

Guter Schlaf aus der Sicht von Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohnern

Good Sleep: Nursing Home Residents' Demands and Expectations

Wolfram J. Herrmann¹, Uwe Flick²

Hintergrund: Schlafstörungen treten bei Pflegeheimbewohnern häufig auf. Die Behandlung liegt dabei meist in den Händen von Hausärzten. Die therapeutischen Optionen sind bei Pflegeheimbewohnern aufgrund von Multimorbidität und Polypharmazie eingeschränkt. Ziel unserer Studie war es daher die Ansprüche von Pflegeheimbewohnern an guten Schlaf zu explorieren, um die hausärztliche Versorgung von Pflegeheimbewohnern mit Schlafstörungen zu verbessern.

Methode: Wir führten mit 30 Pflegeheimbewohnern, die mindestens 64 Jahre alt und orientiert zu Ort und Person waren, qualitative episodische Interviews durch. Außerdem baten wir sie, für eine Woche ein Schlaftagebuch zu führen. Die transkribierten Interviews wurden mittels Thematischem Kodieren ausgewertet.

Ergebnisse: Die zentralen Kriterien von Pflegeheimbewohnern für guten Schlaf sind „Durchschlafen“ und nach Störungen „weilerschlafen“ zu können. Dabei ist Durchschlafen ein für die meisten Pflegeheimbewohner nicht zu erreichender Wunsch. Die Unerreichbarkeit dieses Wunsches wurde aber nur von wenigen Bewohnern reflektiert. Darüber hinaus haben Pflegeheimbewohner unterschiedliche individuelle Ansprüche an guten Schlaf, die sich auf „Einschlafen“, „Aufwachen“, die „Qualität“ und den „Erfolg“ des Schlafes beziehen.

Schlussfolgerungen: Hausärzte von Pflegeheimbewohnern sollten bei Schlafstörungen im Gespräch die Ansprüche an guten Schlaf explorieren. Potenzielle Störungen des Durchschlafens sollten vermieden werden. Überhöhte Ansprüche an guten Schlaf im Sinne dysfunktionaler Gedanken sollten im Arzt-Patienten-Gespräch behutsam korrigiert werden.

Schlüsselwörter: Pflegeheimbewohner, Schlafstörungen, Betroffenenperspektive, Dysfunktionale Gedanken, Qualitative Forschung

Introduction: Nursing home residents often suffer from sleep disorders. In Germany, family practitioners usually care for nursing home residents. There are narrow therapeutic possibilities to treat nursing home residents with sleep disorders due to multimorbidity and polypharmacy. Thus, our study aims to explore the nursing home residents' demands and expectations regarding good sleep.

Methods: We conducted qualitative episodic interviews with 30 nursing home residents, who were at least 64 years old and oriented to person and place. The transcribed interviews were analyzed by thematic coding.

Results: The main demands and expectations of nursing home residents regarding good sleep are „sleeping straight“ and „falling soon asleep again“ after disturbances. For nursing home residents, sleeping straight is usually not achievable. However, this was clear for only a few residents. Furthermore, residents have individually different demands and expectations regarding good sleep related to „falling asleep“, „waking up“, „quality of sleep“ and „result of sleep“.

Conclusion: Family practitioners should explore the demands and expectations of nursing home residents suffering from sleep disorders. Disturbances of night sleep should be avoided. Dysfunctional expectations concerning good sleep should be addressed during the consultation.

Keywords: Nursing Homes, Sleep Disorders, Patients' Perspective, Dysfunctional Thoughts, Qualitative Research

¹ Graduiertenkolleg Multimorbidität im Alter, Charité – Universitätsmedizin Berlin

² Professur für qualitative Forschung, Alice Salomon Hochschule Berlin

Peer reviewed article eingereicht: 06.10.2010, akzeptiert: 09.12.2010

DOI 10.3238/zfa.2011.090

Hintergrund

Pflegeheimbewohner leiden häufig unter Schlafstörungen [1, 2]. Der Schlaf von Pflegeheimbewohnern ist meist fragmentiert, das heißt mit nächtlichem Erwachen und Nickerchen tagsüber [3, 4, 5]. Die Therapie von Schlafstörungen bei Pflegeheimbewohnern ist allerdings schwierig, da die Therapiemöglichkeiten aufgrund von Multimorbidität und Polypharmazie eingeschränkt sind. In Deutschland sind im Regelfall Hausärzte für die medizinische Versorgung von Pflegeheimbewohnern zuständig [6].

Häufig behandeln Hausärzte Schlafstörungen medikamentös [7]. Bei Pflegeheimbewohnern ist eine Schlafmedikation jedoch noch weniger angebracht als in der Allgemeinbevölkerung. Einerseits erhöht jedes zusätzlich eingenommene Medikament bei Pflegeheimbewohnern mit Polypharmazie die Wahrscheinlichkeit von Wechselwirkungen, andererseits ist der Gebrauch von Schlafmedikation mit einem erhöhten Sturzrisiko assoziiert [8]. Daher sollten nichtmedikamentöse Therapiemaßnahmen zur Behandlung von Schlafstörungen bei Pflegeheimbewohnern im Vordergrund stehen. In verschiedenen Studien wurden gruppenbasierte nicht-pharmakologische Interventionen, wie beispielsweise körperliche Aktivität und Lichttherapie getestet, überwiegend mit geringen Effekten [9, 10, 11, 12, 13, 14]. Hausärzte von Pflegeheimbewohnern mit Schlafstörungen stehen daher vor der Herausforderung, einen Weg zwischen therapeutischem Nihilismus und medikamentöser Behandlung mit Schlafmitteln zu finden.

Für eine individuelle Therapie von Schlafstörungen bei Pflegeheimbewohnern ist es wichtig die Perspektive der Pflegeheimbewohner miteinzubeziehen. Zur subjektiven Sichtweise von Pflegeheimbewohnern zu Schlaf und Schlafstörungen gibt es jedoch, soweit wir wissen, bisher keine publizierten Studien. Im Setting „Betreutes Wohnen“ führten Davis u. a. [15] eine Mixed-method-Studie durch. Im qualitativen Teil befragten sie 18 Bewohnerinnen in qualitativen Interviews. Insbesondere für schlecht schlafende Bewohnerinnen zeigte sich eine hohe subjektive Bedeutung des Durchschlafenkönnens. Davis fand, dass „Sozialer Vergleich“ mit ande-

ren Bewohnerinnen ein entscheidender Faktor zur Bewertung des eigenen Schlafes ist.

Aufgrund der fehlenden Kenntnisse zur subjektiven Perspektive von Pflegeheimbewohnern war das Ziel der vorliegenden (Teil-) Studie, die Ansprüche von Pflegeheimbewohnern an guten Schlaf zu explorieren. Die Kenntnis dieser Ansprüche kann zur Setzung und Anpassung von Therapiezielen sowie der Priorisierung von Therapieoptionen beitragen. Möglicherweise geben die Ansprüche aber auch konkrete Hinweise auf die Ursachen von Schlafstörungen. Unsere Fragestellung lautete daher: Was sehen Pflegeheimbewohner als guten Schlaf an? Was sind ihre Kriterien für guten Schlaf?

Methodik

Die Exploration von Kriterien für guten Schlaf erfolgte als Teil einer Studie über subjektive Konzepte von Pflegeheimbewohnern zu Schlaf und Schlafstörungen. Die Studie wurde durchgeführt am Graduiertenkolleg „Multimorbidität im Alter“ an der Charité – Universitätsmedizin Berlin und ist assoziiert mit dem Forschungsprojekt „INSOMNIA“ an der Alice Salomon Hochschule Berlin im BMBF-geförderten Forschungsverbund „AMA“ (Autonomie trotz Multimorbidität im Alter).

Als Erhebungsmethode für die Exploration der subjektiven Sichtweisen von Pflegeheimbewohnern verwendeten wir episodische Interviews. Episodische Interviews sind leitfadengestützte Interviews mit narrativen und argumentativ-theoretischen Anteilen [16]. Der Interviewleitfaden enthielt die Abschnitte guter Schlaf, schlechter Schlaf und Vorgehen bei Schlafproblemen. Der Leitfaden diente dem Interviewer während des frei verlaufenden Interviews als Orientierungshilfe. Außerdem wurden für jeden Interviewpartner Diagnosen und Medikation aus der Pflegedokumentation dokumentiert.

Der Erstautor führte im Zeitraum von Februar 2009 bis November 2009 mit 30 Pflegeheimbewohnern aus 5 verschiedenen Pflegeheimen episodische Interviews. Einschlusskriterien 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. Der Zugang erfolgte über die Leitungsebene der Heime. Die Auswahl der Bewohner erfolgte meist durch die Pflegedienstleitungen bzw. Wohnbereichsleitungen. Der Erstautor besprach zuvor mit den Pflegekräften das Ziel des Samplings, sowohl „Frauen / Männer“ als auch „gut / schlecht schlafende Bewohner“ in das Sample möglichst gleichmäßig aufzunehmen. „Gut / schlecht schlafend“ wurde als subjektive Einschätzung der Bewohner definiert und für das Sampling von den Pflegekräften eingeschätzt. Im Laufe der Interviews erwies sich diese Einschätzung im Sinne eines dichotomen Merkmals als nicht konsistent. Wir haben daher im weiteren Verlauf der Studie keine Klassifikation der Interviewpartner in „gut / schlecht schlafend“ vorgenommen. Tabelle 1 gibt einen Überblick über das Geburtsjahr der befragten Pflegeheimbewohner. Die Bewohner hatten durchschnittlich 8,3 (SD = 3,4) dokumentierte Diagnosen und erhielten durchschnittlich 7,8 (SD = 3,2) unterschiedliche Medikamente regelmäßig.

Die Interviews wurden vollständig transkribiert und angelehnt an das Thematische Kodieren ausgewertet [17]. Das Thematische Kodieren basiert auf dem Theoretischen Kodieren aus der Ground Theory. Die Unterschiede des Thematischen Kodierens zum Theoretischen Kodieren bestehen in der Beachtung der individuellen Fälle sowie dem Verfassen einer Fallbeschreibung für jeden Fall und dem Vergleich zwischen den verschiedenen Gruppen. Wir entschieden

Geburtsjahre	Frauen	Männer
1906–1910	1	0
1911–1915	2	0
1916–1920	3	1
1921–1925	7	2
1926–1930	3	1
1931–1935	3	2
1936–1940	0	1
1941–1945	1	3

Tabelle 1 Geburtsjahre der interviewten Pflegeheimbewohner.

uns zur Anwendung des Thematischen Kodierens, da es die individuellen Fälle beachtet. Dadurch entspricht es auch gut dem Fallverständnis in der Allgemeinmedizin. Auf den Aspekt der Gruppenvergleiche haben wir in unserer Auswertung verzichtet.

Zuerst wählte der Erstautor unter Kenntnis aller Interviews mit Hilfe der Fallbeschreibungen 3 Interviews nach dem Prinzip der maximalen Fallkontrastierung aus. Diese 3 Interviews wurden zeilenweise kodiert. Aus den jeweiligen Codes entwickelten wir, in Zusammenschau mit dem Interviewleitfaden, eine thematische Struktur und diskutierten sowie revidierten diese in Sitzungen mit nicht an der Studie beteiligten Wissenschaftlern. Im Anschluss wurden alle Interviews anhand der thematischen Struktur kodiert, wobei die thematische Struktur sukzessive angepasst wurde, das heißt Kategorien der thematischen Struktur wurden im Laufe des Kodierens verändert oder neue Kategorien hinzugefügt. Tabelle 2 gibt einen Überblick über die so entwickelte thematische Struktur. Für diesen Artikel wurden alle Textsegmente zu den Codes aus der Kategorie „Beurteilung von Schlaf“ noch einmal tiefergehend analysiert. Dazu wurden alle den Codes in dieser Kategorie zugeordneten Textsegmente zusammengestellt und zu Mustern verdichtet. Die Textsegmente wurden dann innerhalb dieser Muster ein weiteres Mal interpretiert. Die Zitate in diesem Artikel sind jeweils mit dem numerischen Pseudonym des Interviewpartners und der Zeilennummer des jeweiligen Transkripts referenziert.

Ergebnisse

Die Kriterien und Ansprüche der befragten Pflegeheimbewohner an guten Schlaf lassen sich in übergreifenden Mustern ordnen. Tabelle 3 gibt einen Überblick über diese Muster und ihre absoluten Häufigkeiten im Sample. Bei der folgenden Darstellung orientieren wir uns an diesen Mustern.

Durch- und Weiterschlafen als zentrale Kriterien

Die beiden zentralen Kriterien von Pflegeheimbewohnern für guten Schlaf sind

Beurteilung von Schlaf		
Schlaf	Einflüsse auf Schlaf	Positiv (Ressourcen)
		Negativ (Barrieren)
	Umgang mit Schlafproblemen	Handlung
		Interpretation
	Folgen von Schlafproblemen	
Veränderung von Schlaf über die Zeit		
Heim	Umgang mit Leben im Heim	Handlung
		Interpretation
	Konzepte	Vom Heim
		Vom Personal
		Von (Mit-)Bewohnern
		Von sich selbst
Gewalt		

Tabelle 2
Thematische Struktur der Kategorien und Codes.

„Durchschlafen“ und „Nach Erwachen schnell wieder weiterschlafen können“. Beide Kriterien setzen also an Unterbrechungen des Nachtschlafes an. Die dabei dominierende Beschreibung von gutem Schlaf ist „Durchschlafen“ zu können:

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. (25:149–150)

Durchschlafen zu können ist dabei Sinnbild für guten und ruhigen Schlaf:

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)

Allerdings bleibt der Wunsch durchzuschlafen für Pflegeheimbewohner meist ein unerfüllbarer Wunsch, eine Utopie.

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

Es gibt für Pflegeheimbewohner zahlreiche Unterbrechungen des Nachtschlafes. So kommt es häufig zu Störungen des Schlafes durch Rundgänge von Pflegekräften, Lärm durch andere Bewohner oder Pflegehandlungen an Mitbewohnern. 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)

Aufgrund dieser zahlreichen intrinsischen und extrinsischen Störungen ist daher für die meisten Pflegeheimbewohner ein völlig unterbrechungsfreies Durchschlafen nicht möglich. Trotzdem reflektieren die meisten Pflegeheimbewohner nicht über die Unerreichbarkeit ihres Schlafideals. Andere hingegen akzeptieren, dass sie Durchschlafen nicht erreichen können, und sind trotzdem zufrieden.

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 das 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. (30:89–92)

An der Aussage dieser Bewohnerin wird deutlich, dass eine Unterbrechung des Schlafes für sie noch keine Störung ist. Erst eine kognitive Bewertung der Unterbrechung macht also aus der Unterbrechung eine Störung. Bei den Pflegeheimbewohnern, die sich mit nächtli-

Kriterien bezogen auf	Interviewpartner	
Unterbrechungen	Durchschlafen	13
	Weiterschlafen	5
Einschlafen / Aufwachen		6
Qualität von Schlaf		2
Erfolg von Schlaf		2

Tabelle 3
Muster von Kriterien für guten Schlaf.

chem Erwachen arrangiert haben, tritt häufig ein anderes Kriterium für guten Schlaf in den Vordergrund, nämlich nach dem nächtlichem Erwachen schnell wieder einschlafen zu können:

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. (20:10–11)

Grübeln und psychische Probleme können ein Wiedereinschlafen behindern.

Einschlafen und Aufwachen

Durchschlafen und Weiterschlafen sind die dominierenden Kriterien der befragten Pflegeheimbewohner für guten Schlaf. Darüber hinaus gibt es aber auch stärker individuelle Kriterien. Einige dieser Kriterien an guten Schlaf beziehen sich auf das Einschlafen und Aufwachen.

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)

Diese Bewohnerin betont die Mühelosigkeit des Einschlafens. Dies steht im Gegensatz zur Sichtweise mancher Bewohner, dass man sich Mühe geben sollte, um einzuschlafen und gut zu schlafen. Andere Bewohner betonen hingegen die Bedeutung des morgendlichen Aufwachens. So äußern einige Bewohner, dass es ihnen besonders wichtig ist, morgens ungestört ausschlafen zu können.

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

Allerdings haben nur wenige Pflegeheimbewohner überhaupt die Möglichkeit den Zeitpunkt, wann sie aufstehen, frei zu wählen. Meist werden die Bewohner durch die Pflegekräfte direkt geweckt oder sie wachen durch Geräusche und Unruhe aufgrund der morgendlichen Pflegeabläufe im Heim auf.

Qualität und Erfolg von Schlaf

Ein Teil der Bewohner bestimmt guten Schlaf nicht über den Ablauf des Schlafs, sondern über Qualität und Erfolg ihres Schlafes. So definieren manche Bewohner guten Schlaf über die Qualität des Schlafes an sich. Guter Schlaf sollte tief und fest sein. Für andere Bewohner spielt dagegen der Erfolg von Schlaf eine größere Rolle. Ihr Kriterium für guten

Schlaf ist es, nach dem Schlaf erholt und ausgeruht zu sein.

Ja, eine gründliche Entspannung, wenn ich morgens aufwache, ja? Ich fühle mich ausgeruht, das ist wichtig, nicht? (12:295–296)

Nur wenige Pflegeheimbewohner äußern keine Kriterien für guten Schlaf. Für sie ist guter Schlaf etwas, das einfach so passiert.

Diskussion und Schlussfolgerungen

Unsere Ergebnisse zeigen, dass Pflegeheimbewohner individuell unterschiedliche Kriterien für guten Schlaf haben. Für Pflegeheimbewohner ist das weitaus wichtigste Kriterium durchschlafen zu können. Allerdings ist dieses Ideal des Durchschlafens für viele Bewohner unerreichbar. Nur wenige Bewohner reflektieren jedoch, dass das Durchschlafen für sie ein unerfüllbarer Wunsch ist. Manche Bewohner haben ihre Ansprüche den Gegebenheiten angepasst und sehen es nach Störungen wieder weiterschlafen zu können, als Kriterium für guten Schlaf an. Sie haben akzeptiert, nicht durchschlafen zu können und wollen nach dem unvermeidlichen Erwachen schnell wieder einschlafen.

Unsere Ergebnisse bestätigen die Ergebnisse von Davis u. a. [15], dass Durchschlafen eine besondere Bedeutung für die subjektive Bewertung von Schlaf hat. Jedoch konnten wir diese Bedeutung von Durchschlafen nicht subjektiv gut oder schlecht schlafenden Bewohnern, wie Davis u. a. zuordnen, da sich eine solch dichotome Charakterisierung von Bewohnern als nicht konsistent erwies. Auch spielte der Vergleich zu anderen Bewohnern, für die von uns befragten Pflegeheimbewohner, kaum eine Rolle für die Bewertung des eigenen Schlafs. Dies mag mit einem anderen Setting, kulturellen Unterschieden oder dem theoretischen Rahmen der Studie von Davis u. a. zusammenhängen.

Einige methodische Einschränkungen dieser Studie sind zu beachten. Der Zugang zu Pflegeheimbewohnern über die Leitungsebene von Pflegeheimen schränkte unsere Möglichkeiten bei der Auswahl der zu interviewenden Pflegeheimbewohner ein. Wir mussten daher im Laufe der Studie Abstriche an unseren Kriterien für die Auswahl der Be-

wohner machen. So war beispielsweise das Einschlusskriterium, mindestens ein halbes Jahr im Pflegeheim zu wohnen, nicht zu verwirklichen. Wir sehen unser Sample trotzdem als eine gute Variation entlang der, von uns gewünschten, zentralen Dimensionen an, so sind verschiedene Altersklassen und beide Geschlechter im Sample vertreten (vgl. Tabelle 1). Aufgrund der Erhebung per Interview war es nicht möglich, mittel- und schwerdemenzielle Pflegeheimbewohner in die Studie aufzunehmen. Daher kann das Ergebnis auf diese Gruppe von Pflegeheimbewohnern nur eingeschränkt übertragen werden. Bei demenziell erkrankten Pflegeheimbewohnern ist darüber hinaus häufig von demenzassoziierten Schlafstörungen auszugehen.

Der unerfüllbare Anspruch des Durchschlafens an guten Schlaf entspricht dysfunktionalen Gedanken, wie sie in der Verhaltenstherapie adressiert werden. Dysfunktionale Gedanken sind unangemessene Grundannahmen, die zu kontraproduktivem Denken und Handeln führen können. Diese dysfunktionalen Ansprüche zeigen daher einen wichtigen Ansatzpunkt der Behandlung von Schlafstörungen auf. Die Konzepte der Bewohner und ihre Ansprüche an guten Schlaf sollten exploriert werden, um gegebenenfalls modifizierend darauf einwirken zu können. In der hausärztlichen Praxis ist eine explizite Kognitionsdiagnostik, wie in der Verhaltenstherapie [vgl. 18] nicht möglich. Vielmehr kann die Exploration dysfunktionaler Gedanken im normalen Arzt-Patienten-Gespräch erfolgen, beispielsweise anhand der Frage „Was macht für Sie guten Schlaf aus?“. Behutsam kann im Anschluss auf Änderungen solch dysfunktionaler Ansprüche hingewirkt werden. Im hausärztlichen Setting bietet sich die Möglichkeit, das Thema „Schlaf“ in mehreren Konsultationen immer wieder aufzugreifen. Der erste Schritt ist, dem Patienten die eigenen Ansprüche bewusst zu machen. So kann gemeinsam im Gespräch erörtert werden, welche Ansprüche der Patient hat, z. B. ungestört durchschlafen zu können. Im zweiten Schritt sollte der Patient dazu gebracht werden, seine Ansprüche zu hinterfragen. So kann man hier beispielsweise gemeinsam mit dem Patienten überlegen, wodurch er nachts wach wird und ob diese Unterbrechungen zu

Wolfram J. Herrmann ...

... studierte Medizin an der Charité – Universitätsmedizin Berlin und der Universität Islands. Seit 2008 ist er Stipendiat der Robert-Bosch-Stiftung im Graduiertenkolleg Multimorbidität im Alter an der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Er erforscht dort die subjektiven Konzepte von Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohnern zu Schlaf und Schlafstörungen, assoziiert an das Forschungsprojekt INSOMIA an der Alice Salomon Hochschule Berlin.

beeinflussen sind. Man kann dabei dem Patienten auch erklären, dass es normal ist, nachts mehrfach aufzuwachen. Ziel ist es die Sichtweise des Patienten schrittweise, gemeinsam mit ihm, zu verändern. Hilfreich kann dabei das Führen eines Schlaftagebuches sein. Für eine ausführlichere Darstellung verhaltenstherapeutischer Maßnahmen verweisen wir auf [19].

Die große Bedeutung des Durchschlafens für Pflegeheimbewohner ist ein Hinweis für Pflegekräfte und Ärzte, unnötige Störungen beim Durchschla-

fen weitestgehend zu vermeiden. Für Hausärzte heißt dies beispielsweise, die Indikation potenziell harntreibender Medikamente zu überprüfen. Individuelle Ansprüche und Vorlieben von Pflegeheimbewohnern können die Therapie leiten. So kann der innere Anspruch und Druck, schnell und leicht einzuschlafen, genau dieses verhindern [19]. In diesem Fall wären beispielsweise aufklärende Gespräche und Entspannungstechniken angebracht.

Hinweis: Wir benutzen die allgemeine geschlechtsneutrale Pluralform Pflegeheimbe-

wohner und meinen damit immer Bewohnerinnen und Bewohner.

Ethikkommission

Die Studie wurde von der Ethikkommission der Charité – Universitätsmedizin Berlin in der Sitzung vom 18.12.2008 genehmigt.

Sponsoren

Wolfram J. Herrmann ist Stipendiat der Robert-Bosch-Stiftung.

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Korrespondenzadresse

Wolfram J. Herrmann
Graduiertenkolleg Multimorbidität
im Alter
Charité – Universitätsmedizin Berlin
Luisenstraße 13, 10117 Berlin
Tel.: 030 450-529188
E-Mail: wolfram.herrmann@charite.de

Literaturverzeichnis

- Garms-Homolová V, Flick U, Röhnisch G. Sleep disorders and activities in long term care facilities—a vicious cycle? *J Health Psychol* 2010; 15: 744–754
- Voyer P, Verreault R, Mengue PN, Morin CM. Prevalence of insomnia and its associated factors in elderly long-term care residents. *Arch Gerontol Geriatr* 2006; 42: 1–20
- Fetveit A, Bjorvatn B. Sleep disturbances among nursing home residents. *Int J Geriatr Psychiatry* 2002; 17: 604–609
- Ancoli-Israel S, Parker L, Sinaee R, Fell RL, Kripke DF. Sleep fragmentation in patients from a nursing home. *J Gerontol* 1989; 44: M18–M21
- Jacobs D, Ancoli-Israel S, Parker L, Kripke DF. Twenty-four-hour sleep-wake patterns in a nursing home population. *Psychol Aging* 1989; 4: 352–356
- van den Bussche H, Weyerer S, Schäufele M, Lübke N, Schröfel S-C, Dietsche S. Die ärztliche Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland – eine kritische Würdigung der vorliegenden Studien. *Z Allg Med* 2009; 85: 240–246
- Bohn S, Fröschen-Behrens S, Kuth N. Schlafstörungen in der Hausarztpraxis – brauchen wir einen Leitfaden? *Z Allg Med* 2008, 84: 525–531
- Woolcott JC, Richardson KJ, Wiens MO, et al. Meta-analysis of the impact of 9 medication classes on falls in elderly persons. *Arch Intern Med* 2009; 169: 1952–1960
- Ancoli-Israel S, Martin JL, Kripke DF, Marler M, Klauber MR. Effect of light treatment on sleep and circadian rhythms in demented nursing home patients. *J Am Geriatr Soc* 2002; 50: 282–289
- Alessi CA, Schnelle JF, MacRae PG, et al. Does physical activity improve sleep in impaired nursing home residents? *J Am Geriatr Soc* 1995; 43: 1098–1102
- Culpepper Richards K, Beck C, O'Sullivan PS, Shue VM. Effect of individualized social activity on sleep in nursing home residents with dementia. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53: 1510–1517
- Alessi CA, Yoon EJ, Schnelle JF, Al-Samarrai NR, Cruise PA. A randomized trial of a combined physical activity and environmental intervention in nursing home residents: do sleep and agitation improve? *J Am Geriatr Soc* 1999; 47: 784–791
- Schnelle JF, Alessi CA, Al-Samarrai NR, Fricker RD, Ouslander JG. The nursing home at night: effects of an intervention on noise, light, and sleep. *J Am Geriatr Soc* 1999; 47: 430–438
- Naylor E, Penev PD, Orbeta L, et al. Daily social and physical activity increases slow-wave sleep and daytime neuropsychological performance in the elderly. *Sleep* 2000; 23: 87–95
- Davis B, Moore B, Bruck D. The meanings of sleep: Stories from older women in care. *Sociological Research Online* 2007; 12, 2007; <http://www.socresonline.org.uk/12/5/7.html>.
- Flick U. *Managing Quality in Qualitative Research*. London: SAGE; 2007
- Flick U. *An Introduction to Qualitative Research*. London: SAGE; 2009
- Hoyer J, Chaker S. Kognitionsdiagnostik. In: Margraf J, Schneider S (Hrsg.). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*. Band 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen. Berlin: Springer, 2009; 391–407
- Herrmann E, Gassmann D, Munsch S. Schlafstörungen. In: Margraf J, Schneider S (Hrsg.). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*. Band 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen. Berlin: Springer, 2009; 187–224