



PFLEGE

Vjenka Garms-Homolová

Schlaf- und Wachstörungen bei alten Menschen

Aktuelles Wissen für
wirkungsvolle Interventionen

Gezielte
Hilfe
für einen
besseren
Schlaf

S

schlütersche

Vjenka Garms-Homolová

Schlaf- und Wachstörungen bei alten Menschen

Aktuelles Wissen für wirkungsvolle
Interventionen



Prof. Dr. **Vjenka Garms-Homolová**, Diplom-Psychologin und -Soziologin, ist emeritierte Professorin für Gesundheitsmanagement an der Alice Salomon Hochschule Berlin sowie Honorarprofessorin der Technischen Universität Berlin. Sie leitete das vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderte Insomnia-Projekt der Alice Salomon Hochschule. Gegenwärtig arbeitet sie als Senior Research Expert an der Hochschule für Technik und Wirtschaft, Berlin.

»Besonders aber gebe man dem Gehirn das zu seiner Reflexion nötige, volle Maß des Schlafes; denn der Schlaf ist für den ganzen Menschen, was das Aufziehen für die Uhr.«

ARTHUR SCHOPENHAUER



**Der Pflegebrief Newsletter – für die schnelle Information zwischendurch
Anmelden unter www.pflegen-online.de**

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-89993-371-0 (Print)

ISBN 978-3-8426-8808-7 (PDF)

ISBN 978-3-8426-8809-4 (EPUB)

**© 2016 Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG,
Hans-Böckler-Allee 7, 30173 Hannover**

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der gesetzlich geregelten Fälle muss vom Verlag schriftlich genehmigt werden. Alle Angaben erfolgen ohne jegliche Verpflichtung oder Garantie des Autors und des Verlages. Für Änderungen und Fehler, die trotz der sorgfältigen Überprüfung aller Angaben nicht völlig auszuschließen sind, kann keinerlei Verantwortung oder Haftung übernommen werden. Die im Folgenden verwendeten Personen- und Berufsbezeichnungen stehen immer gleichwertig für beide Geschlechter, auch wenn sie nur in einer Form benannt sind. Ein Markenzeichen kann warenrechtlich geschützt sein, ohne dass dieses besonders gekennzeichnet wurde.

Reihengestaltung: Groothuis, Lohfert, Consorten, Hamburg
Umschlaggestaltung: Kerker + Baum, Büro für Gestaltung GbR, Hannover
Titelbild: Photographee.eu – fotolia.com
Satz: PER Medien & Marketing GmbH, Braunschweig
Druck und Bindung: Gutenberg Beuys Feindruckerei GmbH, Langenhagen

INHALT

| | |
|--|-----------|
| Vorwort | 8 |
| 1 Schlafen und Wachen: Was ist im Alter anders? | 10 |
| 1.1 Was ist im Alter anders als bei Erwachsenen im jungen und mittleren Lebensabschnitt? | 12 |
| 1.2 Wie funktioniert der Schlaf überhaupt? | 14 |
| 1.3 Sind Schlafstörungen im Alter normal? | 16 |
| 1.4 Guter Schlaf ist auch im Alter wichtig | 17 |
| 2 Schlafstörungen: Was gehört dazu? | 19 |
| 2.1 Insomnie | 20 |
| 2.2 Nichterholsamer Schlaf (NRS = Non Restorative Sleep) | 22 |
| 2.3 Atemstörungen im Schlaf | 24 |
| 2.3.1 Schlafapnoe | 24 |
| 2.3.2 Schnarchen | 26 |
| 2.4 Syndrom der unruhigen Beine (RLS) | 27 |
| 2.5 Exzessive Tagesschläfrigkeit | 28 |
| 2.6 Weitere Störungen des Wachseins | 30 |
| 2.6.1 Hypersomnie | 30 |
| 2.6.2 Narkolepsie | 31 |
| 2.7 Aufgaben der Pflegenden | 33 |
| 3 Gefährdet, betroffen? – Wer braucht besondere Aufmerksamkeit? | 37 |
| 3.1 Wer ist gefährdet? | 37 |
| 3.1.1 Alterung als Risiko? | 37 |
| 3.1.2 Geschlecht als Risiko? | 38 |
| 3.1.3 Region und Wohnumgebung | 39 |
| 3.1.4 Soziale Lage | 40 |
| 3.2 Wer ist besonders betroffen? | 40 |
| 3.2.1 Menschen in Institutionen | 41 |
| 3.2.2 Menschen mit mehrfachen Erkrankungen | 43 |
| 3.2.3 Menschen mit Schmerz | 46 |
| 3.2.4 Menschen, die sozial nicht ausreichend integriert sind | 48 |
| 3.2.5 Inaktive Menschen: | 49 |
| 3.3 Wer braucht besondere Aufmerksamkeit? | 49 |
| 3.3.1 Neue Heimbewohner | 49 |
| 3.3.2 Bewohner nach schwerwiegenden Lebensereignissen | 50 |
| 3.3.3 Mitbewohner der Menschen mit Schlafstörungen | 50 |
| 3.3.4 Bettlägerige und immobile Bewohner | 51 |

| | | |
|----------|--|------------|
| 4 | Zu viel Schlaf kann gefährlich – sogar tödlich – sein | 52 |
| | 4.1 Was ist »übermäßige Tagesschläfrigkeit«? | 52 |
| | 4.2 Wie viel Schlaf brauchen ältere und alte Menschen? | 54 |
| | 4.3 Ursachen der übermäßigen Tagesschläfrigkeit | 54 |
| | 4.4 Zu viel Schlaf und langer Verbleib im Bett sind risikoreich | 58 |
| | 4.5 Erster Schritt zur Abhilfe: Betroffene und ihr Schlafverhalten identifizieren | 59 |
| | 4.6 Möglichkeiten der Intervention und Aufgaben der Pflegenden | 62 |
| 5 | Pflegende sind nicht machtlos, ... aber was können und dürfen sie tun? | 67 |
| | 5.1 Ist »Pflege« zuständig? | 67 |
| | 5.2 Gewohnheiten sind nicht unantastbar | 69 |
| | 5.3 Respekt verpflichtet | 74 |
| | 5.4 Pflege im Widerstreit verschiedener Interessen | 77 |
| 6 | Glauben, Wissen, Handeln | 81 |
| | 6.1 Glauben | 82 |
| | 6.1.1 Glaube an die Unveränderbarkeit von Gewohnheiten und Motivation | 84 |
| | 6.1.2 Sozialer Rückzug ist nicht immer freiwillig | 85 |
| | 6.1.3 Glaube an die Wirkung von Alkohol als Schlafmittel | 86 |
| | 6.2 Wissen | 88 |
| | 6.2.1 Wie gut sind Ihre Kenntnisse des Schlafs im Alter? | 88 |
| | 6.2.2 Identifizieren Sie Bewohner mit Schlaf-/Wachproblemen und/ oder mit Risiken | 92 |
| | 6.3 Individuumsbezogene Pflegemaßnahmen | 95 |
| | 6.3.1 Körperliche Mobilisierung: Bewegung, Übungen und Sport | 95 |
| | 6.3.2 Soziale Aktivierung | 98 |
| | 6.3.3 Schlafhygiene | 99 |
| | 6.3.4 Ernährung | 99 |
| | 6.4 Verhältnisbezogene Pflegemaßnahmen | 100 |
| | 6.4.1 Beleuchtung für gute Aufmerksamkeit und optimalen Wachzustand am Tage sowie einen guten Nachtschlaf | 101 |
| | 6.4.2 Ruhe für den nächtlichen Schlaf | 103 |
| | 6.4.3 Gestaltung der unmittelbaren Schlafumgebung | 108 |
| | 6.5 Veränderung der Pflegeorganisation | 109 |
| | 6.5.1 Strukturierung des Tagesablaufs | 109 |
| | 6.5.2 Der Ablauf der Nacht | 112 |
| 7 | Multidisziplinärer Ansatz & kombinierte Interventionen: Wirksam auch bei Heimbewohnern! | 115 |
| | 7.1 Aufgaben verschiedener Professionen/Berufsgruppen | 115 |
| | 7.1.1 Aufgaben der Pflegenden | 117 |
| | 7.1.2 Aufgaben von Heim-, Hausärzten und Allgemeinpraktikern | 118 |
| | 7.1.3 Aufgaben von Physiotherapeuten | 119 |

| | | |
|------------------|--|------------|
| 7.1.4 | Aufgaben von Sporttrainern und Bewegungsinstruktoren | 121 |
| 7.1.5 | Aufgaben von Ergotherapeuten | 121 |
| 7.1.6 | Aufgaben von klinischen Psychologen/Psychotherapeuten | 122 |
| 7.1.7 | Aufgaben von Fachärzten, insbesondere Psychiatern/Neurologen | 123 |
| 7.1.8 | Aufgaben von Schlafspezialisten und Schlaflaboren | 124 |
| 7.1.9 | Voraussetzungen der Kooperation | 125 |
| 7.2 | Behandlung von Schlaf-/Wachstörungen mit Medikamenten | 125 |
| 7.3 | Alternativen zu Medikamenten | 128 |
| 7.3.1 | Verhaltenstherapie (VT) und kognitive Verhaltenstherapie (KVT) | 131 |
| 7.3.2 | Stimuluskontrolle | 133 |
| 7.3.3 | Entspannungstechniken und Entspannungstherapie | 133 |
| 7.3.4 | Musiktherapie und Entspannungsmusik | 134 |
| 7.3.5 | Biofeedback | 135 |
| 7.3.6 | Paradoxe Intention und Intervention | 135 |
| 7.3.7 | Schlafrestriktion | 135 |
| 7.3.8 | Akupunktur | 136 |
| 7.3.9 | Hydrotherapie und Bäder | 137 |
| 7.4 | Melatoninbehandlung | 137 |
| 7.5 | Frei verkäufliche Medikamente und andere Hausmittel | 139 |
| 7.6 | Fazit | 140 |
| Anhang | | 141 |
| Anhang 1 | | 141 |
| Anhang 2 | | 142 |
| Literatur | | 143 |

VORWORT

Das Interesse am Thema Schlaf wächst. Guter Schlaf wird zunehmend als Element eines gesunden Lebensstils entdeckt. So analysieren gesundheitsbewegte Träger von sogenannten Akzelerometern (Bewegungs- und Aktivitätsmessgeräten, die ähnlich einer Uhr am Arm getragen werden) ihre Aktivitäts-, Ruhe und Schlafphasen genau. Hersteller der Geräte bieten ihnen ferner »Schlafanalysen« mit der Erfassung der Dauer des Tiefschlafs und der Anzahl von Aufwachphasen an. In allen Medien finden sich zudem Ratschläge für Problemschläfer und die Auswahl an Selbsthilfe-Ratgebern ist groß.

Im Kontrast dazu ist das Wissen darüber, wie Schlaf funktioniert und was für die Unterstützung des gesunden Schlafs getan werden muss, gerade bei professionellen Mitarbeitern der Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen begrenzt. Oder vielleicht ist es nicht das Wissen, sondern das Problembewusstsein, was den Pflegemitarbeitern – jedoch auch vielen Ärzten und Therapeuten – fehlt. Speziell die Kompetenzen, die erforderlich sind, um den gesunden Schlaf-/Wachrhythmus zu fördern und Schlafstörungen zu vermeiden, werden nicht optimal eingesetzt: Vor allem nicht, wenn es um alte Menschen geht. Als Klienten der Langzeitpflege und als Patienten der Krankenversorgung profitieren alte Menschen selten von den Kenntnissen, welche die Schlaforschung und die evidenzbasierte Versorgungspraxis in den letzten zehn bis fünfzehn Jahren hervorgebracht haben.

Man weiß heute viel über den Schlaf und die Schlafstörungen im Lebensverlauf bis ins höchste Alter. Die Möglichkeiten, Schlafstörungen zu diagnostizieren und zu behandeln – auch bei betagten Personen – haben sich erheblich verbessert. Auch gibt es verbesserte Wege und (z. B. technische) Mittel zur Vorbeugung der Störungen. Aber im Alltag der klinischen Langzeitversorgung würde man nach ihnen meistens vergeblich suchen!

Diese Situation motivierte den Verlag, mich zu ermutigen, ein Buch zu verfassen. Es soll:

zum Verständnis der Schlafproblematik von hochbetagten Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Pflegeeinrichtungen beitragen und

das Problembewusstsein darüber wecken, dass die Schlaf-/Wachstörungen nicht ignoriert oder bagatellisiert werden sollten.

Speziell sind in diesem Buch viele praktische Empfehlungen zusammengetragen. Diese basieren mehrheitlich auf soliden empirischen Erkenntnissen, nicht auf Vorannahmen

und ungeprüften Überlieferungen. Gegenwärtig stehen bereits zahlreiche zuverlässige Studien zu Verfügung, die zeigen, welche Maßnahmen wirksam sind und besonders auch bei alten Menschen angewandt werden können. Es ging also darum, zuverlässige Interventionsstudien auszusuchen und aus ihnen die »brauchbaren, weil praktikablen« Handlungsoptionen zu beziehen. Eine Auswahl davon, die sich für **Prävention, Behandlung, Pflege und Selbsthilfe** eignet und vergleichsweise problemlos realisiert werden kann, wird in diesem Buch präsentiert.

Neben den Informationen aus wissenschaftlichen Literaturrecherchen beziehe ich mich auf Daten und Resultate eigener Forschung aus Pflegeheimen und in jüngerer Zeit auch aus der ambulanten Pflege. Ich verwende Beispiele aus gezielten wie auch ungeplanten Gesprächen mit Pflegemitarbeitern aus der Langzeitpflege und aus Krankenhäusern. Meine weiteren praxisbezogenen Erfahrungen und Erkenntnisse aus insgesamt drei Lehrprojekten mit Bachelorstudenten des Pflege- und Gesundheitsmanagements und Masterstudenten des Studiengangs »Management und Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen« an der Alice Salomon Hochschule ergänzen die Informationsbasis.

Bei den Mitwirkenden, die ihr Studium längst beendeten, möchte ich mich herzlich für die Zusammenarbeit bedanken. Besonders danke ich den Mitgliedern des Forschungsprojekts INSOMNIA I an der Alice Salomon Hochschule in Berlin, in dem ein Großteil meiner empirischen Arbeit an dem Thema verwirklicht wurde. Wesentliche Ergebnisse dieser Studie finden sich in einem 2013 veröffentlichten Buch (Garms-Homolová & Flick, 2013). Mit Dank verbunden bin ich auch dem Berliner Projekt »Die Pflege mit dem Plus« und Frau Ragnhild Morgenstern, der Geschäftsführerin der Firma Arbuma Consulting, für den Zugang zu umfassenden Pflegeheimdaten. Der Verlagslektorin Petra Heyde danke ich für die relevante Unterstützung bei diesem Projekt.

Gemäß dem Vorschlag des Verlags wird in diesem Buch aus Vereinfachungsgründen überwiegend die männliche Geschlechtsangabe benutzt, auch dort, wo beide Geschlechter angesprochen sind.

Berlin, April 2016

Vjenka Garms-Homolová

SCHLAFEN UND WACHEN: WAS IST IM ALTER ANDERS?

Praxisbeispiel – Fehlender Nachtschlaf

Eine alte Dame erzählt von ihrem neuen Leben in einem Apartment des betreuten Wohnens: »Gut geht es mir hier«, sagt sie. »Ich fange an, mich hier richtig einzuleben. Die Nachbarn sind nett, die Pflege kommt pünktlich. Mit den Übungen lerne ich wieder laufen. Ich hatte nicht mehr geglaubt, dass mir das noch einmal so gelingen würde, als ich vor zwei Monaten an der Hüfte operiert wurde!« Sie fährt fort: »Mein größter Kummer sind im Moment allerdings die Nächte. Wenn ich bloß schlafen könnte. Ich schlafe ein, aber nach zwei, drei Stunden bin ich wieder wach, meist schon kurz nach Mitternacht. Dann liege ich da und kann nicht wieder einschlafen. Alles kommt bei mir hoch, die ganzen Gedanken, Erinnerungen, Sorgen. Nichts hilft mir dagegen, egal was ich tue. Ich wälze mich im Bett und da kommen auch die Schmerzen zurück. Am Morgen bin ich dann wie erschlagen. Ich gehe schon früh ins Bett, damit ich bis Mitternacht zumindest etwas Schlaf bekomme. Aber das hilft mir auch nicht, weil ich dann noch früher wach werde!«

Wer, der sich mit der Pflege und Betreuung von alten Menschen beschäftigt, kennt diese Situation nicht? Etliche Ältere klagen über Schlafstörungen. Deshalb glauben viele Leute, dass Schlafprobleme zu den schicksalhaften und unvermeidlichen Beschwerden des höheren und hohen Alters gehören, zu den Problemen, gegen die sich gar nichts machen lässt.

Daher wollen wir uns in diesem Kapitel mit diesen Ansichten auseinandersetzen und sie auf ihren Realitätsgehalt prüfen. Folgende Fragen leiten uns dabei:

- Lassen sich die Beobachtungen und Einzelerfahrungen mit individuellen Fällen alter Menschen, die entweder nicht schlafen können oder dauernd dösen, verallgemeinern?
- Wie ist es überhaupt mit dem Schlaf im Alter?
- Brauchen alte Leute mehr oder weniger Schlaf?
- Was ist normal und was ist krank?

»Altersbilder«

Dösende alte Personen in tiefen Sesseln und dämmernde Bewohner beim Warten vor dem Speisesaal finden sich in vielen Darstellungen – ob es sich um Bilder, Erzählungen oder Filme handelt. Sie entsprechen der allgemein verbreiteten Vorstellung über alte Menschen. Kein Zweifel: Der Schlaf – auch zu unpassenden Zeiten – ist ein wesentlicher Bestandteil der sogenannten Altersbilder. Mit »Altersbildern« bezeichnen Wissenschaftler vereinfachte und undifferenzierte Darstellungsarten »DER« alten Menschen

(Hildebrandt & Kleiner 2012), ihres Verhaltens, ihrer Gesundheit, ihrer Fähigkeiten, ihrer Defizite, ihrer Einstellungen und des gesamten Lebensstils. Die Grundlagen derartiger Bilder sind von Annahmen, Vorstellungen aber auch stimmigen Informationen und Einzelbeobachtungen geprägt. Diese werden meistens verallgemeinert, als würden sie für alle alten Menschen gelten und hundertprozentig wahr sein. So entstehen Bilder, die als »richtig« gelten: »So ist man im Alter halt!« Und mehr noch, diese Bilder werden zur sozialen Norm: »So muss ein alter Mensch sein!« Abweichungen von den normativen Vorstellungen sind zwar möglich, werden aber als Ausnahmen empfunden, ganz nach dem Motto »die Ausnahmen bestätigen die Regel«. Typisch für Altersbilder ist es, dass sie nicht nur Annahmen und Meinungen »Anderer« über alte Menschen repräsentieren. Auch alte Personen selbst nehmen sie an. Sie beugen sich gewissermaßen der gesellschaftlichen Norm, die durch die Altersbilder zementiert wird. Viele alten Frauen und Männer orientieren sich an diesen Altersbildern und messen an ihnen das eigene Verhalten, Aussehen und Fähigkeiten.

Wichtig

Annahmen, Vorstellungen aber auch stimmige Informationen und Einzelbeobachtungen bilden das Fundament verallgemeinerter »Altersbilder«. Es entstehen vielfach negative Bilder und Vorstellungen von alten Menschen, die als belegt, wahr, unzweifelhaft und somit als Norm gelten – obwohl sie nicht stimmen müssen.

Gesundheit und Krankheit stehen im Zentrum der Altersbilder, so auch die Vorstellungen über den »gesunden Schlaf im Alter« und ebenfalls Meinungen darüber, wie alte Menschen schlafen und wachen oder schlafen und wachen wollen. Während die Gesundheit der sogenannten »jungen Alten« nach dem Eintritt in den Ruhestand (etwa zwischen dem 65. und 75. Lebensjahr) heute überwiegend positiv dargestellt wird – sie sind die wahren Vertreter des aktiven Lifestyles im Alter – haben sich die Altersbilder über die »alten Alten« seit den siebziger oder achtziger Jahren des zwanzigsten Jahrhunderts nicht gravierend verändert. Von den »alten Alten« werden immer noch die Bilder gezeichnet, in denen Defizite überwiegen. Entsprechend sind auch die Vorstellungen vom Schlafen der »alten Alten« von Störungen dominiert, die aber als im Alter völlig normal und darüber hinaus als interventionsresistent wahrgenommen werden.

Noch negativer sind die Vorstellungen von Menschen, die Pflegeleistungen beziehen – ob zu Hause oder in einer Einrichtung. Wird der Anspruch auf die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung bei einer Frau oder einem Mann anerkannt, gilt sie oder er als »pflegebedürftig«, und beim »Pflegebedürftigen« ist die »Normalität« anders. Niemand denkt darüber nach, dass sie auch noch »gesunde Anteile« haben. Ihre Fähigkeiten, ihr Zustand und ihre gesamten Persönlichkeiten werden generell als be-

einträchtig wahrgenommen: »Pflegefälle eben!«. Diese Perspektive schließt auch das Schlafen und Wachen ein. Gleichzeitig relativiert die Pflegebedürftigkeit solche Probleme wie die Schlafstörungen: »Seit dem Schlaganfall kann sie vieles nichts mehr. Da kommt es nicht mehr darauf an, ob sie schläft oder nicht.« Möglichkeiten einer Besserung werden selten erwogen: »Man kann da nichts machen, als es hinzunehmen«. Eine resignative Haltung gegenüber Schlafstörungen von Menschen mit Pflegebedarf hält die Pflegenden aus den Reihen der professionellen wie informellen Helfer davon ab, sich um den Erwerb des Wissens darüber zu bemühen, ob man bei Schlafstörungen dieser Menschen doch nicht intervenieren könnte und wie es ginge. Diese Fragen greifen wir in den nachfolgenden Kapiteln dieses Buchs auf. An dieser Stelle wollen wir die »Bilder vom Schlaf im Alter« ein wenig zurechtrücken.

1.1 Was ist im Alter anders als bei Erwachsenen im jungen und mittleren Lebensabschnitt?

Das Bedürfnis nach Schlaf ändert sich im Laufe des ganzen Lebens. Kinder und Jugendliche brauchen mehr Schlaf als Erwachsene im mittleren Alter. Alte Erwachsene brauchen etwa genauso viel Schlaf wie Jugendliche: im Durchschnitt sieben bis acht, höchstens neun von 24 Stunden. Viele Ältere und Alte bekommen jedoch weniger Schlaf, wenn sie unter Schlafstörungen leiden. Falsch ist die Annahme, dass zum Alter ein schlechter Schlaf gehört. Gesunde alte Menschen müssen nicht an Schlafstörungen leiden!

Wissenschaftler untersuchten den Schlaf älterer Menschen, die »optimal alterten«, das heißt an keinen schwerwiegenden Krankheiten litten. Falls es doch der Fall war, wurden die Einflüsse von eventuell vorhandenen Erkrankungen bei den Analysen ausgeblendet. Die Forscher stellten fest, dass der Großteil von altersbedingten Schlafveränderungen **nicht** erst im höheren und hohem Alter eintritt, sondern bereits bei jungen und mittelalten Erwachsenen: etwa zwischen dem 19. und 60. Lebensjahr (Bloom et al. 2009). Nach dem 60. Lebensjahr treten nur vergleichsweise geringe Veränderungen in Erscheinung, vorausgesetzt, das Individuum leidet unter keinen schwerwiegenden Erkrankungen.

Anders stellt sich die Situation dar, wenn Krankheiten vorhanden sind. Denn sie können den ganzen Wach-Schlaf-Rhythmus gehörig durcheinander bringen! Alte Menschen in der stationären Langzeitpflege sind naturgemäß stärker betroffen, weil in den Heimen kaum jemand wohnt, der gesund ist. Gemäß unseren Forschungsarbeiten, die jedoch auch mit Resultaten anderer Forscher korrespondieren, leiden Heimbewohner durchschnittlich an 4,8 ernstesten Krankheiten. Eine typische Krankheitskonstellation besteht aus Hypertonie, einer Herz-/Kreislauferkrankung, Niereninsuffizienz, Diabetes Mellitus und Arthrose im Kniegelenk. Sind Demenz, Depression und Angstsyndrom kombiniert, wobei vielleicht auch noch eine Herzinsuffizienz und eine peri-

phäre Venenerkrankung dazu kommen kann man mit Sicherheit annehmen, dass die betroffene Person auch an Ein-/Durchschlafstörungen mit Frühaufwachen leidet.

Wie schon oben erwähnt verändern sich die Schlafmuster und die Struktur des Schlafs mit zunehmendem Alter:

- Erstens verlängert sich die »**Einschlaflatenz**«. Das ist die Zeit zwischen dem Einschlafen und dem Erreichen des Tiefschlafs. Deshalb liegen die alten Menschen oftmals länger nur leicht dösend im Bett, bis sie ordentlich schlafen. Wenn solche langen Übergänge nur gelegentlich passieren und nicht übermäßig lange dauern, ist das normal und keine Störung.
- Zweitens wird der nächtliche Schlaf von **wiederholtem Aufwachen** unterbrochen: Er ist »fragmentiert«. An sich wird der Schlafzyklus bei Menschen in jedem Alter immer wieder unterbrochen. Doch dauern die Unterbrechungen (in jungen Jahren) nur Sekunden, im Alter bis zu (mehreren) Minuten.
- Auch die **Schlafeffizienz** geht zurück. Die Schlafeffizienz ist das Verhältnis zwischen der tatsächlichen Schlafzeit und der Zeit, die im Bett verbracht wird. In unserem Fallbeispiel am Anfang dieses Kapitels berichtet die alte Dame darüber, dass sie absichtlich früher schlafen geht, um einen besseren Schlaf zu erzielen. Das gelingt ihr jedoch nicht. Sie verringert nur die Schlafeffizienz ihres Schlafs, die ohnehin im Alter im Vergleich zu den jungen Jahren etwas reduziert ist.
- Der **Tiefschlaf nimmt ab** zugunsten des leichten, eher oberflächlichen Schlafs (NREM Stadien 1 und 2 – siehe Abschnitt 1.3 in diesem Kapitel). Diese Abnahme von Tiefschlaf setzt bereits nach dem dreißigsten Lebensjahr an! Alte Menschen werden bereits durch kleine Störungen aus dem Schlaf gerissen. Die Klagen über klappernde Schuhe des Pflegepersonals sind also berechtigt, auch wenn nur im Korridor und nicht in den Schlafzimmern der Heimbewohner geklappert wird.
- Die **Nickerchen** am Tage kommen etwas häufiger vor als bei jüngeren Erwachsenen. Wichtig ist aber, die Häufigkeit und Dauer dieses Schlafs am Tage unter Kontrolle zu halten. Leicht kann sich hierbei eine Verschiebung vom Normalen zum Krankhaften einstellen. Wir behandeln dieses Thema im Kapitel 4.
- Es besteht die Tendenz, am Morgen **früher aufzuwachen** und am Abend **früher schlafen** zu gehen. Auch bei dieser Neigung ist Vorsicht geboten, wie wir in weiteren Teilen dieses Buchs erörtern. Beim Frühaufwachen sollte das Aufstehen ermöglicht werden, denn das lange Liegen ohne Schlaf kann durchaus belastend sein. Wenn sich dann die alten Menschen krampfhaft bemühen, wieder einzuschlafen, könnten sie die Einschlafunfähigkeit regelrecht erlernen (vgl. hierzu das Kapitel 3). In den letzten Kapiteln erläutern wir, wie man das zu frühe Zubettgehen kontrollieren und vermeiden soll, falls es die Oberhand zu gewinnen droht.
- Die Fähigkeit, sich an große **Zeitverschiebungen** anzupassen – z. B. auf Reisen zwischen verschiedenen Zeitzonen – wird ebenfalls vermindert. Deshalb vertragen alte Reisende den Jetlag schlechter als jüngere Reisende; und ältere Arbeitnehmer vertragen auch die Schichtarbeit schlechter als jüngere Arbeitnehmer.

Die wichtigsten Gründe dieser Veränderungen, die – wie wir andeuten – schon früher im Lebensverlauf einsetzen, diskutieren wir im nächsten Kapitel 1.2.

1.2 Wie funktioniert der Schlaf überhaupt?

Der Schlaf ist ein aktiver Vorgang, an dessen Steuerung verschiedene Hirnregionen und externe Faktoren, namentlich der Wechsel zwischen Licht und Dunkelheit, beteiligt sind. Im Vergleich zum »aktiven« Leben und Erleben am Tage, scheint der Schlaf eine passive Zeit zu sein. Die Verwendung des Wortes »scheint« ist hierbei absolut berechtigt. Denn im Schlaf passiert viel, ohne dass wir es bei einer oberflächlichen Beobachtung feststellen können. Insbesondere im menschlichen Gehirn laufen viele bedeutende Prozesse ab, die für das Erleben und die Funktionsfähigkeit am Tage extrem wichtig sind.

Um die Veränderungen des Schlafens und Wachens im Alter zu verstehen, muss man den »normalen« nächtlichen Schlaf Erwachsener betrachten:

- Er dauert im Durchschnitt acht Stunden und setzt sich aus sechs separaten Zyklen zusammen.
- Es werden zwei Schlafarten unterschieden, die zwei differierenden physiologischen Zuständen entsprechen: der REM-Schlaf und NREM-Schlaf.

REM-Schlaf

Mit »REM« wird die Bezeichnung »Rapid Eye Movement« abgekürzt. Das sind unwillkürliche Augenbewegungen, die im sogenannten REM-Schlaf auftreten. Auch andere Aktivitäten finden statt, die den Aktivitäten des wachen Zustands ähneln. Charakteristisch ist eine erhöhte Gehirnaktivität. Im REM-Schlaf finden Träume statt. Heute ist allerdings bekannt, dass auch im NREM-Schlaf Träume entwickelt werden. Jedoch können wir uns nicht an sie erinnern. Weil der Muskeltonus im REM-Schlaf nachgibt (eine vorübergehende Muskelparalyse tritt ein), kann der Träumende die häufigen Bewegungsträume nicht realisieren.

NREM-Schlaf

Der NREM-Schlaf, währenddessen sich die schnellen Augenbewegungen nicht manifestieren, teilt sich in ursprünglich vier Stadien:

1. Im ersten Stadium ist der Schlaf nur leicht und oberflächlich. Charakteristisch sind das Nachlassen der Muskelspannung und manchmal zuckende Muskelbewegungen.
2. Im zweiten Stadium wird der Schlaf schon tiefer und die Bewusstseinskontrolle wird langsam ausgeschaltet. Man erkennt es daran, dass das Aufwachen nicht so ohne weiteres möglich ist.

LITERATUR

- Apelt, G.; Fabich, A.; Laurisch, E.; Paul, M.; Garms-Homolová, V.** (2012): »Ein dicker Mensch ist dick – und fertig«. Eine qualitative Studie zu den Einstellungen von Pflegemitarbeiter(innen) gegenüber adipösen Klient(innen) in der pflegerischen Versorgung. *Pflegewissenschaft*, 6, 325–333 (print), online www.pflege-wissenschaft.info, DOI 10.3936;1157
- Apelt, G.; Garms-Homolová, V.; Kuhlmei, A.** (2010a): Adipositas in der Pflege und Versorgung alter Menschen. Pilotstudie zur Erfassung von Aufwendungen in stationären Pflegeeinrichtungen. *Zt. für Gerontologie und Geriatrie*, 43, Sonderheft 1, 109–110
- Apelt, G.; Garms-Homolová, V.; Kuhlmei, A.** (2010b): Obesity in care of nursing home residents: Pilot study on detection of efforts in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*, 19, Sp.1, 18
- Benloucif, S.; Orbeta, L.; Ortiz, R.; Janssen, I.; Finkel, S.; Bleiberg, J. et al.** (2004): Morning or Evening Activity Improve Neurological Performance and Subjective Sleep Quality in Older Adults. *Sleep*, 27, 8, 1542–1551
- Bloom, H.G.; Ahmed, I.; Alessi, C.A.; Ansoli-Israel, S.; Buysse, D.J.; Kryger, M.H.; Phillips, B.A.; et al.** (2009): Evidence based Recommendations for the Assessment and Management of Sleep Disorders in Older Adults, *JAGS*, 57, 761-789
- Bootzin, R.R.; Engle-Friedmann, R.** (1997): Sleep Disturbance. In: Edelstein, B.A.; Cars-
tensen, L.L. (eds.): *Handbook of Clinical Gerontology*, New York: Pergamon Press
- Brehm, W.** (2006): *Gesund durch Gesundheitssport. Zielgruppenorientierte Konzeption, Durchführung und Evaluation von Gesundheitsprogrammen*. Weinheim: Beltz, Juventa
- Bunke, D.** (2000): *Insomnie in der Allgemeinarztpraxis. Eine epidemiologische Studie in Freiburg und Göttingen. Inaugural-Disertation, Albert-Ludwig-Universität Freiburg in Fr.*, http://www.freidok.uni-freiburg.de/volltexte/65/pdf/65_1.pdf; Zugriff am 25.04.2012
- Buysse, D.J.; Reynolds, C.F.; Monk, T.H.; Berman, S.R.; Kupfer, D.J.** (1989): The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res.* 28, 2, 193–213
- Cappuccio, F. P.; D’Elia, L.; Strazullo, P.; Miller, M. A.** (2010): Sleep duration and all-cause mortality: A systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Sleep* 33, 5, 585–592
- Chesson, A.L.; Anderson, W.M.; Littner, M.; Davila, D., Hartse, K.; Johnson, S.; Wise, M.; Rafecas, J.** (2008): Practice parameters for the nonpharmacologic treatment of chronic insomnia. An American Academy of Sleep Medicine report. Standards of Practice Committee of the American Academy of Sleep Medicine. *Sleep*. 31(7):1001–1008

- Chesson, A. Jr.; Hartse, K.; Anderson, M.; Davila, D.; Johnson, S.; Littner, M.; Wise, M.; Rafecas, J. (2000): Practice Parameters for the Evaluation of Chronic Insomnia. *Sleep*, 23, 2, 1–5
- Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (Hrsg.) (2009): S3-Leitlinie-Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen. *Somnologie* 13, 1, http://www.dgsm.de/downloads/akkreditierung_ergebnisqualitaet/S3-Leitlinie_Nicht_erholsamer_Schlaf-Schlafstoerungen.pdf
- Edinger J.D., Buysse D.J., Deriy L., Germain A., Lewin D.S., Ong J.C., Morgenthaler T.I. (2015): Quality measures for the care of patients with insomnia. *J Clin Sleep Med*, 11, 3, 311–334
- Elsbernd, A., Lehmeier, S., Riedel, A. (2011). Einführung von ethischen Fallbesprechungen – Ein Konzept für die Pflegepraxis. Lage: Jacobs Verlag
- Flick, U. & Röhnsch, G. (2013a): Handlungsmöglichkeiten von Pflegenden bei Schlafstörungen im Heim. In: Garms-Homolová & Flick (Hrsg.): Schlafstörungen im Alter. Risikofaktoren und Anforderungen an Behandlung und Pflege. Göttingen: Hogrefe, S. 105–122
- Flick, U. & Röhnsch, G. (2013b): Nichtmedikamentöse Maßnahmen gegen Schlafstörungen aus der Sicht von Ärzten. In: Garms-Homolová & Flick (Hrsg.): Schlafstörungen im Alter. Risikofaktoren und Anforderungen an Behandlung und Pflege. Göttingen: Hogrefe, S. 181–197
- Frankl, V. (2005) Ärztliche Seelsorge. Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse, 11. überarb. Neuauflage von 1946, Wien: Deuticke Zsolnay
- Gallash, J. and Gradisar, M. (2007): Relationship between sleep knowledge, sleep practice, and sleep quality. *Sleep and Biological Rhythms*, 5, 63–73, doi:10.1111/j.1479-8425.2006.00248
- Gallichio, L.; Kalesan, B.; (2009): Sleep duration and mortality: A systematic review and meta-analysis. *J. Sleep Res.*, 18, 2, 148–158
- Gallup Poll: Sleep and Healthy Aging 2005. The Gallup Organization [online]. Available at <http://www.gallup.com/poll/20323/Older-Americans-Dream-Good-Nights-Sleep.aspx> Accessed July 21, 2008
- Gammack, J.K. (2008). Light therapy for insomnia in older adults. *Clinical Geriatrics Medicine*, 24, 139-149
- Garms-Homolová, V. & Flick, U. (2013a): Schlafstörungen im Alter. Risikofaktoren und Anforderungen an Behandlung und Pflege. Göttingen: Hogrefe
- Garms-Homolová, V. & Flick, U. (2013b): Prävention und Management von Schlafstörungen in der stationären Langzeitpflege. In Garms-Homolová & Flick (Hrsg.): Schlafstörungen im Alter. Risikofaktoren und Anforderungen an Behandlung und Pflege. Göttingen: Hogrefe, S. 225–243
- Garms-Homolová, V. & Gilgen, R. (Hrsg.) (2000): RAI 2.0. Resident Assessment Instrument. Beurteilung, Dokumentation und Pflegeplanung in der Langzeitpflege und geriatrischen Rehabilitation. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber

- Garms-Homolová, V.; Kardorff, E. von, Theiss, K.; Meschnig, A.; Fuchs, H.** (2009): Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Pflegebedarf. Konzepte und Methoden. Frankfurt, Main: Mabuse Verlag
- Garms-Homolová, V. & Theiss, K.** (2013a). Epidemiologie von Schlafstörungen im Alter. In: Garms-Homolová, V. & Flick, U. (Hrsg.): Schlafstörungen im Alter. Risikofaktoren und Anforderungen an Behandlung und Pflege. Göttingen, Bern etc.: Hogrefe, S. 23–54
- Garms-Homolová, V. & Theiss, K.** (2013b). Schlafstörungen als Risiko für Gesundheit und Wohlbefinden. In: Garms-Homolová, V. & Flick, U. (Hrsg.): Schlafstörungen im Alter. Risikofaktoren und Anforderungen an Behandlung und Pflege. Göttingen, Bern etc.: Hogrefe, S. 85–104
- Garms-Homolová, V. & Theiss, K.** (2013c). Schlafstörungen als Begleiterscheinung von Krankheit und Multimorbidität. In: Garms-Homolová, V. & Flick, U. (Hrsg.): Schlafstörungen im Alter. Risikofaktoren und Anforderungen an Behandlung und Pflege. Göttingen, Bern etc.: Hogrefe, S. 55–84
- Garms-Homolová, V. & Theiss, K.** (2013d). Aktivierung und Mobilisierung von Menschen mit Schlafstörungen. In: Garms-Homolová, V. & Flick, U. (Hrsg.): Schlafstörungen im Alter. Risikofaktoren und Anforderungen an Behandlung und Pflege. Göttingen, Bern etc.: Hogrefe, S. 163–180
- Gatterer, G. & Croy, A.** (2005): Leben mit Demenz. Praxisbezogener Rathgeber für Pflege und Betreuung. Wien, New York: Springer
- Hartman, E.; Baeckland, F.; Zwillig, G.R.** (1972): Psychological Differences between long and short sleepers. *Arch Gen Psychiatry*, 26, 463 – 468
- Hildebrandt, J. & Kleiner, G.** (2012): Altersbilder und die soziale Konstruktion des Alters. Wiesbaden: Springer
- Hohagen, F.; Kämpfer, C.; Schramm, E.; Ring, K.; Weyerer, S.; Riemann, D.** (1994): Prevalence of Insomnia in Elderly general Practice Attendants and the Current Treatment Modalities. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 90, 102–108
- Iber C.; Ancoli-Israel S.; Chesson A. L., Quan, S.F.** (2007) *The AASM Manual for the Scoring of Sleep and Associated Events: Rules, Terminology and Technical Specifications*. Chicago: American Academy of Sleep Medicine
- Ishak, W.W.; Bagot, K.; Thomas, S.; Magakian, N.; Bedwani, D.; Larson, D.; Brownstein, A. and Zaky C.** (2012): Quality of Life in Patients Suffering from Insomnia. *Innovations in clinical neuroscience*, 9, 10, 13–26
- Jacobson, E.** (1990): Entspannung als Therapie. Progressive Relaxation in Theorie und Praxis. 7. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta
- Johns, M.W.** (2009): What is Excessive Daytime Sleepiness? In: Fulke, P. & Vaughan, S. (eds.): *Sleep Deprivation: Causes, Effects and Treatment*. Chapter 2; Hauppauge/ NY: Nova Science Publishers, Inc.
- Kramer, A.F.; Bherer, L.; Colcombe, S. J.; Dong, W.; Greenough, W. T.** (2004): Environmental influences on cognitive and brain plasticity during aging. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2004 Sep;59(9):M940-57

- Kripke, D.F.; Garfinkel, L.; Wingard, D.L.; Klauber, M.R.; Marler, M.R. (2002): Mortality associated with sleep duration and insomnia. *Arch Gen Psychiatry*, 59, 131–136
- Lai, H.-L.; Good, M. (2005): Music improves sleep quality in older adults. *Journal of Advanced Nursing*, 49,3, 234–244
- Larson, E.B.; Li-Wang, M.S.; Bowen, J. D.; McCormick, W. C.; Teri, L.; Crane, P.; Kukull, W. (2006): Exercise Is Associated with Reduced Risk for Incident Dementia among Persons 65 Years of Age and Older. *Annals of internal Medicine*; Downloaded From: <http://annals.org/January/2016>
- Leng, Y.; Wainwright, N.W.J.; Cappuccio, F.; Surtees, P.G.; Hayat, S.; Luben, R. et al. (2014): Daytime Napping and the Risk of All-Cause and Cause-Specific Mortality: A 13-Year Follow-up of a British Population, *American Journal of Epidemiology* Advance Access published March 30, 2014, DOI: 10.1093/aje/kwu036
- Lovato, N. & Lack, L. (2010): The effects of napping on cognitive functioning. In: Gerard A. Kerkhof, G.A. & van Dongen, H. (eds.): *Human Sleep and Cognition*, Vol 185, Oxford: Elsevier Science; 2010, p. 155–166
- Maschke, C.; Niemann, H. (o.J.A.): Einfluss von Lärm auf das Schlaf-, Wachverhalten, Interdisziplinärer Forschungsverbund » Lärm & Gesundheit« am ZIG www.dgsm.de/downloads/.../maschke-laerm-schlaf.pdf
- Migala, S. (2013): Mikroumwelt Heim und ihr Einfluss auf den Schlaf von Bewohnern. In: Garms-Homolová, V. & Flick, U. (Hrsg.): *Schlafstörungen im Alter. Risikofaktoren und Anforderungen an Behandlung und Pflege*. Göttingen, Bern etc.: Hogrefe, S. 197–211
- Migala, S.; Röse, K.; Genzmer, S.; Lehmann, C.; Meye, S.; Pflug, K.; Treusch, Y.; Garms-Homolová, V. & Flick, U. (2010a): Schlafmittel – und was noch? *Heilberufe*, 6, 33–35
- Migala, S.; Röse, K.; Genzmer, S.; Lehmann, C.; Meye, S.; Pflug, K.; Treusch, Y.; Garms-Homolová, V. & Flick, U. (2010b): Gut geruht? Schlafstörungen vorbeugen. *Heilberufe*, 5, 43–45
- Migala, S.; Röse, K.; Genzmer, S.; Lehmann, C.; Meye, S.; Pflug, K.; Treusch, Y.; Garms-Homolová, V. & Flick, U. (2010c): Schlafstörungen im Alter. Herausforderung für Pflege und Therapie. *Heilberufe*, 6, 35–37
- Müller, T. und Paterok, B. (1999): *Schlaftraining: Ein Therapiemanual zur Behandlung von Schlafstörungen*. Bern: Hogrefe-Verlag
- Ohayon, M. M. (2004): Relationship between Chronical Painful Condition and Insomnia. *Journal of Psychiatric Research*, 39, 2, 151–159
- Orem, D.E. (1980): *Nursing. Concepts of Practice*. Second edition
- Patel, S.R.; Blackwell, T.; Ancoli-Israel, S.; Stone, K.L. (2012): Sleep Characteristics of Self-Reported Long Sleepers. *SLEEP*, Vol. 35, 5, 641–648
- Schneider-Grauvogel, E. & Kaiser, G. (2009). *Licht und Farbe. Wohnqualität für ältere Menschen*, Band 1. Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.), Köln
- Richards, C.K.; Beck, C.; O'Sullivan, P. S. & Shue, V.M. (2005): Effects of Individual Social Activity on Sleep in Nursing Home Residents with Dementia. *JAGS*, 53, 1510–1517

- Richards, C.K.; Lambert, C.; Beck, C.; Bliwise, D.L.; Evans, W.J.; Kalra, G.K. et al. (2011): Strengh Training, Walking, and Social Activity Improve Sleep in Nursing Home and Assisted Living Residents: Randomized Controlled Trial. *JAGS*, 59, 214–223
- Röse, K. M.; Treusch, Y.; Migala, S.; Flick, U.; Garms-Homolová, V. (2011): Schlaf und Schlafstörungen im Alter. *Praxis Ergotherapie*, 24, 2, 16–20
- Schäuble, B.; Mathis, J.; Hess, C.W. (2005): Neurobiologie des Schlafs. *Epileptologie*, 22, 135–142
- Schröppel, H. (2009). Ethikkomitees und ethische Fallbesprechungen in der Pflege. In: *Das Menschenrecht auf gute Pflege*. Freiburg im Breisgau: Lambertus, S. 109–117
- Schultz, H.J.(1972): *Das Autogene Training*. In: Gebtsattel, F. & Schultz, J.H.: *Handbuch der Neurosenlehre*. München/Berlin/Wien: Urban und Schwarzenberg, 339 ff.
- Singh N. A.; Stavrinou, T. M.; Scarbek, Y.; Galambos G.; Liber C.; Fiatarone, S. (2005): Randomized Controlled Trial of High versus low intensity weight training versus general practitioner care for clinical depression in older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 60 (6): 768–776
- Soares, C.N. (2005): Insomnia in Women: An Overlooked Epidemic? *Archives of Women's Mental Health*, 8, 4, 205–213
- Stone KL, Ewing SK, Ancoli-Israel S, Ensrud KE, Redline S, Bauer DC, Cauley JA, Hillier TA, Cummings SR. (2009). *J Am Geriatr Soc*;57, 4:604-11. doi: 10.1111/j.1532-5415.2008.02171.x. Epub 2009 Feb 10. PMID: 19220560
- The Chartered Society of Physiotherapy (ed.) (2005): *The Good Sleep Guide*. <http://www.csp.org.uk/publications/good-sleep-guide>
- Theiss, K.; Garms-Homolová, V.; Flick, U. (2009): *Schlafstörungen im Alter – Häufigkeit und Verbreitung*. Bericht IV aus dem Forschungsprojekt *Insomnia, Interrelation of Sleep Disorders and Multimorbidity in Nursing Institutions for the Aged*. Berlin: Alice Salomon Hochschule, Forschungsverbund AMA
- Taylor, D.J.; Mallory, L.J.; Lichstein, K.L.; Durrence, H.H.; Riedel, B.W.; Bush, A.J. (2007): Comorbidity of Chronic Insomnia with Medical Problems. *Sleep*, 30, 2, 213–218
- Watson, N.F.; Badr, M.S.; Belenky, G.; Bliwise, D.L.; Buxton, O.M.; Buysse, D. et al. (2015): Recommended Amount of Sleep for a Healthy Adult: A Joint Consensus Statement of the American Academy of Sleep Medicine and Sleep Research Society. *Sleep*, 38, 6, 843–844
- Welstein, L.; Dement, W.C.; Redington, D.; and Guilleminault, C. (1983): *Insomnia in the San Francisco Bay Area: A telephone survey*. *Sleep/Wake Disorders: Natural History, Epidemiology, and Long-Term Evolution*. New York: Raven Press, S. 73–85
- Wittchen, H.-U.; Mühlig, S.; Besdo, K. (2003): Mental disorders in primary care. *Dialogues Clin Neurosci*. 5, 2, 115–128

REGISTER

- Abendbeschäftigungen
 - gemeinschaftliche 114
- Adipositas (Fettsucht) 31, 38, 55, 119
- Aggression, soziale 85
- Aktigrafie 46
- Aktivierung 111
 - soziale 98
- Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) 68, 71
- Aktivitäten und existenzielle Erfahrungen des Lebens (AEDL) 71
- Akupunktur 129, 136
- Akzelerometer 8
- Alkohol 86
- Alkoholabhängigkeit 31
- Alkoholkonsum 38, 86
- »alten Alten« 11
- Altersbilder 10, 11, 82
- Alterung 37
- Alzheimer-Demenz 97
- Alzheimererkrankung 45
- Analgetika 112 *siehe* Schmerzmittel
- Anamnese, ärztliche 118
- Angina Pectoris 119
- Angstsyndrom 12, 29, 136
- Ansatz, multidisziplinärer 115
- Antihistaminika 139
- Arthrose 12
- Arzneien, pflanzliche 129
- Ärzte 115
- Assessmentinstrument 20
- Asthma 55
- Atemerkrankungen
 - chronische 55
 - obstruktive 55
- Atemfrequenz 26
- Atemstörungen, schlafbedingte 24, 26
- Atemwegserkrankungen 44
- Atmungsaussetzer 26
- Aufwachen
 - fragmentiertes 13
 - wiederholtes 13
- Ausweichzimmer 26
- Autogenes Training (AT) 120, 134
- Awareness *siehe* Problembewusstsein
- Bäder, therapeutische 137
- Baldrian 139
- Behandlung, medikamentöse 126
- Beine, unruhige *siehe* Syndrom der unruhigen Beine
- Belegungspläne 50
- Beleuchtung 42, 65, 101
- Beobachtung, pflegerische 33, 92, 117
- Beobachtungskompetenz 33
- Beratungsbüros, schalltechnische 105
- Berufsgruppen 115
- Beruhigungsmittel 140
- Beschäftigungsmöglichkeiten 56
- Beschäftigungstherapie 51
- Bewegung 64, 95
- Bewegungsinstruktor 121
- Bewohnerakte 35
- Bewohner, immobile 51
- Beziehungen, soziale 48
- Bildungsgrad 40
- Biofeedback 120, 129, 135
- Biografie 117
- Body Mass Index (BMI) 44
- Bronchitis 23
- Cholesterol, gutes 86
- chronic fatigue syndrome (CFS) 23
- Chronifizierung 89
- CPAP-Atemmaske 124
- CRP-Werte 23
- Darmirritationen 119
- Deltaschlaf 15
- Demenz 12
- Depression 17, 23, 29, 31, 39, 119
- Desorientierung 30
 - zeitliche 111

- Dezibel (dB) 104, 105
Diabetes Mellitus 12, 119
Diagnose 118
Diagnostisches und Statistisches Manual
Psychischer Störungen (DSM-5) 21
Drogenabhängigkeit 27, 31
Ein-/Durchschlafschwierigkeiten 20
Einkommen 40
Einschlaflatenz 13, 93
Einschlafproblem 21
Einschlafprozess 108
Einschlafrituale 99
Elektroencephalogramm (EEG) 15
Emphysem 23
Engagement, soziales 48
Entspannung 133
Entspannungsmusik 134
Entspannungstechniken 129, 133
Entspannungstherapie 133
Entspannungsübungen 132
Epidemiologen 27
Epilepsie 31
Epiphyse 137
Epworth Schläfrigkeits-Skala (ESS) 53, 62,
95
Erfahrung, existenzielle 68
Ergotherapeuten 114, 115, 121
Erkrankungen
– affektive 44
– kardiovaskuläre 44
– mehrfache 43
– muskelskelettale 120
– neurologische 44
– psychische 44
»Erschöpfung und Übermüdung« (Fatigue)
31
Essener Fragebogen Alter und Schläfrigkeit
(EFAS) 61, 95
Excessive Daytime Sleepiness (EDS) 28
siehe Tagesschläfrigkeit, übermäßige
(EDS)
Facharzt 119, 123
Faktoren
– äußerliche 116
– intrinsische 116
– organisatorische 43
Feedback 83
Fotowände 114
Fremdbilder 82, 83
Frühaufwachen 13, 21
Frühwarnzeichen 45
Fürsorgepflicht 34
Gedächtnis, emotionales 18
Gedächtnisfunktionen 17
Gehübungen 64
Getränke, koffeinhaltig 100
Gewohnheiten 69, 70, 81
Gruppentherapie 120
Handlungskompetenz 81
Hausarzt 118
Heimarzt 116, 118
Heimbewohner, neue 49
Herzinsuffizienz 12, 54, 119
Herz-/Kreislaufkrankung 12
Herzrhythmusstörungen 119
Hippocampus 18
Hochbetagte 37
Hydrotherapie 137
Hypersomnie 29, 30
Hypertonie 12
Hypocretin 32
Hypothalamus 32
Identifizierung 60
Inkontinenz 119
Inkontinenzversorgung 113
Innere Uhr 58
Insomnie 20, 136
Instrumente, diagnostische 94
Intention, paradoxe 129, 135
Internationale Klassifikation der Schlaf-
störungen 19

- Interventionen, kombinierte 115
- Interventionstrategien 62
- Johanniskraut 139
- Kachexie 99
- Kataplexie 32
- Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) 131, 140
- Kommunikation 98
- Kommunikationsmöglichkeiten 57
- Konsensus-Verfahren 88
- Kontaktaufnahme 98
- Kontinuität 64
- Körpersignale 124
- Kraftübungen 97
- Krankheiten
 - demenzielle 45
 - somatische 44
- Krebskranke 31
- Lage, soziale 40
- Langzeitpflege 8
 - stationäre 33
- Langzeitpflegeeinrichtung 70, 92
- Langzeitversorgung 67
- Lärm 42
- Lärmpegel 104
- Lebenserwartung 59
- Lebensumwelt 42
- Leistung, kognitive 65
- Leitlinie 3 19
- Lewy-Body-Demenz 45
- Lichtdusche 103
- Life Event 50
- Lungenerkrankungen, obstruktive 119
- Lux 101
- Luxmeter 101
- Magen-/Darmprobleme 119
- Magengeschwüre 119
- Mangelernährung 99
- Maßnahmen, individuelle 121
- MDK-Qualitätskontrolle 100
- Medikamente, frei verkäufliche 130, 139
- Meditation 120
- Medizinischer Dienst der Krankenversicherer (MDK) 121
- Melatonin 15, 57, 65, 101, 138
- Melatoninbehandlung 137
- Melatoninproduktion 101
- Menschen
 - adipöse 27
 - inaktive 49
 - institutionalisierte 41
- Minutenschlaf 53
- Mobbing 85
- Mobilisierung 95, 111
 - körperliche 98
- Mobilitätseinschränkungen 51
- Monotonie 111
- Morgenmüdigkeit 22
- Motivation 84, 112
- Multi-Infarkt-Demenz 45
- Multiple Sklerose 31
- Musiktherapie 134
- Muskeldystrophie 97
- Muskeler schlaffung 25
- Nachhaltigkeit 64
- Nachtbekleidung 122
- Nachtschlaf, fehlender 10
- Narkolepsie 30, 31
- Nasenscheidewand, verkrümmte 27
- Neubildungen, bösartige 55
- Neurologen 123
- Neuronen 15
- Neurotransmitter 32
- Nickerchen 13, 60, 62
 - kurze 59
- Niereninsuffizienz 12
- Nierenkrankheiten 35
- Nihilismus, therapeutischer 125
- Non-restorative sleep (NRS) *siehe* Schlaf, nichterholsamer
- Notbeleuchtungen 43
- NREM-Schlaf 14, 18
- NREM Stadien 13
- Overprotection 83
- Parkinson 45

- Parkinsonismus 35
- Peer Review 88
- Periodic Limb Movements (PLM) 27
- Personen, multimorbide 43
- Pflegebedürftige 11
- Pflegebett 108
- Pflege-Charta 75
- Pflegemaßnahmen
 - individuumsbezogene 95
 - verhältnisbezogen 100
- Pflegeorganisation 109
- Pflegetätigkeiten 43
- Physiotherapie 36, 115, 119
- Pittsburgh Schlafindex (PSQI) 71, 94
- Placebos 129
- Polygrafie 34
- Polysomnografie 26, 34, 41, 46, 62, 124
- Power Sleep 90
- Prävalenz 19
- Primäres Restless-Legs-Syndrom 28
- Priscus-Liste 126
- Problembewusstsein 60, 67, 68, 75, 81, 94, 104, 117, 125
- Progressive Muskelentspannung (PME) 120, 129, 134
- Prophylaxe 84
- Prostataerkrankungen 119
- Psychologen, klinische 122
- Psychotherapeuten 50, 122
- Pulsoximetrie 26, 34

- Rachenraum 26
- RAI *siehe* Resident Assessment Instrument
- Rapid Eye Movement (REM) 14
- Rauchen 38, 87
- Raumtemperatur 108
- Reflux 119
- Region 39
- REM-Phasen 87
- REM-Schlaf 14, 18, 32, 86
- Resident Assessment Instrument (RAI) 20
- Restless Legs Syndrome (RLS)
 - siehe* Syndrom der unruhigen Beine
- Risiken, demografische 37
- Risikofaktoren 86

- Ruhezeiten 60
- Sauerstoffmangel 25
- Schilddrüsendysfunktion 119
- Schilddrüsenfunktion 23
- Schizophrenie 45
- Schlafapnoe 24, 34, 86
 - obstruktive 25
 - zentrale 25
- Schlafdefizit 59
- Schlafdiagnostik 92
- Schlafeffizienz 13, 60, 127
- Schlafgewohnheiten 84
- Schlafhygiene 99, 108, 122, 129
- Schlaflabor 42, 119, 124
- Schlaflatenz 49
- Schlafmangel 19
- Schlafmedikamente 140
- Schlaf, nichterholsamer (NRS) 21, 22, 86, 93
- Schlafpositionen 34
- Schlafrestriktion 129, 135
- Schlafspezialist 119, 124
- Schlafstörungen 10
- Schlafstruktur 13
- Schlafstagebuch 61, 92
- Schlafstest, standardisiert 41
- Schlafträchtigkeit 58
- Schlafübermaß 19
- Schlafumgebung 108
- Schlaf- und Wachzustand 81
- Schlaf-/Wachgewohnheiten 70
- Schlaf-/Wachphasen 104
- Schlaf-/Wachrhythmus 8, 16, 68, 116
- Schlaf-/Wachstatus 118
- Schlaf-/Wachstörung 8, 69, 81, 92, 116, 118
- Schlaf-Wach-Verhalten 60
- Schmerzen 46, 119, 129, 137
 - chronische 120, 132
- Schmerzleiden, chronisches 137
- Schmerzlokalisierung 47
- Schmerzmittel 47, 139
- Schnarchen 24, 26
- Screeningmethoden 34
- Sekundäres Restless-Legs-Syndrom 28

- Selbstbeobachtung 92
- Selbstbestimmung 65
- Selbstbestimmungsrecht 67
- Selbstbilder 82
- Selbstkontrolle 61
- Selbstpflegefähigkeit 82
- Selbstpflegekompetenz 68
- Skill *siehe* Handlungskompetenz
- Sonnenlicht 57
- Sport 95
- Sportinstructoren 97
- Sporttrainer 121
- Status, sozialer 37
- Sterberisiko 54
- Stimmungslage 17, 65
- Stimuluskontrolle 129, 133
- Störungen, nächtliche 42
- Stress, psychologischer 49
- Studien
 - epidemiologische 86
 - kontrollierte 88
- Sturzprävention 97
- Sturzprophylaxe 64
- Sturzrisiken 121
- Sucht, verordnete 132
- Symptome 19
- Syndrom der unruhigen Beine (RLS) 27
- Syndrome 19
- Tagebücher 92
- Tagesbeleuchtung 57
- Tageslicht 57
- Tagesplaner 92
- Tagesschläfrigkeit 86, 93
 - excessive daytime sleepness (EDS) 52
 - exzessive 28, 66
 - übermäßige 30
- Tagesstrukturierung 56, 63, 109, 111
- Tai-Chi 96, 120
- Therapie, multimodale 136
- Tiefschlaf 8, 13, 60
- Training
 - isometrisches 97
 - mentales 129
- Transferübungen 64
- Übergewicht 23, 38, 44
 - extremes 29
- Übungen
 - aerobe 96
 - anaerobe 97
- Umlagerung 113
- Umweltämter 105
- Umweltfaktoren 57
- Untergewicht 44
- Ursachen, multifaktorielle 54
- Venenerkrankung, periphere 13
- Veränderungen, kognitive 85
- Verhaltensevaluation 123
- Verhaltensmuster 131
- Verhaltenstherapie (VT) 131
- Verstimmung, depressive 85
- Vorstellungstraining 129
- Wach-Schlaf-Rhythmus 12
- Wachstörung, schwere
 - 30
- Wachzeit 60, 64, 78
- Weltgesundheitsorganisation (WHO) 87
- Wohnen, betreutes 42
- Wohnumgebung 39
- Wühltische 114
- Yoga 120
- Zeitzone 13
- Zirbeldrüse 65 *siehe* Epiphyse
- Zivilisationserkrankungen 38
- Zustand, affektiver 17
- Zyklus, zirkadianer 15

Gute Pflege für gesunden Schlaf

Viele alte Menschen leiden an Schlafstörungen. Das ist nicht nur leidvoll, sondern hat auch Konsequenzen für die pflegerische Versorgung: Aus Schlafproblemen leiten sich gravierende pflegerische Risiken wie Dehydratation, Mangelernährung oder Adipositas und Stürze ab.

Mit Know-how und dem richtigen „Handwerkszeug“ können Pflegende hier helfen. Denn mit geeigneten Interventionen können Schlafstörungen vermieden oder verringert werden. Dafür müssen Pflegekräfte die Ursachen und Folgen von Schlafstörungen kennen. Dieses Wissen sowie die entsprechenden Gegenmaßnahmen liefert dieses Buch – u.a. mit Checklisten und Praxisbeispielen.

Professionell

Praktisch

Mit Checklisten

Die Autorin

Prof. Dr. Vjenka Garms-Homolová, Diplompsychologin und Soziologin, ist emeritierte Professorin für Gesundheitsmanagement an der Alice Salomon Hochschule Berlin sowie Honorarprofessorin der Technischen Universität Berlin. Sie leitete das Insomnia-Projekt der Alice Salomon Hochschule.

ISBN 978-3-89993-371-0



9 783899 933710

