

Inhalt

Geleitwort (Ruth Schröck)	13
Vorwort	15
Zusammenfassung	17

Einleitung	19
-------------------------	----

1. Der Erkenntnisstand zur Bettlägerigkeit	21
---	----

1.1 Bettlägerigkeit und Pflegebedürftigkeit	21
1.2 Vorkommen von Bettlägerigkeit	22
1.3 Einstellung zur Bettlägerigkeit und anthropologische Grundlagen	24
1.4 Definitionen in Pflegeliteratur und Lexika	26
1.5 Pathophysiologische Auswirkungen von Bettlägerigkeit/Bettruhe	29
1.5.1 Medizinische Diskussionen zur Verordnung von Bettruhe	30
1.5.2 (Patho-)physiologische Auswirkungen des Liegens	30
1.5.3 Sensorische und psychische Auswirkungen des Liegens	33
1.5.4 Strukturelle Aspekte zur Bettlägerigkeit	35
1.5.5 Kognitive Einbußen durch Rückzug	38
1.5.6 Erfahrungen von liegenden Menschen	40
1.6 Nomenklaturen, Konzepte und Theorien	41
1.6.1 Die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)	41
1.6.2 Die Taxonomie der US-amerikanischen Pflegediagnosen	42
1.6.3 Konzeptanalyse «Mobilität»	43
1.6.4 Immobilität als «Pflegekonzept»	44
1.6.5 Das Konzept «chronische Krankheiten»	45
1.7 Das Bett als besonderer Ort	46
1.8 Verordnetes Liegen – ein Erbe aus dem 19. Jahrhundert	49
1.8.1 Der Rückzug ins Bett als historisches Schonungskonzept	49
1.8.2 Das Beispiel Florence Nightingale	49
1.8.3 Der Rückzug ins Bett in der heutigen Zeit	52

1.9	Fazit der Literaturanalyse	52
1.10	Vorsensibilisierung durch die Befragung Pflegender	53

2. Methodologie 59

2.1	Problemstellung	59
2.2	Forschungsziel und Fragestellungen	59
2.3	Der qualitative Untersuchungsansatz	60
2.4	Grounded Theory	62
2.4.1	Erkenntnistheoretische Einordnung	62
2.4.2	Entwicklung und Charakteristika der Grounded Theory	64
2.5	Sample und Samplingstrategien	66
2.5.1	Auswahl der Interviewpartner (Sample)	66
2.5.2	Stichprobenumfang	67
2.5.3	Feldzugang	67
2.5.4	Theoretical Sampling	71
2.5.5	Besonderheiten des Samples	72
2.6	Datenbestand	73
2.6.1	Beobachtung	73
2.6.2	Datenerhebung	74
2.6.3	Technik der Interviewführung	75
2.7	Datenanalyse	78
2.7.1	Offenes Kodieren	78
2.7.2	Axiales Kodieren	80
2.7.3	Selektives Kodieren	81
2.7.4	Notizen im Forschungsprozess	81
2.8	Gütekriterien	83
2.9	Ethische Erwägungen	85

3. Ergebnisse I: Personen und Geschichten 89

3.1	Herr Kampmann	89
3.1.1	Beobachtung	89
3.1.2	Bericht	90
3.2	Frau Schulz	91
3.2.1	Beobachtung	91
3.2.2	Bericht	92
3.3	Frau Merz	93
3.3.1	Beobachtung	93
3.3.2	Bericht	94

3.4	Frau Schmidt	96
3.4.1	Beobachtung.	96
3.4.2	Bericht	97
3.5	Frau Winter	98
3.5.1	Beobachtung.	98
3.5.2	Bericht	99
3.6	Frau Meier	100
3.6.1	Beobachtung.	100
3.6.2	Bericht	101
3.7	Frau West	104
3.7.1	Beobachtung.	104
3.7.2	Bericht	104

4. Ergebnisse II: Das Phasenmodell mit beeinflussenden Faktoren 107

4.1	Der erste Faktor: Individualität	108
4.2	Der zweite Faktor: Liegepathologie und kognitive Einbußen	110
4.3	Der dritte Faktor: Krankheitsausprägung und Komplikationen	111
4.4	Der vierte Faktor: Weltsicht und Bewältigung.	111
4.5	Der fünfte Faktor: Die Pflegenden – Einstellung, Wissen, Möglichkeiten	113
4.6	Die erste Phase: Instabilität	114
4.7	Die zweite Phase: Ereignis	115
4.7.1	Klinikaufenthalt aus verschiedenen Gründen	115
4.7.2	Sturzereignisse mit und ohne Klinikaufenthalt	117
4.7.3	Rehabilitationsmaßnahmen	118
4.7.4	Situation des Transfers	119
4.8	Die dritte Phase: Immobilität im Raum	119
4.8.1	Transfersituation «Gezerre»	121
4.8.2	Möblierung im häuslichen Bereich und im Altenheim	122
4.8.3	Rücksichtnahme.	124
4.8.4	Geglückte Mobilisation	126
4.8.5	Liegepathologie in der Phase der Immobilität im Raum	127
4.9	Die vierte Phase: Ortsfixierung	128
4.9.1	Sich einrichten	129
4.9.2	Selbstbestimmte Wechsel	130
4.9.3	Beschäftigung und Langeweile	130
4.9.4	Bewusstwerdung, Schlüsselereignisse und familiäre Geschehnisse.	131
4.9.5	Hilfen zur Mobilitätsförderung	135
4.9.6	Krankheitsbewältigung in der Phase der Ortsfixierung	137

4.10	Die fünfte Phase: Bettlägerigkeit.	140
4.10.1	Zeitverlust.	141
4.10.2	Die Pflegenden – Einstellung, Wissen, Möglichkeiten.	141
4.10.3	Verlust an Handlungsmöglichkeiten und Abhängigkeit von Hilfe.	142
4.10.4	Warten müssen.	142
4.10.5	Sich nicht ernst genommen fühlen, keine Ansprache mehr haben.	143
4.10.6	Territorium, Radius und persönlicher Raum.	144
4.10.7	Zuhause: Räume nicht mehr nutzen.	144
4.10.8	Verlust des persönlichen Raumes.	144
5.	Integration der Ergebnisse zur Kernkategorie.	147
5.1	Instabilität.	148
5.2	Ereignis und Unterordnung.	149
5.3	Schicksalhafter Verlauf durch Einflussfaktoren.	151
5.4	Immobilität im Raum durch fehlende Mobilisierungshilfen.	152
5.5	Mangelnde Aktivierung trotz aktivierender Pflege.	154
5.6	Abnehmender Bewegungsradius.	156
5.7	Zentrale Kategorie: allmähliche Ortsfixierung.	157
6.	Diskussion und Erkenntnisgewinn.	159
6.1	Theoretische Relevanz des Phasenmodells.	159
6.2	Das Konzept «Bettlägerigkeit».	164
6.2.1	Definitive Aussage zur «Bettlägerigkeit».	164
6.2.2	Faktoren und Formen der Bettlägerigkeit.	165
6.2.3	Zeiterfall.	167
6.2.4	Lägerigkeit als Daseinsstrategie.	168
6.3	Praktische Relevanz der Untersuchung.	169
6.3.1	Schließen von Versorgungslücken.	169
6.3.2	Anwendung umfassender Aktivierungskonzepte.	171
6.3.3	Sturzprophylaxe.	173
6.3.4	Bedarfsorientierte Ausstattung mit Möbeln und Hilfsmitteln.	175
6.3.5	Rollstühle nach Maß.	177
6.3.6	Anpassung an die Gegebenheiten.	179
6.3.7	Aufnahme des Themas Bettlägerigkeit in die Pflegeausbildung.	179
6.4	Erkenntnisgewinn.	180

7. Methodische und inhaltliche Reflexion	181
7.1 Glaubwürdigkeit der Ergebnisse	181
7.2 Grenzen der Studie	183
7.3 Vorschläge für weitere Forschungen	183
8. Schlussbemerkungen	187
9. Ergebnisse aus Praxis-Projekten	189
9.1 Bestätigung früherer Ergebnisse	189
9.2 Orientierung der Praxisprojekte	190
9.3 Ablauf der Praxisprojekte I	191
9.3.1 Analysephase	191
9.3.2 Umsetzungsphase	192
9.4 Ergebnisse aus den Praxisprojekten	192
9.4.1 Pflegeprozess, -dokumentation und Einschätzung	192
9.4.2 Physiotherapie	199
9.4.3 Angebote für bereits bettlägerige Menschen	199
9.4.4 Institutionalisierung	199
9.4.5 Wertschätzung	200
9.4.6 Biografische Orientierung	201
9.4.7 Architektur und Raumnutzung	202
9.4.8 Lage der Einrichtung, Umgebung, Natur	203
9.4.9 Möglichkeiten zum Spaziergehen im Haus	203
9.4.10 Normalitäts- und Alltagsorientierung, Einzugsmanagement	203
9.5 Ablauf der Praxisprojekte II	204
9.5.1 Arbeitsgruppe Mobilität	205
9.5.2 Das Drei-Schritte-Programm	206
9.5.3 Evaluation	206
9.5.4 Nachhaltigkeit	208
9.6 Schlussgedanken	210
9.6.1 Renaissance der Bewegung	211
9.6.2 Bewegung und Demenz	211
9.6.3 Menschen brauchen Bewegung	212
9.7 Anhang – Beispiel einer Fallanalyse – Frau Bayer	212
9.7.1 Interview	212
9.7.2 Auswertung der Fragebögen	214
9.7.3 Pflegedokumentation	216
9.7.4 Ergebnisse der Fallbesprechung	216

Nachwort zur 2. Auflage	219
Literaturverzeichnis	221
Autorin	227
Sachwortverzeichnis	229