

# Schlafstörungen

von Judith Winklehner

<b>Definition</b>	<p><b>Dem Konzept „Schlafstörungen“ sind folgende Definitionen zuzuordnen:</b></p> <p>Eine Schlafstörung mit der Codierung 00095 „ist eine Unterbrechung der Dauer und Qualität des Schlafs, die zu einer Beeinträchtigung im Alltag führt.“ (Bulechek, Butcher, Dochterman &amp; Wagner, 2016; 999; Herdman &amp; Kamitsuru, 2020; 263)</p> <p>„... ist ein unterbrochener bzw. beeinträchtigter Schlaf (Menge oder Qualität) mit der Folge von Unbehagen und/oder eingeschränkten Lebensaktivitäten.“ (Heuwinkel-Otter, Nümann-Dulke &amp; Matscheko, 2011)</p> <p>„... beziehen sich auf Veränderungen der Schlafdauer, Schlafqualität und der zeitlichen Abfolge des Schlafs oder auf körperliche Ereignisse, die mit Schlaf, bestimmte Schlafphasen oder dem Schlaf- Wach-Übergang in Zusammenhang stehen“ (Abderhalden &amp; Needham, 2012; 297)</p> <p>„... sind Probleme im Zusammenhang mit der Schlafqualität und –quantität sowie bestimmte Bedingungen, die eng in Verbindung mit dem Schlafzyklus oder den physiologischen Mechanismen des Schlafs stehen.“ (Morgan &amp; Closs, 2000; 6)</p> <p>„... Bezeichnung für subjektiv empfundene bzw. objektiv beobachtbare Abweichungen vom normalen Schlaf in quantitativer oder qualitativer Hinsicht mit eingeschränkter Tagesbefindlichkeit. Schlafstörungen sind häufig Symptome einer anderen psychischen oder physischen Störung (sekundäre Schlafstörung).“ (Pschyrembel, 2017; 1613)</p> <p><b>Unterscheidung der Schlafstörungen nach Dauer, Ursache und Form:</b> vgl. Lauster, Seitz, Drescher und Kühnel (2019)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Akute Schlafstörungen:</b> Dauer bis zu drei Wochen und haben eine erkennbare Ursache. Nach Beseitigung der Ursache stellt sich der normale Schlaf wieder ein.</li><li>• <b>Chronische Schlafstörungen:</b> Dauer länger als drei Wochen, eine Ursache ist meist nicht erkennbar.</li></ul> <p>Laut Feichter (2019) werden Schlafstörungen nach ihrer Ursache in primäre und sekundäre Schlafstörungen eingeteilt.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Primäre Schlafstörungen:</b> keine körperlichen oder seelischen Ursachen feststellbar. Mögliche Ursachen sind beispielsweise Stress oder ungünstige Schlafbedingungen</li></ul>
-------------------	---

- **Sekundäre Schlafstörungen:** haben eine organische, psychische oder psychiatrische Ursache.
  - Psychische Erkrankungen (wie Depression, Angststörungen, Psychosen, Schizophrenie lösen fast immer auch Schlafstörungen aus.)
  - Organische bzw. neurologische Erkrankungen (wie chronische Schmerzen, Krebs, hormonelle Erkrankungen, Restless- Legs-Syndrom, Herz- Lungenerkrankungen, chronische Nieren- oder Magen- Darm- Erkrankungen, Parkinson, Demenz, Multiple Sklerose, Hirnhautentzündung, Schlaganfall, Hirntumor und Epilepsie)
  - Medikamentennebenwirkung (bei Antibiotika, bestimmte Antidepressiva, Bluthochdruck- Medikamente, Asthma- Medikamente, abruptes Absetzen von Schlafmitteln wie Benzodiazepinen, Kortisonbehandlung, Schilddrüsenhormone, Demenzmedikamente, Diuretika, Antihistaminika oder Zytostatika.
  - Legale und illegale Drogen (wie bspw. Alkohol, Koffein, Nikotin, Cannabis, Heroin, Kokain und Ecstasy.)

### **Internationale Klassifikationen der Schlafstörungen**

vgl. ICSD-3 (2014) der American Academy of Sleep Medicine (AASM) zitiert nach Schewior- Popp, Sitzmann & Ullrich 2021; 261

#### **Insomnie:**

Insomnie bedeutet im eigentlichen Wortsinn eine komplette Schlaflosigkeit. Im klinischen Sprachgebrauch werden damit jedoch Ein- und Durchschlafstörungen oder ein nicht erholsamer Schlaf und eine damit verbundene Leistungsunfähigkeit oder reduzierte Tagesbefindlichkeit bezeichnet.

Einschlafstörungen sind nach Heuwinkel-Otter et al. (2011) gekennzeichnet durch häufiges langes Wachliegen (>30min). Durchschlafstörungen zeichnen sich durch Aufwachen mitten in der Nacht, gar nicht oder erst gegen Morgen wieder einschlafen aus.

#### **A) Kurzzeitinsomnie**

anpassungsbedingte (akute) Insomnie

#### **B) chronische Insomnie**

- Psychophysiologische Insomnie: „erlernte“ Insomnie, oft resultierend aus der Erwartungsangst (circulus vitiosus) vor schlechtem Schlaf
- Paradoxe Insomnie: Schlaf wird als unzureichend und nicht erholsam beschrieben (ohne nachweisbare Ursache)
- Idiopathische Insomnie: besteht seit der Kindheit
- Inadäquate Schlafhygiene: schlafstörendes Verhalten
- Verhaltensbedingte Insomnie in der Kindheit: diverse Ursachen z.B fehlende Einschlafrituale

Tritt eine Insomnie laut Riemann (2004) häufiger als dreimal pro Woche auf, dauert mehr als 4 Wochen an, ist mit Einschränkungen der Leistungsfähigkeit während des Tages verbunden, so spricht man von einer krankheitswertigen und behandlungsbedürftigen Insomnie.

### **Schlafbezogene Atmungsstörungen:**

Schlafapnoe steht für nächtliche kurze Atemstillstände während des Schlafs, die oft mit einer lauten unregelmäßigen Schnarchproblematik einhergehen.

Gehäuftes Auftreten bei Menschen mit Adipositas, arterieller Hypertonie, KHK oder Herzrhythmusstörungen.

- Obstruktive Schlafapnoesyndrome (OSAS): Eine direkte Ursache dieser Schlafstörungen ist die starke Entspannung der ringförmigen Muskulatur um die oberen Atemwege im Schlaf,
- Zentrale Schlafapnoesyndrome (ZSAS): Die Ursache für die Schlafstörung liegt in der Schädigung des zentralen Nervensystems (Atemzentrum)
- Zentral- alveoläre Hyperventilationssyndrome: nächtliche Hyperventilation, gekennzeichnet durch einen Anstieg des Kohlendioxidgehalts im Schlaf

### **Hypersomnie ohne Bezug zu schlafbezogenen Atmungsstörungen:**

Als Hypersomnie bezeichnet man ein pathologisch erhöhtes Schlafbedürfnis und übermäßige Tagesschläfrigkeit. Häufig tritt sie mit Reizbarkeit, Konzentrationsstörungen und Leistungseinbußen auf.

- Primäre Hypersomnie: mit genetischer Disposition zB Narkolepsie (Schlafanfälle), Idiopatische Hypersomnie
- Verhaltensbedingte Hypersomnie: zB. Durch mangelnde Schlafhygiene, Gebrauch von Medikamenten, Gebrauch von psychoaktiven Substanzen
- Sog. Sekundäre oder symptomatische Hypersomnien: bei vorbestehenden körperlichen oder psychiatrischen Erkrankungen

### **Störung des zirkadianen Rhythmus:**

Als Störung des zirkadianen Rhythmus gelten Veränderungen des Schlaf- Wach-Rhythmus, bei denen eine mangelnde Synchronität zwischen dem individuellen und dem in der Umgebung gewünschten Schlaf-Wach-Rhythmus vorliegt.

- Störung des Schlaf- Wach- Rhythmus (z.B. durch Schichtarbeit, Zeitonenwechsel, Jetlag, Hospitalisierung, Substanzmittelgebrauch, Ängste, Besorgnis, Depression, chronische Schmerzen, Atemnot)

### **Parasomnie:**

Parasomnien sind durch unerwünschte Symptome, die im Schlaf auftreten können, gekennzeichnet.

- z. B: Schlafwandeln (Somanbulismus), Pavor Nocturnus (plötzliches Aufrichten im Bett, verbunden mit einem Schrei und der Aktivierung des vegetativen Systems- Tachykardie, Tachypnoe), Somniloquie (Sprechen im Schlaf), nächtliche Alpträume, schlafbezogene Halluzinationen (und andere Störungen, die jeweils im Schlafablauf auftreten können, ohne in der Regel die Erholungsfunktion des Schlafs zu beeinträchtigen)
- ebenso nächtliches Zähneknirschen (Bruxismus), Jaktation und nächtliches Einnässen (Heuwinkel-Otter et al., 2011)

### **Schlafbezogene Bewegungsstörungen:**

- Restless- Legs- Syndrome (RLS)
- Periodische Bewegungsstörung der Gliedmaßen im Schlaf (PLMS)
- Schlafbezogene rhythmische Bewegungsstörung

	<p><b>Isolierte Symptome :</b>  augenscheinlich normale Variante und geklärte Probleme:  Langschläfer, Kurzschläfer, Schnarchen, Sprechen im Schlaf, Einschlafzuckungen etc.</p> <p><b>andere Schlafstörungen:</b>  uA. umweltbedingte Schlafstörungen</p> <p><i>Nachfolgend wird primär auf die Pflege und den Umgang von Kurzzeitinsomnien und chronische Insomnien eingegangen.</i></p>
<p><b>Häufige Differential Diagnosen</b></p>	<p>Laut Prehn-Kristensen und Schlarb (2018) sind Schlafstörungen häufig auch Symptome anderer psychischer oder körperlicher Erkrankungen oder sie werden durch psychische oder körperliche Faktoren beeinflusst. Andere psychische oder körperliche Erkrankungen müssen daher als Ursache ausgeschlossen werden. Wenn die Schlafstörung als eigenständig oder über das übliche Maß hinausgehend angesehen werden kann, sollte dennoch eine Schlafstörung diagnostiziert werden.</p> <p><b>Einige der wichtigsten Differentialdiagnosen:</b>  vgl. Prehn-Kristensen und Schlarb (2018); Horvat und Weissenbacher (2008)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Durch nächtliches Füttern bedingte Schlafstörungen</li> <li>• Schlafstörungen bei Nahrungsmittelallergien, Reflux</li> <li>• Schlafbezogene Atmungsstörungen</li> <li>• Motorische Unruhe/Restless legs syndrom</li> <li>• Epileptische Anfälle</li> <li>• Narkolepsie</li> <li>• Medikamentös bedingte Schlafstörungen</li> <li>• Allergische Dispositionen</li> <li>• Neurodermitische Erkrankungen</li> <li>• Rheumatische Erkrankungen</li> <li>• Schlafstörungen bei psychiatrischen Erkrankungen (z. B. affektive Störungen, phobische Störungen, andere Angststörungen, hyperkinetische Störungen, dissoziative Störungen)</li> <li>• Enuresis</li> <li>• Akute/chronische Schmerzen</li> <li>• Beeinträchtigte körperliche Mobilität</li> <li>• Schlafentzug</li> <li>• Angst/Furcht</li> </ul>
<p><b>Schlaf</b></p>	<p><b><i>Um der Konzeptbeschreibung gerecht zu werden, ist auch die Definition von „Schlaf“ erforderlich:</i></b></p> <p>Schlaf ist laut Pschyrembel, 2017; 1611 ein vor allem nachts regelmäßig wiederkehrender physiologischer Erholungszustand mit Veränderung von Bewusstseinslage sowie veränderten Körperfunktionen und Überwiegen des Parasympathikus. Die Spontanaktivität ist stark vermindert, die Reaktion auf äußere Reize herabgesetzt, jedoch ist die Weckbarkeit im Gegensatz zur Narkose jederzeit möglich. Holzer (2007) ergänzt, dass der Schlaf als Aufbau- und Erholungsphase lebensnotwendig ist. Rund ein Drittel seines Lebens schläft der Mensch. Der Schlafbedarf verändert sich im Laufe des Lebens. Somit kommt es</p>

	im Alter zu einer Abnahme der Schlaftiefe und häufigerer Unterbrechungen durch Wachphasen.
<b>Subjektive Merkmale</b>	<p>Zu welchen Auswirkungen Schlafstörungen führen können hängt laut Schewior-Popp et al. (2021) von der Dauer, Intensität, Ursache und dem individuellen Empfinden des Betroffenen ab. Heuwinkel-Otter et al. (2011) geben an, dass die Schlafqualität meist subjektiv empfunden und beurteilt wird. Beschwerden sind daher immer ernst zu nehmen.</p> <p>Patient berichtet über:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Einschlafschwierigkeiten</li> <li>• Durchschlafschwierigkeiten</li> <li>• zu frühes Erwachen, Wiedereinschlafprobleme</li> <li>• Unzufriedenheit mit dem Schlaf</li> <li>• Unfähigkeit, zu schlafen (oder wach zu sein) wenn Schlaf (oder Wachsein) gewünscht werden</li> <li>• das Gefühl nicht ausgeruht und erholt zu sein</li> <li>• Angst vor dem Zubettgehen, Sorgen über die Schlafstörung</li> <li>• Energiemangel</li> <li>• Antriebslosigkeit</li> <li>• Konzentrationsschwierigkeiten</li> <li>• Stimmungsverschlechterung</li> <li>• Reduzierte Belastbarkeit und Stressresistenz</li> <li>• Abnahme der Kreativität</li> <li>• Emotionale Störungen</li> <li>• Optische, akustische Halluzinationen, paranoide Wahnideen und Depersonalisationen bei langen schlaflosen Episoden</li> <li>• verschlechterter Gesundheitszustand</li> <li>• verschlechterte Lebensqualität</li> <li>• vermehrte Unfälle</li> <li>• erhöhtes Kälteempfinden</li> <li>• Gesteigertes Schmerzempfinden</li> <li>• Kopfschmerzen</li> </ul> <p>vgl. Abderhalden und Needham (2012); Doenges et al. (2002), Schewior-Popp et al. (2021), Feichter (2019); Kampmeier (2001)</p>
<b>Subjektive und objektive Merkmale:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einschlaflatenz länger als 30 Minuten</li> <li>• Schlafunterbrechungen: Drei oder mehrmaliges nächtliches Erwachen, Probleme des Wiedereinschlafens</li> <li>• Geringe, nicht altersentsprechende Schlafdauer</li> <li>• Alpträume</li> <li>• Aufwachen erfolgt früher oder später als gewünscht</li> <li>• Tagesmüdigkeit</li> <li>• Beeinträchtigung der Tagesbefindlichkeit (lustlos, gereizt, weinerlich)</li> <li>• <b>Veränderung der Leistungsfähigkeit</b> ( z. B. vermehrtes Stolpern, erhöhtes Anlehnungsbedürfnis, Gleichgewichtsprobleme, herabgesetzte Sehfähigkeit, zunehmende Desorientierung, Verwirrtheit, Ruhelosigkeit, Reizbarkeit, Anspannung, Lethargie)</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Beeinträchtigung der kognitiven Leistungsfähigkeit</b> (vigilante, exekutive Aufmerksamkeit, Verarbeitungsgeschwindigkeit, Gedächtnisprobleme, sinkende Konzentration)</li> <li>• Beginnende Halluzinationen und Wahnvorstellungen bei langem Schlafentzug</li> </ul> <p>vgl. Doenges et al. (2002); Heuwinkel-Otter et al. (2011); Abderhalden und Needham (2012); Kampmeier (2001); Saletu-Zyhlarz (2014); Feichter (2019); Skoric (2012)</p>
<p><b>Objektive Merkmale/ Verhalten, Erscheinungsform</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Veränderungen des Körpers:</b> Leichter Nystagmus («Augenzittern»), herabhängende Augenlider, leichter Tremor der Hände, ausdrucksloses Gesicht, dunkle Augenringe, häufiges Gähnen, hängende Schultern, schleppender Gang, Gewichtsverlust, Körpertemperatur sinkt um 0,4°C, Verlangsamung der Hirnaktivität</li> <li>• <b>Veränderungen im Verhalten:</b> Artikulations- und Wortfindungsstörungen, verlangsamte Reaktion, Anzeichen von Ruhelosigkeit, (Auf dem Flur auf und ab gehen während der Schlafenszeit, als Zeichen von erhöhter Irritierbarkeit aufgrund von Schlafmangel), Teilnahmslosigkeit, Einnicken, Wunsch nach einem Kurzschlaf am Tag, beobachtete Veränderung der Gefühlsregung/ des Affekts, depressive Verstimmung, tagsüber matt und schläfrig, beobachteter Energiemangel, Schlafmusterumkehr (tagsüber schlafen, nachts wach sein), Vermehrtes Fehlen (z.B. Schule/ Arbeit)</li> <li>• <b>Auffälligkeiten während des Schlafens:</b> Zähneknirschen, Sprechen im Schlaf, Schnarchen, Körperliche, motorische Aktivität während des Schlafens, Schlafwandeln, Schlafperioden sind nur von kurzer Dauer, Nachtangst (plötzliches Hochschrecken aus dem Schlaf mit einem panischen Schrei oder Ausruf), Hypersomnie, Übermäßiges Schlafen, Schlafanfälle</li> <li>• <b>Bei Kindern:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Körperliche Zeichen von Müdigkeit (Augenreiben, Ohrenkneten, häufiges Gähnen, Daumenlutschen, Haaredrehen, dunkle Augenringe, Herabhängen des Oberlides, Veränderung der Körperhaltung, leichter Tremor der Hand, ausdrucksloses Gesicht, schwacher, flüchtiger Nystagmus)</li> <li>○ Schlafwandeln, rhythmische Bewegungen des Kopfes bzw. des gesamten Körpers</li> <li>○ Fehlendes Anpassen an den 24-Stunden-Rhythmus bei Neugeborenen und Säugling</li> </ul> </li> </ul> <p>vgl. Abderhalden und Needham (2012); Doenges et al. (2002); Heuwinkel-Otter et al. (2011); Kampmeier (2001); Schewior- Popp et al. (2021)</p>
<p><b>Folgen/ Auswirkungen</b></p>	<p><b>Physiologisches Folgen:</b></p> <p>vgl. Saletu-Zyhlarz (2014)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Multiple endokrinologische und metabolische Veränderungen <ul style="list-style-type: none"> <li>○ erhöhte abendliche Kortisolspiegel</li> <li>○ reduzierte Glukose und Insulinsensitivität → erhöhtes Diabetesrisiko</li> <li>○ erhöhte Grehlin- und erniedrigte Leptin- Werte → verstärktes Hungergefühl → Gewichtszunahme</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ erhöhte Sympatikusaktivierung</li> <li>○ reduzierte Thyreoprotein und Wachstumshormonaktivität</li> <li>• Herabgesetzte Immunabwehr → erhöhte Infektanfälligkeit und Inzidenz von Krebserkrankungen</li> <li>• Erhöhte Inzidenz von kardiovaskulären Erkrankungen bei verkürzter Schlafdauer →z.B. Bluthochdruck</li> </ul> <p><b>Psychische Folgen:</b> vgl. Saletu-Zyhlarz (2014); Feichter (2019); Skoric (2012); Kampmeier (2001)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Präsenz von Schlafstörungen gilt als ein entscheidendes Frühwarnzeichen für den Beginn einer psychischen Erkrankung.</li> <li>• Verschlechterung bereits bestehender psychischer Erkrankungen</li> <li>• Auslösen von affektiven Störungen und Angststörungen</li> <li>• Dreimal so hohes Depressionsrisiko bei Schlafstörungen</li> <li>• Erhöhte Suizidalität bei persistierender Schlafstörung</li> <li>• Erhöhte Gefahr des Sekundenschlafes</li> <li>• Frühzeitige Alterung</li> </ul> <p><b>Soziale Folgen:</b> Schlafstörungen und ihre gesundheitlichen Folgen sind laut Saletu-Zyhlarz (2014) auch teuer und schlagen sich in Form von direkten und indirekten Kosten auf das Gesundheitsbudget nieder. Indirekte Kosten sind schwerer zu beziffern, fallen aber stärker ins Gewicht. Diesbezügliche Kostenrechnungen aus den USA, Australien und Kanada bewegen sich in Milliarden-Dollar-Höhe. Direkte Kosten: Arzt- und Krankenhauskosten, Ausgaben für andere Behandlungsleistungen im Gesundheitswesen, Kosten für OTC- oder rezeptpflichtige Medikamente. Indirekte Kosten: Entstehende Kosten durch vermehrte Krankenstandstage, reduzierte Arbeitsleistung, entstehende Kosten durch gehäufte Verkehrsunfälle, Aufwendungen für die Behandlung der Folgeerkrankungen und Frühpensionierungen.</p> <p><b>Auswirkungen von Schlafstörungen auf das soziale Umfeld des Patienten:</b> vgl. Skoric (2012); Kampmeier (2001)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sozialer Rückzug aufgrund verringerter Leistungsfähigkeit</li> <li>• Auswirkungen auf den Alltag, das soziale Umfeld, das Privatleben, die Arbeit und die Freizeit</li> <li>• Beeinträchtigung der Lebensqualität</li> <li>• Schlechte schulische/ berufliche Leistungen</li> <li>• Verlust von Arbeit</li> </ul> <p>Verlust sozialer Bindungen bis hin zur sozialen Isolation</p>
<p><b>Mögliche Ursachen/ Risiken/ Entstehungsfaktoren</b></p>	<p><b>Physische, psychische, umweltbedingte und iatrogene Gründe:</b></p> <p><b>Das Wachverhalten als Ursache von Schlafstörungen:</b> vgl. Schlafkrankheiten (2017); Schewior- Popp et al. (2021); Holzer (2007); Abderhalden und Needham (2012); Doenges, Moorhouse und Geissler-Murr (2002)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>schwere üppige Speisen am Abend</b></li> <li>• <b>Schlankheitskuren</b></li> </ul>

- **Hungergefühl**
- **Zur falschen Zeit oder zu spät eingenommene Genussmittel** (Nikotin oder Koffeingenus stimulieren das Zentralnervensystem)
  - Koffein ist als Genussmittel in Kaffee, Tee, Cola und anderen alkoholfreien Getränken enthalten
- **übermäßiger Genuss von Alkohol** → unterdrückt die REM Phasen und mindert den Erholungswert
- **Einnahme von Stimulanzien**
- **Einnahme von biochemischen Substanzen** (z. B. Medikamente, Drogen, dauerhafte Einnahme von Schlafmitteln)
- **Unangemessene/ unangepasste Schlafhygiene**
- **Körperliche Aktivität** (zu viel abendliche Aktivität wirkt schlafhindernd, zu wenig Tagesaktivität mindert eine ausreichende Erschöpfung am Abend)
- **Häufige Nickerchen während des Tages**
- **Langer Tagschlaf** (Tagesschläfrigkeit)
- **Schichtarbeit**
- **Häufiger Wechsel des Schlaf-wach-Rhythmus**
- **Reisen über Zeitzonen hinweg**

**Umweltbedingte Faktoren:**

vgl. Holzer (2007); Heuwinkel-Otter et al. (2011); Schewior- Popp et al. (2021); Abderhalden und Needham (2012); Doenges et al. (2002); Lauster et al. (2019)

- **Lärm** als häufige Hauptursache für schlechte Schlafqualität oder –quantität. (Vor allem ältere Menschen sind aufgrund ihrer höheren Geräuschempfindlichkeit betroffen)
- **Temperatur** (zu niedrige oder hohe Umgebungstemperatur aber auch Körpertemperaturveränderungen wie Fieber oder Hypothermie)
- **Licht** (flackernde Leuchtreklame, Straßenbeleuchtung, fehlende Abdunkelung oder Dauerbeleuchtung auf der Intensivstation → Hemmung der Melatoninproduktion)
- **Gerüche** (intensive oder unangenehme Gerüche, stark duftende Blumen)
- **Schlechte Raumluftqualität** (schlecht gelüftete Räume, zu hohe oder niedrige Luftfeuchtigkeit)
- **Veränderte Wetterlage** (Wetterumschläge, Innen- und Außentemperaturen, Vollmond)
- **Beeinträchtigung des normalen Schlafmusters** (z.B. Reise, Schichtarbeit)
- **Elterliche Verpflichtungen**
- **Bei Kindern:**
  - Fehlendes Sicherheitsgefühl/fehlende Geborgenheit
  - Therapeutische Maßnahmen im Bett
  - Unterschiedlicher Einschlaf- und Aufwachort
  - Fehlende Begrenzung
  - Unrealistische Erwartungen der Bezugsperson
  - Veränderung der Schlafrituale (z. B. geänderte Schlafposition, Fehlen der Kuschelwindel)
  - Trennung von Bezugsperson (Einsamkeit)

- **Elektrosmog**
- **Erhöhter Medienkonsum** (Computerspiele, Fernsehen)
- **Nach Überschreitung mehrerer Zeitzonen bei Interkontinentalflügen** (Jetlag)

**Physische Faktoren:**

vgl. Holzer (2007); Abderhalden und Needham (2012); Schewior- Popp et al. (2021); Lauster et al. (2019); Doenges et al. (2002)

- **Schmerzen** (chronische Schmerzen wie bspw. Polyneuropathie, rheumatische Arthritis, Kreuzschmerzen, Gelenkschmerzen, usw.)
- **Physisches Unbehagen** (z.B. veränderte Körpertemperatur, Schmerz, Kurzatmigkeit, Husten, gastroösophagealer Reflux, Übelkeit, Inkontinenz, Harndrang)
- **Geschlechtsbedingte Hormonschwankungen**
- **Genetische Faktoren** (tragen bei zur primären Insomnie, primären Hypersomnie, Narkolepsie, zum Parvor nocturnus und zum Schlafwandeln)
- **Biochemische Faktoren** (Herabgesetzte Serotonin- und Endorphin- Spiegel können eine Rolle bei der Entstehung von Schlafstörungen spielen)
- **Medizinische Krankheitsfaktoren** (Einige medizinischer Krankheitsbilder wie z.B. Schlafapnoe, endokrine oder metabolische Störungen, Infektionen, Neoplasien und Schäden des ZNS werden mit Insomnie und/ oder Hypersomnie in Verbindung gebracht. Neurologische Veränderungen, insbesondere im Temporallappen, können mit dem Auftreten von Pavor nocturnus in Verbindung stehen.)
- **Lebensalter** (Schlafdauer, Schlaftiefe und Schlafstadien verändern sich im Laufe eines Lebens)
- **Krankheitsbedingte Ursachen:**
  - Internistische und neurologische Erkrankungen (z.B. Demenz, Asthma, koronare Herzkrankheit, Morbus Parkinson, Schilddrüsenerkrankung)
  - Bewegungsmangel
  - Nächtliches Urinieren
  - Zu hoher/ niedriger Blutdruck
  - Untergewicht
  - Übergewicht
  - Anorexia nervosa
  - Syndrom der verfrühten/verzögerten Schlafphasen
  - Hormonelle Veränderung (z. B. in der Pubertät)

**Psychische Faktoren:**

Auf belastende Lebenssituationen, Schmerzen, Krankheit, Stress oder Aufregung reagieren Menschen individuell mit vermindertem Schlafbedürfnis oder gesteigertem Schlafbedürfnis und verändertem Schlafverhalten. (vgl. Schlafkrankheit, 2017)

Ein gesteigertes Schlafbedürfnis besteht:

- **in der Rekonvaleszenz**

- **nach körperlicher und geistiger Anstrengung**
- **nach psychischer Belastung oder krankheitsbedingt**  
(Heuwinkel-Otter et al. 2011)

**Störungen des Nachtschlafes werden verursacht durch:**

vgl. Schlafkrankheit (2017); Riemann (2004); Holzer (2007); Abderhalden und Needham (2012); Schewior- Popp et al. (2021); Lauster et al. (2019); Doenges et al. (2002)

- **Angst vor Insomnie** (Sorge um die Nichteinhaltung einer ausreichenden Schlafdauer)
- **Schlafbehindernde Kognition** (Ärger über die Schlaflosigkeit, Grübeln über die Konsequenzen, Unrealistische Erwartungen, Missattribution)
- **Stimmung** (sowohl ausgelassene Fröhlichkeit und Erregung, als auch Niedergeschlagenheit und Trauer)
- **Angstzustände** (z.B.: Angst vor Untersuchungen, Zukunftsängste, Erwartungsangst)
- **Ständige Nervosität**
- **Unruhe**
- **Gedankenkreisen**
- **Stress** (z.B. Grübeln vor dem Einschlafen, körperliche, psychische oder soziale Stressfaktoren)
- **Trauer**
- **Einsamkeit**
- **Erlebnisse des vergangenen Tages** (freudige und traurige)
- **Akute oder chronische Konflikte**
- **Belastende Lebensereignisse**
- **„Nicht abschalten können“**
- **Selbstinduzierte Beeinträchtigung des normalen Schlafs**
- **Gestörte Eltern- Kind- Interaktion**
- **Suchtentwöhnung**
- **Enuresis nocturna**

**Störungsbezogene Faktoren**

vgl. Lauster et al. (2019); Riemann (2004)

- **Psychiatrische Erkrankungen** (z.B. Schizophrenie, Depression, Alkoholabhängigkeit, Demenz, Psychosen)

<b>Mögliche ursächliche oder beeinflussende Faktoren von Schlafstörungen im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen (vgl. Abderhalden &amp; Needham, 2012)</b>			
<b>Schizophrene Störungen</b>	<b>Affektive Störungen</b>	<b>Affektive Störungen</b>	<b>Somatoforme Störungen, Schlafstörungen</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Panische Angst</li> <li>• Unterdrückte Ängste</li> <li>• Halluzinationen</li> <li>• Wahn-gedanken</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Depression</li> <li>• Unterdrückte Ängste</li> <li>• Gefühle der Hoffnungslosigkeit</li> <li>• Angst</li> <li>• Mäßiger bis starker Angstpegel</li> <li>• Halluzinationen</li> <li>• Zirkadiane Desynchronisation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exzessive Hyperaktivität</li> <li>• Unruhe</li> <li>• Biochemische Veränderungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ein bestimmter medizinischer Krankheitsfaktor</li> <li>• Substanzgebrauch oder Substanzentzug</li> <li>• Angst</li> <li>• Depression</li> <li>• Störung des zirkadianen Rhythmus</li> <li>• Familiäre Muster</li> </ul>
<p><b>Iatrogene Faktoren:</b>  vgl. Heuwinkel-Otter et al. (2011); Abderhalden und Needham (2012); Lauster et al. (2019); Holzer (2007)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Krankenhausspezifische Ursachen:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ungewohnter Tagesablauf/ Situation</li> <li>○ Lage, Art und Ausstattung des Krankenhauses</li> <li>○ Situation des Patienten (Bewegungseinschränkung, eingeschränkte Selbstbestimmung)</li> <li>○ Zimmergröße/- ausstattung (Mehrbettzimmer)</li> <li>○ Ungewohntes Bett (zu harte/ weiche Matratze, ungewohnte Bettdecke/ Kopfkissen)</li> <li>○ Arbeitsorganisation auf der Station</li> <li>○ Personalsituation</li> <li>○ Neue Umgebung</li> <li>○ Ungewohnte Essenszeiten</li> </ul> </li> <li>• <b>Unterbrechung des Schlafes durch Intervention</b> (z. B. Monitoring/Überwachungsmaßnahmen, Laboruntersuchungen)</li> <li>• <b>Nächtliches Hungergefühl durch ungewohnt frühes Abendessen</b></li> <li>• <b>Schnarchende und unruhige Mitpatienten im Zimmer</b></li> <li>• <b>Bewegungseinschränkung</b> (durch Verbände, Infusionsleitungen, Sonden etc.)</li> <li>• <b>Bewegungsmangel, Bettlägerigkeit</b> („Zwangshaltungen“ wie z.B.</li> </ul>			

	<p>Rückenlage nach einer Herzoperation)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Pflegerische Aktivitäten</b> (Nächtlicher Kontrollgang des Pflegepersonals)</li> <li>• <b>Nebenwirkungen von Arzneimitteln</b></li> <li>• <b>Veränderte Schlafposition</b> (Einschränkungen im Liegen oder Bewegungseinschränkungen)</li> <li>• <b>Einnahme von Medikamente die auf das Zentralnervensystem wirken</b> (z.B. Hypnotika, Sedativa, Tranquilizer, Antikonvulsiva, Antihistaminika, Betablocker, Kortikosteroide, Kalziumantagonisten, Thyroxin, MAO-Hemmer, Bronchodilatoren, Amphetamine, Benzodiazepine usw.)</li> </ul>
<p><b>Mögliche Ziele</b></p>	<p><b>Der Patient/ (die Bezugsperson)...</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• übt seine Einschlafrituale aus.</li> <li>• schläft in der Nacht ungestört.</li> <li>• meldet sich, wenn er nicht schlafen kann.</li> <li>• ist am Morgen ausgeruht und leistungsfähig.</li> <li>• ist über das physiologische Schlafbedürfnis und den Schlaf-wach-Rhythmus informiert.</li> <li>• äußert Einsicht bezüglich Schlafstörung.</li> <li>• kennt verursachende Faktoren.</li> <li>• erkennt individuell geeignete Maßnahmen, um den Schlaf zu fördern.</li> <li>• kennt Methoden zur Entspannung und wendet diese an.</li> <li>• erfährt Sicherheit und Geborgenheit (z. B. sicherer Ort – „Nest“, Rhythmus, Rituale).</li> <li>• bleibt verletzungsfrei (z. B. bei Schlafwandeln).</li> <li>• passt die Lebensweise so an, dass der „inneren Uhr“ möglichst Rechnung getragen wird.</li> <li>• berichtet über eine Verbesserung der Schlafgewohnheiten.</li> <li>• entspannt sich und findet Ruhe und Schlaf.</li> <li>• äußert eine Besserung in seinem Wohlbefinden und das Gefühl, ausgeruht zu sein.</li> <li>• gibt an/lässt durch sein Verhalten erkennen, dass Angst/Stress gemindert ist.</li> <li>• kennt präventive Maßnahmen, um Schlafstörungen vorzubeugen.</li> <li>• Am Patienten sind Zeichen sichtbar, welche auf eine Verbesserung der Schlafgewohnheiten hinweisen (Verhalten, körperliche Zeichen).</li> <li>• ist in der Lage, innerhalb von 30 Minuten nach dem Zubettgehen einzuschlafen.</li> <li>• wird innerhalb von fünf Tagen in der Lage sein, mit Hilfe eines Schlafmittels 4 bis 6 Stunden pro Nacht zu schlafen.</li> <li>• ist in der Lage, mindestens 5 Stunden ohne längere Unterbrechung zu schlafen.</li> <li>• schläft mindestens 6 aufeinanderfolgende Stunden ohne Unterbrechung.</li> <li>• benötigt keine Schlafmittel zum Einschlafen.</li> <li>• befasst sich mit seinen Ängsten und Gefühlen, anstatt ihnen durch exzessiven Schlaf zu entkommen.</li> <li>• benennt Ursachenzusammenhänge, die zu Schlafstörungen führen.</li> <li>• berichtet, sich ausgeruht zu fühlen, und äußert Wohlbefinden.</li> <li>• berichtet von verminderten Problemen bezüglich des Schlafens.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bis zur Entlassung ist es dem Patienten möglich, innerhalb von 30 Minuten nach dem Zubettgehen einzuschlafen und 6 bis 8 Stunden ohne Unterbrechung und ohne Schlafmittel zu schlafen.</li> <li>• Der Patient erlangt angemessenen, ununterbrochenen Schlaf.</li> </ul> vgl. Abderhalden und Needham (2012); Horvat und Weissenbacher (2008); Heuwinkel-Otter et al. (2011)																																																	
<b>Ergebniskriterien nach NOC</b>	<p><b>Empfohlene Ergebnisse bei Schlafstörungen:</b>  <b>(Beispielhaft wird das Ergebniskriterium „0004 Schlaf“ näher definiert und aufgezeigt. Indikatoren können individuell auf den Klienten angepasst und fallbezogen abgeleitet werden.)</b></p> <p>0001 Ausdauer          0003 Ruhe          0004 Schlaf</p> <p><u>Definition:</u> Die natürliche, periodische Aufhebung des Bewusstseins, während der Körper regeneriert wird.</p> <p><b>Rating- Ziele für dieses Ergebnis:</b>          Aufrechterhalten bei: _____ Steigern auf: _____</p> <table border="1" data-bbox="518 857 1401 1335"> <thead> <tr> <th>Schlaf</th> <th>Stark gefährdet</th> <th>Weitgehend gefährdet</th> <th>Mäßig gefährdet</th> <th>Leicht gefährdet</th> <th>Nicht gefährdet</th> <th>Nicht zutreffend</th> </tr> <tr> <th>Gesamtwert</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> <th>n.z.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>000401 Stunden an Schlaf</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>n.z.</td> </tr> <tr> <td>000404 Schlafqualität</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>n.z.</td> </tr> <tr> <td>000405 Schlaffeffizienz</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>n.z.</td> </tr> <tr> <td>000407 Schlafroutine</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>n.z.</td> </tr> <tr> <td>...</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>n.z.</td> </tr> </tbody> </table> <p>0007 Ausmaß von Fatigue          0905 Konzentration          1204 Stimmungsgleichgewicht          2000 Lebensqualität          2002 Persönliches Wohlbefinden          2006 Persönlicher Gesundheitszustand</p> <p><b>Zusätzliche, damit verbundene Ergebnisse:</b>          0403 Respiratorischer Status: Atemvorgang          0501 Stuhlausscheidung          0502 Urininkontinenz          0503 Urinausscheidung          1208 Ausmaß von Depression          1210 Ausmaß von Furcht          1211 Ausmaß von Angst          1212 Ausmaß von Stress          1213 Ausmaß von Furcht: Kind          1604 Freizeitgestaltung          2008 Behaglichkeitsstatus</p>	Schlaf	Stark gefährdet	Weitgehend gefährdet	Mäßig gefährdet	Leicht gefährdet	Nicht gefährdet	Nicht zutreffend	Gesamtwert	1	2	3	4	5	n.z.	000401 Stunden an Schlaf	1	2	3	4	5	n.z.	000404 Schlafqualität	1	2	3	4	5	n.z.	000405 Schlaffeffizienz	1	2	3	4	5	n.z.	000407 Schlafroutine	1	2	3	4	5	n.z.	...	1	2	3	4	5	n.z.
Schlaf	Stark gefährdet	Weitgehend gefährdet	Mäßig gefährdet	Leicht gefährdet	Nicht gefährdet	Nicht zutreffend																																												
Gesamtwert	1	2	3	4	5	n.z.																																												
000401 Stunden an Schlaf	1	2	3	4	5	n.z.																																												
000404 Schlafqualität	1	2	3	4	5	n.z.																																												
000405 Schlaffeffizienz	1	2	3	4	5	n.z.																																												
000407 Schlafroutine	1	2	3	4	5	n.z.																																												
...	1	2	3	4	5	n.z.																																												

	<p>2102 Ausmaß von Schmerz  2109 Ausmaß von Unbehagen  2301 Reaktion auf medikamentöse Therapie  Moorhead, Johnson, Maas und Swanson (2013; 1185, 1186)</p> <p><b>Empfohlene Ergebnisse zur Förderung der Bereitschaft für einen verbesserten Schlaf:</b>  0003 Ruhe  0004 Schlaf  1209 Motivation</p> <p><b>Zusätzliche, damit verbundene Ergebnisse:</b>  0002 Energieerhaltung  0905 Konzentration  1204 Stimmungsgleichgewicht  1212 Ausmaß von Stress  1603 Gesundheitsförderndes Verhalten  2002 Persönliches Wohlbefinden  2009 Behaglichkeitsstatus: Umfeld  2109 Ausmaß von Unbehagen  Moorhead, Johnson, Maas und Swanson (2013; 1184)</p>
<p><b>Empfohlene Maßnahmen/  Interventionen</b></p>	<p>Laut Möller, Laux und Kapfhammer (2008) sind nichtmedikamentöse Therapieformen das Mittel der ersten Wahl zur Behandlung von nichtorganischen, primären Insomnien. Um eine Chronifizierung und psychiatrische Folgeerkrankung vorzubeugen ist eine Frühbehandlung ratsam. Studienanalysen zeigen auf, dass etwa zwei Drittel der Patienten mit nichtpharmakologischen Verfahren geholfen werden kann.</p> <p><b>Schlafanamnese erheben</b>  Mittels Befragungs-, Beobachtungs- und Aufzeichnungsmethoden kann die Schlafanamnese erhoben werden. Sie dient der Erstellung eines adäquaten Pflegeplans und der Wahl eines geeigneten Zimmers sowie Zimmerkollegen. Eine kontinuierliche Befragung und Beobachtung, dient der Anpassung der Pflegeplanung. →<i>Abbildung Schlafanamnese im Anhang</i></p> <p><b>Befragung:</b>  vgl. Heuwinkel-Otter et al. (2011)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Schlafgewohnheiten <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Gewohnte Schlafumgebung</li> <li>○ Gewohnte Schlafenszeit, Aufstehzeit</li> <li>○ Schlafqualität</li> <li>○ Schlafbedürfnis</li> </ul> </li> <li>• Einstellung zu Schlaf- Medikamenten</li> <li>• Wirkung der Schlafmittel</li> <li>• Verhalten vor, während und nach dem Schlaf <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Einschlafrituale</li> <li>○ Beeinflussende Faktoren des Schlafverhaltens</li> <li>○ Träume, Erinnerung an Träume</li> </ul> </li> <li>• Einschlafzeit</li> <li>• Einschlafdauer (länger als 30 Minuten?)</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schlafqualität (ruhig, unruhig, tief, oberflächlich)</li> <li>• Häufiges Erwachen in der Nacht (bekannte Ursache?)</li> <li>• Schlafquantität (Schlafdauer/ Anzahl der Schlafstunden)</li> <li>• Erholungswert (ausgeruht, erholt, müde, abgespannt)</li> </ul> <p><b>Beobachten:</b></p> <p>vgl. Schweior- Popp et al. (2021); Heuwinkel-Otter et al. (2011)</p> <p>Eine gute Beobachtung des Patientenverhaltens am Tag und in der Nacht ist erforderlich, um die vielfältigen Ursachen und Auswirkungen von Schlafstörungen zu erfassen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patientenbeobachtung findet in konkreten Pflegesituationen oder während der Durchgänge statt. Die Beobachtungen (z.B. der Gesamtschlafzeit und das Befinden nach dem Aufwachen) sind wichtige Informationen für den Frühdienst, um die Situation des Patienten am nächsten Tag besser einschätzen zu können.</li> <li>• Somatische Beobachtungskriterien: Atmung, Puls, Haut, Körpertemperatur/-geruch, Ausscheidungen, Bewusstseinslage, Schmerz, Verhalten, Aussehen</li> <li>• Normabweichungen: angestrenzte, stockende Atmung kann auf Schmerzen/Zustandsverschlechterung hindeuten → ggf. Vitalwerte messen, häufiger kontrollieren.</li> </ul> <p><b>Erkennen/Ermitteln/Beobachten...:</b></p> <p>vgl. Horvat und Weissenbacher (2008); Schweior- Popp et al. (2021)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ursächlicher/beeinflussender Faktoren</li> <li>• der Eltern-Kind-Interaktion <ul style="list-style-type: none"> <li>○ der emotionalen Unterstützung durch die Eltern und des elterlichen Schlafmusters</li> <li>○ der Erwartungen bezüglich angemessenen Schlafes</li> </ul> </li> <li>• des Wissensstandes</li> <li>• individueller Bedürfnisse/Ressourcen (Rituale, Routine, Umgebungsbedingungen)</li> <li>• des Konsums von koffeinhaltigen und alkoholischen Getränken (z. B. Energy Drinks, Coca-Cola)</li> <li>• der Umstände, die den Schlaf unterbrechen, sowie deren Häufigkeit</li> <li>• der vor Kurzem aufgetretenen traumatischen/einschneidenden Erlebnisse im Leben des Patienten (z. B. Scheidung der Eltern, Schulwechsel/-eintritt, Todesfall in der Familie)</li> <li>• von Störungen der Schlafgewohnheiten, die einen Zusammenhang mit vorhandenen Krankheiten haben z.B. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Stoffwechselerkrankungen (Diabetes mellitus, Hyperthyreose)</li> <li>○ Depression, Nykturie, chronische Schmerzen</li> <li>○ Medikamenteneinnahme</li> <li>○ körperliche Erschöpfungszeichen</li> <li>○ Veränderungen der gewohnten Schlafzeiten (z. B. andere Einschlafzeiten – Hospitalisation, Schichtwechsel, Veränderung der Arbeitszeiten)</li> </ul> </li> <li>• Dauer der bestehenden Schlafstörung (akut, chronisch)</li> </ul>
--	--

	<p><b>Aufzeichnen:</b></p> <p>vgl. Schewior- Popp et al. (2021); Abderhalden und Needham (2012)  Um den Schlaf über einen längeren Zeitpunkt beurteilen zu können ist die Erhebung einer umfangreichen Anamnese erforderlich. Hierzu kann gegebenenfalls ein Schlafprotokoll verwendet werden. Die exakte Erhebung der Grunddaten ist für die Pflegeplanerstellung wichtig.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Schlafprotokoll:</b> Selbstdokumentation von Bettgehzeit, Schlafdauer, Wachdauer, Aufwachzeit, subjektiver Einschätzung der Schlafqualität, Müdigkeit, Stimmung, Leistungsfähigkeit, Schlaf- Ritualen und den Schlaf beeinflussende Faktoren (z.B. Genuss-, Arzneimittel). Es dient der Ermittlung von Schlafqualität, Art und Ausmaß einer Schlafstörung und bedingenden Faktoren oder der Überprüfung der Wirksamkeit schlaffördernder Maßnahmen. (Pschyrembel, 2017). Laut Horvat und Weissenbacher (2008) werden damit sowohl Spitzenleistungen als auch Tagestiefs erhoben.  →Abbildung Schlafprotokoll im Anhang</li> <li>• <b>Schlafstagebuch:</b> Dies ist ein Instrument zur Erfassung von Schlafgewohnheiten und Störungsmustern. Es dient als Ergänzung zur Schlafanamnese in der Diagnostik chronischer Schlafstörungen und im Rahmen der Schlafforschung (Pschyrembel, 2017). Laut Riemann (2004) erfasst es sowohl die Tagesbefindlichkeit, als auch das Ausmaß der Störung des Nachtschlafes.</li> <li>• <b>Ermitteln des Aktivitätsniveaus:</b> Es ist möglich, dass der Patient seine Müdigkeit ignoriert oder sich ihrer nicht bewusst ist. Daher müssen Anzeichen steigender Ruhelosigkeit beachtet werden: leichter Tremor, undeutliche Aussprache, geschwollene Augen und dunkle Augenringe. Abderhalden und Needham (2012)</li> <li>• <b>Schlaflabor:</b> Dient zur genauen, diagnostischen Abklärung von bestimmten Schlafkrankheiten. (z.B. Schlafapnoe Syndrom) Riemann (2004)</li> </ul> <hr/> <p><b>Förderung der Bereitschaft für einen verbesserten Schlaf</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Angstminderung</li> <li>• Bewegungsförderung</li> <li>• Copingverbesserung</li> <li>• Energiemanagement</li> <li>• Lagerung</li> <li>• Medikamentenmanagement</li> <li>• Schlafförderung</li> <li>• Selbstwirksamkeitsverbesserung</li> <li>• Umgebungsmanagement: Wohlbehagen</li> </ul> <p>vgl. Bulechek, Butcher, Dochterman und Wagner (2016)</p> <hr/> <p><b>Prävention/Prophylaxe:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufklärung/Information über verursachende Faktoren</li> <li>• Besprechen altersentsprechender Einschlafrituale, falls keine vorhanden sind z. B. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Vorlesen, Musikhören</li> <li>○ Wiegen, Knuddeln</li> <li>○ jeden Tag zur gleichen Zeit zu Bett gehen</li> </ul> </li> </ul>
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Individuell angepasstes Bett (Größe, Matratze, Lattenrost, Decke, Polster, Bettwäsche)</li> <li>• Einschränkung der Flüssigkeitszufuhr am Abend bei Nykturie, Enuresis</li> <li>• Vor dem Schlafen gehen nochmals auf die Toilette begleiten. Horvat und Weissenbacher (2008)</li> <li>• Für eine <b>stark kohlenhydrathaltige Spätmahlzeit</b> vor dem Zubettgehen sorgen. (Serotoninproduktion wird angeregt, es wird davon ausgegangen, dass dies eine Rolle in der Schlafförderung spielt)</li> <li>• Keine Einnahme von <b>koffeinhaltigen Substanzen</b> ab vier Stunden vor dem Zubettgehen (z.B. Kaffee, Energydrinks, Tee, Cola, Schokolade und bestimmte analgetische Medikamente). Koffein stimuliert das ZNS, reduziert den Schlafdruck und kann das Einschlafen beeinträchtigen.</li> <li>• Keine alkoholischen Getränke zur Entspannung. Alkohol verursacht zuerst Schläfrigkeit und kann das Einschlafen fördern, jedoch setzt im ZNS innerhalb einiger Stunden eine Rebound- Reaktion ein, wodurch man nur wenige Stunden später hellwach wird.</li> <li>• Kein Rauchen und Konsumieren anderer Tabakprodukte einige Zeit vor dem Zubettgehen. (Tabak erzeugt im ZNS einen stimulierenden Effekt.)</li> <li>• Anleiten zum umsichtigen Gebrauch von Schlafmitteln bei Menschen mit chronischer Insomnie. Langzeitgebrauch kann die Insomnie verstärken. (Nebenwirkungen, Suchtpotenzial, Absetz- und Entzugsproblematik besprechen)</li> <li>• Keine anstrengenden körperlichen Aktivitäten ab einer Stunde vor dem Zubettgehen. (wirkt stimulierend und hält wach)</li> <li>• Überwachen der Schlafmuster. Erstellen eines strukturierten Tagesplanes mit Perioden der Ruhe und des Schlafes. Ein strukturierter Tagesplan mit Schlafperioden hilft hyperaktiven Patienten zur dringend benötigten Erholung.</li> <li>• Tagsüber vom Schlafen abhalten, um Schlafdruck aufzubauen und den erholsamen Nachtschlaf zu fördern. (Programm an Aktivitäten erhöhen, um die Person beschäftigt zu halten.)</li> <li>• Um den jet-lag (Störung des zirkadianen Rhythmus) zu vermeiden: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Präventiv vorgehen, wenn die Zeit es zulässt: Essenszeiten und Schlafzeiten in der entsprechenden Richtung verändern, um den Körper auf die bevorstehende Veränderung vorzubereiten.</li> <li>○ Erhöhen der Schlafdauer bei der Ankunft kann hilfreich sein, wenn vorbeugende Maßnahmen nicht möglich sind, so dass Erschöpfung entgegengewirkt und ein Gefühl der Erholung wiederhergestellt wird.</li> <li>○ Kurzfristiger Gebrauch von Schlafmitteln kann hilfreich sein.</li> </ul> </li> <li>• Informieren des Patienten über Grundregelnd der Schlafhygiene und Stimuluskontrolle. Aberhalden und Needham (2012)</li> <li>• <b>Schlafhygiene:</b> Schlaffördernd wirkende Lebensgewohnheiten und Verhaltensweisen, die Regeln zum Schlaf- Wach- Zyklus, zur Stimuluskontrolle, zur Schlafumgebung und –dauer umfassen. Inadäquate Schlafhygiene kann zu Schlafstörungen führen. Eine konsequente</li> </ul>
--	--

	<p>Schlafhygiene ist Voraussetzung für die Wirksamkeit jeder Therapie zur Verbesserung des Schlafs.  → <i>Abbildung Schlafhygiene im Anhang</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keine schweren Mahlzeiten am Abend</li> <li>• Regelmäßige körperliche Aktivität</li> <li>• Ein persönliches Einschlafritual einführen</li> <li>• In der Nacht nicht auf den Wecker oder die Uhr schauen</li> </ul> <p>Riemann (2004)</p>
	<p><b>Nächtliche Kontrollgänge:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sicherheit vermitteln (sich vorstellen, persönlicher Kontakt, signalisieren, dass Patient bei Bedarf jemanden rufen kann)</li> <li>• Im Nachtdienst regelmäßiger Kontrollgänge durchführen. Bei Kindern gilt: je kleiner, desto enger sollte der Beobachtungszeitraum sein.</li> <li>• Patienten in der Nacht möglichst schlafen lassen! Ausnahmen: z. B. Bewusstseinskontrolle bei Schädel-Hirn-Trauma oder Positionswechsel bei Dekubitusgefahr.</li> <li>• Pflegemaßnahmen vor allem nachts zeitlich bündeln.</li> <li>• Ruhephasen bei der Pflege einplanen, möglichst lange Schlafperioden in der Nacht ermöglichen</li> <li>• Erklären, warum Störungen durch Pflegeverrichtungen notwendig sind</li> <li>• Einbeziehen des Patienten/der Bezugsperson in die Pflege</li> </ul> <p>vgl. Heuwinkel-Otter et al. (2011); Horvat und Weissenbacher (2008)</p>
	<p><b>Für schlaffördernde Umgebung sorgen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Für eine schlaffördernde Umgebung sorgen: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Abgedunkeltes Zimmer</li> <li>○ nur im Ausnahmefall ein kleines Licht anlassen (wenn Patient bereits daran gewöhnt ist; Licht ist der stärkste, externe Zeitgeber und stört die Schlaftiefe)</li> </ul> </li> <li>• Angenehmes Raumklima: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ideale Raumtemperatur: 18 °C</li> </ul> </li> <li>• Intensive Gerüche vermeiden</li> <li>• Optimale Luftfeuchtigkeit zwischen 40 % und 60 %</li> <li>• Für eine ruhige Umgebung sorgen</li> <li>• Äußere Störquellen beseitigen, eventuelle Noxen für Schlafstörungen (z.B. Lärm) müssen erfragt und nach Möglichkeit beseitigt werden.</li> <li>• Sorge tragen für eine reizarme und ruhige Umgebung von 40 bis 45 dB am Abend und 35 dB in der Nacht. Erkennen und Beseitigen von potentiellem Lärm verursachenden Störfaktoren (z.B. Schnarchen, Straßenlärm, laute Gespräche).</li> <li>• Geeignete Bettwäsche, Matratze und Kopfkissen, bequeme Schlafkleidung</li> <li>• Beseitigung störender Reize</li> </ul> <p>vgl. Horvat und Weissenbacher (2008); Abderhalden und Needham (2012); Kampmeier (2001); Pschyrembel (2017)</p>

	<p><b>Schlafen lernen bei Kindern</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Regelmäßige Schlaf- Wachzeiten</li> <li>• Kleine Schlafrituale (abendliches Bad, ein ruhiges Spiel, Gute Nacht Geschichte, Lied)</li> <li>• Einschlafen im eigenen Bettchen</li> <li>• Kein Schnuller oder Fläschchen zum Einschlafen</li> <li>• Beruhigen des Kindes genügt oft, damit es wieder einschlafen kann</li> <li>• Kleine Schlafwandler schützen (häufig im Alter zwischen 4 und 8 Jahren, Sicherheitsvorkehrungen treffen)</li> <li>• ungünstige Einschlafgewohnheiten vermeiden</li> <li>• Schlafenszeit signalisieren: gedämpftes Licht, ruhige Aktivität, leises Sprechen, Schlafanzug anziehen, Einschlafritual</li> <li>• nachts Füttern möglichst ohne Licht, nicht Spielen oder Sprechen</li> <li>• ≥3 - 5 Monate alte Babys wenn möglich nicht mehr nachts füttern</li> <li>• Achtung: Zahnen, Schmerzen, Krankheit, Urlaub, Umzug können Durchschlafen stören → Kinder benötigen Zuwendung.</li> <li>• Neugeborene und Säuglinge bei der Anpassung an den 24-Stunden-Rhythmus unterstützen (deutliche, zeitliche Hinweise geben)</li> <li>• Schlaffördernd wirkt auch Känguruen</li> </ul> <p>vgl. Feichter (2020); Heuwinkel-Otter et al. (2011); Horvat und Weissenbacher (2008); Bulechek, Butcher, Dochterman und Wagner (2016)</p> <hr/> <p><b>Fördern des Wohlbefindens durch Unterstützung/Beratung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beachten individueller Bedürfnisse</li> <li>• Beachten vorhandener Ressourcen</li> <li>• Empathie</li> <li>• Gelegenheit bieten, vor dem Zubettgehen über den Tag zu sprechen, um das Tagesgeschehen besser verarbeiten zu können (z. B. Furcht vor Operation, offensichtliche Probleme)</li> <li>• Beruhigende Gespräche /Zuhören</li> <li>• Planen von entspannenden und ablenkenden Aktivitäten</li> <li>• Patient/Bezugsperson empfehlen, den Tag ruhig ausklingen zu lassen</li> <li>• Ausreichend körperliche Betätigung untertags einplanen (Wachsein tagsüber fördern)</li> <li>• Information über Chronotherapie, wenn der Patient eine verzögerte Einschlafphase hat, um die „innere Uhr“ des Körpers wieder einzustellen</li> <li>• Patient unterstützen, mit Trauer/Angst umzugehen</li> <li>• Anbieten/Vermitteln professioneller Berufsgruppen zur Unterstützung (z. B. Psychologen)</li> <li>• Fördern des individuellen Schlaf-wach-Rhythmus (Tagesplan erstellen)</li> <li>• Entlastung der Bezugsperson</li> <li>• Dem Patienten Sicherheit/Geborgenheit vermitteln</li> <li>• Therapeutische Maßnahmen im Bett möglichst vermeiden</li> <li>• Einschlafrituale einhalten/ ermöglichen</li> <li>• Identer Einschlaf-/Aufwachort</li> <li>• Wohltuende Maßnahmen vor dem Einschlafen (z. B. entspannendes Bad, Massage, Bett vorbereiten – „Nest“ bei Säuglingen, Stofftier, Kuscheldecke)</li> </ul>
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schmerzen vermeiden/ lindern</li> <li>• Orangenblütentee (als Einschlafhilfe)</li> <li>• Schlaffördernde Tees anbieten (Baldrian, Hopfen, Melisse, Lavendel, Passionsblume, Johanniskraut nach ärztlicher Anordnung)</li> <li>• Warme Milch mit Honig zum Einschlafen (für Babys unter einem Jahr nicht geeignet)</li> <li>• Warme nicht stimulierende Getränke, kleine Imbisse anbieten</li> <li>• Sorgen für einen gleichmäßigen, stabilen, sozial integrierenden und stressreduzierten Tagesrhythmus mit regelmäßigen Essenszeiten, Aktivierungs- Besuchs-, Beschäftigungs- und Ruheangeboten.</li> <li>• Ermöglichen von Spaziergängen von mehr als 30 Minuten Dauer, falls Mobilitätsgrad dies zulässt.</li> </ul> <p>vgl. Horvat und Weissenbacher (2008); Heuwinkel-Otter et al. (2011); Koller (2020); Feichter (2020); Abderhalden und Needham (2012)</p> <p><b>Entspannungsfördernde Maßnahmen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autogenes Training</li> <li>• Basale Stimulation <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Lagerungen</b>, die die Körperwahrnehmung verstärken und dadurch Wohlbefinden fördern</li> <li>○ <b>Beruhigende Ganzkörperwäsche/ Teilwäsche</b> bei Patienten, die aufgrund ihrer Muskelspannung als vegetative Begleiterscheinung Unruhe, Angst und Schlafstörungen aufweisen</li> <li>○ <b>Waschzusätze</b> (auf Biografie des Patienten abgestimmt, um Abneigungen zu vermeiden): <ul style="list-style-type: none"> <li>•Lavendel (auch bei Nervosität und Anspannung, sollte sehr gering dosiert werden)</li> <li>•Hopfen (wirkt sedativ und nervlich ausgleichend)</li> <li>•Melisse</li> <li>•Rosengeranie</li> <li>•Sandelholz</li> <li>•Mandarine (gegen Stress und nervöser Anspannung)</li> <li>•Kamille (kann in zu hohen Dosen hautreizend wirken)</li> <li>•Fenchel (ausgleichende Wirkung auf das Zentrale Nervensystem)</li> <li>•Angelika(-wurzel)</li> <li>•Koriander (wird auch bei Angstzuständen, Stress etc. angewendet)</li> <li>•Majoran</li> </ul> </li> <li>○ <b>Atemstimulierende Einreibung:</b> fördert das Einschlafen, die Schlafqualität und die verkürzt die Wiedereinschlafphase beim Aufwachen in der Nacht</li> </ul> </li> <li>• Ansteigende Fußbäder (beginnend mit 34 °C warmes Wasser, nach und nach heißes Wasser hinzufügen, max. 40°C.; Dauer 20 Minuten)</li> <li>• Kalte Armbäder (10 bis 30 Sekunden, wirken beruhigend auf Herz und Kreislaufsystem)</li> <li>• Aromatherapien (z.B. Bitterorangen- Öl, Lavendelöl)</li> <li>• Trockenbürsten (mit Naturfaserbürste den ganzen Körper beginnend mit der Außenseite der Füße, einige Minuten lang in Längsrichtung zum Herzen hin bürsten, abschließend 1 min Haare bürsten, Kopfhaut massieren)</li> <li>• Ruhebild (z.B. schöne Erinnerung mit allen Sinnen vorstellen)</li> <li>• Fantasiereisen/ Angeleitete Imagination</li> <li>• angenehme Gedanken</li> <li>• Progressive Muskelentspannung</li> <li>• Kinästhetische Maßnahmen: positionieren, bewegen um Verspannungen zu</li> </ul>
--	--

	<p>lösen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Paradox wirkende Maßnahmen z.B. Kaffee anbieten</li> <li>• Fördern von Aktivitäten, die auf das Schlafen vorbereiten: ruhige Musik, warme Bäder</li> <li>• Für einschlaflfördernde periphere Wärmeabgabe am Abend sorgen durch wärmeableitende (Wadenwickel, Fußbad, Teilwaschung, warme Bäder, Rückenmassagen), durchblutungsfördernde Anwendungen (Fußeinreibung, Teil-Bad, warme Bauchwickel) und Ernährung (kohlenhydratreich)</li> <li>• physikalische Maßnahmen: warmes Vollbad, kaltes Armbad, Wechselfußbad, feuchtwarme Bauchkompressen</li> <li>• Bewusste Entspannung durch Meditation, Yoga, andere Entspannungsmethoden, Lesen oder Musikhören</li> <li>• schlaffördernde Teezubereitung (Hopfen, Lavendel, Melisse, Baldrian)</li> <li>• warme Honigmilch</li> </ul> <p>vgl. Holzer ( 2007); Koller (2020); Riemann (2004); Heuwinkel-Otter et al. (2011); Abderhalden und Needham (2012); Pschyrembel (2017)</p> <hr/> <p><b>Spezifische Interventionen der Pflege</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Körperpflege</li> <li>• Lagerung (ggf. Verwendung von Hilfsmittel oder Pflegematratten)</li> <li>• Nauseamanagement</li> <li>• Realitätsorientierung</li> <li>• Urininkontinenzpflege/ Enuresis</li> <li>• Demenzpflege</li> <li>• Delirmanagement</li> <li>• Stimmungsmanagement</li> <li>• Selbstversorgungsunterstützung: Toilettenbenutzung</li> <li>• Emesismanagement</li> <li>• Ernährungsmanagement</li> </ul> <p>vgl. Bulechek, Butcher, Dochterman und Wagner (2016)</p> <hr/> <p><b>Therapeutische Interventionen (ggf. nach ärztlicher Anordnung):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stimuluskontrolle (das Bett ausschließlich zum Schlafen; Ausnahme sexuelle Aktivitäten, nutzen) →<i>Abbildung Stimuluskontrolle im Anhang</i></li> <li>• Schlafrestriktion (Beschränkung der Schlafdauer, um Schlafdruck zu erhöhen) →<i>Abbildung Schlafrestriktion im Anhang</i></li> <li>• Schlaf- Wach- Rhythmusstrukturierung</li> <li>• Gedankenstuh (Auseinandersetzung mit Probleme nicht im Bett sondern bewusst an einem anderen Ort)</li> <li>• Negative schlafbezogenen Gedanken und Erwartungen und konstruktive Alternativen →<i>Abbildung im Anhang</i></li> <li>• Paradoxe Intervention (Bei Einschlafstörungen; dem Patienten den Druck des „Einschlafen- Müßens“ nehmen, indem er angehalten wird möglichst lange wach zu bleiben und nicht verpflichtet ist zu schlafen.)</li> <li>• Lichttherapie: Regulierung der Stimmungslage/ des Schlafs</li> <li>• Massagen</li> </ul>
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kunsttherapie</li> <li>• Tiergestützte Therapie</li> <li>• Musiktherapie</li> <li>• Schmerzmanagement</li> <li>• Medikationsmanagement</li> <li>• Hormonsubstitutionstherapie</li> <li>• Bewegungstherapie: Fortbewegungsfähigkeit</li> </ul> <p>vgl. Riemann (2004); Feichter (2019); Bulechek, Butcher, Dochterman und Wagner (2016)</p>
	<p><b>Umgang mit Schlafmedikamenten:</b></p> <p>Laut Holzer (2007) stellt eine zu schnelle Verabreichung von schlaffördernden Medikamente, neben dem nichtbeachten persönlicher Rituale, einen der häufigsten Fehler dar. Heuwinkel-Otter et al. (2011) geben an, dass verordnungspflichtige Schlafmedikamente nur auf Anordnung verabreicht werden dürfen. Laut Schewior- Popp et al. (2021) sollten vor der Verabreichung von schlaffördernden Medikamenten andere Maßnahmen der Schlafförderung ausprobiert werden. Aufgrund des Abhängigkeitspotenzials mancher Schlafmedikamente sind diese nur zur kurzfristigen Einnahme gedacht. Abderhalden und Needham (2012) ergänzen, dass Sedativa nur bis zur Wiederherstellung des normalen Schlafmusters verabreicht werden sollten. Bei sedierenden Medikamenten wie beispielsweise antipsychotischer Medikation, ist darauf zu achten, diese zum Zeitpunkt des Zubettgehens zu verabreichen, damit der Patient nicht tagsüber schläfrig ist. Die Verabreichung von Benzodiazepinen kann laut Holzer (2007) nach längerer Einnahme zu enormen Nebenwirkungen wie bspw. Atem- und Gewichtsprobleme, nächtliche Verwirrheitszustände, vermehrte Schläfrigkeit am Tag usw. führen. Auch kann ein zu schnelles Absetzen oder eine zu schnelle Dosisreduktion zu einem Rebound – Effekt (Verstärkung der Schlafstörung) führen. Nach längerfristiger Einnahme kommt es laut Riemann (2004) zu einem Wirkungsverlust des Medikaments. Bei älteren Menschen führt die durch diese Medikamente herbeigeführte Schwächung der Muskelspannung zu vermehrten Stürzten und den damit einhergehenden Komplikationen.</p>
<p><b>Erleben und Bedeutung für den Patienten</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patienten kommen oft aufgrund von alltäglichem Stress und Überlastung im Privaten, der Schule oder der Arbeit am Abend nicht zur Ruhe, was eine Schlafstörung auslösen kann.</li> <li>• Eine Studie zeigte auf, dass nur 25% der Betroffenen einer Insomnie medizinische Hilfe aufgesucht haben. Wird die Schlafstörung vom Arzt dann nicht ernst genommen oder vorschnell mit Stress begründet, kann dies dazu führen, dass die Betroffenen jahrelang unter der unentdeckten Ursache leiden.</li> <li>• Oft besteht die Sorge nicht mehr gesund zu werden.</li> <li>• Lange Wartefristen in den Schlaflaboren sind oft sehr belastend für die Betroffenen.</li> <li>• Auch kann eine vorschnelle Medikamentenverschreibungen und eine unzureichende Aufklärung über deren Anwendung und Abhängigkeitspotential weitere Probleme hervorrufen.</li> <li>• Viele der Patienten sind auch der Meinung, ohne Schlafmittel nicht</li> </ul>

	<p>einschlafen zu können. Skoric (2012)</p>
<p><b>Grundhaltung der Pflegepersonen</b></p>	<p>Die Erhaltung eines tiefen Schlafs ist die unerlässliche Voraussetzung einer guten Pflege (vgl. <i>Florence Nightingale, 1859</i>) Besonders im stationären Bereich wird die Pflege mit den unmittelbaren Beschwerden und Folgen schlafgestörter Patienten konfrontiert. Die Wahl einer Bedarfsarznei hat oft eine verlässliche Wirkung und ist schnell das Mittel der Wahl. Nichtmedikamentöse Maßnahmen zur Schlafförderung haben jedoch einen langfristigen Nutzen für den Patienten, da sie leicht erlernbar und auch zuhause anwendbar sind. Schlafstörungen können als Frühwarnzeichen erkannt und adäquate Copingstrategien angewendet werden. (Kampmeier, 2001)</p> <p><b>Fachlicher Umgang mit betroffenen Personen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eine interessierte, offene Haltung ist notwendig, um einen Zugang zu den subjektiven Erklärungen und Sichtweisen zu erhalten.</li> <li>• Aktive Beteiligung des Patienten in die Entwicklung der schlaffördernden Maßnahmen, um intrinsische Motivation zu bewirken.</li> <li>• Anpassung der Anwendung schlaffördernder Maßnahmen an die individuelle Situation, die Fähigkeiten und die Ressourcen des Patienten; sie können Teil des Pflegeplans werden.</li> <li>• Die Ermöglichung positiver Copingstrategien und Gewohnheiten ist Aufgabe der Pflege. (z.B. Privatbettwäsche erlauben, ein zweites Kopfkissen)</li> <li>• In der Nacht ist ein professioneller Umgang mit Schlafstörungen geboten, jedoch ist es kein geeigneter Zeitpunkt mit einer konstruktiven Auseinandersetzung mit einem gestörten Schlaf-Wach-Rhythmus zu beginnen.</li> <li>• Tagsüber den Umgang mit Schlafstörungen und präventiv schlafstörenden Gedanken bearbeiten und Maßnahmen und Lösungsstrategien vermitteln. Beim Auftreten der Gedanken beim Einschlafen soll der Patient diese dadurch abfangen, dass er sich damit schon beschäftigt hat und die Probleme bereits in Bearbeitung sind.</li> <li>• Interdisziplinäre Auseinandersetzung mit der Schlafproblematik des Patienten.</li> <li>• Notwendige Ausstattung der Station mit den erforderlichen Pflegehilfsmitteln.</li> <li>• Überzeugung der Teammitglieder von der Sinnhaftigkeit der Entwicklung und Implementierung eigener Konzepte zur Pflege schlafgestörter Patienten. Kampmeier (2001)</li> </ul> <p><b>Auswirkungen von Nachtdiensten auf die Pflegeperson:</b></p> <p>Laut Wallner (2019) ist im Bereich öffentlicher und privater Dienstleistungsbetriebe, wie Krankenanstalten, Schichtarbeit unerlässlich. Die Pflege muss während der gesamten Arbeitszeit eine hohe körperliche und psychische Leistungsfähigkeit aufweisen. Fehler aufgrund von Müdigkeit können zu höheren Behandlungskosten und längeren Krankenhausaufenthalten führen, aber auch die Patientensicherheit gefährden, was wiederum zum Arbeitsverlust oder sogar Gefängnisstrafen führen kann. Daher sollten Führungskräfte in allen</p>

Einrichtungen des Gesundheitswesens auf das Wohlbefinden, die Zufriedenheit, insbesondere auf die Schlafqualität und Gesundheit der Pflegepersonen achten. Im Nachtdienst müssen Pflegepersonen entgegen ihrer „inneren Uhr“ arbeiten. Der jahrelange unregelmäßige Schlaf- Wach- Rhythmus führt zu starker Belastung des Organismus. Langfristig entstehen gravierende körperliche und psychische Beschwerden.

Der Schlaf von Nachtarbeitern ist subjektiv schlechter, weniger erholsam, oberflächlicher und qualitativ schlechter als der normale Nachtschlaf. Das Einschlafen fällt schwerer, man kommt schwerer in einen Tiefschlaf, ist leicht von kleinen Geräuschen weckbar und wird früher als gewünscht wach. Die durchschnittliche Schlafdauer am Tag nach dem Nachtdienst ist um 2 Stunden verkürzt als in einer regulären Nacht. Ein schlechter Schlaf kann unter Umständen zu vermehrten Fehlern oder schlechterer Qualität in der Patientenbetreuung führen. Wechsel- Schichtarbeiter haben eine 95%ige Wahrscheinlichkeit eine Schlafstörung zu entwickeln. Viele der Betroffenen leiden auch an Schicht-freien Tagen an Schlafstörungen.

Eine Schlafstörung die auf die Arbeitszeiten einer Person zurückzuführen ist wird als Shift Work Disorder bezeichnet. Sie ist durch Müdigkeit, Insomnie und Hypersomnie gekennzeichnet. 40% des Personals leidet an Schichtdienst assoziierten Schlafstörungen, Frauen sind häufiger davon betroffen als Männer. Unabhängig vom Schlaftyp treten Schlafstörungen nach Nachtschichten auf. Das Modell des Dreier- Schichtsystems (Früh- Spät- und Nachtdienst) wird als besonders belastend erlebt.

**Empfehlungen zur Verbesserung des Schlafes und der einhergehenden Leistungsfähigkeit:**

- Pflegepersonen sollen sich spezifisches Wissen über Folgen und Prävention von schlechter Schlafqualität aneignen.
- Vor und nach einem Nachtdienst auf ausreichend Schlaf (>6 Stunden) achten.
- Individuell auf die einzelnen Pflegepersonen angepasste Dienstpläne (Schlaftypen berücksichtigen in der Früh- Spät- und Nachtdienstplanung → Menschen, die gern länger schlafen und später zu Bett gehen kommen besser mit Spät- und Nachtschicht zurecht als Morgenmenschen. Abendmenschen haben häufiger Probleme mit der Frühschicht.)
- Implementierung eines 12 Stunden Schichtmodells, um längere Erholungsphasen zwischen den Schichten zu gewährleisten.
- Anbieten eines individuellen Sportprogrammes, um eine höhere Leistungsfähigkeit für den Berufsalltag zu bewirken.

Wallner (2019)

Aus der Sicht der Autorin nehmen der Schlaf bzw. Störungen des Schlafes einen zentralen Stellenwert in der Erhaltung der Gesundheit und deren Wiederherstellung ein. Schlafstörungen können die Gesundheit wesentlich beeinträchtigen und wie oben angeführt, zahlreiche negative Auswirkungen hervorrufen. Hier wird erkennbar, dass Pflegepersonen Anzeichen von Schlafstörungen bei Klienten, aber auch bei sich selbst, frühzeitig ernstnehmen

	<p>und diesen mit nichtmedikamentösen Methoden entgegenwirken sollten. Wichtig dabei ist es, zu versuchen auf die individuellen Bedürfnisse und Gewohnheiten des Betroffenen einzugehen und diese so gut es geht zu ermöglichen. Anpassungen an die Schlaftypen oder die Gewohnheiten erscheinen hilfreich. Die Erhebung, Beratung und Vermittlung einer adäquater Schlafhygiene und daran angepasste schlaffördernden Methoden wird vorerst mehr Zeit in Anspruch nehmen, langfristig gesehen jedoch zu einer Steigerung der Gesundheitskompetenz des Klienten beitragen und positivere Gesundheitsoutcomes erwirken, verglichen mit der bloßen Verabreichung von Medikamenten.</p> <p>Zukünftig steigende Anforderungen an die Pflege, werden durch den demografischen Wandel, steigende multimorbide Krankheitsbilder, ein durch Einsparungsmaßnahmen und einen geringeren Berufseinstiegsrate bedingten Personalmangel hervorgerufen und können sich hierbei negativ auf die Umsetzung individueller und patientenzentrierter Maßnahmen auswirken. Erhöhte Belastungen der Pflege nehmen direkten Einfluss auf deren Haltung. Ein gesundheitsfördernder und primärpräventiver Zugang kann Schlafstörungen frühzeitig entgegenwirken und die Gesundheitskompetenz der Personen fördern.</p>
<b>Verwandte Konzepte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Krise</li> <li>• Ermüdung/ Erschöpfung</li> <li>• Angst/ Panik</li> <li>• Psychische Krankheitsbilder (Depression, Psychose, Demenz, Manie)</li> <li>• Stress/ Überlastung</li> <li>• ...</li> </ul>
<b>Verwendete Literatur</b>	<p>Abderhalden, C. &amp; Needham, I. (Hrsg.). (2012). <i>Pflegediagnosen und Pflegemaßnahmen für die psychiatrische Pflege. Handbuch zur Pflegeplanerstellung</i> (3., überarb. und erw. Aufl.). Bern: Hans Huber Verlag.</p> <p>Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M. &amp; Wagner, C. M. (Hg.). (2016). <i>Pflegeinterventionsklassifikation (NIC)</i>. (1. Aufl.). 998-1000. Bern: Hogrefe Verlag.</p> <p>Doenges M.E., Moorhouse M.F. &amp; Geissler-Murr A.C. (2002). <i>Pflegediagnosen und Maßnahmen</i> (3. Aufl.). Bern: Verlag Hans Huber</p> <p>Feichter, M. (2019). <i>Schlafstörungen</i>. Zugriff am: 25.03.2021. Verfügbar unter: <a href="https://www.netdoktor.de/symptome/schlafstoerungen/">https://www.netdoktor.de/symptome/schlafstoerungen/</a></p> <p>Garay, S., Kossatz, N., Sulmann, D. &amp; Väthjunker, D. (2020). <i>Schlafproblemen begegnen: Tipps für einen guten Schlaf</i>. Verfügbar unter: <a href="https://www.pflegepraevention.de/tipps/schlaf-pflegende/">https://www.pflegepraevention.de/tipps/schlaf-pflegende/</a> [10.09.2021]</p> <p>Herdman, T. H. &amp; Kamitsuru, S. (HG.). (2020). <i>NANDA International. Pflegediagnosen. Definition und Klassifikation 2018 - 2020</i>. (1. Aufl.). Germany: Recom GmbH.</p> <p>Heuwinkel-Otter, A., Nümann-Dulke, A. &amp; Matscheko, N. (2011). <i>Pflegediagnosen für die Kitteltasche. Menschen Pflegen</i>. Berlin Heidelberg: Springer Verlag.</p>

	<p>Holzer, C. (2007). <i>Komplementäre Pflegemethoden zur Schlafförderung alter Menschen im Rahmen des Konzeptes der Basalen Stimulation</i> ®. Fachbereichsarbeit, Landeskrankenhaus- Universitätsklinikum Graz, Graz. Verfügbar unter <a href="https://www.oegkv.at/fileadmin/user_upload/Publikationen/FBA-Holzer.pdf">https://www.oegkv.at/fileadmin/user_upload/Publikationen/FBA-Holzer.pdf</a></p> <p>Horvat, E &amp; Weissenbacher, M. (Hrsg) (2008). <i>Pflegediagnosen für Kinder- und – Jugendlichenpflege. Ein Praxisbuch</i>. Wien, New York: Springer.</p> <p>Kampmeier, D. (2001). <i>Pflegerische Aspekte im Umgang mit Schlafstörungen in der Psychiatrie</i>. München: GRIN Verlag. Zugriff am 29.03.2021. Verfügbar unter <a href="https://www.grin.com/document/104779">https://www.grin.com/document/104779</a></p> <p>Koller, A. (2020). <i>Nacht.aktiv. Gesundheitsleidfaden für Menschen, die auch nachts arbeiten</i>. Verlag Grin.</p> <p>Lauster, M. Seitz, A-M, Drescher, A. &amp; Kühnel, K. (Hrsg.). (2019). <i>Pflege Heute</i> (7. Aufl.). München: Elsevier.</p> <p>Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. &amp; Swanson, E. (HG.). (2013). <i>Pflegeergebnisklassifikation (NOC)</i>. (2., vollst. überarb. und erw. Aufl.). Bern: Hans Huber Verlag.</p> <p>Morgan, K. &amp; Closs, S. J. (2000). <i>Schlaf-Schlafstörungen-Schlafförderung</i> (1. Aufl.). 1184-1185. Hans Huber Verlag.</p> <p>Möller, H-J., Laux, G. &amp; Kapfhammer, H-P. (Hrsg.). (2008). <i>Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1 Allgemeine Psychiatrie</i> (3. Überarb. und erw. Aufl. ). Heidelberg: Springer Verlag. Zugriff am: 25.03.2021. Verfügbar unter <a href="https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-3-540-33129-2.pdf">https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-3-540-33129-2.pdf</a></p> <p>Prehn-Kristensen, A. &amp; Schlarb, A. A. (2018). <i>S1 Leitlinie 028-012 „Nichtorganische Schlafstörungen“</i>. Zugriff am 25.03.2021. Verfügbar unter <a href="https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-012l_S1_Nichtorganische_Schlafstoerungen_2018-07.pdf">https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-012l_S1_Nichtorganische_Schlafstoerungen_2018-07.pdf</a></p> <p>Riemann, D. (2004). <i>Ratgeber Schlafstörungen. Informationen für Betroffene und Angehörige</i>. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe- Verlag.</p> <p>Saletu-Zyhlarz, G. (2014, 01. November). <i>Insomnie und Folgen von Schlafstörungen</i>. <i>psychopraxis. neuropraxis</i> 17, 12–14 (2014). doi: <a href="https://doi.org/10.1007/s00739-014-0210-5">10.1007/s00739-014-0210-5</a></p> <p>Schlafkrankheit (2017). In Pschyrembel- Redaktion des Verlages &amp; Pschyrembel (Hrsg.), <i>Pschyrembel Klinisches Wörterbuch</i> (267., neu bearb. u. erw. Aufl., S.1610-1615). Berlin, Bosten: Walter de Guyter.</p> <p>Schewior- Popp, S., Sitzmann, F. &amp; Ullrich, L. (2021). <i>Thiemes Pflege. Das Lehrbuch für Pflege in Ausbildung</i> (15. Aufl.). Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag.</p> <p>Skoric, M. (2012). <i>Schlafstörungen</i>. Diplomarbeit, Naturwissenschaftlichen Fakultät der Karl- Franzen- Universität, Graz.</p> <p>Wallner, S. (2019). <i>Schlaf und Leistungsfähigkeit von Pflegepersonen im Schichtdienst</i>. Bachelorarbeit. Med Uni Graz, Graz.</p>
--	---

## **Anhang:**

### **Schlafhygiene:**

*vgl. Lauster, Seitz, Drescher und Kühnel (2019); Schlafkrankheiten (2017); Prehn-Kristensen und Schlarb (2018); Garay, Kossatz, Sulmann und Vähjunker (2020)*

1. Regelmäßigkeiten integrieren: Einen konstanten Schlaf- Wach- Rhythmus oder einen regelmäßigen Mittagsminischlaf integrieren. Nach Möglichkeit jeden Tag zur gleichen Zeit aufstehen und ins Bett gehen, unabhängig von der Dauer und Qualität des Nachtschlafes, auch im Urlaub und am Wochenende.
2. Sich tagsüber regelmäßig bewegen.
3. Zwanglose Einstellung und Gelassenheit entwickeln: Tagsüber für eine gesunde Entspannung sorgen, Entspannungszeiten in den Tag integrieren.
4. Tagsüber (v. a. nach 15 Uhr) kein Nickerchen machen. Sollte die Schläfrigkeit zu groß werden, im Bett höchstens 1 Stunde schlafen.
5. Die Emotionen tagsüber regulieren, somit kann man sich nachts auf positive Emotionen einstellen.
6. Den Tag ruhig ausklingen lassen und vor dem Schlafengehen keine anstrengenden, aufregenden, körperlichen oder geistigen Tätigkeiten ausführen. Aktivitäten nicht unmittelbar vor dem Schlafengehen beenden, sondern allmählich reduzieren.
7. Das vorkommende nächtliche Erwachen gelassen nehmen.
8. Ermüdungserscheinungen erkennen und nur müde ins Bett gehen.
9. Das Licht beim Zubettgehen mit der Absicht ausschalten, nun einzuschlafen. Nicht nachts wach liegen bleiben, sondern aufstehen und in einem anderen Raum mit leichter Beschäftigung (kein Fernsehen) Ablenkung suchen, bis Schläfrigkeit eintritt. Dann zum Schlafen ins Bett zurückkehren und falls nötig, den Vorgang wiederholen.
10. Nichteingehen von Forderungen des Kindes, die nur der Verzögerung des Schlafens dienen.

### **Schlafumgebung:**

11. Die Schlafumgebung so gestalten, dass sie den Schlaf fördert: angenehm kühles Raumklima, Luftfeuchtigkeit bei ca 40%, wenig Licht und Lärm, zuvor lüften. Schnarcht der Partner, getrennte Schlafzimmer bevorzugen. Dinge entfernen, die an Stressoren des Tages erinnern. Störfaktoren wie Lärm, koffeinhaltige Getränke, Elektrizität oder Licht ausschalten.
12. Vermeiden von hellem Licht, vor allem im blauwelligen Bereich (LCD- Bildschirme auf Handys, Tablets, TV usw.) am Abend. Vor allem in der Stunde vor dem zu Bett gehen keine Medien mehr konsumieren.
13. Nachts nicht auf die Uhr sehen (Wecker z.B. unter dem Bett verstecken).
14. Schlafzimmer und Bett nur zum Schlafen nutzen (Ausnahme: sexuelle Aktivität). Keinesfalls im Bett lesen oder arbeiten.
15. Das Zubettgehen mit einem Ritual verbinden (z.B. Abendspaziergang, Musikhören, Entspannungstraining). Dieses sollte altersadäquat gewählt werden.
16. Atemübungen helfen einen ruhigen Atemrhythmus herbeizuführen.
17. Entspannungstechniken erlernen und anwenden z.B. Autogenes Training, Yoga, Meditation, Fantasiereisen
18. Dafür sorgen, dass Körper und Füße warm sind, z.B. Socken anziehen, Wärmeflasche
19. Nur im eigenen Bett schlafen.

### **Regeln zu Essen, Trinken und Rauchen**

20. Weder mit vollem Magen, noch hungrig ins Bett gehen. Leichte Abendmahlzeiten einnehmen, nicht nachts essen. Die letzte größere Essenszeit sollte 3-4 Stunden vor dem Schlafengehen zurückliegen.
21. Bereits in der frühen Kindheit Einführung eines Verhaltensmusters: tagsüber gefüttert werden und nachts schlafen
22. Keine Süßigkeiten vor dem Schlafen. → Nichteingehen auf Trink-/ Essens-Wünsche des Kindes, die nur der Verzögerung des Schlafens dienen.
23. Zu Naturheilmitteln zurückfinden, bevor Medikamente zur Anwendung kommen.
24. Kräutertee (Melisse, Fenchel, Hopfen, Baldrian, Johanniskraut) oder ein Glas Milch vor dem Schlafengehen trinken.

25. Spätestens 4 Stunden vor dem Schlafengehen keine alkohol- oder koffeinhaltigen Getränke trinken (Kaffee, Tee, Cola).
26. Einige Stunden vor dem Schlafengehen nicht mehr rauchen.



## **Schlafanamnese:**

vgl. Schlafkrankheiten (2017)

*Dient der Exploration der Schlafgewohnheiten und Schlafbesonderheiten sowie beeinflussender Faktoren (z.B. Einschlafgewohnheiten) einschließlich fremdanamnestic zu erfassender periodischer Beinbewegungen, Atempausen oder Schnarchen.*

## **Beschreiben der Schlafproblematik:**

- *Probleme beim Einschlafen*
- *Probleme beim Durchschlafen*
- *Früherwachen*
- *Mangelnde Erholbarkeit des Schlafs*

## **Symptomatik in der Schlafperiode:**

- *Kognitive und emotionale Aktivität in der Nachtphase: z.B. Grübeln, Ärger*
- *Vegetative Begleitsymptome: z.B. Unruhe, Herzrasen*
- *Spezialsymptome: z.B. Alpträume*

## **Tagesbefindlichkeit:**

- *Vigilanz (Müdigkeit)*
- *Aktivitäten und Belastbarkeit (einschließlich Rückzugs- und Schonverhalten)*
- *Konzentrations- und Leistungsfähigkeit*
- *Allgemeines Wohlbefinden.*

## **Schlafverhalten:**

- *Zeit im Bett und Schlafdauer (Schlaffeizienz)*
- *Regelmäßigkeit der Schlafzeiten*
- *Abendgestaltung und Einschlafgewohnheiten*
- *Aktivitäten im Bett*
- *Umgang mit Schlaflosigkeit: z.B. wach im Bett liegen, aufstehen*

## **Schlafgeschichte:**

- *Verlauf und Dauer der aktuellen Schlafprobleme*
- *Auslösende und aufrechterhaltende Bedingungen der Problematik*
- *Beeinträchtigte vs. Beschwerdefreie Phasen*
- *Schlaf vor Beginn der Problematik.*

## **Potenzielle Einflussfaktoren:**

- *Physikalische Faktoren: z.B.: zu helle oder laute Schlafzimmer; Raumtemperatur; schnarchender Bettpartner*
- *Physiologische Faktoren: z.B.: Schichtarbeit; langer Tagschlaf (Tagesschläfrigkeit)*
- *Psychische Faktoren: z.B.: aktuelle Belastungen; Stress; Nicht- Abschalten- Können*
- *Störungsbezogene Faktoren: z.B.: Vorliegen von psychischen Störungen (Depression, Angststörungen)*
- *Pharmakologische und substanzbezogene Faktoren: z.B.: zur falschen Zeit oder zu spät eingenommene Genussmittel (Kaffee); Substanzkonsum, Arzneimittelinnahme (Antihypertensiva, Appetitzügler, aktivierende Psychopharmaka, Zytostatika usw.)*

## **Fragebogen Schlafanamnese:**

*vgl. Schewior- Popp, Sitzmann und Ullrich (2021)*

### **Schlaf- Wach- Rhythmus**

- *Wie viele Stunden schlafen Sie durchschnittlich in der Nacht?*
- *Gehen Sie immer zur gleichen Zeit ins Bett?*
- *Erwachen Sie immer zur gleichen Zeit?*
- *Wie lange dauert es, bis Sie einschlafen?*
- *Werden sie nachts wach?*
  - *Wie oft werden sie wach?*
  - *Wie lange dauert es, bis Sie wieder einschlafen?*
- *Schlafen sie tagsüber?*
  - *Wie lange?*

### **Qualität des Schlafes**

- *Wie fühlen Sie sich morgens, wenn Sie aufwachen?*
- *Wie fühlen Sie sich tagsüber?*

### **Schlafstörende Faktoren**

- *Liegen Störfaktoren in Ihrer Umgebung vor?*
- *Haben Sie körperliche oder psychische Erkrankungen?*
- *Leiden Sie unter psychischen Belastungen?*
- *Leiden sie unter nächtlichen Beschwerden wie Wasser lassen, Hautjucken, Herzrasen, Schmerzen?*
- *Nehmen Sie regelmäßig Medikamente, Drogen oder Alkohol zu sich?*
- *Welche Ernährungsgewohnheiten haben Sie?*
- *Wie viel Bewegung haben Sie?*

### **Schlafrituale**

- *Unter welchen Bedingungen schlafen Sie zu Hause ein?*
- *Welche Faktoren begünstigen den Schlaf?*
- *Haben Sie Einschlafrituale?*
  - *Welche?*

## **Schlafrestriktion:**

*vgl. Möller, Laux und Kapfhammer (2008)*

basiert auf der Annahme, dass schlafgestörte Patienten im Laufe ihrer Erkrankung ihren Schlaf- Wach- Rhythmus destabilisiert haben.

### **Regeln der Schlafrestriktion:**

- Die Bettzeit wird auf die Gesamtzeit begrenzt, die der Patient glaubt, in den letzten Nächten wirklich geschlafen zu haben
- Tagesschlaf ist verboten
- Wenn die Schlaffeffizienz (Schlafzeit/ Bettzeit) nach subjektiver Einschätzung >85% ist, wird die Bettzeit um 15 min verlängert
- Es wird so lange fortgefahren, bis die individuell gewünschte Schlafzeit erreicht ist

### Stimuluskontrolle:

vgl. Möller, Laux und Kapfhammer (2008)

basiert auf der Annahme, dass das Bett seine Qualität als Auslöser für Schlaf verloren hat. Die Stimuluskontrolle dient der Wiederherstellung der ursprünglichen Assoziation Bett= Schlaf.

### Regeln der Stimuluskontrolle:

- Nur Zubettgehen, wenn man glaubt, einschlafen zu können
- Das Bett nur zum Schlafen benutzen (arbeiten, essen, lesen oder fernsehen ist verboten)
- Bei Einschlafproblemen nach einer festgelegten Zeit sowohl das Bett als auch das Schlafzimmer verlassen und so lange aufbleiben, bis man glaubt, wieder einschlafen zu können
- Morgens konsequent zur selben Zeit aufstehen, unabhängig davon, wie gut oder schlecht der Schlaf war
- Tagsüber nicht schlafen

### Methodenwege der nichtmedikamentösen Insomnietherapie:

Methodenwege der nichtmedikamentösen Insomnietherapie. (Nach Hajak et al. 1997; Stevenson u. Weinstein 1991)

- Angst, Fehlerwartung und Frustration über schlechten Schlaf werden aufgelöst (z. B. durch Aufklärung und Beratung über den Schlaf)
- Es wird eine positive Assoziation zwischen der Schlafumgebung und dem Schlaf geschaffen (z. B. durch Einschlafrituale, Stimuluskontrolle, Schlafrestriktion)
- Es wird die Fähigkeit gefördert, zu entspannen und den geistigen und körperlichen Erregungszustand (»arousal«) zu vermindern (z. B. durch Entspannungstraining, kognitive Umstrukturierung)
- Der geregelte zirkadiane Schlaf-Wach-Rhythmus wird wiederhergestellt (z. B. durch Schlafplanung, Tagesaktivität)
- Der Patient soll wieder »echte«, in den Schlaf führende Müdigkeit zum Zeitpunkt des Zubettgehens erleben (z. B. durch Stimuluskontrolle)
- Innere und äußere schlafstörende Faktoren werden eliminiert (z. B. durch Schlafhygiene, Entspannungsverfahren, Gedankenstopp)
- Die Wahrnehmung, das Verhalten und die Lebensgestaltung vor dem Hintergrund seelischer Konflikte und einem daraus resultierenden schlafstörenden Fehlverhalten werden umgestellt (z. B. durch Verhaltenstherapie) und
- Psychogene Ursachen der Schlafstörung über die Aufschlüsselung und Bearbeitung seelischer Vorgänge und Konflikte abgebaut (z. B. durch tiefenpsychologische Psychotherapie)

vgl. Möller, Laux und Kapfhammer (2008)

## **Negative schlafbezogene Gedanken und Erwartungen und konstruktive Alternativen:**

vgl. Riemann (2004, S. 52)

### **Negative Gedanken und Erwartungen:**

- „Acht Stunden Schlaf braucht der Mensch.“
- „Wenn ich nicht genug oder ausreichend tief schlafe, bin ich morgen nicht leistungsfähig.“
- „Jetzt muss ich aber doch endlich einschlafen, andere haben doch auch keine Probleme mit dem Schlaf, das kann einen ja richtig wütend machen...“
- „Jetzt liege ich schon eine Stunde hier wach herum: Das wird wohl eine miserable Nacht werden.“
- „Die Schlaflosigkeit macht mich noch verrückt, ich weiß nicht mehr, was ich noch tun soll.“

### **Konstruktive Alternative:**

- „Die Spannbreite der benötigten Schlafdauer ist individuell sehr unterschiedlich. Zudem gibt es bei jedem auch individuelle Schwankungen, auch gute Schläfer haben schlechte Nächte.“
- „Meine Leistungsfähigkeit ist nicht nur vom Schlaf, sondern auch von anderen Faktoren abhängig, es war schon öfter so, dass ich auch nach einer schlechten Nacht einiges geleistet habe.“
- „Sich über die Schlaflosigkeit zu ärgern, macht es auch nicht besser, der Ärger ist im Grunde noch stressiger als eine Nacht mit weniger Schlaf.“
- „Ich bleibe jetzt ruhig liegen, entspanne mich und genieße die Nacht. Der Schlaf wird schon kommen.“
- „Es gibt gute und schlechte Nächte, jetzt warte ich mal ab, entspanne mich und denke an mein Ruhebild. Auch eine schlechte Nacht ist keine Katastrophe.“