
- Steger, B. & Brunt, L. (Hrsg.). (2003). *Night-time and sleep in asia and the west: Exploring the dark side of life*. London: Routledge Curzon.
- Suchman, A. L. (2006). A new theoretical foundation for relationship-centered care. complex responsive processes of relating. *J Gen Intern Med*, *21 Suppl 1*, S40–S44.
- Teresi, J., Abrams, R., Holmes, D., Ramirez, M. & Eimicke, J. (2001). Prevalence of depression and depression recognition in nursing homes. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, *36*, 613–620.

- Theiss, K., Garms-Homolová, V. & Flick, U. (2009). *Schlafstörungen im Alter - Häufigkeit und Verbreitung. Bericht IV aus dem Forschungsprojekt Insomnia* (Bericht). Alice Salomon Hochschule Berlin.
- Unruh, M. L., Redline, S., An, M.-W., Buysse, D. J., Nieto, F. J., Yeh, J.-L. et al. (2008). Subjective and objective sleep quality and aging in the sleep heart health study. *J Am Geriatr Soc*, *56*, 1218–1227.
- Vitiello, M. V., Larsen, L. H. & Moe, K. E. (2004). Age-related sleep change: Gender and estrogen effects on the subjective-objective sleep quality relationships of healthy, noncomplaining older men and women. *J Psychosom Res*, *56*, 503–510.
- Voyer, P., Verreault, R., Mengue, P. N. & Morin, C. M. (2006). Prevalence of insomnia and its associated factors in elderly long-term care residents. *Arch Gerontol Geriatr*, *42*, 1–20.
- Wallnöfer, H., Ladenbauer, W. & Widmann, C. (2000). Autogenes Training. In G. Stumm & A. Pritz (Hrsg.), *Wörterbuch der Psychotherapie* (S. 60-61). Wien: Springer Vienna.
- Walter, U., Flick, U., Neuber, A., Fischer, C. & Schwartz, F.-W. (2006). *Alt und gesund? Altersbilder und Präventionskonzepte in der ärztlichen und pflegerischen Praxis*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Williams, S. J. (2008). The sociological significance of sleep: Progress, problems and prospects. *Sociology Compass*, *2*, 639–653.
- Woolcott, J. C., Richardson, K. J., Wiens, M. O., Patel, B., Marin, J., Khan, K. M. et al. (2009). Meta-analysis of the impact of 9 medication classes on falls in elderly persons. *Arch Intern Med*, *169*, 1952–1960.
- Young, T., Peppard, P. E. & Gottlieb, D. J. (2002). Epidemiology of obstructive sleep apnea: a population health perspective. *Am J Respir Crit Care Med*, *165*, 1217–1239.

Abbildungsverzeichnis

| | | |
|-----|--|----|
| 2.1 | Dimensionen des zielgerichteten Samplings | 21 |
| 2.2 | Interviewleitfaden | 23 |
| 2.3 | Abendblatt des altersadaptierten Schlaftagebuches | 24 |
| 2.4 | Morgenblatt des altersadaptierten Schlaftagebuches | 25 |
| 2.5 | Schema des Auswertungsprozesses | 26 |
| 2.6 | Thematische Struktur | 28 |
| 3.1 | Geburtsjahr und Geschlecht der Interviewpartner | 30 |

Tabellenverzeichnis

| | | |
|-----|--|----|
| 2.1 | Überblick über das Forschungsdesign | 19 |
| 3.1 | Muster von Ansatzpunkten zur Beurteilung von Schlaf | 36 |
| 3.2 | Muster selbstwahrgenommener Ressourcen für guten Schlaf | 40 |
| 3.3 | Muster von Barrieren für guten Schlaf | 45 |
| 3.4 | Wahrgenommene psychische Barrieren für guten Schlaf | 45 |
| 3.5 | Zusammenhang zwischen der Nennung internaler und externaler Barrieren | 49 |
| 3.6 | Bewohnertypen hinsichtlich wahrgenommener psychischer Barrieren . . . | 50 |
| 3.7 | Typologie der Bewohner hinsichtlich wahrgenommener psychischer Bar- rieren für guten Schlaf | 54 |
| 3.8 | Typen der Einstellung zu Schlafmedikamenten | 55 |

Lebenslauf

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

Veröffentlichungen

Artikel (peer-reviewed)

Herrmann, W. J. & Flick, U. (2011). Guter Schlaf aus der Sicht von Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohnern. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 87, 90–94.

Herrmann, W. J. & Flick, U. (2009). Qualitative Forschung in der deutschen Allgemeinmedizin im Spiegel der „Zeitschrift für Allgemeinmedizin“. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 85, 278–283.

Kongressbeiträge mit veröffentlichtem Abstract (peer-reviewed)

Herrmann, W. & Flick, U. (2010). Subjektive Ressourcen für guten Schlaf aus Sicht von Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohnern. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 43 Supplement 1, 125.

Herrmann, W. & Ruths, S. (2010). Die Versorgung pflegebedürftiger alter Menschen im Pflegeheim in Norwegen - Vorbild für Deutschland? *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 43 Supplement 1, 103.

Herrmann, W. & Bærheim, A. (2010). Die Entwicklung der norwegischen Allgemeinmedizin - ein Vorbild für Deutschland? *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 86 (Sonderausgabe - Hauptprogramm Abstractband), 59.

Herrmann, W. & Flick, U. (2009). The role of subjective theories in physician-patient-interaction: the example of sleep disorders. *Swiss Medical Weekly*, 139 Supplement 175, 196S.

Herrmann, W. & Flick, U. (2009). Guter Schlaf - Subjektive Konzepte und Erfahrungen von Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohnern. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 85 (Sonderausgabe DEGAM/DKVF 2009), 157.

Herrmann, W., Behr, A. & Apelt, G. (2009). Strategien des Feldzuganges zu Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohnern. Eine Analyse anhand dreier empirischer Studien. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 85 (Sonderausgabe DEGAM/DKVF 2009), 105.

Herrmann, W. & Flick, U. (2009). Are episodic interviews adequate for interviewing nursing home residents? *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 13 Supplement 1, S665.

Selbstständigkeitserklärung

„Ich, Wolfram Herrmann, erkläre, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: ‚Guter Schlaf - Subjektive Konzepte und Erfahrungen von Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohnern‘ selbst verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt, ohne die (unzulässige) Hilfe Dritter verfasst und auch in Teilen keine Kopien anderer Arbeiten dargestellt habe.“