
**Die Nacht ist zum
Schlafen da**
Mit bewegtem Schlaf die Pflege unterstützen

Marion Saller

Dipl. Pflegewirtin 2011

IGAP

Institut für Innovationen im
Gesundheitswesen und
angewandte Pflegeforschung e.V.

Inhaltsverzeichnis

Die Nacht ist zum Schlafen da

Mit bewegtem Schlaf die Pflege unterstützen

1.	Der Schlaf.....	3
2.	Schlafstörungen.....	4
3.	Pflegerische Maßnahmen und Interventionen	5
4.	Literatur	7

1. Der Schlaf (nach Zulley, 2005)

Die durchschnittliche Schlafzeit, die ein Körper haben sollte, beträgt in etwa 7 Stunden. Sie ist ein Wechsel von Aktivität und Ruhe. Unser Körper repariert sich selbständig und ersetzt verbrauchte Energie. Verbrauchte Zellen werden ausgetauscht und wir speichern Erfahrungen ab, damit wir z.B. einen Fehler nicht zweimal machen. Der Körper schottet sich nach außen hin komplett ab und beschäftigt sich mit den Reparaturarbeiten. Er kann nun keine Leistung nach außen bringen.

Das Immunsystem stärkt sich, Nahrung wird verdaut.

Tagsüber Erlerntes festigt sich. Der Körper verbraucht im Schlaf beinahe so viele Kalorien wie tagsüber. Zulley bringt die Nachteile von zu wenig Schlaf hier auf den Punkt (S. 38):

- ✓ Zu wenig Schlaf macht krank
- ✓ Zu wenig Schlaf verkürzt das Leben
- ✓ Zu wenig Schlaf kann dumm machen

Unsere innere Uhr sagt uns, wann es Zeit ist zu schlafen. Sie gibt uns auch den Takt für die Tagesstruktur an:

- Der Höhepunkt unserer Leistungsfähigkeit ist vor allem in der Zeit von 10 - 12 Uhr vormittags
- Gegen 14 Uhr fährt unser Körper herunter und wir erleben das kleine Tief nach dem Mittagessen
- Das absolute Leistungstief finden wir aber in der Nacht zwischen 3 und 4 Uhr.

Wenn wir in dieser Zeit wach sind, ist unsere Wahrnehmung verzerrt, die Konzentrationsfähigkeit am Boden, wir fühlen uns unwohl und unser Organismus ist ausgesprochen labil und arbeitet höchst ineffektiv (vgl. Zulley, 2005 S.42, 43)

Der Schlaf besteht aus unterschiedlichen Phasen und wechselt zwischen Ruhe und Aktivität. Er gleicht einer Berg- und Talfahrt und ist kein gleichmäßiger Ruhezustand.

Verschiedene Phasen

Leichter Schlaf, leichter Tiefschlaf, Tiefschlaf und der REM Schlaf, also die Zeit des Träumens. Eine Nacht hat 2 bis 3 Tiefschlafphasen in der ersten Nachthälfte. Unterbrochen werden diese durch 4 bis 5 Traumschlafphasen, die alle 90 Minuten wiederkehren und im Lauf der Nacht immer länger werden.

Gegen Morgen liegt zwischen den Traumphasen nur noch leichter Schlaf, aus dem wir leicht erwachen können. Das Aufwachen während der Nacht ist völlig normal. Häufig können wir uns daran nicht mehr erinnern. Ein durchschnittlicher Schläfer wacht nachts ca. 28mal auf, ohne sich daran erinnern zu können.

Mobilität im Schlaf (vgl. Zulley, 2005, S. 52ff) Um Schlafen zu können, müssen wir total entspannt sein. Sind wir eingeschlafen, bewegen wir uns kaum noch. Manchmal drehen wir uns nachts um den Auflagedruck zu verändern oder strecken einen Arm oder ein Bein aus der Bettdecke heraus um die Temperatur auszugleichen. Dies tun wir meist vor oder nach einem Traumschlaf. Im Traumschlaf selbst sind wir völlig bewegungslos, geradezu gelähmt. Auch im Tiefschlaf bewegen wir uns fast überhaupt nicht mehr. Unsere Muskelspannung nimmt ab und der Körper gleicht Druck nur noch über Mikrobewegungen aus.

2. Schlafstörungen

Äußere Ursachen / Umgebungsbedingt: (vgl. Morgan, 2000, S. 58ff)

Zu laut, zu warm, zu kalt, zu hell oder die fehlende Möglichkeit, die bevorzugte Schlafposition einzunehmen!!!!

Aufbau der Studie

Lärm:

Ist die Hauptursache für gestörten Schlaf. Geräusche, die uns vertraut sind, können uns kaum wecken, jedoch neue, auch leisere Geräusche können uns leicht wecken.

Temperatur:

Abweichungen von der individuell optimalen Temperatur beeinträchtigt eher das Durchschlafen als das Einschlafen. Die REM Phasen verringern sich. Gerade bei Fieber ist gesunder Schlaf nicht möglich und die Wachphasen nehmen zu. Gerade hier sollte therapeutisch eingegriffen werden, um den regenerierenden Schlaf zu fördern, den der Körper zur Genesung braucht.

Licht:

Licht beeinflusst unsere innere Uhr. Ist es dunkel wollen wir schlafen und ruhen. Niemand sollte nachts ständiger Helligkeit ausgesetzt sein, wenn er schlafen soll. Auch kleinere Lichtquellen können sich hier negativ auswirken.

Schlafposition:

Jeder Mensch hat eine Schlafposition, in der er bevorzugt schläft. Der Schlaf im Sitzen ist nie so angenehm wie in kompletter Liegeposition. Die meisten Menschen sind sog. Seiten-schläfer und sind nicht in der Lage in einer anderen Position entspannt einzuschlafen bzw. nach den nächtlichen Aufwachphasen wieder einzuschlafen. Durch eine falsche oder ungewohnte Liegeposition verändern sich die Schlafphasen und der Körper kann weder optimal entspannen noch regenerieren.

Innere Ursachen für Schlafstörungen (Zulley, 2005, S. 53)

Schmerz:

Schmerz durch Krankheit und Entzündungen ist nachts immer schlimmer als am Tage. Die Schmerzbehandlung erhält dadurch für die Nacht einen höheren Stellenwert als tagsüber. Unser Körper „schaut“ nachts nach innen, die Schmerzwahrnehmung ist dadurch geschärft.

Manche Schmerzen lassen nachts auch nach, wie Wundschmerz und Druckschmerz.

Dadurch können wir auch in Positionen schlafen, die uns tagsüber Schmerzen bereiten würden. Wenn die Prinzessin auf der Erbse gut geschlafen hätte, dann hätte sie die Erbse gar nicht spüren dürfen.

Schlafveränderungen im Alter (Schultz, 1997, S. 70ff)

Der Schlaf im Alter wird leichter. Die Tiefschlafphasen nehmen ab und leiseste Geräusche können den Schlaf unterbrechen oder das Wiedereinschlafen verhindern. Die gesamte Schlafzeit über 24 Stunden verändert sich im Alter kaum, da mehr „Nickerchen“ tagsüber dazukommen.

Schlafveränderungen bei Demenz (vgl. Schultz, 1997, S. 94ff)

Bereits in frühen Stadien der Demenz kommt es zur Zunahme von nächtlichen Wachzeiten und zu einer Abnahme des Tiefschlafanteils. In der Folge nehmen auch die Traumschlafphasen ab. Die Schlafveränderung verläuft parallel zum Fortschreiten der Demenz.

10% der Demenzkranken schlafen tagsüber tatsächlich mehr als nachts (Tag-Nacht Umkehr).

Schlafveränderungen bei neurologischen Erkrankungen (vgl. Schultz, 1997, S. 109ff)

- Verlängertes Einschlafen
- Verkürzte Schlafdauer
- Fragmentierter Schlaf mit häufigen Wachphasen
- Mehr leichter Schlaf als Tiefschlaf
- Generell weniger Entspannungsphasen während des Schlafs, Abnahme von Mikrobewegungen (v.a. bei Parkinson)

3. Pflegerische Maßnahmen und Interventionen (Morgan, 2000, S. 15ff)

Bereits Florence Nightingale hat 1859 nicht nur die Förderung des angemessenen Schlafs betont, sondern die Erhaltung des tiefen Schlafs als unerlässliche Voraussetzung einer guten Pflege beschrieben. Sie sah den Schlaf als eine der höchsten Prioritäten in der Gesundheitspflege an. Heute kann man häufig beobachten wie diese Priorität in Kliniken und Krankenhäusern, v. a. auf Intensivstationen, in Vergessenheit geraten ist.

Man kann als Pfleger nicht auf alle Bereiche des Schlafes einwirken aber man kann Rahmenbedingungen schaffen, die dem Bewohner einen möglichst guten Schlaf ermöglichen können.

Schlafbiographie (nach Huhn, Heilberufe 2009)

- Einteilung in Tag- und Nachtmenschen (Lerchen und Eulen)
- Helligkeit im Zimmer
- Tür auf oder geschlossen
- Bettzeug schwer oder leicht
- Kopfkissen dick, dünn, weich, fest
- Frühere Bewältigungsstrategien bei Schlaflosigkeit
- Individuelle Schlafposition
- Evtl. Einbeziehen der Angehörigen bzw. wenn möglich Schlafbiographie schon vor Beginn der vollständigen Pflegebedürftigkeit
- Schlafrituale erfassen

Schlaffördernde Maßnahmen (vgl. Huhn, Heilberufe 2009)

- Tagesstrukturierende Maßnahmen, Beschäftigung, Abendspaziergänge
- Abend- und Einschlafrituale

- Mittagsschlaf verkürzen (bestenfalls ½ Stunde)
- Zu Bett gehen nach hinten verschieben (individuell, Biographie)
- Kuscheldecke, bekanntes Kopfkissen, Kuscheltiere
- Raumtemperatur und Beleuchtung klären
- Abwägen ob Einzel- oder Doppelzimmer
- Mitarbeiterpräsenz, Hilfe Anbieten statt Zurechtweisung
- Ursachenforschung bei nächtlicher Unruhe, Ideen sammeln und ausprobieren
- Nachimbiss (Milch, Bananen, wegen Eiweißgehalt und Serotoningehalt als Vorstufe des Melatonin)
- Alternativen zum Schlafmittel (Warme Brustauflagen, Leibwaschungen, o. ä.)
- Gegebenenfalls natürliche Mittel wie Baldrian, Hopfen, Lavendel anwenden
- Schlaftees als Bestandteil des Schlafrituals
- Individuelle Schlafposition anbieten auch bei immobilen Menschen
- Geeignete Matratzen

Auswahl der geeigneten Matratzen

Speziell bei den Matratzen kann man eine deutliche Veränderung festmachen. Durch die „falsche“ Matratze können häufig Schmerzen ausgelöst bzw. verstärkt werden.

Weichlagerungsmatratzen sind häufig zu weich und schlucken so jede Mikrobewegung, was ihre Anzahl auf Dauer verringert.

Wechseldruckmatratzen bieten keinen Liegekomfort, ein schlechtes Bettklima und stören den ohnehin leichten Schlaf älterer Menschen durch ihre Geräusche.

Die Matratzen, die speziell bei Menschen mit verringerter Mobilität eingesetzt werden, sollten die Mikrobewegungen unterstützen und damit den tiefen Schlaf fördern.

Mikrostimulationssysteme wirken durch die Kombination aus einer weichen Matratze und aus einer Unterfederung, die jede Mikrobewegung aufnimmt und diese an den Körper zurückgibt. Der Bewohner liegt zwar weich aber trotzdem bewegt. Mikrobewegungen und Körperwahrnehmung werden gefördert. Die Liegeposition ist ergonomisch korrekt, das heißt, dass hier auch Schmerzprophylaxe betrieben wird. So sind Mikrostimulationssysteme nicht nur im Bereich der Dekubitusprophylaxe und –Therapie einzusetzen, sondern auch im Bereich der dementiell Erkrankten und Menschen mit neurologischen Erkrankungen. Sie sind eine optimale Unterstützung und Basis für den gesunden Schlaf der BewohnerInnen.

Ergebnisqualität

Wenn BewohnerInnen ausreichend schlafen und vor allem gut schlafen ergeben sich natürlich Vorteile für die Tagesform:

- Bessere Tagesform
- Zugänglicher für den Therapeutischen Prozeß damit
- Weniger Zeitaufwand für die Pflegekräfte bei pflegerischen Tätigkeiten
- Unter Umständen Verzicht auf Fixierungen
- Weniger anfällig für weitere Erkrankungen

„Gebt den Leuten mehr Schlaf - Sie werden wacher sein, wenn sie wach sind.“ (K.Tucholsky)

4. Literatur

1. Kevin Morgan, José S.Closs: „Schlaf, Schlafstörungen, Schlafförderung“, Huber Verlag 1.Auflage 2000
2. Hartmut Schultz, Hrsg: „Altern und Schlaf“, Huber Verlag, 1.Auflage 1997
3. Prof. Dr. Jürgen Zulley: „Mein Buch vom guten Schlaf“, Zabert Sandmann Verlag, 1.Auflage 2005
4. Siegfried Huhn: „Gute Nacht“ in Heilberufe Spezial, Demenz 2009

IGAP

Institut für Innovationen im Gesundheitswesen
und angewandte Pflegeforschung e.V.

Stader Str. 8 · 27432 Bremervörde
Tel.: 0 47 61/8 86 74 · Fax: 0 47 61/8 86 69
www.igap.de · info@igap.de