

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 «Pflegekonzep»	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	Zeitverfall	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
Literaturverzeichnis	189
Sachregister	195