

## Bachelorarbeit

# home sweet home – das Leben zu Hause nach einem Schlaganfall

## Einschränkungen und Ressourcen von Menschen nach Schlaganfall in den Lebensbereichen ADL und IADL

Barbara Stähli  
Seestrasse 366  
8038 Zürich  
Matrikelnummer: S11487832

Silvia Hediger  
Büelrainstrasse 55  
8400 Winterthur  
Matrikelnummer: S11486529

Departement:	Gesundheit
Institut:	Institut für Ergotherapie
Studienjahr:	2011
Eingereicht am:	2. Mai 2014
Betreuende Lehrperson:	Cäcilia Küng

# Inhaltsverzeichnis

1 Abstract.....	1
2 Allgemeine Anmerkungen.....	2
3 Einleitung.....	3
3.1 Problemstellung und Darstellung des Themas.....	3
3.2 Relevanz für die Ergotherapie.....	5
3.3 Fragestellung.....	5
3.4 Zielsetzung.....	6
3.5 Eigener Bezug.....	6
3.6 Eingrenzung des Themas.....	6
3.7 Stand der Forschung.....	7
3.8 Begriffsdefinitionen.....	7
3.8.1 Schlaganfall.....	7
3.8.2 Ressourcen.....	8
3.8.3 Einschränkungen/Behinderung.....	8
3.8.4 ADL.....	8
3.8.5 IADL.....	9
3.8.6 Betätigungsperformanz.....	9
3.8.7 Häusliches Umfeld.....	9
4 Theoretischer Hintergrund.....	10
4.1 Schlaganfall.....	10
4.2 PEO-Modell.....	11
4.2.1 Person.....	12
4.2.2 Umwelt.....	12
4.2.3 Betätigung.....	12
4.2.4 Betätigungsperformanz des PEO-Modells.....	12

4.2.5 Begründung der Wahl.....	13
4.3 Der ergotherapeutische Prozess nach dem Occupational Therapy Practice Framework (OTPF) (AOTA, 2008).....	13
4.3.1 Evaluation.....	14
4.3.2 Intervention.....	14
4.3.3 Outcome.....	14
4.3.4 Begründung der Wahl.....	15
4.4 Übereinstimmung des Prozesses (OTPF) der AOTA (2008) und des PEO-Modells (Law et al. 1996).....	15
5 Hauptteil.....	16
5.1 Methode.....	16
5.1.1 Gliederung der Arbeit.....	16
5.1.2 Literaturrecherche.....	17
5.2 Studienmatrix – qualitative Studien.....	21
5.3 Studienmatrix - quantitative Studien.....	22
5.4 Vorstellung der qualitativen Hauptstudien.....	23
5.4.1 Kitzmüller et al. (2013).....	23
5.4.2 Sumathipala et al. (2011).....	25
5.4.3 Trigg et al. (1999).....	27
5.4.4 Wallenbert et al. (2005).....	29
5.5 Vorstellung der quantitativen Hauptstudien.....	31
5.5.1 Pajalic et al. (2006).....	31
5.5.2 Wilkinson et al. (1997).....	33
5.6 Ergebnisse der Hauptstudien.....	35
5.6.1 Einschränkungen und Ressourcen in den ADL.....	35
5.6.2 Einschränkungen und Ressourcen in den IADL.....	39
6 Diskussion.....	44
6.1 Allgemeine Diskussion der Hauptstudien.....	44

6.2 Person.....	46
6.3 Umwelt.....	48
6.4 Betätigung.....	50
6.5 Betätigungsperformanz.....	53
7 Theorie-Praxis-Transfer.....	54
7.1 Evaluation.....	54
7.2 Intervention.....	56
7.3 Outcome.....	57
8 Schlussfolgerungen.....	59
9 Limitationen der Arbeit.....	60
10 Ausblick.....	61
11 Verzeichnisse.....	62
11.1 Literaturverzeichnis.....	62
11.2 Abbildungsverzeichnis.....	69
11.3 Tabellenverzeichnis.....	69
12 Eigenständigkeitserklärung.....	70
13 Anhang.....	71
13.1 Abkürzungsverzeichnis.....	71
13.2 Glossar.....	72
13.3 ADL und IADL-Begriffserklärungen aus dem OTPF (AOTA, 2008).....	80
13.4 Danksagung.....	81
13.5 Studienbewertungen.....	82
13.6 Search-History.....	114
13.7 Wortzahl.....	123
13.8 Literaturverzeichnis - Anhang.....	124

# 1 Abstract

---

**Thema:** Ungefähr 16'000 Menschen in der Schweiz erleiden pro Jahr einen Schlaganfall. Viele von ihnen sind danach auf Unterstützung zuhause angewiesen.

**Fragestellung:** Welche Einschränkungen und Ressourcen haben erwachsene Menschen nach einem Schlaganfall für die oder in der Betätigungsperformanz der Lebensbereiche ADL und IADL in ihrem häuslichen Umfeld?

**Zielsetzung:** Es soll eine Übersicht über Einschränkungen und Ressourcen nach einem Schlaganfall in den ADL und IADL im häuslichen Umfeld erstellt werden. Der daraus resultierende Bedarf an ergotherapeutischen Massnahmen für den stationären und den ambulanten Bereich soll aufgezeigt werden.

**Methode:** Durch eine Literaturrecherche wurden sechs Studien ausgewählt. Diese wurden kritisch beurteilt und anhand des PEO-Modells diskutiert. Um die Ergebnisse in die Praxis übertragen zu können, wurden die Diskussionsschlussfolgerungen in den ergotherapeutischen Prozess der AOTA eingeordnet.

**Ergebnisse:** Die Auswirkungen eines Schlaganfalls verändern die Person, ihre Umwelt und die Betätigung. Was als Ressource oder als Einschränkung betrachtet wird, ist für jede Person individuell. Die Einschränkungen und Ressourcen für die oder in der Betätigungsperformanz können durch persönliche Faktoren, Veränderungen an der Umwelt oder an der Betätigung positiv oder negativ beeinflusst werden.

**Schlussfolgerungen:** Bei dieser Klientengruppe ist eine ganzheitliche, umfassende, langfristige und regelmässige Evaluation essentiell. Dabei stehen die Bedürfnisse der Klienten im Zentrum.

**Schlüsselwörter:**

ADL, IADL, häusliches Umfeld, Ressourcen, Einschränkungen, Schlaganfall, Betätigungsperformanz, Ergotherapie

## 2 Allgemeine Anmerkungen

---

Beim Lesen dieser Bachelorthesis sind folgende Aspekte zu beachten:

- Um die Leserlichkeit zu verbessern, wird immer die männliche Form verwendet, bei welcher auch die weibliche Form eingeschlossen ist. Die weibliche Form wird verwendet, wenn ausschliesslich Frauen beteiligt waren.
- Nach einmaliger Nennung eines aus mehreren Wörtern bestehenden Begriffs, wird immer die Abkürzung verwendet. Die Abkürzungen befinden sich im Abkürzungsverzeichnis.
- Die Erklärungen zu den mit \* gekennzeichneten Begriffen befinden sich im Glossar.
- Um Interpretationen durch die Übersetzung des englischen Textes ins Deutsch zu vermeiden, werden bei einigen Begriffen die englischen Begriffe zusätzlich in Klammern und kursiv geschrieben. Englische Begriffe, welche nicht ins Deutsch übersetzt werden konnten, werden kursiv und mit Anfangs- und Schlusszeichen geschrieben.
- Mit Autoren werden immer die Autoren der Studien und mit Verfasserinnen immer die Verfasserinnen dieser Arbeit gemeint.

### 3 Einleitung

---

„I have neglect\*, I forgot to dress my left side... when I was travelling with my friend I had to tell her to look after me to pull up my trousers and pull down my sweater to avoid leaving the house with half my body [undressed]... because I do so“. (Kitzmüller, Häggström und Asplund, 2013, p. 23)

Dies ist ein wörtliches Zitat einer Person, welche einen Schlaganfall erlitten hat.

In dieser Arbeit werden zuhause lebende Personen nach einem Schlaganfall thematisiert. Dabei werden einerseits die Einschränkungen für die oder in der Betätigungsperformanz<sup>1</sup> der Bereiche Aktivitäten des täglichen Lebens (*activities of daily living (ADL)*)<sup>2</sup> und instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens (*instrumental activities of daily living (IADL)*) aufgezeigt. Andererseits werden die Ressourcen betrachtet, welche den Personen helfen, diese Einschränkungen im Alltag zu bewältigen.

#### 3.1 Problemstellung und Darstellung des Themas

Laut Fragile Suisse (n.d.), erleidet jede sechste Person in ihrem Leben einen Schlaganfall, wobei 75% der Betroffenen über 65 Jahre alt sind. Zwei Drittel der Betroffenen benötigen weiterhin Unterstützung in Alltagsaktivitäten oder bleiben pflegebedürftig (Fragile Suisse, n.d.). Ein Schlaganfall kann körperliche, psychische und soziale Folgen haben (Häussler, 1996) und ist der Hauptgrund für eine Behinderung (Donnan, Fisher, Macleod und Davis, 2008).

Gemäss Donnan et al. (2008) werden in den nächsten 20 Jahren Schlaganfallerkrankungen zunehmen. Eine mögliche Erklärung für diese Annahme von Donnan et al. (2008) könnte der vom Bundesamt für Statistik [BfS] (2013) aufgezeigte demographische Wandel sein, welcher zeigt, dass es immer mehr ältere Menschen gibt. Ein weiterer Grund kann die Sterberate sein, welche sich von 1995 bis 2010 halbiert hat (BfS, 2012).

---

1 Der Begriff Betätigungsperformanz wird bei den Begriffsdefinitionen näher betrachtet.

2 Die Begriffe ADL und IADL werden bei den Begriffsdefinitionen näher betrachtet.

Hanger, Wilkinson und Maers (2010) fanden heraus, dass 68% der Personen, welche einen Schlaganfall erleiden, danach wieder zuhause leben können. Gemäss Rittmann, Boylstein, Hinojosa, Hinojosa und Haun (2007) verändert sich nach einem Schlaganfall das Leben zuhause. Die Autoren erläutern weiter, dass Betroffene von Behandlungen profitieren, welche sie auf die Entlassung vorbereiten und danach in ihrem Veränderungsprozess weiter unterstützen. Eine Möglichkeit dafür könnten Domizilbehandlungen\* darstellen. Gilbertson, Langhorne, Walker, Allen und Murray (2000) bestätigen, dass Domizilbehandlungen\* bei Betroffenen eines Schlaganfalls einen positiven Effekt auf deren Zufriedenheit und deren Handlungsfähigkeit in den ADL haben.

Tamm (1999) erläutert, dass sich Personen im natürlichen Umfeld am wohlsten fühlen und dies ein Vorteil der Rehabilitation zuhause ist. Des Weiteren schreiben Dahlin-Ivanoff, Haak, Fänge und Iwarrson (2007), dass das Zuhause Sicherheit und Freiheit bedeutet. Hinzu kommt, dass ältere Menschen so lange wie möglich in ihrem Zuhause wohnen möchten (Gillsjö, Schwartz-Barcott und von Post, 2011; Tamm, 1999). Polatajko et al. (2007) gehen davon aus, dass sich die Umwelt des Klienten auf seine Betätigungsperformanz auswirkt.

Die Studie von Baumann, Couffignal, Le Bihan und Chau (2012) zeigt auf, dass zwei Jahre nach einem Schlaganfall eine starke Korrelation zwischen Lebensqualität und fehlender Betätigung in den Aktivitäten des täglichen Lebens besteht. Taylor-Piliae, Hepworth und Coull (2013) fügen hinzu, dass eine tiefe Lebensqualität ein Risikofaktor für die Entwicklung einer Depression ist.

Nach den Verfasserinnen ist die Ergotherapie eine Möglichkeit, diese Betätigungsprobleme anzugehen. Das Kerngebiet der Ergotherapie ist die Betätigung, wobei das Ziel, bedeutungsvolle Aktivitäten zu ermöglichen, verfolgt wird (World Federation of Occupational Therapists [WFOT], 2010).

Weiter geht die Ergotherapie davon aus, dass Betätigung den Alltag strukturiert und zum Wohlbefinden sowie zur Gesundheit beiträgt (American Occupational Therapy Association [AOTA], 2008). Zu solchen Betätigungen zählen auch die Aktivitäten der Betätigungsbereiche\* ADL und IADL. In der Studie von Kvigne, Kirkevold und Gjengedal (2004) können Betroffene nach einem Schlaganfall Aktivitäten, wie sich



selber anziehen, vom Bett aufzustehen oder zu essen, nicht mehr selbständig durchführen. Laut Gresham et al. (1979, zit. nach Trigg, Wood und Hewer, 1999, p. 350) wird die meiste Energie der Betroffenen für Aktivitäten der Selbstversorgung und leichte Haushaltsaktivitäten in der häuslichen Umgebung aufgewendet. Diese Aktivitäten sind gemäss den Autoren Voraussetzung für jegliches unabhängiges Leben zuhause. Dies wird durch die Aussage von Laukel-Pfeiffer (2005) bestärkt, welche besagt, dass ein häufiger Grund für einen Heimeintritt Schwierigkeiten bei den Aktivitäten des täglichen Lebens sind.

### **3.2 Relevanz für die Ergotherapie**

Die zunehmende Zahl von Schlaganfallerkrankungen, die Unzufriedenheit durch fehlende Betätigung und deren Einfluss auf die Lebensqualität, der Wunsch möglichst lange zuhause zu leben, die Wichtigkeit der ADL und IADL, um überhaupt zuhause leben zu können und der Einfluss von Umweltfaktoren auf die Betätigungsperformanz zeigen die hohe Relevanz für die ergotherapeutische Praxis auf.

Die Verfasserinnen gehen davon aus, dass das Wissen über Einschränkungen, welche Personen im natürlichen Umfeld erleben, wichtig ist, um bedeutungsvolle Betätigung unterstützen zu können. Ausserdem sollte ein Schwerpunkt auf den Ressourcen liegen, denn aufgrund des holistischen\* Ansatzes der Ergotherapie (AOTA, 2008) sind neben den Defiziten auch die Ressourcen einer Person essentiell. Laut Weber, Marotzki und Philippi (2011), ergeben sich mit einem Fokus auf die Ressourcen oft neue Lösungen. Des Weiteren schreiben die Autoren, dass der Klient durch das Erleben eigener Stärken motiviert wird, sich zu verändern. Daher hat das Wissen über Ressourcen ebenfalls hohe Relevanz.

### **3.3 Fragestellung**

Aus der Problemstellung hat sich folgende Fragestellung ergeben:

Welche Einschränkungen und Ressourcen haben erwachsene Menschen nach einem Schlaganfall für die oder in der Betätigungsperformanz der Lebensbereiche ADL und IADL in ihrem häuslichen Umfeld?

### **3.4 Zielsetzung**

Mit der Arbeit wird das Ziel verfolgt, eine Übersicht über mögliche Einschränkungen und Ressourcen, welche erwachsene Personen nach einem Schlaganfall im häuslichen Leben haben, zu erstellen. Die gewonnenen Erkenntnisse bilden eine Grundlage für ein eventuelles Forschungsprojekt der Forschungsstelle Ergotherapie, Institut für Ergotherapie, der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften [ZHAW], Departement Gesundheit. Auf diesen Erkenntnissen basierend, soll ein möglicher Bedarf an ergotherapeutischen Massnahmen im häuslichen Umfeld für die beschriebene Klientengruppe eruiert werden können. Ausserdem soll das Wissen über die Einschränkungen und Ressourcen zum einen eine Unterstützung in der stationären Rehabilitation und im Akutspital, in Bezug auf die Austrittsplanung ins häusliche Umfeld, bieten. Zum anderen sollen die Erkenntnisse in Bezug auf Langzeitbehandlungen auch der ambulanten ergotherapeutischen Praxis, insbesondere durch Domizilbehandlungen\*, dienlich sein.

### **3.5 Eigener Bezug**

Die Verfasserinnen haben durch Praktika Erfahrung mit Schlaganfallpatienten sammeln können. Die häusliche Wiedereingliederung war bei vielen Klienten ein grosses Bedürfnis. Für die Wahl des BAGET Themas sind diese Erfahrungen, das Interesse an Domizilbehandlungen\* und der Wunsch, einen Beitrag zu einem Forschungsprojekt leisten zu können, ausschlaggebend.

### **3.6 Eingrenzung des Themas**

Ein Fokus der Fragestellung wird auf das Krankheitsbild Schlaganfall gelegt. Der Einschluss weiterer neurologischer Erkrankungen ergäbe ein zu heterogenes Bild der erlebten Einschränkungen und Ressourcen. Des Weiteren sollen nur zuhause lebende Personen betrachtet werden, wobei die Betätigungsbereiche\* ADL und IADL untersucht werden. Diese Bereiche werden gewählt, da die entsprechenden Tätigkeiten hauptsächlich im häuslichen Umfeld ausgeführt werden. Daher werden weitere Betätigungsbereiche\* nicht beleuchtet. Das Setting „häusliches Umfeld“ wird beleuchtet, da das häusliche Leben für die Betroffenen eine hohe Relevanz hat und es eine Vorgabe des BAGET Themas ist. Deshalb werden stationäre Settings nicht betrachtet.

Die Lebensumstände von Kindern und Jugendlichen unterscheiden sich im Vergleich zu denjenigen erwachsener Personen stark. Aus diesem Grund sollte die Klientengruppe volljährig sein. Die Sicht der Klienten wird berücksichtigt, da diese die Hauptbetroffenen sind. Darum werden die Perspektiven der Angehörigen und die der Behandelnden nicht berücksichtigt. Des Weiteren werden nur Studien eingeschlossen, welche aus dem westlichen Kulturkreis stammen, da die Werte, Gesundheitssysteme und Lebenserwartungen mit denen der Schweiz vergleichbar sind.

### **3.7 Stand der Forschung**

Es wurde sehr viel Literatur gefunden, welche sich mit der Diagnose Schlaganfall und möglichen Einschränkungen und Ressourcen in den ADL und IADL beschäftigt. Es wurde auch Literatur gefunden, welche sich auf spezifische Auswirkungen und/oder Schweregrade eines Schlaganfalles beziehen. Ausserdem wurden viele Studien recherchiert, welche sich mit der Lebensqualität nach einem Schlaganfall auseinandersetzen.

Die meisten Studien befassen sich mit einer breiten Auswahl an Folgen oder Schwierigkeiten nach einem Schlaganfall, bleiben dabei aber sehr oberflächlich. Ausserdem ist keine Literatur zu finden, welche sich ausschliesslich mit den zu analysierenden Bereichen ADL und IADL auseinandersetzt.

Es wurde kein Review\* gefunden, welches das Thema dieser Arbeit abdeckt.

### **3.8 Begriffsdefinitionen**

#### **3.8.1 Schlaganfall<sup>3</sup>**

Gemäss dem deutschen Institut für medizintechnische Dokumentation und Information [DIMDI] [elektronische Version] (2012) ist die Diagnose Schlaganfall im ICD-10-GM\* Version 2012 bei den zerebrovaskulären\* Krankheiten (I64: Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet) eingeteilt. Die zerebrovaskulären\* Krankheiten (Code: I60-I69) sind den Krankheiten des Kreislaufsystems (Code: I00-I99) untergeordnet.

---

3 Das Krankheitsbild Schlaganfall wird im theoretischen Hintergrund genauer betrachtet.

Gemäss der World Health Organization [WHO]\* (2013) entsteht ein Schlaganfall durch die Unterbrechung der Blutzufuhr zum Gehirn. Der dadurch entstehende Mangel an Sauerstoff und Nährstoffen führt zur Schädigung des Hirngewebes.

### **3.8.2 Ressourcen**

Gemäss Pschyrembel\* Sozialmedizin (n.d.), werden Gesundheitsressourcen definiert als die „Gesamtheit aller gesundheitsförderlichen bzw. protektiven persönlichen u. sozialen, körperlichen u. psychischen Reserven, Fähigkeiten u. Grundhaltungen, welche die Bewältigung von Belastungen erleichtern, negative Auswirkungen von Risikofaktoren abmildern, u./od. die Wahrscheinlichkeit von Gesundheitsgewinn steigern sowie zur Gesundheit bzw. Gesunderhaltung beitragen“.

### **3.8.3 Einschränkungen/Behinderung**

In der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)\* (WHO\*, 2005) wird „Beeinträchtigung der Aktivität“ als Erschwernis, welche eine Person bei der Ausführung einer Aktivität haben kann, beschrieben. Weiter wird in der ICF\* (WHO\*, 2005) beschrieben, dass die Funktionsfähigkeit oder Behinderung eines Menschen von der Wechselwirkung zwischen den Kontextfaktoren und dem Gesundheitsproblem abhängt

### **3.8.4 ADL**

Laut AOTA (2008) werden die ADL als Aktivitäten definiert, die der Pflege des eigenen Körpers dienen. Manchmal werden die ADL auch als Basisaktivitäten des täglichen Lebens (*basic activities of daily living* (BADL)) oder persönliche Aktivitäten des täglichen Lebens (*personal activities of daily living* (PADL)) beschrieben (AOTA, 2008): Die ADL sind in zehn Kategorien eingeteilt: Baden und Duschen, Darm- und Blasenmanagement, Kleiden, Essen (*eating*), Ernährung (*feeding*), Funktionelle Mobilität, Umgang mit Hilfsmitteln, Körperpflege, Sexuelle Aktivität sowie Toilettenhygiene. Die Beschreibungen dieser Kategorien befinden sich im Anhang.

### **3.8.5 IADL**

OTA (2008) beschreibt die IADL als Aktivitäten, welche einer Interaktion mit der Umwelt bedürfen und häufig komplex sind. Diese Aktivitäten umfassen zwölf Kategorien: Pflege von Personen, Pflege von Haustieren, Kindererziehung, Umgang mit Kommunikationstechnologien, Mobilität in der Öffentlichkeit, Finanzen verwalten, Sicherheits- und Notfallverhalten, Gesundheitsverhalten, Haushaltsführung, Kochen und Abwaschen, Religionsausführung sowie Einkaufen. Die Beschreibungen dieser Kategorien befinden sich im Anhang.

### **3.8.6 Betätigungsperformanz**

Die Betätigungsperformanz ist das Resultat der Durchführung einer Betätigung. Die Durchführung wird durch den Klienten selbst, die Umwelt und die Betätigung beeinflusst, wobei diese drei Komponenten in stetiger Wechselwirkung zueinander stehen (Law et al., 1996).

In der Diskussion wird die Frage mithilfe des „*Person-Environment-Occupational Model of occupational performance*“ (PEO-Modell) (Law et al., 1996) beantwortet, welches diese Definition der Betätigungsperformanz beinhaltet. Aus diesem Grund verwenden die Verfasserinnen diese Definition in der gesamten vorliegenden Arbeit.

### **3.8.7 Häusliches Umfeld**

Der Duden (2013) [elektronische Version] definiert das Zuhause als: „Wohnung, in der jemand zu Hause ist (und sich wohlfühlt); Heim, Wohnung.“

Aplin, de Jonge und Gustafsson (2013) zeigen auf, dass das Zuhause aus den physischen, sozialen, zeitlichen und persönlichen Dimensionen sowie der Dimension der Betätigung besteht. Gemäss Dahlin-Ivanoff et al. (2007) ist das Zuhause ein wichtiger und bedeutungsvoller Ort. Zusätzlich definieren die Verfasserinnen das häusliche Umfeld als private Wohnform in einem Haus oder einer Wohnung.

## 4 Theoretischer Hintergrund

---

Dieses Kapitel vermittelt die wichtigsten Grundlagen zum Krankheitsbild Schlaganfall, dem hinzugezogenen ergotherapeutischen Modell\* sowie dem gewählten ergotherapeutischen Prozess.

### 4.1 Schlaganfall

Laut Pschyrembel\* Klinisches Wörterbuch (n.d.) [elektronische Version] ist ein Schlaganfall ein plötzlich beginnendes fokal-neurologisches Defizit\*. Dabei wird zwischen dem ischämischen\* und dem hämorrhagischen\* Schlaganfall unterschieden. Ringelstein und Nabavi (2004, p. 20) fügen hinzu, dass das Schlaganfallsyndrom „zum einen von langsamer entstehenden Krankheiten mit fokaler\* neurologischer Symptomatik (z. B. Hirntumor, Multiple-Sklerose-Herd), zum anderen von akut einsetzenden, jedoch nicht fokalen neurologischen Defizit- oder Reizsyndromen (z. B. Bewusstseinsstrübung)“ abzugrenzen ist.

In dieser Arbeit werden unter dem Begriff Schlaganfall die ischämische\* sowie die hämorrhagische\* Form eingeschlossen.

Laut Pschyrembel\* Klinisches Wörterbuch (n.d.) [elektronische Version] tritt der ischämische\* Schlaganfall, welcher eine günstigere Prognose hat als der hämorrhagische\* Schlaganfall, in 85% aller Fälle auf. Nach der Leitlinie der deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin [DEGAM] (2012) haben Klienten in den folgenden Jahren nach einem Schlaganfall ein erhöhtes Risiko, einen weiteren zu erleiden.

Laut Berlit (2007) sind für die ischämische\* Form des Schlaganfalls meist Embolien\* (z.B. aus dem Herzen) verantwortlich. Bei jüngeren Menschen tritt ein Schlaganfall vor allem bei Herzkrankheiten auf. Der hämorrhagische\* Schlaganfall wird durch eine Blutung im Gehirn verursacht (Pschyrembel Klinisches Wörterbuch, (n.d.) [elektronische Version]).

Die Auswirkungen eines Schlaganfalles hängen vom Ausfall des betroffenen Versorgungsgebietes ab und sind sehr individuell. Dabei kommt es unter anderem zu

kontralateralen Hemiparesen\*, Aphasien\*, Frontalhirnsyndromen\*, Hemianopsien\*, Apraxien\*, Orientierungsstörungen oder Alexien\* (Berlit, 2007). Einige der genannten Symptome können sich mit der Zeit verbessern. Der Grund dafür ist möglicherweise die Plastizität\* des Gehirns (Huch und Jürgens, 2007).

Ein Schlaganfall ist laut Berlit (2007) ein Notfall. Die Behandlung des Schlaganfalls auf einer Schlaganfallstation (*stroke unit*)\* reduziert die Sterberate um 30% und den Bedarf für eine Überweisung in ein Pflegeheim um 25%.

## 4.2 PEO-Modell

Das Person-Umwelt-Betätigungs-Modell der Betätigungsperformanz wurde von Law et al. (1996) entwickelt. Es basiert auf den Occupational Therapy Guidelines for Client Centred Practice der Canadian Association of Occupational Therapists [CAOT]. Das Modell beschreibt die Interaktion zwischen der Person (*person*), der Umwelt (*environment*) und der Betätigung (*occupation*). Aus der dynamischen und beständigen Interaktion dieser Bereiche resultiert die Betätigungsperformanz (*occupational performance*) (Law et al., 1996). Das Modell besagt, dass sich die Betätigungsperformanz im Laufe des Lebens verändert. Abbildung 1 zeigt das PEO-Modell und Abbildung 2 die Veränderung der Betätigungsperformanz in verschiedenen Lebensphasen (Law et al., 1996).



Abbildung 1: Das PEO-Modell nach Law et al. (1996). Aus Law und Dunbar (2007).

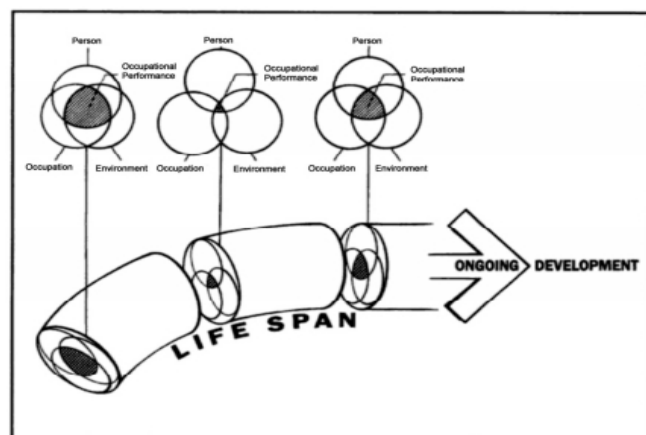


Abbildung 2: Die Betätigungsperformanz verändert sich im Lauf des Lebens.

### **4.2.1 Person**

Die Person wird holistisch\* und als einzigartiges Wesen betrachtet. Es wird davon ausgegangen, dass die Person gleichzeitig verschiedene Rollen ausführt, welche sich über die Zeit verändern. Ausserdem beinhaltet die Person Charaktereigenschaften, Lebenserfahrungen, einen kulturellen Hintergrund und persönliche Fähigkeiten. Zu den persönlichen Fähigkeiten gehören die kognitiven, motorischen, sensorischen Funktionen sowie der allgemeine Gesundheitszustand. Die Entwickler des Modells gehen davon aus, dass sich der Mensch immer weiter entfalten will (Law et al., 1996).

### **4.2.2 Umwelt**

Das Modell betrachtet die Umwelt als aus kulturellen, sozioökonomischen, institutionellen, physischen und sozialen Komponenten bestehend (Law et al. (1991, zit. nach Law et al., 1996, p.16)). In der Umwelt findet die Betätigung statt, wobei die Umwelt als dynamisch betrachtet wird. Sie kann die Ausführung von Aktivitäten verhindern oder ermöglichen. Ausserdem beeinflusst sie das Verhalten einer Person. Die Person wiederum beeinflusst durch ihr Verhalten die Umwelt (Law et al., 1996).

### **4.2.3 Betätigung**

Die Betätigung ist zielgerichtet, für das Individuum bedeutungsvoll und notwendig, um zu leben. Es handelt sich dabei um Aufgaben und Aktivitäten, welche eine Person im Laufe ihres Lebens durchführt (Law et al., 1996).

### **4.2.4 Betätigungsperformanz des PEO-Modells**

Die Betätigungsperformanz ist das Resultat aus der wechselwirkenden Beziehung zwischen den Bereichen Person, Umwelt und Betätigung. In der Abbildung 3 wird sie durch die Schnittmenge dieser drei Komponenten dargestellt. Je mehr sich diese drei Bereiche überschneiden, desto grösser ist die Schnittmenge, was zu einer besseren Betätigungsperformanz führt (*person-environment-occupational fit*). Eine Intervention der Ergotherapie kann an allen drei Bereichen ansetzen, womit der Bereich der Betätigungsperformanz vergrössert wird (Law et al., 1996).



Abbildung 3 zeigt, wie sich die Betätigungsperformanz vergrössern oder verkleinern kann.

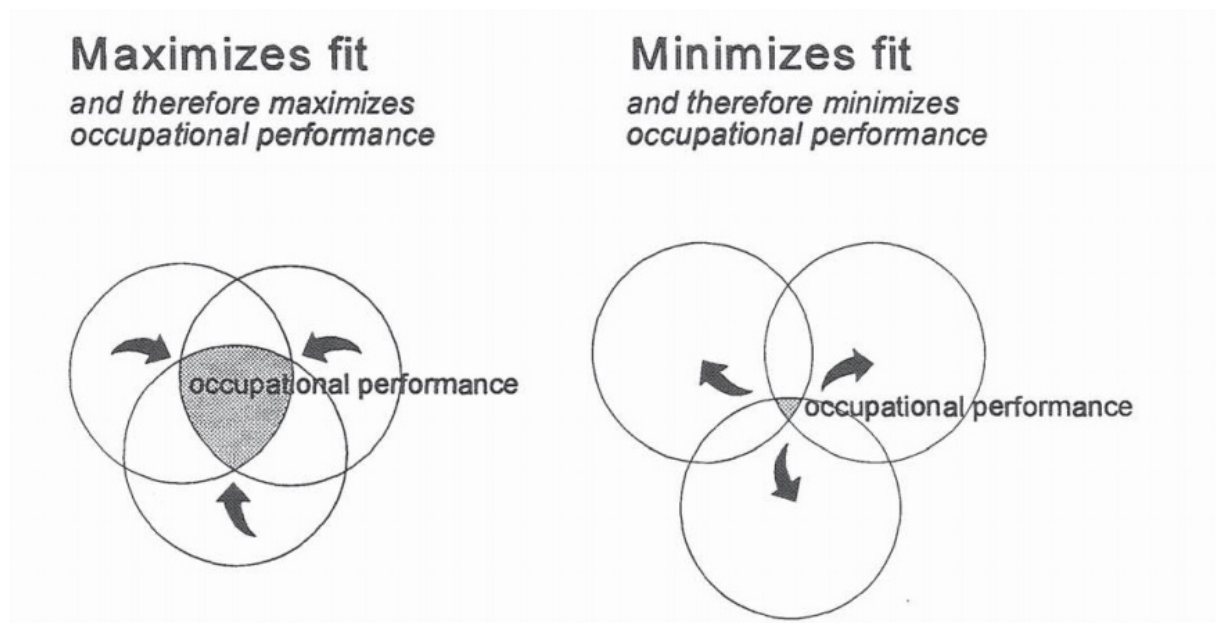


Abbildung 3: Diese Abbildung zeigt einerseits eine Betätigungsperformanz, bei welcher die Bereiche Person, Umwelt und Betätigung gut passen (maximizes fit) und eine Betätigungsperformanz, bei welcher die drei Bereiche nicht zusammen passen (minimize fit).

#### 4.2.5 Begründung der Wahl

Ein ergotherapeutisches Modell wird hinzugezogen, um die Resultate aus den Hauptstudien in der Diskussion strukturiert und übersichtlich gliedern zu können. Das PEO-Modell eignet sich aus Sicht der Verfasserinnen, weil es einfach verständlich und übersichtlich ist.

### 4.3 Der ergotherapeutische Prozess nach dem Occupational Therapy Practice Framework (OTPF) (AOTA, 2008)

Die AOTA entwickelte einen ergotherapeutischen Prozess, welcher im OTPF (2008) festgehalten ist. Der Prozess besteht aus den Bereichen Evaluation, Intervention und Outcome. Die Bereiche können nicht getrennt voneinander betrachtet werden, da der Prozess dynamisch ist. Um die Ziele des Klienten zu erreichen, ist es notwendig, fortlaufend neue Informationen zu sammeln oder Anpassungen der Interventionen vorzunehmen. Zudem können Outcomes während des gesamten Prozesses gemessen

werden.

Das übergeordnete Ziel des gesamten Prozesses ist die Partizipation\* des Klienten und die Förderung der Gesundheit. Durch eine Vereinfachung der Interaktion zwischen dem Klienten, seiner Umwelt und der Betätigung versucht die Ergotherapie diese Ziele gemeinsam mit dem Klienten zu erreichen (AOTA, 2008).

#### **4.3.1 Evaluation**

Die Evaluation besteht aus der Erfassung eines Betätigungsprofils sowie der Analyse der Betätigungsperformanz. Das Betätigungsprofil enthält Informationen über die Bedürfnisse, Werte, Interessen und Schwierigkeiten des Klienten. Der Ergotherapeut verfolgt den klientenzentrierten\* Ansatz und erfährt dadurch, was für den Klienten bedeutungsvoll ist. Auf dieser Grundlage werden gemeinsame, für den Klienten wichtige, Ziele formuliert. Die Betätigungsperformanz wird durch Beobachtung, Interviews oder durch die Wahl geeigneter Assessments\* analysiert. Ein wichtiger Aspekt ist auch die Aktivitätsanalyse\* (AOTA, 2008).

#### **4.3.2 Intervention**

Der Interventionsprozess wird in drei Schritte unterteilt: Planung der Intervention, Realisierung des Planes und Reflexion der Intervention. Eine Intervention sollte immer betätigungsorientiert sein, ein messbares Ziel verfolgen oder den Klienten mit geeigneten Massnahmen für eine bedeutungsvolle Aktivität vorbereiten, sodass dieser die Aktivität ausführen kann.

#### **4.3.3 Outcome**

Das Outcome zeigt, was der Klient während des ergotherapeutischen Prozesses erreicht hat. Die Ziele des Klienten sollten auf die Bereiche Gesundheit, Partizipation\* und Durchführung der Betätigung hin überprüft werden (AOTA, 2008). In der Abbildung 4 wird der gesamte Prozess des OTPF (AOTA, 2008) zusammengefasst.

<b>EVALUATION</b>
<p><b>Occupational profile</b>—The initial step in the evaluation process that provides an understanding of the client's occupational history and experiences, patterns of daily living, interests, values, and needs. The client's problems and concerns about performing occupations and daily life activities are identified, and the client's priorities are determined.</p> <p><b>Analysis of occupational performance</b>—The step in the evaluation process during which the client's assets, problems, or potential problems are more specifically identified. Actual performance is often observed in context to identify what supports performance and what hinders performance. Performance skills, performance patterns, context or contexts, activity demands, and client factors are all considered, but only selected aspects may be specifically assessed. Targeted outcomes are identified.</p>
<b>INTERVENTION</b>
<p><b>Intervention plan</b>—A plan that will guide actions taken and that is developed in collaboration with the client. It is based on selected theories, frames of reference, and evidence. Outcomes to be targeted are confirmed.</p> <p><b>Intervention implementation</b>—Ongoing actions taken to influence and support improved client performance. Interventions are directed at identified outcomes. Client's response is monitored and documented.</p> <p><b>Intervention review</b>—A review of the implementation plan and process as well as its progress toward targeted outcomes.</p>
<b>OUTCOMES (Supporting Health and Participation in Life Through Engagement in Occupation)</b>
<p><b>Outcomes</b>—Determination of success in reaching desired targeted outcomes. Outcome assessment information is used to plan future actions with the client and to evaluate the service program (i.e., program evaluation).</p>

Abbildung 4: Diese Abbildung zeigt eine Zusammenfassung des ergotherapeutischen Prozesses des OTPF (AOTA, 2008).

#### 4.3.4 Begründung der Wahl

Um die Empfehlungen aus dieser Arbeit in die Praxis übertragen zu können, wird im Theorie-Praxis-Transfer ein ergotherapeutischer Prozess hinzugezogen. Da das PEO-Modell von Law et al. (1996) keinen ergotherapeutischen Prozess beinhaltet, wird der von der AOTA (2008) entwickelte Prozess (OTPF) hinzugezogen. Dieser eignet sich besonders, da in dieser Arbeit viele Begriffsdefinitionen von der AOTA (2008) verwendet werden.

#### 4.4 Übereinstimmung des Prozesses (OTPF) der AOTA (2008) und des PEO-Modells (Law et al. 1996)

Um Verwirrungen vorzubeugen, werden in diesem Abschnitt Übereinstimmungen des Prozess der AOTA (2008) (OTPF-Prozess) und des PEO-Modells von Law et al. (1996) aufgezeigt.

Der Begriff der Betätigungsperformanz wird von AOTA (2008) und von Law et al. (1996) vergleichbar definiert. Ausserdem gehen beide Autorengruppen davon aus, dass die Person von ihrer Umwelt und ihrer Betätigung wechselseitig beeinflusst wird. Sowohl AOTA (2008) als auch Law et al. (1996) betrachten den Klienten im Zentrum der Therapie, wobei Adaptionen der Person, der Umwelt oder der Betätigung möglich sind, um die Betätigungsperformanz zu fördern.

## **5 Hauptteil**

---

Diese systematische Literaturübersicht wurde im Rahmen einer Bachelorarbeit im Fachhochschulstudium Ergotherapie geschrieben.

Im folgenden Abschnitt wird zunächst die Gliederung und das methodologische Vorgehen der Arbeit erläutert. Im Anschluss folgt eine kurze Übersicht der Hauptstudien, dann werden diese sowohl inhaltlich als auch qualitativ vorgestellt. Zum Schluss dieses Kapitels werden die Resultate der Hauptstudien anhand möglicher Einschränkungen und Ressourcen der ADL und IADL präsentiert.

### **5.1 Methode**

Mittels einer Literaturlauswertung wird die Fragestellung beantwortet.

#### **5.1.1 Gliederung der Arbeit**

In der Einleitung wird ein Überblick über das Thema geschaffen, indem die Problemstellung und die Relevanz für die Praxis aufgezeigt wird. Des Weiteren werden die Zielsetzung und die Fragestellung der Arbeit sowie zentrale Begriffe in Bezug auf die Fragestellung erläutert. Im theoretischen Hintergrund werden weitere relevante Aspekte der Arbeit erklärt wie beispielsweise das von Law et al. (1996) entwickelte PEO-Modell. Im Hauptteil wird die Methode beschrieben und es werden die Hauptstudien sowie deren Resultate vorgestellt.

Im darauffolgenden Abschnitt werden die Studienresultate bezüglich Fragestellung der Arbeit anhand des PEO-Modells (Law et al., 1996) und unter Bezug weiterer Literatur kritisch diskutiert. Wie die gewonnenen Erkenntnisse in der Praxis genutzt und umgesetzt werden können, wird im Theorie-Praxis-Transfer erläutert. In der Schlussfolgerung wird eine Synthese der gesamten Arbeit erstellt sowie Limitationen aufgezeigt. Zum Schluss wird die Notwendigkeit weiterer Forschungsprojekte aufgezeigt.

## 5.1.2 Literaturrecherche

### 1. Schritt: Studiensuche

Zur Fragestellung passende Schlüsselwörter wurden definiert und ins Englische übersetzt. Im Zeitraum von September 2013 bis Februar 2014 wurde die Literaturrecherche mit den unten aufgeführten Keywords, Synonymen und Schlagwörtern in den Datenbanken AMED, CINAHL, Medline, OTDBase, OTSeeker, Cochrane Library, PsycInfo, Ovid Nursing Full-Text Plus und Health Source: Nursing/Academic Edition durch beide Verfasserinnen durchgeführt.

Schlüsselwörter	Keywords	Synonyme, Unterbegriffe, Oberbegriffe	Schlagwörter
Zuhause	home	long-term, post acute, post-acute, outpatient, domestic, post stroke, post-stroke, chronic stroke, post-acute, home life, domicil, out-patient	<b>Cinahl:</b> home environment <b>Medline:</b> outpatients <b>PsycInfo:</b> home environment <b>Amed:</b> independent living
Schlaganfall	stroke	apoplectic insult, apoplectic stroke, cerebral vascular accident, cerebral vascular attack, brain infarction, (stroke) apoplexy, insult, cardiovascular accident, cardio vascular accident, stroke patient(s)	<b>Medline:</b> national institute of neurological disorders and stroke, stroke <b>Amed:</b> stroke, cerebrovascular disorders <b>Cinahl:</b> stroke, stroke patients
IADL	instrumental activity(ies) of daily living	cooking, housing, houskeeping, home care, garden, television, household, cook, shopping	<b>Amed:</b> housing <b>Cinahl:</b> instrumental activities of daily living alteration (Saba CCC), instrumental activities of daily living (Saba CCC), home maintenance, self-care: instrumental activities of daily living (Iowa NOC) <b>Medline:</b> housekeeping, housing, meal preparation, menu planning, shopping, social participation <b>PsycInfo:</b> household management

Schlüsselwörter	Keywords	Synonyme, Unterbegriffe, Oberbegriffe	Schlagwörter
ADL	activity(ies) of daily living	bathing, showering, dressing, dress clothing, eat, swallow, feeding, self-feeding, self-care, mobility, personal device care, every day occupation, occupation	<b>Medline:</b> activities of daily living, hygiene <b>Amed:</b> activities of daily living <b>Cinahl:</b> activities of daily living, activities of daily living (Saba CCC), grooming, oral hygiene, self care: activities of daily living (Iowa NOC), self care <b>PsycInfo:</b> activities of daily living, daily activities
Einschränkungen	difficulties	barrier, need, consequence, problem, obstacle, disability, impairment, restriction, deficit	<b>Medline:</b> disabled persons, disability
Ressourcen	resource(s)	facilitator, coping, capability, help	
Auswirkungen	consequence (s)	impact, recovery, convalescence, implication, influence, effect, quality of life, change	<b>Medline:</b> quality of life
Erfahrungen	experiences	expectations, life style, feeling, point of view, view, affect, perception, perspective	<b>Cinahl:</b> life experiences, perceiving (NANDA) (Non-Cinahl), perception, <b>Medline:</b> life change events, affect <b>PsycInfo:</b> perceptiveness (personality)
Betätigungs- performanz	occupational performance	occupation, occupational therapy	

Tabelle 1: In dieser Tabelle sind alle verwendeten Suchwörter aufgelistet.

Anhand der booleschen Operatoren\* “AND”, “OR” und “NOT” wurden die Keywords, Synonyme und Schlagwörter kombiniert, um die Suche zu erweitern oder einzuschränken. Durch die Nutzung des Trunkierungszeichens\* \* wurde sichergestellt, dass sowohl nach dem Singular als nach dem Plural eines Wortes gesucht wird. Des Weiteren wurde bei bestehenden Begriffen das Trunkierungszeichen\* “ “ gesetzt, um mit dem gesamten Begriff zu suchen. Durch eine Schneeballsuche, in bereits gefundenen Artikeln, wurde nach weiterer Literatur gesucht.

## 2. Schritt: Querlesen der gefundenen Literatur

Durch das Querlesen der Titel und der Abstracts fand eine erste grobe Selektion statt. Im nächsten Schritt wurden die 99 gefundenen Artikel auf doppeltes Vorkommen geprüft. Dabei waren elf Studien zweifach vorhanden. Anhand der in der Tabelle 2 aufgeführten Ein- und Ausschlusskriterien wurden die verbliebenen Studien gefiltert und sortiert. Die restlichen 64 Artikel wurden als relevant erachtet und zusammengefasst.

<b>Einschlusskriterien</b>	<b>Ausschlusskriterien</b>
Krankheitsbild Schlaganfall	Weitere neurologische Erkrankungen wie z.B. Schädelhirntrauma, Parkinson etc.
Personen leben zuhause	Personen leben in einer Alters- oder Pflegeinstitution oder sind noch hospitalisiert
Resultate zu den Betätigungsbereichen ADL und IADL	Alle weiteren Betätigungsbereiche wie z.B. Arbeit, Freizeit
Erwachsene Personen	Kinder und Jugendliche
Sicht der Klienten	Sicht der Angehörigen oder Behandelnden
Schweizer Kulturkreis und mit diesem vergleichbare Kulturkreise wie Nordeuropa, Nordamerika, Australien	Alle anderen Kulturkreise
Deutsche und englische Literatur	Weitere Sprachen

Tabelle 2: Ein- und Ausschlusskriterien

Nach dieser ersten Sichtung der Literatur entschieden sich die Verfasserinnen dafür, Studien, welche den Fokus auf nur eine Tätigkeit innerhalb der ADL und IADL legen, zu vernachlässigen. Ziel dieser Arbeit ist es, eine Übersicht über die verschiedenen Tätigkeiten in den genannten Betätigungsbereichen\* zu erhalten. Anhand solch stark fokussierter Artikel wäre dies nicht realisierbar gewesen, weshalb 24 Artikel ausgeschlossen wurden.

Die Literaturrecherche und das Lesen der Artikel wurde durch die Verfasserinnen unabhängig voneinander durchgeführt. Deshalb wurden die nun übrig gebliebenen 40 Artikel durch beide gegengelesen. Nach wiederholtem gemeinsamem Prüfen der Ein- und Ausschlusskriterien konnten 17 Studien favorisiert werden. Durch den Abgleich mit der Fragestellung der Bachelorthesis wurden zwölf Artikel eruiert, welche die Fragestellung ausreichend konkret beantworten können.

### 3. Schritt: Beurteilung der Studien

Die qualitativen Studien wurden anhand des Bewertungsformulars nach Letts et al. (2007) und die quantitativen Studien anhand des Bewertungsformulars nach Law et al. (1998) von beiden Verfasserinnen unabhängig voneinander kritisch beurteilt und anschliessend diskutiert. In diesem Schritt wurden aufgrund der noch zu zahlreichen Auswahl von zwölf Artikeln, weitere Kriterien für die Reduktion beachtet. Deshalb wurden Studien mit mangelnder methodologischer Qualität, zu homogener Stichprobe\* (um die Teilnehmer aller Hauptstudien vergleichbarer zu machen) oder mit wenig nützlichen Resultaten ausgeschlossen. Damit konnten sechs Hauptstudien identifiziert werden.

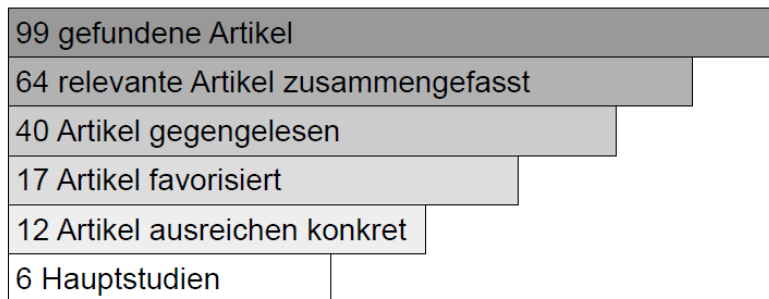


Abbildung 5: Diese Abbildung zeigt das Verfahren bei der Literaturauswahl.



## 5.2 Studienmatrix – qualitative Studien

Autoren	Titel der Studie	Ziel	Stichprobe	Resultate
Kitzmüller, Häggström und Asplund (2013)	Living an unfamiliar body: the significance of the long-term influence of bodily changes on the perception of self after stroke.	Das Ziel dieser Studie ist, die Bedeutung von Langzeiteinflüssen der körperlichen Veränderungen nach einem Schlaganfall auf die Selbstwahrnehmung aufzuzeigen.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 23 Teilnehmer (14 Männer, 9 Frauen)</li> <li>• 32-68 Jahre (Durchschnitt 51 Jahre)</li> <li>• 3-25 Jahre nach Schlaganfall</li> <li>• Die Teilnehmer leben zuhause</li> <li>• Unterschiedliche Auswirkungen durch den Schlaganfall</li> <li>• Durchführungsort: Norwegen</li> </ul>	Oberthemen: Einen schwachen, gebrechlichen Körper haben; viel Konzentration auf Körperfunktionen richten; den Körper als fremd erleben; mit einer veränderten Selbstwahrnehmung leben.
Sumathipala, Radcliffe, Sadler, Wolfe und McKeivitt (2011)	Identifying the long-term needs of stroke survivors using the International Classification of Functioning Disability and Health.	Die Studie möchte aufzeigen, wie die Kontextfaktoren des ICF* Personen mit Schlaganfall in ihrem Handeln beeinflussen und wie Bedürfnisse langfristig wahrgenommen werden.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 35 Teilnehmer (17 Männer, 18 Frauen)</li> <li>• 34-100 Jahre (Durchschnitt 69 Jahre)</li> <li>• 1-11 Jahre nach Schlaganfall</li> <li>• 91% leben zuhause, 6% leben in Alterswohnungen, 3% in anderen Wohnformen</li> <li>• Barthelscore* 3-20 (0-100)</li> <li>• Durchführungsort: England</li> </ul>	Es werden verschiedene Umweltfaktoren und persönliche Faktoren identifiziert, welche als Barriere oder Förderfaktor das Handeln der Teilnehmer beeinflussen. Aus diesen resultieren Bedürfnisse.
Trigg, Wood und Hewer (1999)	Social reintegration after stroke: the first stages in the development of the Subjective Index of Physical and Social Outcome (SIPSO).	Ziel der Studie ist es, die inhaltliche Validität eines Messinstruments, welches noch entwickelt wird, zu überprüfen. Mit dem Messinstrument soll die soziale Integration nach einem Schlaganfall gemessen werden können.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 30 Teilnehmer (17 Männer, 13 Frauen)</li> <li>• 40-82 Jahre (Durchschnitt 65.4 Jahre)</li> <li>• Mindestens 6 Monate nach Austritt aus der Rehaklinik</li> <li>• Die Teilnehmer leben zuhause</li> <li>• Unterschiedliche Auswirkungen durch den Schlaganfall</li> <li>• Durchführungsort: England</li> </ul>	Oberthemen: Aktivitäten, Interaktionen, Umwelt und Testentwicklung.
Wallenbert und Jonsson (2005)	Waiting to get better: a dilemma regarding habits in daily occupations after stroke.	Die Studie versucht zu verstehen und zu untersuchen, wie Gewohnheiten beim Ausführen alltäglicher Aktivitäten von Personen nach einem Schlaganfall erlebt werden und wie Ergotherapeuten dieses Wissen nutzen können.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 7 Teilnehmer (4 Männer, 3 Frauen)</li> <li>• 42-82 Jahre (Durchschnitt 61.7 Jahre)</li> <li>• 1.5-7 Monate nach Entlassung</li> <li>• Die Teilnehmer leben zuhause</li> <li>• Durchführungsort: Schweden</li> </ul>	Themen: Notwendigkeit zu Planen und zu Organisieren; alte Gewohnheiten können noch nicht oder nicht wieder eingeführt werden; neue Gewohnheiten als Zeichen der Abhängigkeit; warten bis das Dilemma gelöst ist.

Tabelle 3: Übersicht über die qualitativen Studie

### 5.3 Studienmatrix - quantitative Studien

Autoren	Titel der Studie	Ziel	Stichprobe	Resultate
Pajalic, Karlsson und Westergren (2006)	Functioning and subjective health among stroke survivors after discharge from hospital.	Die Studie erforscht die Funktionsfähigkeit (Funktionen, Aktivitäten und Partizipation*) und die subjektive Gesundheit bei Personen mit Schlaganfall, 6 Monate nach der Entlassung aus dem Krankenhaus. Ausserdem werden Muster von Funktionen und Aktivitäten sowie Zusammenhänge zwischen den Aspekten der Funktionsfähigkeit und der subjektiven Gesundheit untersucht.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 89 Teilnehmer (45 Männer, 44 Frauen)</li> <li>• Durchschnittsalter 77.2 Jahre</li> <li>• 6 Monate nach Entlassung</li> <li>• 71 Teilnehmer leben zuhause, 15 in speziellen Unterkünften, 3 an einem anderen Ort.</li> <li>• Durchführungsort: Schweden</li> </ul>	Die Häufigkeiten von Einschränkungen in den Bereichen IADL und ADL werden aufgezeigt. Die häufigsten Schwierigkeiten im IADL treten beim Transport und beim Waschen auf. Bei den ADL sind dies Urininkontinenz*, Baden und Schlucken. Weiter werden verschiedene Zusammenhänge zwischen mentaler und physischer Gesundheit, Partizipation*, ADL und IADL aufgezeigt.
Wilkinson et al. (1997)	A long-term Follow-up of Stroke Patients.	Die Studie hat das Ziel, bei Personen mit Schlaganfall die langfristigen Folgen in Bezug auf die Schädigung ( <i>impairment</i> ), die Behinderung ( <i>disability</i> und <i>handicap</i> ) und die Lebensqualität aufzuzeigen. Zudem sollen Präventionsmassnahmen und der Gebrauch von Hilfeleistung festgestellt werden.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 106 Teilnehmer (57 Männer, 49 Frauen)</li> <li>• Median Alter 71 Jahre</li> <li>• Durchschnittlich 4.9 Jahre nach dem Schlaganfall</li> <li>• 94 Teilnehmer leben zuhause, 8 leben in einer Institution, 1 lebt in einer Alterswohnung, 3 waren zu jener Zeit im Krankenhaus</li> <li>• Durchführungsort: England</li> </ul>	Oberthemen der erfassten Resultate sind Wohnsituation und Arbeitsstatus, Schädigung ( <i>Impairments</i> ), Behinderung im Bereich ADL ( <i>Disability</i> ), Behinderung im Bereich IADL ( <i>Handicap</i> ), Sekundäre Prävention und erhaltene Hilfeleistungen.

Tabelle 4: Übersicht über die quantitativen Studien

## 5.4 Vorstellung der qualitativen Hauptstudien

### 5.4.1 Kitzmüller et al. (2013)

#### Inhaltliche Vorstellung

Ziel	Das Ziel dieser Studie ist, die Bedeutung von Langzeiteinflüssen der körperlichen Veränderungen nach einem Schlaganfall auf die Selbstwahrnehmung aufzuzeigen.
Stichprobe	<p>Die Teilnehmer werden von der Spitex und von lokalen Leitern der „stroke association“ rekrutiert.</p> <p>An der Studie nehmen 23 Personen (14 Männer, 9 Frauen) mit Schlaganfall teil. Die Altersspanne reicht von 32 bis 68 Jahre (Durchschnitt 51 Jahre). Die vergangene Zeit nach dem Schlaganfall variiert zwischen 3 und 25 Jahren (durchschnittlich 10 Jahre). Anhand der Beschreibung kann davon ausgegangen werden, dass alle Teilnehmer zuhause wohnen. Die Auswirkungen durch den Schlaganfall sind sehr unterschiedlich.</p> <p>Als Einschlusskriterium gilt ein Mindestalter von 16 Jahren und dass alle Teilnehmer kognitiv in der Lage sind, in die Einverständniserklärung einzuwilligen. Zudem müssen seit dem Schlaganfall mindestens 3 Jahre vergangen sein.</p> <p>Die Studie wurde in Norwegen durchgeführt.</p>
Vorgehen/ Methoden	Die Studie wurde auf Basis eines phänomenologisch-hermeneutischen* Designs durchgeführt. Die einmalig durchgeführten Interviews wurden nach einem narrativen* Ansatz geführt. Dabei waren teilweise Angehörige anwesend.
Ergebnisse	Die Autoren beschreiben die unterschiedlichen Erfahrungen der Teilnehmer. Die Resultate werden mit wörtlichen Zitaten der Teilnehmer untermauert. Die Oberthemen sind: Einen schwachen, gebrechlichen Körper haben ( <i>living a fragile body</i> ); viel Konzentration auf Körper-

funktionen richten (*living in increased attention to bodily functions*); den Körper als fremd erleben (*living a body that is not me*); mit einer veränderten Selbstwahrnehmung leben (*living with an altered perception of self*).

### **Qualitative Beurteilung**

Das Ziel der Studie wird klar beschrieben. Das gewählte Design passt zur Fragestellung, ebenso passt die gewählte Interviewform zum Ziel, zur Fragestellung und zum Studiendesign. Die Stichprobengrösse ist für dieses Design ausreichend.

Die Stichprobe\* wird detailliert beschrieben, allerdings wird die Auswahl nicht begründet. Der Rekrutierungsprozess wird beschrieben.

Die Datenerhebung wird klar dargestellt, ebenfalls die Kompetenzen und das Vorgehen des Interviewers. Es wurden Notizen zu Emotionen oder Gesichtsausdrücken gemacht. Die Interviews wurden auf Tonband aufgenommen sowie transkribiert\*. Die Beziehung des Forschers zu den Teilnehmern wird nicht aufgezeigt. Die Forscher legen dar, bei welchen Themen die Teilnehmer aufgefordert wurden, frei zu erzählen und wann Folgefragen gestellt wurden.

Die Analyse der Interviews wurde in drei definierten Schritten durchgeführt (*naive understanding, structural analysis, comprehensive understanding*). Der Entstehungsprozess der Themen-Codes und -Definitionen wird beschrieben.

Die Glaubwürdigkeit der Studie wird durch die Feldnotizen erhöht, jedoch wurde kein „*Member-Checking*“ durchgeführt. Durch die Notizen, die Einzelinterviews und die Theorie findet eine Triangulation\* statt. Da die Teilnehmerzahl gering ist, unterschiedliche Auswirkungen durch den Schlaganfall bestehen und ein grosser Altersunterschied herrscht, ist eine Übertragbarkeit fraglich. Die Nachvollziehbarkeit wird durch die präzise Beschreibung des Analyseprozesses und der Methodik sowie der Zitate der Teilnehmer erhöht. Negativ wirkt sich darauf die fehlende Begründung der gewählten Stichprobe\* aus. Mit der Triangulation\*, der Diskussion der Themen unter den Forschern und der exakten Beschreibungen des Analyseprozesses, der Teilnehmer und des Kontextes der Interviews ist die Bestätigungskraft gegeben.

## Fazit

Trotz oben genannter Schwächen überzeugt die Studie durch ihr methodologisches Vorgehen und durch die Relevanz der Ergebnisse für die vorliegende Arbeit. Zudem entspricht die Auswahl der Studienteilnehmer den vorgestellten Ein- und Ausschlusskriterien.

### 5.4.2 Sumathipala et al. (2011)

#### Inhaltliche Vorstellung

- Ziel** Die Studie möchte aufzeigen, wie die Kontextfaktoren des ICF\* Personen mit Schlaganfall in ihrem Handeln beeinflussen und wie Bedürfnisse langfristig wahrgenommen werden.
- Stichprobe** Die Teilnehmer werden aus einer ärmeren Region von London rekrutiert und sind im „*South London Stroke Register*“ registriert.
- An der Studie nehmen 35 Personen (17 Männer, 18 Frauen) teil. Das Alter der Teilnehmer liegt zwischen 34 und 100 Jahren (Durchschnitt 69 Jahre). Der Schlaganfall liegt 1-11 Jahre zurück.
- 91% der Teilnehmer leben zuhause (alleine oder mit jemandem zusammen), 6% leben in Alterswohnungen, 3% in anderen Wohnformen wie beispielsweise einem Pflegeheim.
- Der Barthelscore\* der Teilnehmer liegt zwischen 3 und 20 bei einem Range von 0-100.
- Als Einschlusskriterium gilt, dass der Schlaganfall seit mindestens 12 Monaten besteht.
- Die Studie wurde in London (England) durchgeführt.
- Vorgehen/ Methode** Das Design wird nicht explizit erwähnt. Die einmaligen semistrukturierten Tiefeninterviews\* wurden anhand eines für diese Studie entwickelten und getesteten Themenleitfadens durchgeführt. Es ist nicht bekannt, ob die Angehörigen bei den Interviews anwesend waren.

Ergebnisse Es werden verschiedene Umweltfaktoren und persönliche Faktoren identifiziert, welche als Barriere oder Förderfaktor das Handeln der Teilnehmer beeinflussen. Aus diesen resultieren Bedürfnisse. Die Resultate werden mit wörtlichen Zitaten der Teilnehmer untermauert.

### **Qualitative Beurteilung**

Das Ziel der Studie wird klar beschrieben. Die Beschreibung des philosophischen Hintergrundes, das qualitative Design und die gewählte Interviewform passen zur Fragestellung und zum Ziel der Studie.

Die Betroffenen werden gezielt ausgewählt, um möglichst viele Facetten des Schlaganfalls aufzeigen zu können. Der Rekrutierungsprozess wird beschrieben. Die Teilnehmer werden detailliert vorgestellt. Im Vergleich zur Gesamtbevölkerung des Schlaganfallregisters haben die Teilnehmer der Studie tendenziell mehr Einschränkungen in der Mobilität, ansonsten sind sie vergleichbar.

Die Datenerhebung sowie die Beziehung der Forscher zu den Teilnehmern werden nicht detailliert beschrieben. Die Interviews wurden auf Tonband aufgenommen und transkribiert\*.

Mit Hilfe der Software QSR NVivo8 wurden die Interviews verwaltet. Der Kodierungsprozess wurde von zwei voneinander unabhängigen Forschern durchgeführt. Die Entstehung der Codes und Themen ist nachvollziehbar.

Durch die von zwei unabhängigen Forschern durchgeführte Analyse, die aufgezeigte Entwicklung der Themen und einen zuvor getesteten Fragebogen, ist die Studie glaubwürdig und nachvollziehbar. Jedoch ist der Kontext bei der Durchführung der Interviews unbekannt, was sich negativ auf die Nachvollziehbarkeit auswirkt. Es findet wenig Triangulation\* statt, da die Ergebnisse auf den Perspektiven der Teilnehmer und der Theorie basieren. Es wurde kein „*Member-Checking*“\* durchgeführt. Obwohl die Teilnehmer detailliert beschrieben werden und die Stichprobe\* mit dem Register vergleichbar ist, wird die Übertragbarkeit gemindert, weil alle Teilnehmer aus einer bestimmten Region in London stammen.

Trotzdem ist die Auswahl der Teilnehmer sowohl gezielt und begründet, als auch die Beschreibung der „Drop-outs\*“ nachvollziehbar dargestellt. Durch die Zitate der Teilnehmer ist die Bestätigungskraft der Studie gut.

## **Fazit**

Aufgrund weniger methodologischer Mängel und vertrauenswürdigen Vorgehens überzeugt die Studie. Zudem sind die Ergebnisse für die Beantwortung der Fragestellung der vorliegenden Arbeit relevant. Des Weiteren entspricht die Auswahl der Studienteilnehmer zum grössten Teil den aufgestellten Ein- und Ausschlusskriterien.

### **5.4.3 Trigg et al. (1999)**

#### **Inhaltliche Vorstellung**

- Ziel** Ziel der Studie ist es, die inhaltliche Validität eines Messinstruments, welches noch entwickelt wird, zu überprüfen. Mit dem Messinstrument soll die soziale Integration nach einem Schlaganfall gemessen werden können.
- Stichprobe** Alle Teilnehmer stammen aus einer Rehabilitationsklinik in Bristol.
- Die Studie umfasst 30 zuhause (alleine oder mit jemanden zusammen) lebende Personen (17 Männer, 13 Frauen) im Alter zwischen 40 und 82 Jahren (Durchschnitt 65.4 Jahre). Die Auswirkungen durch den Schlaganfall sind sehr unterschiedlich.
- Für den Einschluss in die Studie müssen seit dem Austritt aus der Rehabilitationsklinik mindestens 6 Monate vergangen sein. Ausgeschlossen werden Teilnehmer mit schweren Behinderungen durch andere Krankheiten und Betroffene nach einer transischämischen Attacke (TIA)\* oder einer Subarachnoidalblutung\*.
- Die Studie wurde in Bristol (England) durchgeführt.
- Vorgehen/** Das Design wird von den Forschern nicht explizit beschrieben.
- Methode** Es wurden einmalige semistrukturierte Tiefeninterviews\* mit einem auf

Basis der Literatur erstellten Interviewleitfaden mit offenen Fragen geführt. Dabei waren Angehörige anwesend.

Ergebnisse Folgende Oberthemen wurden erfasst: Aktivitäten, Interaktionen, Umwelt und Testentwicklung. Die zusammengefassten Ergebnisse werden mit wörtlichen Zitaten der Teilnehmer belegt.

### **Qualitative Beurteilung**

Das Ziel wird klar beschrieben. Die Interviewmethode und die Beschreibung des philosophischen Hintergrundes passen zur Fragestellung sowie zum Ziel der Studie.

Die Teilnehmer werden gezielt ausgewählt, um alle Auswirkungen eines Schlaganfalls aufzuzeigen. Wie der Rekrutierungsprozess stattgefunden hat, wird nicht erwähnt. Die Teilnehmer werden differenziert beschrieben. Die Forscher notierten sich Unstimmigkeiten in den Aussagen der Angehörigen und den Teilnehmern.

Der Kontext bei der Durchführung der Interviews wird beschrieben. Die Beziehung der Interviewer zu den Teilnehmern wird nicht beschrieben. Die Interviews wurden auf Tonband aufgenommen und transkribiert\*.

Für die Analyse der Interviews wurde die Inhaltsanalyse (*content analysis*\*) durchgeführt. Der Entstehungspfad für die Codes und Kategorien wird in der Studie wenig detailliert beschrieben, im Bereich Testentwicklung wird dieser aber sehr genau dargestellt.

Die Autoren sind selbstkritisch, begründen ihr Handeln und sind beim Entwicklungsprozess der Themen transparent, was die Glaubwürdigkeit und die Nachvollziehbarkeit erhöht. Der Rekrutierungsprozess wird jedoch nicht beschrieben, ebenso wird nicht erwähnt, ob die Analyse durch weitere Forscher überprüft wurde. Ausserdem wurde kein „*Member-Checking*“ durchgeführt. Durch Einbezug von Theorie und Feldnotizen findet Triangulation\* statt. Obwohl die Teilnehmer detailliert beschrieben werden, ist die Studie, aufgrund der niedrigen Teilnehmerzahl und Rekrutierung aus nur einem Krankenhaus, wenig übertragbar. Durch die Zitate der Teilnehmer ist die Bestätigungskraft gegeben.



## Fazit

Der Teil über die Testentwicklung kann für die vorliegende Arbeit nicht verwendet werden. Die Studie weist methodologische Mängel auf, trotzdem beinhaltet sie relevante Ergebnisse für die Beantwortung der Fragestellung und erfüllt die Ein- und Ausschlusskriterien dieser Arbeit.

### 5.4.4 Wallenbert et al. (2005)

#### Inhaltliche Vorstellung

- Ziel** Die Studie versucht zu verstehen und zu untersuchen, wie Gewohnheiten beim Ausführen alltäglicher Aktivitäten von Personen nach einem Schlaganfall erlebt werden und wie Ergotherapeuten dieses Wissen nutzen können.
- Stichprobe** Alle Teilnehmer stammen aus dem gleichen Krankenhaus.
- An der Studie nehmen 7 Personen (4 Männer, 3 Frauen) im Alter von 42-82 Jahren (Durchschnitt 61.7 Jahre) teil. Die Entlassung aus der Klinik liegt 1.5-7 Monate zurück. Alle leben wieder alleine oder mit jemandem zusammen zuhause.
- Als Einschlusskriterien gelten die Fähigkeit, ein Interview zu führen, und dass Probleme bei der Durchführung von alltäglichen Aktivitäten nach der Entlassung vorhanden sind. Teilnehmer mit Aphasie\* oder schweren kognitiven Einschränkungen werden ausgeschlossen.
- Aufgrund verschiedener Angaben ist als Durchführungsort Schweden wahrscheinlich.
- Vorgehen/ Methode** Das Design wird nicht explizit erwähnt.
- Es wurden jeweils zwei Tiefeninterviews\* mit offenen Fragen anhand eines Themenleitfadens geführt. Ob Angehörige bei den Interviews anwesend waren, ist unbekannt.

Ergebnisse Folgende Themen wurden erfasst: Notwendigkeit zu planen und zu organisieren; alte Gewohnheiten können noch nicht oder nicht wieder eingeführt werden; neue Gewohnheiten als Zeichen der Abhängigkeit; warten bis das Dilemma gelöst ist. Die Resultate werden mit wörtlichen Zitaten der Teilnehmer untermauert.

### **Qualitative Beurteilung**

Das Ziel wird klar beschrieben. Die Methode der Tiefeninterviews\* passt zum qualitativen Design, zur Fragestellung und zum Ziel der Studie.

Die Teilnehmer wurden von den Therapeuten gezielt nach noch vorhandenen Schwierigkeiten ausgewählt. Die Wahl wird jedoch nicht weiter begründet. Die Beschreibung der Teilnehmer ist wenig detailliert.

Das Vorgehen der Forscher wird illustriert, die Beziehung zu den Teilnehmern wird jedoch nicht aufgezeigt. Die Interviews wurden auf Tonband aufgenommen und transkribiert\*. Es wurden zwei Interviews geführt, um Interpretationen der Forscher aus dem ersten Interview zu überprüfen.

Für die Analyse wurde der „*constant comparativ*“ Ansatz verwendet. Die entstandenen Codes wurden vom zweiten Autor überprüft. Der Prozess der Entstehung der Codes und der Themen ist nachvollziehbar.

Die Glaubwürdigkeit und die Nachvollziehbarkeit erhöhen sich durch die Durchführung des zweiten Interviews („*Member-Checking*“) und die Überprüfung des Analyseprozesses durch den zweiten Autor. Dadurch fand eine Triangulation\* statt.

Dagegen ist der Rekrutierungsprozess ungenau beschrieben. Aufgrund der niedrigen Teilnehmerzahl, der ungenauen Beschreibung der Stichprobe sowie der Rekrutierung aus nur einem Krankenhaus, ist die Übertragbarkeit gering. Die Bestätigungskraft wird durch die wörtlichen Zitate der Teilnehmer erhöht.

### **Fazit**

Die Studie überzeugt trotz methodologischer Mängel aufgrund der relevanten Resultate für die vorliegende Arbeit. Der Analyseprozess ist überzeugend, ausserdem entsprechen die Teilnehmer den Ein- und Ausschlusskriterien dieser Arbeit.

## 5.5 Vorstellung der quantitativen Hauptstudien

### 5.5.1 Pajalic et al. (2006)

#### Inhaltliche Vorstellung

- Ziel** Die Studie erforscht die Funktionsfähigkeit (Funktionen, Aktivitäten und Partizipation\*) und die subjektive Gesundheit bei Personen mit Schlaganfall, 6 Monate nach der Entlassung aus dem Krankenhaus. Ausserdem werden Muster von Funktionen und Aktivitäten sowie Zusammenhänge zwischen den Aspekten der Funktionsfähigkeit und der subjektiven Gesundheit untersucht.
- Stichprobe** Alle Teilnehmer stammen aus einer schwedischen Schlaganfallstation (*stroke unit*)\*.
- An der Studie nehmen 89 Personen (45 Männer, 44 Frauen) teil. Das Durchschnittsalter beträgt 77.2 Jahre.
- 71 der Teilnehmer leben zuhause, 15 in speziellen Unterkünften und 3 Personen in einer anderen Unterkunft. Die Auswirkungen des Schlaganfalls auf die Teilnehmer werden nicht beschrieben.
- Es sind keine Ausschlusskriterien definiert.
- Die Studie wurde in Schweden durchgeführt.
- Vorgehen/ Methode** Es handelt sich um ein Querschnitts- und Exploratives Design\*. Die Teilnehmer wurden interviewt. Die Fragen wurden nach einem Fragebogen gestellt, welcher für diese Studie fundiert entwickelt wurde. Es wurden strukturierte und offene Fragen gestellt.
- Ergebnisse** Die Häufigkeiten von Einschränkungen in den Bereichen IADL und ADL werden aufgezeigt. Die häufigsten Schwierigkeiten im IADL treten beim Transport und beim Waschen auf. Bei den ADL sind dies Urininkontinenz\*, Baden und Schlucken. Weiter werden verschiedene Zusammenhänge zwischen mentaler und physischer Gesundheit, Partizi-

pation\*, ADL und IADL aufgezeigt.

### **Qualitative Beurteilung**

Das Ziel ist verständlich dargestellt. Die gewählten Designs sind für die Beantwortung der Fragestellung und der Ziele der Studie geeignet.

Die Teilnehmer werden beschrieben. Es gibt keinen signifikanten Gruppenunterschied zwischen den Teilnehmern und den „Drop-outs“. Die „Drop-outs“ werden begründet und beschrieben. Alle Personen mit Schlaganfall, welche in einem Zeitraum von 6 Monaten aus der Schlaganfallstation (*stroke unit*)\* ausgetreten sind, wurden kontaktiert. Die Stichprobengrösse ist für diese Designs ausreichend.

Für die Analyse wurde die explorative Faktorenanalyse\*, das Cronbachs Alpha\* und der Spearman's Korrelationskoeffizient\* benötigt. Diese Analysemethoden passen zu den Designs und zur Fragestellung der Studie.

In dieser Studie können systematische Fehler enthalten sein, welche die Resultate beeinflussen. Beispielsweise haben die Teilnehmer freiwillig teilgenommen. Zudem ist unklar, ob Angehörige bei den Interviews anwesend waren. Ausserdem ist nicht bekannt, ob die Teilnehmer das Ziel der Studie kannten.

### **Fazit**

Die Teilnehmer der Studie erfüllen grösstenteils die definierten Ein- und Ausschlusskriterien dieser Arbeit. Ausserdem sind die Resultate für die Beantwortung der Fragestellung dieser Arbeit relevant. Das methodologische Vorgehen ist nachvollziehbar und korrekt. Durch die grosse Stichprobe\* können die Resultate übertragen werden. Jedoch stammen alle Personen aus dem gleichen Krankenhaus, was sich negativ auf die Generalisierbarkeit auswirkt.

## 5.5.2 Wilkinson et al. (1997)

### Inhaltliche Vorstellung

- Ziel** Die Studie hat das Ziel, bei Personen mit Schlaganfall die langfristigen Folgen in Bezug auf die Schädigung (*impairment*), die Behinderung (*disability* und *handicap*) und die Lebensqualität aufzuzeigen. Zudem sollen Präventionsmassnahmen und der Gebrauch von Hilfeleistung festgestellt werden.
- Stichprobe** Die Teilnehmer stammen aus einem Schlaganfallregister und werden von den jeweiligen Hausärzten rekrutiert.
- Die Studie umfasst 106 Teilnehmer (57 Männer, 49 Frauen), mit einem Median\* des Alters von 71 Jahren. Seit dem Schlaganfall sind durchschnittlich 4.9 Jahre vergangen.
- 94 Personen leben zuhause, 8 leben in einer Institution (in den meisten Fällen ein Pflegeheim), eine lebt in einer Alterswohnung und 3 waren zu jener Zeit im Krankenhaus.
- Aufgrund angegebener Beeinträchtigungen in den ADL werden die Teilnehmer in folgende Gruppen unterteilt: 14 (13%) sind schwer beeinträchtigt, 17 (16%) sind mittelschwer beeinträchtigt, 39 (37%) sind leicht beeinträchtigt und 36 (34%) sind unabhängig.
- Die Studie wurde in England (London) durchgeführt.
- Vorgehen/ Methode** Das Design wird nicht explizit erwähnt. Die Interviews wurden anhand strukturierter Fragebogen mit den Teilnehmern und ihren pflegenden Angehörigen durchgeführt. 100 Teilnehmer konnten selber teilnehmen, bei den restlichen Teilnehmern wurde der pflegende Angehörige oder die Gesundheitsfachperson befragt.
- Ergebnisse** Oberthemen der erfassten Resultate sind Wohnsituation und Arbeitsstatus, Schädigung (*Impairments*), Behinderung im Bereich ADL (*Disability*), Behinderung im Bereich IADL (*Handicap*), Sekundäre Prä-

vention und erhaltene Hilfeleistungen.

### **Qualitative Beurteilung**

Das Ziel der Studie wird klar beschrieben. Das Design ist nicht erwähnt. Das Vorgehen passt zur Beantwortung der Fragestellung und zum Ziel der Studie.

Die Beschreibung der Teilnehmer ist wenig ausführlich. Erst durch die Resultate werden viele Details bekannt. Die „Drop-outs“ werden detailliert beschrieben. Das Rekrutierungsprozedere ist unklar beschrieben, jedoch ist bekannt, dass alle Teilnehmer aus dem selben Schlaganfallregister stammen. Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen den Teilnehmern der Studie und den „Drop-outs“.

Die Daten wurden mit Hilfe der „backward stepwise logistic regression analysis“ und der Kaplan Meier Methode (*survival analysis*)\* analysiert. Diese Methoden eignen sich für das Ziel und die Fragestellung der Studie.

Die Rolle der Hausärzte bei der Datensammlung und Rekrutierung ist unklar, was ein systematischer Fehler ist. Es wird jedoch angegeben, dass die Angaben der Hausärzte mit denjenigen der Teilnehmer stichprobenartig überprüft wurden, um die Gültigkeit der Antworten zu bestätigen. Des Weiteren ist unklar, wann und durch wen die erste Erhebung durchgeführt wurde. Die Anwesenheit und die stellvertretende Beantwortung der Fragen durch die pflegenden Angehörigen und durch das Gesundheitspersonal können die Ergebnisse beeinflussen.

### **Fazit**

Trotz der Unübersichtlichkeit der Studie und der genannten methodologischen Mängel sind die Resultate der Studie für die Beantwortung der Fragestellung der vorliegenden Arbeit relevant. Zudem erfüllt die Studie fast alle Ein- und Ausschlusskriterien der vorliegenden Arbeit.

## 5.6 Ergebnisse der Hauptstudien

In den folgenden Tabellen 5 und 6 werden die Ergebnisse der Hauptstudien anhand möglicher Einschränkungen und Ressourcen der ADL und IADL dargestellt.

Um die Leserlichkeit zu erhöhen, werden mehreren ADL und IADL zugehörige Studienresultate jeweils nur bei einer Aktivität aufgeführt. Den Verfasserinnen ist bewusst, dass eine andere Zuteilung ebenfalls sinnvoll wäre. Des Weiteren werden die Studienresultate unverändert und neutral präsentiert. Die Interpretation und Auseinandersetzung mit den Studienresultaten folgt im Diskussionsteil.

### 5.6.1 Einschränkungen und Ressourcen in den ADL

ADL	Studie	Aussage der Studie
<b>Kleiden und Körperpflege</b>	Trigg et al. (1999)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Wichtigkeit, die Körperpflege durchzuführen, auch wenn auf tiefem Niveau, da sich die Betroffenen dadurch unabhängiger fühlen.</li><li>• Für die Selbstversorgung und die morgendlichen Aktivitäten wird viel Zeit und Energie benötigt, was für die Teilnehmer frustrierend ist.</li></ul>
	Sumathipala et al. (2011)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Einschränkungen beim Anziehen werden erwähnt.</li></ul>
	Wallenbert et al. (2005)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Andere Kleider werden gekauft, um sich besser anziehen zu können.</li></ul>
	Wilkinson et al. (1997)	<ul style="list-style-type: none"><li>• 36 der zuhause lebenden Teilnehmer (wovon 33 pflegende Angehörige haben) haben Schwierigkeiten beim Anziehen.</li><li>• Das Anziehen zählt zu den am häufigsten genannten Schwierigkeiten der ADL.</li><li>• 18 der zuhause lebenden Teilnehmer (wovon 16 pflegende Angehörige haben) haben Einschränkungen bei der Gesichts- und Haarpflege, beim Zähneputzen und beim Rasieren.</li></ul>
	Pajalic et al. (2006)	<ul style="list-style-type: none"><li>• 19 Teilnehmer haben Mühe mit dem Anziehen von Kleidern oder Schuhen.</li></ul>

	Kitzmüller et al. (2013)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ein Teilnehmer mit Neglect* zieht sich nur zur Hälfte an. Er wird von einem Freund unterstützt, indem dieser ihn auf Auffälligkeiten bei der Kleidung aufmerksam macht.</li> <li>• Für Frauen ist das veränderte Aussehen ein Thema. Sie fühlen sich besser, wenn sie schöne Kleider anziehen und sich frisieren.</li> </ul>
<b>Baden und Duschen</b>	Trigg et al. (1999)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Umgebungsanpassungen werden für mehr Sicherheit oder Vereinfachung beim Duschen und im WC angebracht: die Zufriedenheit über die Anpassungen reicht weit auseinander.</li> </ul>
	Wilkinson et al. (1997)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 46 der zuhause lebenden Teilnehmer haben Einschränkungen beim Baden. Beim Baden und Duschen wird am häufigsten Hilfe beansprucht.</li> <li>• 40 der Teilnehmer benötigen Hilfsmittel, welche ihnen das Baden und den Toiletten-Gang erleichtern.</li> <li>• 53 der Teilnehmer haben mindestens eine Anpassung im Wohnbereich vorgenommen. Dabei handelt es sich meistens um Griffe im Bad oder bei der Toilette.</li> </ul>
	Pajalic et al. (2006)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beim Baden sind 25 Teilnehmer auf Hilfe angewiesen. Diese Einschränkung zählt zu den häufigsten der ADL.</li> </ul>
	Kitzmüller et al. (2013)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ein Teilnehmer möchte während des Duschens die Seife essen, da er diese nicht erkennt.</li> </ul>
<b>Darm- und Blasenmanagement, Toilettenhygiene</b>	Wallenbert et al. (2005)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ein Teilnehmer möchte keine Sitzerrhöhung für die Toilette haben, da er befürchtet, zu Besuch bei Freunden nicht mehr auf die Toilette gehen zu können.</li> </ul>
	Wilkinson et al. (1997)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3% der Teilnehmer sind dauerhaft katheterisiert*.</li> <li>• 18 der zuhause lebenden Teilnehmer (wovon 15 Teilnehmer pflegende Angehörige haben) haben Einschränkungen in der Blasenkontrolle.</li> <li>• 6 der zuhause lebenden Teilnehmer (wovon alle pflegende Angehörige haben) haben Einschränkungen in der Darmkontrolle.</li> <li>• 13 der zuhause lebenden Teilnehmer sind abhängig bei der Benutzung der Toilette.</li> </ul>
	Pajalic et al. (2006)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 25 Teilnehmer sind urininkontinent*, 14 Teilnehmer sind in der Darmkontrolle eingeschränkt und 13 Teilnehmer haben beide Einschränkungen.</li> <li>• Die Urininkontinenz* zählt zu den häufigsten Problemen der Studienpopulation.</li> </ul>



		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 4 Teilnehmer benötigen Hilfe, um auf die Toilette gehen zu können.</li> <li>• 13 Teilnehmer benützen die Toilette nicht mehr.</li> </ul>
	Kitzmüller et al. (2013)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einige Teilnehmer haben Mühe, sich in der Intimzone zu waschen oder auf die Toilette zu gehen. Die Teilnehmer empfinden sich durch diese Abhängigkeit als nutzlos sowie als Last für die Angehörigen.</li> </ul>
<b>Essen (eating), Ernährung (feeding)</b>	Wilkinson et al. (1997)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 10% der Teilnehmer haben Schluckprobleme.</li> <li>• 32 der zuhause lebenden Personen (wovon 28 pflegende Angehörige haben) haben Mühe, Essen auf die Gabel zu laden oder das Essen-zum-Mund-zu-führen. Dies zählt zu einer der häufigsten Schwierigkeiten.</li> </ul>
	Pajalic et al. (2006)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 24 Teilnehmer haben Schluckprobleme, 3 Teilnehmer können nicht selbständig Schlucken.</li> <li>• 18 Teilnehmer haben Mühe, das Essen zu sich zu nehmen, 6 Teilnehmern fehlt die Energie zum Essen.</li> <li>• 21 Teilnehmer dicken Speisen und Getränke gegen das Verschlucken ein.</li> <li>• 15 Teilnehmer benützen Hilfsmittel, welche das Essen erleichtern.</li> <li>• 10 Teilnehmer sind beim Essen zum Mund führen auf Hilfe angewiesen.</li> <li>• 3 Teilnehmer legen während des Essens Pausen ein, da sie dies anstrengt.</li> <li>• Schluckprobleme zählen zu den häufigsten Schwierigkeiten der ADL.</li> <li>• 2 Teilnehmer nehmen trotz Hilfsmitteln keine Nahrung auf.</li> </ul>
	Kitzmüller et al. (2013)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ein Teilnehmer benötigt viel Konzentration beim Essen und muss gründlich kauen, um das Verschlucken zu vermeiden.</li> <li>• Geschwächte Muskeln oder eingeschränkte Funktionen im Mund und Rachenraum verursachen Sprech-, Schluck- oder Kauprobleme.</li> <li>• Unterstützung beim Zerkleinern des Essens ist nötig.</li> </ul>
<b>Funktionelle Mobilität, Umgang mit Hilfsmitteln</b>	Trigg et al. (1999)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mobilitätsprobleme und Schwierigkeiten beim langen Stehen werden erwähnt.</li> <li>• Das Haus eines Teilnehmers ist nicht geeignet für Personen mit Mobilitätseinschränkungen.</li> <li>• Ein Teilnehmer hat die Einfahrt aufgrund von Schlaglöchern renovieren lassen, damit das Gehen sicherer wird.</li> </ul>
	Sumathipala et al. (2011)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 19 Teilnehmer haben Mobilitätshilfen erhalten.</li> <li>• 4 Teilnehmer haben Mühe, die Gehhilfen korrekt einzusetzen.</li> <li>• Gehhilfen wie Rollstühle, Stöcke, Gehböcke, Rollatoren oder Schienen ermöglichen mehr Unabhängigkeit in den ADL.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 11 Teilnehmer sind durch Geländer bei Treppen oder durch Griffe unabhängiger beim Gehen, Treppensteigen und in den ADL.</li> <li>• Für 5 Teilnehmer wird das Treppensteigen zunehmend schwieriger, weshalb 3 Teilnehmer den Wohnort wechseln müssen.</li> <li>• Die Teilnehmer fühlen sich bei defekten Aufzügen in ihrer Wohnung eingeschlossen.</li> </ul>
Wallenbert et al. (2005)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gehhilfen wie Stöcke, Rollatoren und Rollstühle werden akzeptiert.</li> <li>• Die Teilnehmer haben Angst vor dem endgültigen Verlust von Funktionen, wenn sie ihre Routinen und Gewohnheiten ändern und dabei technische Hilfsmittel wie einen Rollator oder einen Rollstuhl verwenden.</li> <li>• Die Teilnehmenden müssen beim Gehen viel Konzentration aufwenden. Um das Gleichgewicht nicht zu verlieren und somit einen Sturz zu verhindern, werden die Aktivitäten nacheinander ausgeführt.</li> <li>• Aufgrund des Rollstuhls treten Schwierigkeiten beim Abwasch auf, da die Tür zum Mülleimer während des Abwasches nicht mehr geöffnet werden kann.</li> </ul>
Wilkinson et al. (1997)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 37 Teilnehmer haben einen Rollstuhl.</li> <li>• 63 Teilnehmer haben einen Gehstock oder einen Gehbock.</li> <li>• 41 der zuhause lebenden Personen (wovon 34 pflegende Angehörige haben) haben Probleme beim Treppensteigen. Das Treppensteigen zählt zu den häufigsten Einschränkungen der ADL.</li> <li>• 16 der zuhause lebenden Teilnehmer (wovon alle pflegende Angehörige haben) haben Einschränkungen beim Gehen und benötigen Unterstützung bei Transfers.</li> </ul>
Pajalic et al. (2006)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 6 Personen benötigen Unterstützung bei Transfers.</li> </ul>
Kitzmüller et al. (2013)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Durch die Benutzung eines Rollstuhles konnten Mobilitätseinschränkungen kompensiert werden.</li> <li>• Die Angst besteht, dass durch Benutzung eines Rollstuhles das Wiedererlernen des Gehens verhindert wird.</li> <li>• Durch Hilfsmittel wie Stöcke, Schienen und Rollstühle können die Teilnehmer unabhängiger sein.</li> <li>• Fast alle Teilnehmer mit Paresen sind schon gestürzt und haben sich dabei Verletzungen zugezogen.</li> <li>• Die Teilnehmer haben Schwierigkeiten, gleichzeitig zu gehen und etwas anzusehen.</li> </ul>
<b>Sexuelle Aktivitäten</b>	<p>Trigg et al. (1999)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Häufigkeit und Qualität der sexuellen Aktivitäten haben sich verringert.</li> </ul>

Tabelle 5: Übersicht über die möglichen Einschränkungen und Ressourcen in den ADL.

## 5.6.2 Einschränkungen und Ressourcen in den IADL

IADL	Studie	Aussage der Studie
<b>Pflege anderer, Pflege von Haustieren, Kindererziehung</b>	Wallenbert et al. (2005)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufgrund der Einschränkungen beim Autofahren, können die Kinder durch die betroffene Person nicht mehr von der Schule abgeholt werden.</li> </ul>
	Kitzmüller et al. (2013)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der Verlust der Rolle als Grossmutter oder Mutter ist für Frauen sehr schwer.</li> </ul>
<b>Umgang mit Kommunikationstechnologie</b>	Wallenbert et al. (2005)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ein Teilnehmer kann den Computer nicht mehr installieren.</li> </ul>
<b>Mobilität in der Öffentlichkeit</b>	Trigg et al. (1999)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einige Teilnehmer können nicht mehr Autofahren. Dies wird als Verlust der Unabhängigkeit gegenüber der früheren Mobilität erlebt.</li> <li>• Ein Teilnehmer empfindet es, als würde er um Erlaubnis fragen müssen, wenn er auf Hilfe angewiesen ist für den Transport ins Pub.</li> <li>• Es bestehen Schwierigkeiten bei der Benutzung des öffentlichen Verkehrs.</li> <li>• Für diejenigen Teilnehmer, welche keine kurzen Strecken mehr reisen können, ist der Verlust von Unabhängigkeit sehr deutlich.</li> <li>• Steile und überfüllte Strassen, sowie Anhöhen, Tritte, Buslinien oder Parkieren werden als schwierig empfunden.</li> </ul>
	Sumathipala et al. (2011)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es bestehen Schwierigkeiten bei der Benutzung des Busses.</li> <li>• Mangelnde Transportmöglichkeiten werden als Barrieren empfunden.</li> <li>• Es bestehen Schwierigkeiten beim Gehen ausserhalb des Hauses.</li> <li>• Einige Teilnehmer wenden Strategien an, wie häufig Pausen einzulegen, einen Einkaufswagen als Gehhilfe zu benutzen, oder bei unsicheren Gehhilfen kürzere Strecken zu gehen.</li> <li>• Enkel nehmen einen Teilnehmer mit nach draussen.</li> <li>• Negative Reaktionen der Umgebung oder der Nachbarschaft sind für eine Minderheit eine Barriere, um spazieren zu gehen, aus dem Haus zu gehen oder um Hilfsmittel wie Rollstühle zu benutzen. Es besteht die Angst vor einer Stigmatisierung.</li> </ul>

Wallenbert et al. (2005)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nicht mehr Auto fahren zu können hat viele Teilnehmer frustriert.</li> <li>• Fürs Einkaufen muss ein Transport organisiert werden.</li> <li>• Nicht mehr spontan weggehen zu können, da nicht mehr selber Auto gefahren werden kann.</li> <li>• Mobil zu sein ist nicht mehr selbstverständlich und die zugängliche Welt wird dadurch stark reduziert.</li> </ul>				
Wilkinson et al. (1997)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 97% der schwer beeinträchtigten, 49% der mittelschwer beeinträchtigten und 8% der leicht beeinträchtigten Teilnehmer konnten den öffentlichen Verkehr und das Auto in den letzten 3 Monaten nicht mehr benutzen.</li> <li>• 84% der schwer beeinträchtigten, 28% der mittelschwer beeinträchtigten und 8% der leicht beeinträchtigten Teilnehmer sind in den letzten 3 Monaten nicht mehr über 15 Minuten nach draussen gegangen.</li> </ul>				
Pajalic et al. (2006)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 28 Teilnehmer benutzen den öffentlichen Verkehr oder fahren Auto.</li> <li>• 45 Teilnehmer benötigen Supervision, Unterstützung durch eine Person oder benutzen einen Behindertentransport.</li> <li>• 16 Teilnehmer sind vollständig auf Hilfe angewiesen oder können keine Transporte mehr ausführen.</li> <li>• Abhängigkeit beim Transport wird zur häufigst genannten Schwierigkeit der IADL gezählt.</li> </ul>				
Kitzmüller et al. (2013)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der Verlust des Autofahrens ist vor allem für Männer schwer.</li> <li>• Autofahren oder andere Fahrzeuge zu lenken gibt ein grosses Unabhängigkeitsgefühl und ein Gefühl von Freiheit. Dadurch entsteht ein Gefühl von Gleichstellung, da Hindernisse kaschiert werden können.</li> <li>• Einige Teilnehmer wollen keine Hilfsmittel benutzen, da sie sich dadurch nicht „normal“ fühlen oder die Hilfsmittel als Stigmatisierung sehen.</li> </ul>				
<b>Finanzen verwalten</b>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="389 967 555 1026">Trigg et al. (1999)</td> <td data-bbox="568 967 2085 1217"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Teilnehmer haben in Bezug auf Besitz und Ausgaben weniger Verantwortung in eigenen finanziellen Angelegenheiten.</li> <li>• Ein Teilnehmer erkennt den Wert des Geldes nicht mehr, da er aufgrund der Mobilitätseinschränkungen keinen Umgang mehr mit Geld hat.</li> <li>• Schlechtes Gedächtnis, Sprachprobleme, Schwierigkeiten beim Schreiben und Mobilitätsschwierigkeiten sind Gründe, weshalb die Finanzen nicht mehr selbständig geregelt werden können.</li> <li>• Die finanzielle Situation verändert sich plötzlich und wesentlich. Das Einkommen verringert sich und gleichzeitig steigen die Ausgaben.</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="389 1241 555 1300">Sumathipala et al. (2011)</td> <td data-bbox="568 1241 2085 1342"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Einschränkungen im Umgang mit finanziellen Angelegenheiten treten auf.</li> <li>• 6 Personen haben finanzielle Schwierigkeiten, da notwendige Anpassungen wie beispielsweise Outdoorrollstühle zu teuer sind.</li> </ul> </td> </tr> </table>	Trigg et al. (1999)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Teilnehmer haben in Bezug auf Besitz und Ausgaben weniger Verantwortung in eigenen finanziellen Angelegenheiten.</li> <li>• Ein Teilnehmer erkennt den Wert des Geldes nicht mehr, da er aufgrund der Mobilitätseinschränkungen keinen Umgang mehr mit Geld hat.</li> <li>• Schlechtes Gedächtnis, Sprachprobleme, Schwierigkeiten beim Schreiben und Mobilitätsschwierigkeiten sind Gründe, weshalb die Finanzen nicht mehr selbständig geregelt werden können.</li> <li>• Die finanzielle Situation verändert sich plötzlich und wesentlich. Das Einkommen verringert sich und gleichzeitig steigen die Ausgaben.</li> </ul>	Sumathipala et al. (2011)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einschränkungen im Umgang mit finanziellen Angelegenheiten treten auf.</li> <li>• 6 Personen haben finanzielle Schwierigkeiten, da notwendige Anpassungen wie beispielsweise Outdoorrollstühle zu teuer sind.</li> </ul>
Trigg et al. (1999)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Teilnehmer haben in Bezug auf Besitz und Ausgaben weniger Verantwortung in eigenen finanziellen Angelegenheiten.</li> <li>• Ein Teilnehmer erkennt den Wert des Geldes nicht mehr, da er aufgrund der Mobilitätseinschränkungen keinen Umgang mehr mit Geld hat.</li> <li>• Schlechtes Gedächtnis, Sprachprobleme, Schwierigkeiten beim Schreiben und Mobilitätsschwierigkeiten sind Gründe, weshalb die Finanzen nicht mehr selbständig geregelt werden können.</li> <li>• Die finanzielle Situation verändert sich plötzlich und wesentlich. Das Einkommen verringert sich und gleichzeitig steigen die Ausgaben.</li> </ul>				
Sumathipala et al. (2011)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einschränkungen im Umgang mit finanziellen Angelegenheiten treten auf.</li> <li>• 6 Personen haben finanzielle Schwierigkeiten, da notwendige Anpassungen wie beispielsweise Outdoorrollstühle zu teuer sind.</li> </ul>				

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 Teilnehmer haben Mühe, Hilfe von bezahltem Pflegepersonal anzunehmen und damit die öffentlichen Ressourcen zu belasten, da sie denken, andere Betroffene hätten dies nötiger als sie.</li> </ul>
	Kitzmüller et al. (2013)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auf finanzielle Unterstützung angewiesen zu sein wird erwähnt.</li> <li>• Teilnehmer fühlen sich für die Gesellschaft nutzlos, wenn sie finanzielle oder medizinische Unterstützung beanspruchen.</li> </ul>
<b>Sicherheits- und Notfallverhalten, Gesundheitsverhalten</b>	Trigg et al. (1999)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ein Teilnehmer hat an Gewicht zugenommen, da er sich aufgrund von Inaktivität durch den Schlaganfall weniger bewegen kann.</li> </ul>
	Sumathipala et al. (2011)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wenige Teilnehmer führen Übungen, welche sie in der Physiotherapie lernten, selbständig weiter aus, um sich in der Mobilität zu verbessern.</li> <li>• 7 Teilnehmer haben eine starke Eigeninitiative, um die Heilung zu unterstützen. Bei solchen Teilnehmern konnte beobachtet werden, dass sie im Gehen und in der Selbstpflege unabhängiger wurden.</li> <li>• Beim Einnehmen von Medikamenten und beim Einhalten von Arztterminen treten bei den Betroffenen Schwierigkeiten auf.</li> <li>• Durch Wissen über die Dienstleistungen bei einem Schlaganfall, höhere Ausbildung und einen besseren sozioökonomischen Status, ist es einfacher an die nötigen Informationen bezüglich der Langzeiterholung nach einem Schlaganfall zu kommen.</li> <li>• Nicht genügend Informationen zu haben, wie die medizinische Versorgung nach einem Schlaganfall weitergeht, löst langfristige Angst aus.</li> <li>• 3 Teilnehmer wollen keine Hausanpassungen, da sie ihr Zuhause nicht in ein Krankenhaus verwandeln wollen.</li> <li>• Bei 11 Teilnehmern wird durch Anpassungen zu Hause ihr Leben vereinfacht.</li> </ul>
	Kitzmüller et al. (2013)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Teilnehmer schützen die betroffenen Körperteile vor zu hoher oder zu tiefer Temperatur.</li> <li>• Bei Teilnehmern mit Orientierungsschwierigkeiten muss die Umgebung aufgeräumt und systematisch geordnet sein.</li> </ul>
<b>Haushaltsführung</b>	Trigg et al. (1999)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Verantwortlichkeit oder Entscheidungsmacht der Teilnehmer in Haushaltsaufgaben und -angelegenheiten ist vermindert.</li> <li>• Veränderungen der Rollen und des Status innerhalb der Familie werden angegeben.</li> <li>• Für leichte Haushaltsaktivitäten wird viel Energie benötigt. Diese Tätigkeiten durchführen zu können, ermöglicht es einer Person, auf tiefem Niveau unabhängig zu sein, was von den Teilnehmern als wichtig empfunden wird.</li> </ul>
	Sumathipala et al. (2011)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einschränkungen im Haushalt werden erwähnt.</li> </ul>

Wallenbert et al. (2005)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einschränkungen beim Staubsaugen bestehen, da das Gerät zu schwer ist.</li> <li>• Die Pflanzen beim Fenster können nicht gegossen werden, da sie nicht erreicht werden können.</li> </ul>
Wilkinson et al. (1997)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 97% der schwer beeinträchtigten, 44% der mittelschwer beeinträchtigten und 17% der leicht beeinträchtigten Teilnehmer haben in den letzten 3 Monaten keine leichte Hausarbeit durchgeführt.</li> <li>• 97% der schwer beeinträchtigten, 85% der mittelschwer beeinträchtigten und 39% der leicht beeinträchtigten Teilnehmer haben in den letzten 3 Monaten keine schwere Hausarbeit mehr durchgeführt.</li> <li>• 94% der schwer beeinträchtigten, 54% der mittelschwer beeinträchtigten und 33% der leicht beeinträchtigten Teilnehmer haben in den letzten 3 Monaten keine Wäsche mehr gewaschen.</li> <li>• 94% der schwer beeinträchtigten, 77% der mittelschwer beeinträchtigten und 64% der leicht beeinträchtigten Teilnehmer haben in den letzten 6 Monaten keine Gartenarbeiten mehr durchgeführt.</li> <li>• Alle schwer beeinträchtigten, 85% der mittelschwer beeinträchtigten und 33% der leicht beeinträchtigten Teilnehmer haben in den letzten 6 Monaten keine Unterhaltsarbeiten/Autopflege mehr durchgeführt.</li> <li>• 3 der schwer beeinträchtigten, 4 der mittelschwer beeinträchtigten, 10 der wenig beeinträchtigten und 6 der unabhängigen Teilnehmer haben Haushaltshilfe von der Gemeinde erhalten.</li> </ul>
Pajalic et al. (2006)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Im Bereich der IADL werden Einschränkungen beim Waschen am zweithäufigsten genannt.</li> <li>• 49 Teilnehmer brauchen vollständige Unterstützung bei der wöchentlichen Wäsche und 9 Teilnehmer benötigen teilweise Hilfe.</li> <li>• 45 Teilnehmer können nicht mehr putzen oder sind dabei auf Unterstützung angewiesen.</li> <li>• 2 Teilnehmer benötigen Hilfe, um Teppiche zu reinigen.</li> </ul>
Kitzmüller et al. (2013)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der Verlust der Rolle als Hausfrau ist für Frauen schwer.</li> <li>• Männer vermissen es, wenn sie das Haus nicht mehr streichen, das Dach nicht mehr reparieren oder den Schnee nicht mehr wegräumen können.</li> </ul>
<b>Kochen und Abwaschen</b>	
Sumathipala et al. (2011)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einschränkungen beim Kochen werden erwähnt.</li> </ul>
Wallenbert et al. (2005)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Für das Kochen und die Vorbereitung wird mehr Zeit beansprucht, da teilweise Packungen oder Gläser nicht geöffnet werden können, das Rezept zu komplex ist oder die Zutaten zu schwer oder zu glitschig zum Halten sind.</li> <li>• Ein Teilnehmer hat Schwierigkeiten beim Öffnen von Gewürzgläsern mit nur einem Arm. Entweder fragt er nach Hilfe, oder er verwendet keine Gewürze beim Kochen.</li> <li>• Ein Teilnehmer will die Küche noch nicht anpassen, in der Hoffnung, eines Tages wieder gehen zu können und somit die</li> </ul>

		Küche nicht anpassen zu müssen.
	Wilkinson et al. (1997)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 94% der schwer beeinträchtigten, 49% der mittelschwer beeinträchtigten und 17% der leicht beeinträchtigten Teilnehmer haben in den letzten 3 Monaten kein Essen mehr zubereitet.</li> <li>• Alle schwer beeinträchtigten, 31% der mittelschwer beeinträchtigten und 8% der leicht beeinträchtigten Teilnehmer haben in den letzten 3 Monaten keinen Abwasch mehr gemacht.</li> <li>• Niemand der schwer beeinträchtigten, 5 der mittelschwer beeinträchtigten, 9 der wenig beeinträchtigten und 3 der unabhängigen Teilnehmer haben den Mahlzeitendienst in Anspruch genommen.</li> <li>• 4 der schwer beeinträchtigten, 7 der mittelschwer beeinträchtigten, 12 der wenig beeinträchtigten und 2 der unabhängigen Teilnehmer haben den Mittagstisch in Anspruch genommen.</li> </ul>
	Pajalic et al. (2006)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 8 Teilnehmer benötigen einige Unterstützung beim Kochen und 42 Teilnehmer können nicht mehr kochen.</li> </ul>
<b>Religionsausführung</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dazu wurden keine Resultate generiert.</li> </ul>
<b>Einkaufen</b>	Sumathipala et al. (2011)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schwierigkeiten beim Einkaufen werden erwähnt.</li> <li>• Eine Teilnehmerin kann dank eines elektrischen Rollstuhls einkaufen gehen.</li> </ul>
	Wallenbert et al. (2005)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Das Einkaufen beansprucht mehr Zeit und muss besser geplant werden als früher.</li> <li>• Auf Hilfe angewiesen zu sein, um den Einkaufswagen zu schieben, Gegenstände in den Wagen zu heben und die Einkaufstaschen zu tragen, wird beschrieben.</li> </ul>
	Wilkinson et al. (1997)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 90% der schwer beeinträchtigten, 59% der mittelschwer beeinträchtigten und 19% der leicht beeinträchtigten Teilnehmer sind in den letzten 3 Monaten nicht mehr in den lokalen Geschäften einkaufen gegangen.</li> </ul>
	Pajalic et al. (2006)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schwierigkeiten beim Einkaufen werden erwähnt.</li> <li>• 14 Teilnehmer benötigen beim Einkauf die Hilfe einer anderen Person.</li> <li>• 36 Teilnehmer können nicht mehr einkaufen gehen oder benötigen dabei Unterstützung.</li> </ul>
	Kitzmüller et al. (2013)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ein Teilnehmer hat vergessen was er einkaufen will, da während des Einkaufes gesprochen wurde.</li> </ul>

Tabelle 6: Übersicht über die möglichen Einschränkungen und Ressourcen in den IADL.

## 6 Diskussion

---

Mit der Diskussion der Studienresultate anhand der PEO-Bereiche<sup>4</sup> und der daraus resultierenden Betätigungsperformanz soll die Frage dieser Arbeit beantwortet werden. Nämlich, welche Einschränkungen und Ressourcen erwachsene Menschen nach einem Schlaganfall für die oder in der Betätigungsperformanz der Lebensbereiche ADL und IADL in ihrem häuslichen Umfeld haben.

Das PEO-Modell (Law et al., 1996) dient dazu, die Ergebnisse der Hauptstudien zu strukturieren und Zusammenhänge aufzuzeigen, welche auf Ressourcen und Einschränkungen schliessen lassen. Gewisse Inhalte könnten je nach Perspektive auch in einen anderen PEO-Bereich eingeteilt werden. Für die Leserlichkeit und um Wiederholungen zu vermeiden, werden die Themen jeweils nur in einem Bereich diskutiert. Weiter werden mögliche Einflüsse auf die Studienresultate durch die Auswahl der Hauptstudien kritisch diskutiert sowie weitere Literatur hinzugezogen.

Die Studienresultate lassen sich nicht immer eindeutig in Ressourcen oder Einschränkungen einteilen. Einerseits werden Ressourcen und Einschränkungen aus Sicht der Teilnehmer individuell und daher unterschiedlich empfunden. Andererseits wurden die Studienergebnisse teilweise nicht oder teilweise gleichzeitig von den Autoren den Ressourcen und Einschränkungen zugeteilt. Die Resultate aus den quantitativen und manche aus den qualitativen Studien zeigen sowohl die Art und Intensität der Einschränkungen, als auch Arten der Unterstützung auf. Ob dies als Ressource oder als Einschränkung empfunden wird ist unklar.

### 6.1 Allgemeine Diskussion der Hauptstudien

In diesem Abschnitt werden diejenigen Punkte der Hauptstudien diskutiert, welche nicht ins PEO-Modell (Law et al., 1996) eingeordnet werden konnten.

In dieser Arbeit wurden qualitative und quantitative Studien beigezogen. Die beiden Forschungsansätze haben sich bezüglich der Fragestellung gut ergänzt. Die qualitativen Studien geben die Erfahrungen der Teilnehmer wieder und die quantitativen Studien lassen Aussagen über die Häufigkeiten der Einschränkungen und der

---

4 Die Erklärungen zum PEO-Modell befinden sich im theoretischen Hintergrund.



beeinflussenden Faktoren nach einem Schlaganfall zu. Durch beide Forschungsansätze wird vorwiegend die Sichtweise der Teilnehmer beleuchtet. Studien mit der Perspektive der Teilnehmer wurden von den Verfasserinnen bewusst gewählt. Die subjektiven Schilderungen und Sichtweisen wirken sich negativ auf die Übertragbarkeit/Generalisierbarkeit aus. Hinzu kommt, dass die Informationssammlung teilweise unklar bezüglich Inhalt und Form der Interviewfragen ist, da teilweise Themenleitfäden (möglicherweise offene Fragen) und/oder Fragebogen (möglicherweise geschlossene Fragen) verwendet wurden. Die Verfasserinnen gehen davon aus, dass dies die Studienresultate beeinflusst.

Manchmal wird erwähnt, dass Angehörige der Teilnehmer während den Interviews dabei waren. Die Anwesenheit der Angehörigen kann die Studienresultate insofern beeinflusst haben, als sich die Teilnehmer gehemmt fühlten, offen über bestimmte Themen wie beispielsweise Beziehungen und Rollen innerhalb der Familie zu sprechen. Teilweise wird berichtet, dass die Angehörigen bei der Beantwortung der Fragen sehr hilfreich waren. Es ist nicht genau deklariert, welche Hilfestellungen angeboten wurden. Falls die Angehörigen die Fragen beantworteten oder die Fragebogen ausfüllten, könnte dies zu einer Verfälschung der Studienresultate geführt haben. Des Weiteren wird nicht immer beschrieben, ob und in welchem Ausmass Therapien oder Behandlungen durchgeführt worden sind. Somit bleibt unklar, ob die Betätigungsperformanz der Teilnehmer durch Therapien oder Behandlungen beeinflusst wurde, was gemäss den Verfasserinnen ein relevanter Einflussfaktor wäre.

Die Studienpopulation wurde teilweise von Therapeuten ausgewählt oder von den Forschern kontaktiert. Alle Teilnehmer wussten, dass sie an einer Studie teilnehmen. Ausserdem könnte aufgrund der Fragen im Interview oder auf den Fragebogen auf das Thema der Studie geschlossen werden. Die gezielte Auswahl der Teilnehmer kann einen Einfluss auf die Studienresultate gehabt haben, da wahrscheinlich eher extrovertierte und kommunikative Personen teilgenommen haben.

## 6.2 Person

Die Teilnehmer der Hauptstudien vertreten ein sehr heterogenes Bild von physischen und/oder kognitiven Auswirkungen durch den Schlaganfall. In einigen Hauptstudien, welche Ein- und Ausschlusskriterien deklarieren, fällt auf, dass die Teilnehmer keine Aphasien\* haben sollten und ein bestimmtes kognitives Niveau erfüllen müssen.

Diese Kriterien können einen Einfluss auf die Resultate haben und zeigen möglicherweise ein etwas beschönigtes Bild von Schlaganfallpatienten. Dennoch beeinflussen die Auswirkungen des Schlaganfalles die Ausführung vieler ADL und IADL der Teilnehmer.

Aufgrund der Studienauswahl können keine Aussagen über mögliche Zusammenhänge zwischen der Art der Auswirkung durch den Schlaganfall und der veränderten Ausführungsqualität der ADL und IADL gemacht werden. Allerdings korrelieren eine schlechte mentale und physische Gesundheit mit Abhängigkeit in den ADL und IADL (Pajalic et al., 2006).

Das Durchschnittsalter oder der Median\* der Teilnehmer aus allen Hauptstudien reicht von 51 bis 77.2 Jahren, bei einer Altersspannbreite von 34 bis 100 Jahren. Dies hat möglicherweise Auswirkungen auf die Ergebnisse der Studien, da die Teilnehmer sich in unterschiedlichen Lebensabschnitten befinden. Durch die Eingrenzung der Fragestellung dieser Arbeit werden aber nur die Betätigungsbereiche\* ADL und IADL beleuchtet. Diese Tätigkeiten werden von allen erwachsenen Personen – mehr oder weniger häufig – durchgeführt. Obwohl die Verfasserinnen davon ausgehen, dass das Alter einen Einfluss auf die Durchführung der ADL und IADL hat, wird dieser aus den oben genannten Gründen als gering eingeschätzt.

In den Hauptstudien wird deutlich, dass die Personen unterschiedliches Bewältigungsverhalten in Bezug auf Einschränkungen in den ADL und IADL aufweisen. Einerseits fühlen sich die Teilnehmer durch diese nutzlos, empfinden sich selbst als Last oder ihr Selbstbild verändert sich (Kitzmüller et al., 2013). Diese Einschränkungen führen auch zu einer Verringerung in der Durchführung von Aktivitäten oder der Partizipation\* an ADL und IADL (Trigg et al., 1999). Andererseits werden durch die erworbenen Einschränkungen die Motivation und der Wille, sich zu verbessern,

gefördert. Eine grössere Eigeninitiative der Teilnehmer führt zu einer Verbesserung beim Gehen und in der Körperpflege (Sumathipala et al., 2011). In der Studie von Allgeier und Kämmerle-Hofrichter (2005) bewerten die Teilnehmer das Wiedererlernen von Fähigkeiten als relevant. Sie geben an, dass die eigene Motivation und ein starker Wille dabei massgebend sind. Auch Kvigne et al. (2004) weisen auf die Entwicklung von grosser Motivation und Willenskraft bei Teilnehmerinnen hin, welche eine für sie wichtige Rolle wieder ausüben wollen.

In einigen der Hauptstudien werden Anpassungen in der Durchführung von Aktivitäten (z.B. einfach anzuziehende Kleider kaufen) und das Entwickeln von mentalen (z.B. sich besser fühlen, durch den Vergleich mit schlimmeren Schicksalen) und kognitiven Strategien (z.B. planen) erläutert, um ADL und IADL wieder ausführen zu können (Kitzmüller et al., 2013; Sumathipala et al., 2011; Wallenbert et al., 2005). Ob diese Strategien oder Anpassungen von den Betroffenen als positiv oder negativ bewertet werden, wird in den genannten Studien nicht erwähnt. Wootrich, Åström und Löfgren (2012) beschreiben das Entwickeln und Anwenden ähnlicher Strategien. Gemäss Ahlström und Bernspång (2003) haben Menschen mit guten prozessorientierten\* Fähigkeiten im „Assessment\* of Motor and Process Skills“ (AMPS)\*, die besten Möglichkeiten, Barrieren in der Partizipation\* und in den ADL zu überwinden. Fast alle Teilnehmer sind in irgendeiner Form auf Hilfe angewiesen. In allen qualitativen Hauptstudien werden diesbezüglich unterschiedliche Arten damit umzugehen beschrieben. Einerseits empfinden die Teilnehmer das Annehmen von Hilfe als sehr unterstützend, andererseits gibt es Teilnehmer, welche die angebotene Hilfe nicht annehmen können. Dies stellt für sie ein Dilemma dar.

Veränderte Rollen oder Rollenverluste als Folgen eines Schlaganfalls in den Bereichen ADL und IADL werden in den Hauptstudien beleuchtet. Diese Veränderung in der Ausführung von Rollen sind bei Männern vor allem im Bereich der Mobilität oder dem Unterhalt eines Hauses zu finden (Kitzmüller et al., 2013). Bei Frauen wird der Rollenverlust als Hausfrau, Grossmutter oder Mutter angegeben (Kitzmüller et al., 2013; Wallenbert et al., 2005). Weiter wird erwähnt, dass sich der Einfluss auf Entscheidungen im Haushalt und bei finanziellen Angelegenheiten verringerte sowie der Status innerhalb der Familie geschwächt wurde (Trigg et al., 1999). Laut Kvigne et al.

(2004) ist es für Frauen schwer, sich nicht mehr wie gewohnt um die Familie zu kümmern. Rollen sind für die eigene Identität und den Lebenssinn wichtig, so Kvigne et al. (2004) weiter.

### **6.3 Umwelt**

In der persönlichen Umwelt leisten pflegende Angehörige einen wichtigen Beitrag, denn sie unterstützen und ermöglichen es einer betroffenen Person, zuhause leben zu können (Kitzmüller et al., 2013; Sumathipala et al., 2011; Wilkinson et al., 1997). Eine Hauptressource für das Handeln ist die emotionale sowie praktische Unterstützung von Angehörigen und Freunden (Kitzmüller et al., 2013; Sumathipala et al., 2011). Allgeier et al. (2005) bestätigen, dass Angehörige als wichtige Vertraute und als Ressource für ADL und IADL betrachtet werden. Auch Algurén, Lundgren-Nilsson und Sunnerhagen (2009) und Donnellan et al. (2013) beschreiben Freunde und Familie als Unterstützung. Das Fehlen dieser Ressource wird als Hindernis, unter anderem in den ADL, angesehen (Sumathipala et al., 2011). Des Weiteren bleiben nicht sichtbare Einschränkungen von den Angehörigen oft unbeachtet (Kitzmüller et al., 2013), was eine mögliche Erklärung für fehlende Unterstützung sein könnte. Im Gegenteil dazu werden überbehütende Angehörige als Hindernis erlebt (Kitzmüller et al., 2013; Sumathipala et al., 2011). Diese Diskrepanz wird auch von Carlsson, Möller und Blomstrand (2004) beschrieben. Ausserdem ist zu beachten, dass aufgrund negativer Reaktionen der Umgebung vermieden wird, nach draussen zu gehen oder Gehhilfen zu benutzen, so Kitzmüller et al., (2013) und Sumathipala et al. (2011).

Die Verfasserinnen gehen davon aus, dass die ausgewählten Studien in Ländern durchgeführt wurden, welche mit der Schweiz vergleichbar und die Resultate dadurch auf die Schweiz übertragbar sind. Gründe für diese Annahme sind die vergleichbare Lebenserwartung (WHO\*, 2014), welche unter anderem auf einen ähnlichen Gesundheitszustand oder eine ähnliche Gesundheitsversorgung schliessen lassen. Die Sterberate pro 100'000 Personen nach einem Schlaganfall ist ausserdem ähnlich und wird als tief eingestuft (worldlifeexpectancy, n.d.).

Die Durchführungsländer der Hauptstudien und die Schweiz gehören dem westlichen und europäischen Kulturkreis an. Laut Iwama (2007) hat die Selbständigkeit im

westlichen Kulturkreis einen hohen Wert. Dies widerspiegelt sich auch in den Hauptstudien. Von jemandem abhängig zu sein wird als negativ erlebt (Trigg et al., 1999; Wallenbert et al., 2005). Des Weiteren beschreiben Secrest und Thomas (1999) ein Gefühl von Hilflosigkeit, wenn Unterstützung angenommen wird und laut Allgeier et al. (2005) empfinden Betroffene bei Abhängigkeit Trauer und Scham. In den quantitativen Hauptstudien wird deutlich, dass die Teilnehmer in vielen ADL und IADL Unterstützung erhalten. Es ist unklar, wie die Teilnehmer dies erleben und ob sie die Unterstützung als Ressource oder als Einschränkung betrachten.

Einflüsse der physischen Umwelt auf die Durchführung der ADL und IADL werden in allen Hauptstudien thematisiert. Hilfsmittel für die ADL und IADL sowie Wohnungsanpassungen werden beleuchtet. Wohnungsanpassungen beinhalten Umbauten, das Anbringen von Griffen und Halterungen oder sogar Wohnungswechsel (Kitzmüller et al., 2013, Sumathipala et al. 2011; Trigg et al., 1999; Wilkinson et al., 1997). Jerome et al. (2009) beschreiben ähnliche Resultate. Sie fanden heraus, dass 34% der Teilnehmer eine Anpassung, vor allem in den Bereichen ADL und IADL, vornehmen oder die Wohnung wechseln mussten.

Ob Hilfsmittel und Wohnungsanpassungen als Ressourcen oder als Einschränkungen empfunden wurden, ist zwischen und in den Hauptstudien kontrovers behandelt worden. Oft werden Anpassungen als Ressource aufgefasst, wenn Hilfsmittel und Wohnungsanpassungen zu Vereinfachung, Verbesserung, mehr Sicherheit, mehr Unabhängigkeit und Kompensation für die Ausführung der ADL und IADL führen (Kitzmüller et al., 2013 Sumathipala et al., 2011; Trigg et al., 1999; Wilkinson et al., 1997). Wallenbert et al. (2005) zeigen auf, dass auch der Umgang mit Gehhilfen mehrheitlich akzeptiert wird. Ebenfalls sehen Algurén et al. (2009) Hilfsmittel als Ressource für die ADL. Die Einschränkungen sind tendenziell grösser, wenn keine Hilfsmittel vorhanden sind (Rochette, Desrosiers und Noreau, 2001).

Jedoch wurde auch die Ablehnung von Hilfsmitteln und Wohnungsanpassungen in einigen Studien thematisiert. Gründe dafür waren die Angst vor Verschlechterung oder sogar Verlust gewisser ADL und IADL, das Warten auf Funktionsverbesserung, das Zuhause nicht in einen Spital verwandeln zu wollen oder die Angst vor Stigmatisierung (Kitzmüller et al., 2013; Sumathipala et al., 2011; Wallenbert et al., 2005).

Die finanzielle Situation der Betroffenen verschlechterte sich durch das Ereignis, ausserdem wurde finanzielle Unterstützung benötigt. Die finanziellen Probleme werden von den Teilnehmern als Einschränkung empfunden. Trotzdem ist die Inanspruchnahme von finanzieller Unterstützung für die Teilnehmer teilweise schwierig (Kitzmüller et al., 2013; Sumathipala et al., 2011; Trigg et al., 1999). Die Verfasserinnen gehen darum davon aus, dass die zur Verfügung stehenden Mittel sowohl als Ressource als auch als Einschränkung betrachtet werden können.

Die meisten Teilnehmer der Hauptstudien leben zuhause. Wenige leben in Institutionen, nicht genauer definierten Alters- oder anderen Wohnformen. Die Tatsache, dass einige Teilnehmer in Institutionen oder anderen Alterswohnformen leben, deutet darauf hin, dass diese Teilnehmer, im Vergleich zu den zuhause lebenden, eher stärker betroffen sind. Dies kann einen Einfluss auf die Studienresultate haben und das Bild in Bezug auf Einschränkungen oder Ressourcen der ADL und IADL im häuslichen Umfeld verfälschen. Allerdings wird nicht in allen Hauptstudien verdeutlicht, wie abhängig die Teilnehmer von ihren Angehörigen sind. Da nur ein geringer Anteil der Teilnehmer nicht zuhause lebt, interpretieren die Verfasserinnen, dass deren Einfluss auf die Studienresultate vernachlässigbar ist und diese dennoch aussagekräftig für die Fragestellung dieser Arbeit sind.

#### **6.4 Betätigung**

Die verschiedenen ADL und IADL wurden unterschiedlich häufig und detailliert beschrieben. Die Mobilität drinnen und draussen wurde in allen Hauptstudien ausführlich thematisiert. Die Fähigkeit Auto zu fahren wird als Ressource und nicht mehr Autofahren zu können als grosse Einschränkung empfunden (Kitzmüller et al., 2013; Trigg et al., 1999; Wallenbert et al. 2005). Dies bestätigen Rochette, Desrosiers, Bravo, St-Cyr/Tribble und Bourget (2007). Ausserdem wirken sich Einschränkungen in der Mobilität auf weitere Tätigkeiten der ADL und IADL aus, wie beispielsweise sich um Kinder zu kümmern, einzukaufen, abzuwaschen sowie die eigenen Finanzen zu regeln (Trigg et al., 1999; Wallenbert et al., 2005). Vergleichbare Auswirkungen thematisieren auch Pound, Gompertz und Ebrahim (1998).

Weiter wurden die Körperpflege, das Kleiden und die Haushaltsführung in allen Hauptstudien behandelt. Der Toilettengang wurde nur von Sumathipala et al. (2011), das Einkaufen nur von Trigg et al. (1999) nicht thematisiert. Die Verfasserinnen vermuten, dass dies für die Teilnehmer bedeutungsvolle Tätigkeiten und/oder die Einschränkungen darin möglicherweise gravierend sind.

Für sich selbst zu sorgen ist laut Trigg et al. (1999) für die Mehrzahl der Teilnehmer wichtig. Unabhängig zu sein wird auch von Donnellan et al. (2013) als bedeutungsvolles Ziel genannt und der vorhandene Wunsch zur Selbständigkeit wird von Allgeier et al. (2005) bestätigt. Durch eine bedeutungsvolle Betätigung kann das Erreichen von Zufriedenheit und Erfüllung im Leben unterstützt werden (Donnellan et al., 2013). Clarke (2003) führt weiter aus, dass wenn Einschränkungen nach einem Schlaganfall eine Person davon abhalten, identitätsstiftende Betätigungen durchzuführen, das Wohlbefinden reduziert wird.

Die Kindererziehung wird nur von Kitzmüller et al. (2013) und Wallenbert et al. (2005), das Sexualeben nur von Trigg et al. (1999) und der Umgang mit Kommunikationstechnologien nur von Wallenbert et al. (2005) thematisiert. Sowohl die Religionsausübung als auch die Pflege anderer Menschen oder von Tieren, wird in keiner Hauptstudie aufgegriffen. Nach den Verfasserinnen könnten Erklärungen dafür sein, dass sich die Teilnehmer aufgrund der Fragen in den Interviews bezüglich dieser Themen wenig angesprochen gefühlt haben, dies mögliche Tabuthemen sind oder für die Teilnehmer wenig Bedeutung haben.

Weiter wird thematisiert, dass ADL und IADL allgemein viel Zeit und Energie in Anspruch nehmen (Kitzmüller et al., 2013; Wallenbert et al., 2005). Dies wird von Kvigne et al. (2004) bestätigt. Dadurch entsteht ein Missverhältnis zwischen den ADL/IADL und anderen Lebensbereichen. Viele Teilnehmer sind mit der Ausführung und Häufigkeit der Tätigkeiten unzufrieden (Trigg et al., 1999). Die Autoren zeigen zudem auf, dass die Veränderungen in der Ausführung von ADL und IADL davon abhängen, wie schwierig und komplex die Handlungen sind.

Beide quantitativen Studien verdeutlichen, dass die Ausführung der ADL, diejenige der IADL beeinflusst. Je weniger Einschränkungen in den ADL vorhanden sind, desto besser ist die Ausführung in den IADL. Die Mehrheit der Teilnehmer mit mittleren bis schweren Einschränkungen in den ADL können nur wenige IADL ausführen.

Wiederum können Teilnehmer mit nur leichten Einschränkungen in den ADL viele IADL ausführen. Diese Korrelation wird von Roth und Lovell (2007) bestätigt.

Des Weiteren wird die Schwierigkeit beschrieben, nach einem Schlaganfall Gewohnheiten und Routinen in den ADL und IADL zu etablieren (Wallenbert et al., 2005).

Eine mögliche Erklärung dafür ist, dass bei diesen Teilnehmern erst wenig Zeit seit dem Schlaganfall vergangen ist, um Gewohnheiten und Routinen anpassen zu können.

Die vergangene Zeit nach einem Schlaganfall wirkt sich stark auf die von den Klienten ausgeführten Aktivitäten aus. Diesbezüglich lassen sich die Hauptstudien in zwei Gruppen einteilen. Kitzmüller et al. (2013), Sumathipala et al. (2011) und Wilkinson et al. (1997) zeigen Einblicke 1 bis 25 Jahre nach dem Schlaganfall. Die anderen drei Studien zeigen Einblicke unter einem Jahr (1.5-7 Monate) nach Entlassung. Bei diesen drei Studien kann nicht eruiert werden, wie lange die Teilnehmer hospitalisiert waren, weshalb die Zeit seit dem Schlaganfall unbekannt ist. Die Studienresultate zeigen wenig inhaltliche Unterschiede bezüglich der Thematisierung von vergangener Zeitdauer nach dem Schlaganfall. Tendenziell werden in der zweiten Gruppe vermehrt Themen wie Abwarten oder die Entwicklung von Routinen und Gewohnheiten beschrieben. Dies könnte darauf hindeuten, dass Teilnehmer, bei welchen erst wenig Zeit seit dem Schlaganfall vergangen ist, sich weniger gut an ihre Situation anpassen konnten.

Eine weitere Erklärung ist, dass die Erholung nach einem Schlaganfall gemäss Demain, Wiles, Roberts und Mc.Person (2006) komplex ist. Innerhalb der ersten sechs Monate ist die Verbesserung der Funktionen schnell und später verlangsamt. Dies wird auch durch die Schlaganfall-Leitlinie der DEGAM (2012) bestätigt. Doch auch nach den ersten sechs Monaten können noch Verbesserungen erreicht werden (DEGAM, 2012).



## **6.5 Betätigungsperformanz**

Im Bereich „Person“ kann die Betätigungsperformanz der ADL und IADL nach einem Schlaganfall aufgrund physischer und/oder kognitiver Auswirkungen, durch Eigeninitiative sowie Motivation, mentale und kognitive Strategien, Umgang mit Hilfe, als auch durch Ausüben von Rollen positiv oder negativ beeinflusst werden. Diese Faktoren sind bei jeder Person individuell und können daher nicht verallgemeinert werden.

In Bezug auf die soziale Umwelt des Klienten wird klar, dass die Unterstützung durch Freunde und Angehörige als Hauptressource für die Betätigungsperformanz angesehen wird, dies aber nicht auf alle Teilnehmer zutrifft. Ausserdem wird die Abhängigkeit als negativ erlebt. Im Bereich der physischen Umwelt wurden Hilfsmittel, Wohnungsanpassungen oder Wohnungswechsel diskutiert, welche meist als Ressourcen für die Betätigungsperformanz der ADL und IADL betrachtet werden. Jedoch wurde auch hier deutlich, dass dies nicht auf alle Teilnehmer zutrifft. Die veränderte finanzielle Situation wurde von den meisten Teilnehmern als Einschränkung empfunden.

Im Bereich „Betätigung“ wird aufgezeigt, dass die Teilnehmer in vielen ADL und IADL Einschränkungen haben. Der Schwierigkeitsgrad und die veränderte Ausführung der ADL und IADL kann als Ressource und/oder als Einschränkung für die und in der Betätigungsperformanz betrachtet werden. Eine kompetente Performanz in den ADL kann zudem als Ressource in Bezug auf die Betätigungsperformanz in den IADL gedeutet werden.

Zusammenfassend kann bezüglich der Fragestellung gesagt werden, dass die gesamte Person und ihre Betätigungen in ihrer Umwelt individuell betrachtet werden muss. Betroffene nach einem Schlaganfall haben in allen Bereichen Einschränkungen und Ressourcen, welche für die und in der Betätigungsperformanz der ADL und IADL gleichermassen beeinflussend sind.

## 7 Theorie-Praxis-Transfer

---

Im folgenden Abschnitt werden zunächst die diskutierten Resultate in den ergotherapeutischen Prozess<sup>5</sup>, in Anlehnung an das Prozessmodell der AOTA (2008), eingeteilt. Dadurch können die Resultate in die Praxis übertragen und der Nutzen der Arbeit für die Praxis konkret dargestellt werden. Am Schluss werden die ergotherapeutischen Massnahmen übersichtlich zusammengefasst.

Die Empfehlungen sollen helfen, die Bedürfnisse aufgrund der Einschränkungen und Ressourcen eines Klienten nach einem Schlaganfall im häuslichen Umfeld zu erkennen und entsprechende Ziele zu verfolgen. Jedoch stellen die Vorschläge eine unvollständige Auswahl dar, welche in der Praxis individuell und zielgerichtet auf die Bedürfnisse des Klienten angepasst werden müssen.

Die AOTA (2008) erläutert, dass im OTPF-Prozess eine dynamische Interaktion zwischen der Evaluation und der Intervention stattfindet und die Outcomes während des gesamten ergotherapeutischen Prozesses erreicht werden können. Einige der Empfehlungen, welche in einem der drei Bereiche des Prozessmodells beschrieben werden, sind auch in anderen Bereichen passend, werden jedoch, um Wiederholungen zu vermeiden, nur an einem Ort beschrieben.

### 7.1 Evaluation

Aus der Diskussion resultiert, dass die Einschränkungen und Ressourcen der ADL und IADL aus Sicht der Betroffenen vielfältig und individuell empfunden werden. Aus diesem Grund wird empfohlen, die Gesamtsituation holistisch\* zu erfassen sowie den Top-Down Ansatz\* in der Therapie anzuwenden.

Für die Erfassung der Gesamtsituation ist ein ergotherapeutisches Modell\*, wie das PEO-Modell von Law et al. (1996), geeignet. Aus der Diskussion wird deutlich, dass die Auswirkungen eines Schlaganfalls alle drei Bereiche des PEO-Modells (Law et al., 1996) betreffen. Die Wechselwirkungen zwischen Person, Umwelt und Betätigung können damit erkannt und besser verstanden werden. Gemäss Haase (2007) stehen beim Top-Down-Ansatz\* zu Beginn die Partizipation\*, der Alltag und die Rollen einer

---

5 Der ergotherapeutische Prozess wird im theoretischen Hintergrund erklärt.

Person im Vordergrund. Die beschriebenen Zusammenhänge bestärken die Wahl einer holistischen\* Sichtweise sowie die Anwendung des Top-Down-Ansatzes\*.

Des Weiteren wird in der Diskussion erläutert, dass die Motivation eine wichtige Ressource für die Verbesserung der Betätigungsperformanz ist. Aus diesem Grund wird empfohlen, einen Fokus der Therapie auf die Motivation und die bedeutungsvolle Betätigung zu legen. Gemäss Johannes und Hellweg (2010) wird die Motivation des Klienten als Grundlage des Therapieerfolges beschrieben. Diese wird laut Lequerica, Donnell und Tate (2009) durch bedeutungsvolle Aktivitäten, welche sich direkt auf die Ziele des Klienten beziehen, gefördert.

Als mögliches Erfassungsinstrument für die bedeutungsvolle Betätigung könnte das von Law et al. (2009) entwickelte „Canadian Occupational Performance Measure“ (COPM)\* angewendet werden, welches die Zufriedenheit und Wichtigkeit in der Durchführung von Betätigungen misst.

Das Ausführen einer Rolle wirkt sich positiv auf die Motivation eines Klienten aus. Als weitere Erfassungsinstrumente werden darum die aus den von Kielhofner (2008) entwickelten Assessments\* „Interessenscheckliste“ (IC)\* und „Rollencheckliste“ (RC)\* des Model of Human Occupation (MOHO)\* empfohlen. Damit können bedeutungsvolle Betätigungen anhand Interessen und Rollen im häuslichen Umfeld eruiert werden. Auf Basis dieser Erfassung können zusammen mit dem Klienten wichtige und motivierende Ziele formuliert werden.

Die Diskussion verdeutlicht, dass pflegende Angehörige als wichtige Ressource für die Betätigungsperformanz in den Bereichen ADL und IADL betrachtet werden. Aus diesem Verständnis heraus wird empfohlen, die Angehörigen der Betroffenen in allen Schritten des therapeutischen Prozesses mit einzubeziehen.

Dies wird von Sumsion (2002) unterstützt. Gemäss der Autorin wird in der klientenzentrierten\* Ergotherapie unter dem Begriff „Klient“ die Person, ihre Familie, enge Bezugspersonen oder Partner verstanden. Quinn, Murray und Malone (2014) zeigen jedoch in einer Metasynthese auf, dass pflegende Ehepartner eine verminderte Lebensqualität erleben. Die Autoren empfehlen unter anderem, den pflegenden Ehepartnern Entlastungspflege, schlaganfallspezifische Informationen und Übungs-

möglichkeiten von pflegerischen Verrichtungen anzubieten. Es wird daher geraten, die Empfehlungen von Quinn et al. (2014) zu befolgen.

In der Diskussion wird weiter darauf hingewiesen, dass sich die Performanz in den ADL und IADL gegenseitig beeinflusst. Ebenso wirkt sich die Betätigungsperformanz in diesen Bereichen auf weitere Lebensbereiche aus. Ausserdem wurde diskutiert, dass die Betätigungsperformanz von der Komplexität einer Tätigkeit abhängt. Daher wird vorgeschlagen, einerseits Aktivitätsanalysen\* wie von Thomas (2012) beschrieben und andererseits Performanzfertigkeiten anhand des von Forsyth, Simon, Salamy und Kielhofner (2011) entwickelten „Assessment\* of Communication & Interaction Skills“ (ACIS)\* und des von Fisher und Jones (2012) entwickelten AMPS\* durchzuführen. Durch die Aktivitätsanalyse\* werden gemäss Thomas (2012) die Anforderungen einer Aktivität, benötigte Fertigkeiten und kulturelle Bedeutungen erfasst. Die Aktivitätsanalysen können dann mit der Erfassung des AMPS\* und des ACIS\* verglichen werden und dadurch kann ein ganzheitliches Bild der Ressourcen und Einschränkungen aufgezeigt werden.

Darüber hinaus wird empfohlen, die Erfassung der Betätigungsperformanz im häuslichen Umfeld durchzuführen, denn die Betätigungsperformanz wird nach Law et al. (1996) als bedeutungsvolle Betätigung in der Umwelt des Klienten definiert.

## **7.2 Intervention**

Es werden individuelle Interventionen geplant, welche auf der Gesamtsituation des Klienten, den in der Erfassung erarbeiteten Ziele sowie den, mit den Aktivitätsanforderungen verglichenen Performanzfertigkeiten basieren.

In der Diskussion werden zahlreiche Adaptionen in allen Bereichen des PEO-Modells (Law et al., 1996) beschrieben. Beispielsweise sind im Bereich der Person individuelle Strategien und in der Umwelt der Einsatz unterschiedlicher Hilfsmittel oder Wohnungsanpassungen thematisiert. Im Bereich der Betätigung wird erläutert, dass diese selbst angepasst wird.

Die meisten Adaptionen bedingen, dass Gewohnheiten und Routinen verändert werden müssen. Die Bereitschaft dazu variiert bei den Teilnehmern der Hauptstudien stark. Um die Veränderungsbereitschaft einschätzen zu können, wird die Anwendung

des transtheoretischen Modells (TTM)\* von Prochaska und DiClemente (1982, zit. nach Prochaska und DiClemente, 1983, p. 391) vorgeschlagen, wobei die ergotherapeutischen Interventionen passend zur jeweiligen Stufe durchgeführt werden. Garner und Page (2005) zeigen auf, dass die Validität dieses Modells bei der Anwendung an Schlaganfallpatienten gegeben ist.

Um die Klienten in diesem Veränderungsprozess zu begleiten, eignet sich die motivierende Gesprächsführung\* (*motivational interviewing (MI)*) nach Rollnick, Miller und Butler (2012). Damit kann die Gesundheit durch Eigenmotivation zur Verhaltensänderung positiv beeinflusst werden. Als weitere Möglichkeit, den Veränderungsprozess zu fördern, wird von der Schlaganfall-Leitlinie (DEGAM, 2012) das Durchführen von spezifischen Therapiemassnahmen bei Einschränkungen in den ADL empfohlen. Laut Combs, Kelly, Barton, Ivaska und Nowak (2010) ist bei Schlaganfallpatienten eine betätigungsorientierte Rehabilitation sinnvoll. Das Üben von Anwendungen der Hilfsmittel, einer Betätigung oder von Strategien wird von der AOTA (2008) beschrieben.

Während des ganzen Interventionsprozesses wird empfohlen, auf eine gute therapeutische Beziehung zu achten. Denn neben der Motivation gilt auch die therapeutische Beziehung als Einflussfaktor für den Therapieerfolg (Palmdottir, 2006). Laut Rogers (2004) ist sie für den Erfolg sogar wichtiger als das Fachwissen. Weiter wird der Therapieerfolg durch den flexiblen Wechsel der von Taylor (2008) beschriebenen therapeutischen Modi\* empfohlen, da der Klient dadurch optimal unterstützt werden kann.

### **7.3 Outcome**

Die durchgeführten Assessments\* sollten wiederholt und die formulierten Ziele gemeinsam mit dem Klienten auf deren Erreichung hin überprüft werden. Zudem gilt die Empfehlung, den therapeutischen Prozess zu beenden, wenn keine neuen Ziele mehr gesetzt werden können (DEGAM, 2012).

Wie in der Diskussion thematisiert wird, haben Betroffene, unter anderem aufgrund verschieden langer Zeitspannen seit dem Schlaganfall, unterschiedliche Einschränkungen und Ressourcen, welche sich mit der Zeit auch verändern. Aus

diesem Grund wird eine regelmässige Bewertung der Situation zuhause als sinnvoll erachtet, möglicherweise auch nach einer Therapiepause mit abgesprochener Zeitdauer.

Dies wird durch die in England entwickelte „National Stroke Strategy“ (2007) bestärkt, welche eine jährliche Prüfung der Situation empfiehlt, um veränderte Bedürfnisse identifizieren zu können. Auch die (DEGAM, 2012) rät bei anhaltenden Einschränkungen wiederholte Prüfungen in einem Intervall von sechs Monaten durchzuführen.

In der Tabelle 7 werden die genannten ergotherapeutischen Massnahmen übersichtlich zusammengefasst:

<b>Prozess-Schritt</b>	<b>Massnahmen</b>
Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erfassung der Gesamtsituation anhand eines ergotherapeutischen Modells (z.B. PEO)</li> <li>• Arbeiten nach dem Top-Down Ansatz und Verfassen von gemeinsamen Therapiezielen</li> <li>• Erfassung durch den Vergleich von Aktivitätsanalysen und Performanzfertigkeiten</li> <li>• Erfassung im häuslichen Umfeld</li> <li>• Motivation ist eine wichtige Ressource, darum auch den Fokus auf bedeutungsvolle Betätigung legen</li> <li>• Empfohlene Assessments dazu: COPM, RC, IC</li> <li>• Miteinbezug der Angehörigen in allen Schritten des Prozesses</li> </ul>
Intervention	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interventionen vor Ort im häuslichen Umfeld</li> <li>• Individuelle, betätigungsbasierte und für den Klienten bedeutungsvolle Massnahmen, auf Basis der Erfassung</li> <li>• Die Veränderungsbereitschaft von Gewohnheiten und Routinen durch das TTM erfassen und Interventionen ableiten</li> <li>• Durch motivierende Gesprächsführung die Eigenmotivation zur Verhaltensänderung positiv beeinflussen</li> <li>• Interventionen für Angehörige wie Angebot von Entlastungspflege, Informationen und praktisches Üben pflegerischer Verrichtungen</li> <li>• Auf eine gute therapeutische Beziehung achten</li> </ul>
Outcome	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regelmässige Beurteilung der Betätigungsperformanz, der Gesamtsituation und des daraus resultierenden Therapiebedarfs klären</li> <li>• Die Ziele des Klienten überprüfen, möglicherweise durch die Evaluation der durchgeführten Assessments</li> </ul>

Tabelle 7: Zusammenfassung der Empfehlungen

## 8 Schlussfolgerungen

---

Anhand einer Literaturreview qualitativer und quantitativer Studien wurde in dieser Arbeit der Frage nachgegangen, welche Einschränkungen und Ressourcen erwachsene Menschen nach einem Schlaganfall für die oder in der Betätigungsperformanz der Lebensbereiche ADL und IADL in ihrem häuslichen Umfeld haben.

Es wird eine grosse Spannbreite von möglichen Einschränkungen und Ressourcen in der oder für die Betätigungsperformanz im häuslichen Umfeld nach einem Schlaganfall aufgezeigt. Häufig wird die Mobilität drinnen und draussen, die Körperpflege, das Kleiden und die Haushaltsführung thematisiert. Hingegen greifen sehr wenige oder teilweise gar keine Studie die Themen der Kindererziehung, des Sexuallebens, des Umgangs mit Kommunikationsmitteln, der Pflege anderer Menschen und Tiere oder der Religionsausführung auf. Des Weiteren wird klar, dass die Beurteilung einer möglichen Ressource oder Einschränkung individuell ist und nicht verallgemeinert werden kann.

Um mögliche Einschränkungen und Ressourcen aufzuzeigen und die komplexen Zusammenhänge sowie Einflüsse dieser auf die Betätigungsperformanz strukturiert darstellen zu können, wird im Diskussionsteil das PEO-Modell von Law et al. (1996) beigezogen. Durch die Wahl dieses Modells wird verdeutlicht, dass die drei Bereiche Person, Umwelt und Betätigung bei einem Schlaganfall involviert sind und einen Einfluss auf die Betätigungsperformanz ausüben.

Ziel dieser Arbeit ist unter anderem, den Bedarf an ergotherapeutischer Behandlung im häuslichen Umfeld für die beschriebene Klientengruppe zu eruieren. Anhand der Studienresultate konnten verschiedene Bedürfnisse, welche Betroffene aufgrund ihrer Einschränkungen und Ressourcen in den ADL und IADL haben, gesammelt werden. Der daraus resultierende Bedarf an ergotherapeutischer Behandlung wurde im Theorie-Praxis-Transfer auf Basis des von der AOTA (2008) entwickelten ergotherapeutischen Prozesses, OTPF, aufgezeigt.

Wie im Theorie-Praxis-Transfer aufgezeigt, sind für die Ergotherapie eine ganzheitliche und individuelle Erfassung, gezielte und für die Betroffenen bedeutungsvolle the-

rapeutische Massnahmen sowie eine langfristige wie regelmässige Evaluation – möglicherweise nach einer definierten Therapiepause - wünschenswert.

## **9 Limitationen der Arbeit**

---

Alle Studien weisen methodologische Mängel auf, welche im Hauptteil beschrieben werden. Diese können die Studienresultate beeinflusst haben und werden darum als mögliche Bias identifiziert. Zudem sind die Studien von den Verfasserinnen durch die Übersetzung ins Deutsche möglicherweise verfälscht und auf Basis eigener Werte und Ansichten über das Menschenbild interpretiert worden.

Unter den Hauptstudien befindet sich nur eine ergotherapeutische Literatur, da bezüglich der Fragestellung keine weiteren ergotherapeutischen Studien gefunden wurden. Aus Sicht der Verfasserinnen hat dies aber keine hohe Relevanz für die vorliegende Arbeit, da die von den Verfasserinnen gewünschte Sicht der Klienten, unabhängig von der Profession, aufgezeigt wird.

Des Weiteren können keine konkreten Rückschlüsse der Auswirkungen des Schlaganfalls auf die Betätigungsperformanz gezogen werden. Die Hauptstudien zeigen ein gemischtes Bild von physischen, psychischen und kognitiven Auswirkungen. Dennoch können die Ergebnisse für die Praxis genutzt werden, da die meisten Betroffenen nach einem Schlaganfall mehr als eine Beeinträchtigung aufweisen.

Nicht in allen Studien wird beschrieben, ob und in welchem Ausmass die Teilnehmer Therapien oder weitere Unterstützung erhalten haben. Diese könnten die Betätigungsperformanz beeinflusst haben. Ein genereller Vergleich der Studienresultate ist daher nicht möglich. Ausserdem ist die Wohnform oder der Wohnort der Teilnehmer teilweise nicht deklariert, weshalb diese Studien nicht alle Einschlusskriterien vollständig erfüllen. Allerdings ist der Anteil dieser Studienteilnehmer gering, weshalb die Studien trotzdem verwendet wurden.

Die Zuordnung der Resultate der Hauptstudien zu den ADL und IADL war teilweise aufgrund mangelnder Beschreibung der Tätigkeiten nicht eindeutig. Des Weiteren haben die Verfasserinnen die ADL und IADL nach der Definition des OTPF (AOTA, 2008) betrachtet. Diese Definitionen sind womöglich mit denen der Autoren inkongru-



ent. Diese unterschiedlichen Sichtweisen können auf die Diskussion und die daraus resultierenden Schlussfolgerungen Auswirkungen haben.

Die inhaltliche Zuteilung der Studienergebnisse ins PEO-Modell (Law et al., 1996) und ins Prozessmodell (AOTA, 2008) ist unvollständig. Der Grund dafür ist, dass die Studienresultate von den Verfasserinnen jeweils nur einem Bereich der jeweiligen Modelle zugeteilt wurden, um Wiederholungen zu vermeiden. Obwohl die inhaltliche Einteilung unvollständig ist, wird durch die Verwendung der Modelle eine sinnvolle Strukturierung möglich und der Bezug zur Ergotherapie deutlich.

Im Theorie-Praxis-Transfer konnte nur eine unvollständige Auswahl möglicher ergotherapeutischer Massnahmen beschrieben werden. Allerdings können diese gut auf die Klienten mit ihren individuellen Anliegen angepasst werden.

## **10 Ausblick**

---

In dieser Arbeit werden die Betätigungsbereiche\* ADL und IADL thematisiert. Wie in der Diskussion beschrieben wird, beeinflusst die Ausführung von ADL und IADL weitere Lebensbereiche. Daher ist es notwendig, andere von der AOTA (2008) definierte Betätigungsbereiche\* genauer zu betrachten.

Während der Literaturrecherche wurden häufig Studien gefunden, welche die Lebensqualität und die psychischen Folgen eines Schlaganfalls beleuchten. Diese näher zu betrachten wäre wichtig für die Praxis.

Diese Arbeit dient als Grundlage zur Darstellung möglicher Einschränkungen und Ressourcen in den ADL und IADL von zuhause lebenden Klienten nach einem Schlaganfall. Darauf basierend, können Interventionen an dieser Klientengruppe zur Verbesserung der Betätigungsperformanz in den ADL und IADL auf deren Wirksamkeit hin untersucht werden.

Der Ergotherapie soll diese Arbeit bei der Behandlung von Betroffenen nach einem Schlaganfall, welche unter mehreren Auswirkungen des Ereignisses leiden, dienen. Um Rückschlüsse von spezifischen Auswirkungen durch den Schlaganfall auf die Betätigungsperformanz der ADL und IADL ziehen zu können, sind Übersichtsarbeiten mit einem solchen Fokus notwendig.

## 11 Verzeichnisse

---

### 11.1 Literaturverzeichnis

- Ahlström, S. & Bernspång, B. (2003). Occupational Performance of Persons Who Have Suffered a Stroke: a Follow-up Study. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 10, 88-94. doi:10.1080/11038120310009443
- Algurén, B., Lundgren-Nilsson, A. & Sunnerhagen, K. S. (2009). Facilitators and barriers of stroke survivors in the early post stroke phase. *Disability and Rehabilitation*, 31(19), 1584-1519. doi:10.1080/09638280802639004
- Allgeier, C. & Kämmerle-Hofrichter, I. (2005). Studie zur Ermittlung des Unterstützungsbedarfes von Patientinnen und Patienten, die nach einem Schlaganfall zu Hause leben. *Pflege*, 18, 373–380. doi:10.1024/1012-5302.18.6.373
- American Occupational Therapy Association [AOTA]. (2008). *Occupational Therapy Practice Framework: Domain & Process* (2ed Edition). Montgomery Lane: AOTA Press.
- Aplin, T., de Jonge, D. & Gustafsson, L. (2013). Understanding the dimension of home that impact on home modification decision making. *Australian Occupational Therapy Journal*, 60, 101-109. doi:10.1111/1440-1630.12022
- Baumann, M., Couffignal, S., Le Bihan, E. & Chau, N. (2012). Life satisfaction two-years after stroke onset: the effects of gender, sex, occupational status, memory function and quality of life among stroke patients (Newsqol) and their family caregivers (Whoqol-bref) in Luxembourg. *BMC Neurology*, 12(105). doi:10.1186/1471-2377-12-105
- Berlit, P. (2007). *Basiswissen Neurologie* (5. Auflage). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Bundesamt für Statistik [BfS]. (2012). Gesundheitsstatistik 2012. Retrieved from <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/publikationen.html?publicationID=5027> am 08.09.2013.
- Bundesamt für Statistik [BfS]. (2013). Zukünftige Bevölkerungsentwicklung – Daten, Indikatoren - Schweiz Szenarien. Retrieved from <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/03/blank/key/07.html> am 09.09.2013.
- Carlsson, G. E., Möller, A. & Blomstrand, C. (2004). A qualitative study of the

consequences of hidden dysfunctions one year after mild stroke in persons <75 years. *Disability and Rehabilitation*, 26(23), 1373-1380. doi:10.1080/09638280400000211

Clarke, P. (2003). Towards a greater understanding of the experience of stroke: Integrating quantitative and qualitative methods. *Journal of aging studies*, 17, 171-187. doi:10.1016/S0890-4065(03)00005-7

Combs, S. A., Kelly, S. P., Barton, R., Ivaska, M. & Nowak, M. (2010). Effects of an intensive, task-specific rehabilitation program for individuals with chronic stroke: A case series. *Disability and Rehabilitation*, 32(8), 669-678. doi:10.3109/09638280903242716

Dahlin-Ivanoff, S., Haak, M., Fänge, A. & Iwarsson, S. (2007). The multiple meaning of home as experienced by very old Swedish people. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 14(1), 25-32. doi:10.1080/11038120601151714

Demain, S., Wiles, R., Roberts, L. & Mc Person, K. (2006). Recovery plateau following stroke: Fact or fiction?. *Disability and Rehabilitation*, 28(13-14), 815-821. doi:10.1080/09638280500534796

Departement of Health. (2007). National stroke strategy. Retrieved from [http://www.google.com/urlsa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CwQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwebarchive.nationalarchives.gov.uk%2F20130107105354%2Fhtt%3A%2Fwww.dh.gov.uk%2Fprod\\_consum\\_dh%2Fgroups%2Fdh\\_digitalassets%2Fdocuments%2Fdigitalasset%2Fdh\\_081059.pdf&ei=VxA5UvWlrGw7AbV5IDIDQ&usg=AFQjCNGrBFtwSFqiyI9om46hYY0CUS\\_zA&bvm=bv.63808443,d.bGQ](http://www.google.com/urlsa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CwQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwebarchive.nationalarchives.gov.uk%2F20130107105354%2Fhtt%3A%2Fwww.dh.gov.uk%2Fprod_consum_dh%2Fgroups%2Fdh_digitalassets%2Fdocuments%2Fdigitalasset%2Fdh_081059.pdf&ei=VxA5UvWlrGw7AbV5IDIDQ&usg=AFQjCNGrBFtwSFqiyI9om46hYY0CUS_zA&bvm=bv.63808443,d.bGQ) am 31.03.2014.

Der Duden. (2013) [elektronische Version]. Zuhause. Retrieved from <http://www.duden.de/rechtschreibung/Zuhause> am 10.11.2013.

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin [DEGAM]. (2012). *Schlaganfall: DEGAM-Leitlinie Nr. 8*. Düsseldorf: omikron publishing.

Deutsches Institut für medizintechnische Dokumentation und Information [DIMDI] [elektronische Version] (2012). ICD-10-GM Version 2012. Retrieved from <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2012/block-i60-i69.htm#I69.3> am 12.04.2014.

Donnan, G., Fisher, M., Macleod, M. & Davis, S. M. (2008). Stroke. *Lancet*, 371, 1612–23.

Donnellan, C., Martins, A., Conlon, A., Coughlan, T., O'Neill, D. & Collins, D. R. (2013). Mapping patients experiences after stroke onto a patient-focused

intervention framework. *Disability and Rehabilitation*, 35(6), 483–491.  
doi:10.3109/09638288.2012.702844

Fisher, A. G. & Jones, K. B. (2012). *Assessment of Motor and Process Skills: Volume 1: Development, Standardization, and Administration Manual*, (Seventh Edition, Revised). Fort Collins, Colorado, USA: Three Star Press, Inc.

Forsyth, K., Simon, S., Salamy, M. & Kielhofner, G. (2011). *The Assessment of Communication and Interaction Skills (ACIS)* (Version 4.0). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag GmbH.

Fragile Suisse (n.d.). Zahlen und Fakten. Retrieved from  
<http://www.fragile.ch/suisse/hirnverletzung/hirnschlagschlaganfall/zahlen-fakten/> am 08.09.2013.

Garner, C. & Page, S. J. (2005). Applying the Transtheoretical Model to the Exercise Behaviors of Stroke Patients. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 12(1), 69–75.  
doi:10.1310/YJW0-FK07-TGN7-AVW7

Gilbertson, L., Langhorne, P., Walker, A., Allen, A. & Murray, G. D. (2000). Domiciliary occupational therapy for patients with stroke discharged from hospital: randomised controlled trial. *BMJ*, 320, 603-606.  
doi:<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.320.7235.603>

Gillsjö, C., Schwartz-Barcott, D. & von Post, I. (2011). Home: The place the older adult can not imagine living without. *BMC Geriatrics*, 11(10), 1-10.  
doi:10.1186/1471-2318-11-10

Haase, C. F. (2007). Ergotherapeutische Behandlungsprozesse. In C. Scheepers, U. Steding-Albrecht & P. Jehn (Eds.), *Ergotherapie: Vom Behandeln zum Handeln* (p. 188-212). Stuttgart: George Thieme Verlag.

Hanger, H. C., Wilkinson, T. J. & Maers, A. (2010). Stroke discharges from a rehabilitation unit: 1-year and 5-year domicile outcomes. Function is important. *International Medicine Journal*, 40(1), 45-51. doi:10.1111/j.1445-5994.2008.01844.x

Häussler, B. (1996). Epidemiologie des Schlaganfalls. In H. Ch. Mäurer & H. Ch. Diener (Eds.), *Der Schlaganfall* (p.1-24). Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag.

Huch, R. & Jürgens, K. D. (2007). *Mensch Körper Krankheit, Anatomie, Physiologie, Krankheitsbilder* (5. Auflage). München, Jena: Elsevier Urban & Fischer.

Iwama, M. K. (2007). Kawa-(Fluss)-Modell – Überwinden kultureller Begrenzungen der zeitgenössischen Theorie der Ergotherapie. *Ergoscience*, 2, 107-119.  
doi:10.1055/s-2007-963305

- Jerome, D., Dehail, P., Daviet, J. -C., Lamothe, G., De Sèze, M. -P., Orgogozo J. M. & Mazaux, J. -M. (2009). Stroke in the under -75S: Expectations, concerns and needs. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 52(7-8), 525-537. doi:10.1016/j.rehab.2009.06.007
- Johannes, S. & Hellweg, S. (2010). Motivation als Grundlage für den Therapieerfolg. *Neuroreha*, 2, 70-78.
- Kielhofner, G. (2008). *Model of Human Occupation* (Fourth Edition). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kitzmüller, G., Häggström, T. & Asplund, K. (2013). Living an unfamiliar body: the significance of the long-term influence of bodily changes on the perception of self after stroke. *Med Health Care and Philos*, 16, 19-29. doi:10.1007/s11019-012-9403-y
- Kvigne, K., Kirkvold, M. & Gjengedal, E. (2004). Fighting back - struggling to continue life and preserve the self following a stroke. *Health Care for Women International*, 25, 370-387. doi:10.1080/07399330490278376
- Laukel-Pfeiffer, H. (2005). Soziale Veränderungen im Alter. In C. Habermann & C. Wittmershaus (Eds.), *Ergotherapie im Arbeitsfeld Geriatrie* (p. 104-121). Stuttgart: Thieme Verlag.
- Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., Mc Coll, M. A., Polatajko, H. & Pollock, N. (2009). *COPM, Canadian Occupational Performance Measure* (Fourth Edition). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag GmbH.
- Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P. & Letts, L. (1996). The Person-Environment-Occupation Model: A transactive approach to occupational performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 63(1), 9-23.
- Law, M. & Dunda, S. B. (2007). Person-Environment-Occupation Model. In S. B. Dunda (Ed.), *Occupational Therapy Models for Intervention with Children and Families* (p. 27-50). Thorofare: SLACK Incorporation.
- Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J. & Westmorland, M. (1998). Critical Review Form – Quantitative studies. Retrieved from <http://www.srs-mcmaster.ca/Portals/20/pdf/ebp/quantreview.pdf> am 21.09.2013.
- Lequerica, A. H., Donnell, C. S. & Tate, D. G. (2009). Patient engagement in rehabilitation therapy: physical and occupational therapist impressions. *Disability and Rehabilitation*, 31(9), 753-760. doi:10.1080/09638280802309095
- Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J. & Westmorland, M. (2007). Critical Review Form - Qualitative Studies (Version 2.0). Retrieved from

[http://www.srs-mcmaster.ca/Portals/20/pdf/ebp/qualreview\\_version2.0.pdf](http://www.srs-mcmaster.ca/Portals/20/pdf/ebp/qualreview_version2.0.pdf) am 21.09.2013.

- Pajalic, Z., Karlsson, S. & Westergren, A. (2006). Functioning and subjective health among stroke survivors after discharge from hospital. *Journal of advanced Nursing*, 54(4), 457-466.
- Palmdottir, G. (2006). Client-Therapist-Relationships: Experiences of Occupational Therapy Clients in Rehabilitation. *British Journal of Occupational Therapy*, 69(9), 394-401.
- Polatajko, H. J., Davis, J., Stewart, D., Cantin, N., Amoroso, B., Purdie, L. & Zimmerman, D. (2007). Specifying the domain of concern: Occupation as core. In E. A. Townsend & H. J. Polatajko (Eds.), *Enabling Occupation 2: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being, & justice through occupation* (p. 9-82). Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Pound, P., Gompertz, P. & Ebrahim, S. (1998). A patient-centred study of the consequences of stroke. *Clinical Rehabilitation*, 12(4), 338-347.
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1983). Stages and process of self-change in smoking: toward an integrative model change. *J Consult Clin Psychol.*, 21, 390-395.
- Pschyrembel Klinisches Wörterbuch (n.d.) [elektronische Version]. Schlaganfall. Retrieved from <http://www.degruyter.com/view/kw/5b87576c-291a-4d4c-a6a7-aae81dfcc110> am 16.04.2014.
- Pschyrembel Sozialmedizin (n.d.) [elektronische Version]. Ressourcen. Retrieved from <http://www.degruyter.com/view/sozmed/10691224> am 28.09.2013.
- Quinn, K., Murray, C. & Malone, C. (2014). Spousal experiences of coping with and adapting to caregiving for a partner who has a stroke: a meta-synthesis of qualitative research. *Disabil Rehabil*, 36(3), 185-198. doi:10.3109/09638288.2013.783630
- Ringelstein, E. B. & Nabavi, D. G. (2004). Der akute Schlaganfall. In H. C. W. Hacke & M. Forsting (Eds.), *Schlaganfall* (p. 20-121). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Rittman, M., Boylstein, C., Hinojosa, R., Hinojosa, M. S. & Haun, J. (2007). Transition Experiences of Stroke Survivors Following Discharge Home. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 14(2), 21-31. doi:10.1310/tsr1402-21
- Rochette, A., Desrosiers, J., Bravo, G., St-Cyr/Tribble, D. & Bourget, A. (2007). Changes in Participation after mild stroke: quantitative and qualitative perspectives. *Topics in Stroke Rehabilitation* 14(3), 59-68.

doi:10.1310/tsr1403-59

- Rochette, A., Desrosiers, J. & Noreau, L. (2001). Association between personal and environmental factors and the occurrence of handicap situations following a stroke. *Disability and Rehabilitation*, 23(13), 559-569. doi:10.1080/09638280010022540
- Rogers, C. R. (2004). *Therapeut und Klient: Grundlagen der Gesprächspsychotherapie*. Frankfurt am Main: S. Fischer Verlag GmbH.
- Rollnick, S., Miller, R. W. & Butler, C. C. (2012). *Motivierende Gesprächsführung in den Heilberufen. Core Skills für Helfer*. Lichtenau: G. P. Probst Verlag GmbH.
- Roth, E. J. & Lovell, L. (2007). Community skill performance and its association with the ability to perform everyday tasks by stroke survivors one year following rehabilitation discharge. *Stroke Rehabil*, 14(1), 48-56. doi:10.1310/tsr1401-48
- Secret, J. A. & Thomas, S. P. (1999). Continuity and Discontinuity: The Quality of Life Following Stroke. *Rehabilitation Nursing*, 24(6), 240-246.
- Sumathipala, K., Radcliffe, E., Sadler, E., Wolfe, C. D. A. & McKeivitt, C. (2011). Identifying the long-term needs of stroke survivors using the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Chronic illness*, 8(1), 31-44. doi:10.1177/1742395311423848
- Sumsion, T. (2002). *Klientenzentrierte Ergotherapie: Umsetzung in die Praxis*. Stuttgart: Thieme Verlag.
- Tamm, M. (1999). What does a home mean and when does it cease to be a home? Home as a setting for rehabilitation and care. *Disability and Rehabilitation*, 21(2), 49-55. doi:10.1080/096382899297963
- Taylor, B. (2008). „Use of Self“ in der Ergotherapie: Beziehungen bewusst gestalten. *ergoscience*, 3, 22-31. doi:10.1055/s-2007-963767
- Taylor-Piliae, R. E., Hepworth, J. T. & Coull, B. M. (2013). Predictors of Depressive Symptoms Among Community-Dwelling Stroke Survivors. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 28(5), 460-467. doi:10.1097/JCN.0b013e318258ad57
- Thomas, H. (2012). *Occupation-Based Activity Analysis*. Thorofare: Slack Incorporated.
- Trigg, R., Wood, V. A. & Hewer, R. L. (1999). Social reintegration after stroke: the first stages in the development of the Subjective Index of Physical and Social Outcome. *Clinical Rehabilitation*, 13, 341-353.

- Wallenbert, I. & Jonsson, H. (2005). Waiting To Get Better: A Dilemma Regarding Habits in Daily Occupations After Stroke. *The American Journal of Occupational Therapy*, 59(2), 218-224. doi:10.5014/ajot.59.2.218
- Weber, P., Marotzki, U. & Philippi, R. (2011). Arbeitstherapeutische Verfahren. In C. Scheepers, U. Steding-Albrecht & P. Jehn (Eds.), *Ergotherapie: Vom Behandeln zum Handeln* (p. 524-574). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Wilkinson, P. R., Wolfe, C. D. A., Warburton, F. G., Rudd, A. G., Howard, R. S., Ross-Russell, R. W. & Beech, R. R. (1997). A Long-term Follow-up of stroke Patients. *Stroke*, 28, 507-512. doi:10.1161/01.STR.28.3.507
- Wootrich, A. W., Åström, K. & Löfgren, M. (2012). On parallel tracks: newly home from hospital—people with stroke describe their expectations. *Disability and Rehabilitation*, 34(14), 1218-1224. doi:10.3109/09638288.2011.640381
- World Federation of Occupational Therapists [WFOT]. (2010). Statement of occupational therapy. Retrieved from <http://www.wfot.org/Portals/0/PDF/STATEMENT%20ON%20OCCUPATIONAL%20THERAPY%20300811.pdf> am 18.09.2013.
- World Health Organization [WHO]. (2014). Countries. Retrieved from <http://www.who.int/countries/en/> am 13.03.2014.
- World Health Organization [WHO]. (2013). Health topics: Stroke, Cerebrovascular accident. Retrieved from [http://www.who.int/topics/cerebrovascular\\_accident/en/](http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/en/) am 10.09.2013.
- World Health Organization Geneva [WHO]. (2005). *ICF: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit* (Stand Oktober 2005). Deutschland: DIMDI.
- Worldlifeexpectancy. (n.d.). Stroke. Retrieved from <http://www.worldlifeexpectancy.com/cause-of-death/stroke/by-country/> am 28.03.2014.



## **11.2 Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1.....	11
Abbildung 2.....	11
Abbildung 3.....	13
Abbildung 4.....	15
Abbildung 5.....	20

## **11.3 Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1.....	18
Tabelle 2.....	19
Tabelle 3.....	21
Tabelle 4.....	22
Tabelle 5.....	38
Tabelle 6.....	43
Tabelle 7.....	58

## 12 Eigenständigkeitserklärung

---

Wir erklären hiermit, dass wir die vorliegende Arbeit selbständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst haben.

Barbara Stähli

Silvia Hediger

Winterthur, 2.5.2014

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 13 Anhang

---

### 13.1 Abkürzungsverzeichnis

---

ADL	Activity of Daily Living
ACIS	Assessment of Communication and Interaction Skills
AMPS	Assessment of Motor and Process Skills
AOTA	American Occupational Therapy Association
BADL	Basic Activities of Daily Living
BfS	Bundesamt für Statistik
CAOT	Canadian Association of Occupational Therapists
COPM	Canadian Occupational Performance Measure
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
DIMDI	Deutsches Institut für Medizintechnische Dokumentation und Information
IADL	Instrumental Activity of Daily Living
IC	Interessenscheckliste
ICD-10-GM	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification
ICF	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
MI	Motivational Interviewing
MOHO	Model of Human Occupation
OTPF	Occupational Therapy Practice Framework
PADL	Personal Activities of Daily Living
PEO-Modell	Person-Environment-Occupational Modell of Occupational Performance
RC	Rollencheckliste
TIA	Transischämische Attacke
TTM	Transtheoretisches Modell

---

WFOT	World Federation of Occupational Therapists
WHO	World Health Organization
ZHAW	Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

## 13.2 Glossar

ACIS	Das Assessment der Kommunikations- und Interaktionsfertigkeiten ist ein Beobachtungsinstrument und basiert auf dem MOHO. Es hilft dabei die sozialen Kompetenzen zu erfassen. Diese werden im Zusammenhang mit der Durchführung einer für den Klienten bedeutungsvollen Aktivität bewertet (Mentrup, 2011).
Aktivitätsanalyse	Crepeau, Cohn und Boyt Schell (2003, zit. nach AOTA, 2008, p. 669) werden bei der Aktivitätsanalyse die typischen Merkmale der Aktivität und die dafür benötigten Fähigkeiten betrachtet. Dabei fließt die mögliche kulturelle Bedeutung ein.
Alexie	Nach Pschyrembel Pflege (n.d.) [elektronische Version] definiert: „Unfähigkeit, den Sinn von Gelesenem bei intaktem Sehvermögen zu erfassen“.
AMPS	Das „Assessment der motorischen und prozesshaften Fertigkeiten“ basiert auf dem Modell von MOHO und ist ein Beobachtungsinstrument. Es dient der Erfassung über die Fertigkeiten, welche der Klient bei Aktivitäten im Alltag braucht (Mentrup, 2011).
Aphasie	Nach Pschyrembel Klinisches Wörterbuch (n.d.) [elektronische Version] definiert: „zentrale Sprachstörung nach (weitgehend) abgeschlossener Sprachentwicklung“.
Apraxie	Nach Pschyrembel Klinisches Wörterbuch (n.d.) [elektronische Version] definiert: „Störung der Ausführung willkürlicher, zielgerichteter u. geordneter Bewegungen bei intakter motor. Funktion“.
Assessment	Nach Schuberth (2005) definiert: „Abschätzung; Zusammentragen von Informationen anhand standardisierter Schemata um das Ausmass vorhandener, bzw. verloreener Fähigkeiten einschätzen zu können“. (p.18)
backward stepwise logistic regression Analyse	Eine Regressionsanalyse ist gemäss Pschyrembel Sozialmedizin (n.d) [elektronische Version] ein „statistisches Verfahren zur Analyse u. Spezifikation der funktionalen Abhängigkeit einer Kriteriumsvariablen (abhängige Variable, y) von einer od. mehreren Prädiktorvariablen (unabhängige Variable, x) durch Anpassung einer Geradengleichung an eine Punktwolke; die resultierende Gerade wird als Regressionsgerade bezeichnet[.]“.

Barthel Index	Nach Pschyrembel Klinisches Wörterbuch (n.d.) [elektronische Version] definiert: „Score zur Erfassung grundlegender Alltagsfunktionen“.
Betätigungsbereiche	Im OTPF der AOTA (2008) wird unter der Performanz in den Betätigungsbereichen verstanden, dass Ergotherapeuten den Fokus auf die Ausführung von Betätigungen legen. Die Betätigungsbereiche sind: ADL, IADL, Bildung, Arbeit, Spiel, Freizeit, Soziale Partizipation und Schlaf.
boolesche Operatoren	Nach Franke, Klein und Schüller-Zwierlein (2010) werden die booleschen Operatoren folgendermassen definiert: „Ausdruck, der bestimmte logische Verknüpfungen zwischen einzelnen Suchbegriffen beschreibt, benannt nach dem Mathematiker George Boole. In vielen Datenbanken und Online-Katalogen können die Booleschen Operatoren UND, ODER und NICHT zum Einengen oder Erweitern einer Suche verwendet werden“ (p.136)
content analysis	Die Inhaltsanalyse ( <i>content analysis</i> ) wird von Lamnek (2010) folgendermassen definiert: „Analyse von Material, das eine Form fixierter und reproduzierbarer Kommunikation darstellt, deren Inhalte vom Wissenschaftler erfasst werden können. Es werden aber auch andere Repräsentationsformen menschlichen Verhaltens oder sozialen Handelns analysiert: Akten, historische Dokumente oder Bilder, auch Gestik, Mimik und Motorik als Inhalte von Filmen“. (p. 669)
constant comparativ Ansatz	Die „ <i>constant comparative</i> “ Methode ist ein Prozess, bei dem jede neu gesammelte Information mit den vorherigen Daten verglichen wird. Dies ist ein fortlaufender Prozess, bis keine neuen Informationen mehr gefunden werden (researchproposalsforhealthprofessionals, 2014).
COPM (Canadian Occupational Performance Measure)	Gemäss Marotzki (2011) ist das COPM ein Assessment, welches diagnoseunabhängig ist. Es wird als Interview geführt und ist teilstandardisiert. Es zeigt die Veränderung und Zufriedenheit des Klienten bei der Ausführung von Aktivitäten. Es hilft die Ziele zu formulieren und diese zu evaluieren. Das COPM basiert auf dem Canadian Model of Occupational Performance [CMOP] (CAOT, 1997).
Cronbachs Alpha	Gemäss Pschyrembel Psychiatrie, Klinische Psychologie, Psychotherapie (n.d) [elektronische Version] beschreibt das Cronbachs Alpha die Homogenität eines Tests (Mass für die Reliabilität). Ein guter Test sollte einen Wert über 0.8 aufweisen (Wertebereich 0-1).

Domizil- behandlung	Laut Duden (2013) [elektronische Version] stammt das Wort Domizil vom lateinischen „domicilium“ ab und bedeutet „Wohnstätte“ oder „Wohnsitz“. Unter Domizilbehandlung verstehen die Verfasserinnen die Behandlung zuhause bei dem Klienten.
Drop-outs	Nach Pschyrembel Hunnius Pharmazeutisches Wörterbuch (n.d.) [elektronische Version] definiert: „Ausscheiden von Patienten im Verlauf von klinischen Studien aufgrund von Umzug, Todesfällen, nicht tolerierbaren unerwünschten Wirk. [Wirkung] od. Besserung des Krankheitsbildes“.
Embolie	Gemäss Pschyrembel Klinisches Wörterbuch (n. d) [elektronische Version] ist eine Embolie eine plötzliche Verlegung eines Gefässdurchgangs durch einen Embolus (z.B. Thrombus, Fett, Zellen, Luft, Fremdkörper).
explorative Faktorenanalyse	Laut Pschyrembel Sozialmedizin (n.d) [elektronische Version] ist die Faktorenanalyse ein statistisches Verfahren zur Datenreduktion und Findung verdeckter Strukturen. Die explorative Faktorenanalyse ist eine Form davon.
Fokal- neurologisches Defizit	Gemäss Pschyrembel Psychiatrie, Klinische Psychologie, Psychotherapie (n.d) [elektronische Version] ist ein fokal neurologisches Defizit „durch örtlich begrenzte (herdförmige) Erkrankung, Zerstörung od. Durchblutungsstörung bedingter Ausfall eines umschriebenen Hirnareals mit konsekutiver Herdsymptomatik“ definiert. Beispiele sind dafür Sprachstörungen oder Störungen der Motorik.
Frontalhirn- syndrom	Frontalhirnsyndrom wird gemäss Pschyrembel Klinisches Wörterbuch (n.d.) [elektronische Version] folgendermassen definiert: a) Schädigung der frontalen Konvexität: z.B. Antriebsminderung, die sich auf alle Lebensbereiche erstreckt, Greifautomatismen, Sprachstörungen und epileptische Anfälle. b) Schädigung des orbitalen Frontalhirns: z.B. Affektlabilität, eventuell Steigerung (seltener Hemmung) des Antriebs.
halbstrukturierte Tiefeninterviews	Tiefeninterview: Nach Duden (2013) [elektronische Version] definiert: „intensives Interview, bei dem der Interviewer versucht, in die tieferen Schichten der Persönlichkeit des Befragten einzudringen“. semistrukturiert/halbstrukturiert: Lamnek (2010) setzt das semistrukturierte Interview dem Leitfadentinterview gleich, welches der Autor wie folgt definiert: „Interview, bei dem sich der Interviewer eines mehr oder weniger ausgearbeiteten Leitfadens zur Gestaltung des Interviews

	bedient; ihm bleibt die Reihenfolge und Formulierung der Fragen im Wesentlichen selbst überlassen“. (p.674)
Hämo-	Gemäss Pschyrembel Klinisches Wörterbuch (n.d.) [elektronische Version] ist häm-, hämato- oder hämo- ein Wortteil mit der Bedeutung Blut.
Hämorrhagisch	Laut Duden (2013) [elektronische Version] bedeutet hämorrhagisch zu einer Blutungen führend oder mit einer Blutungen zusammenhängend.
Hemianopsie	Nach Pschyrembel Klinisches Wörterbuch (n.d.) [elektronische Version] definiert: „Halbseitenblindheit mit Ausfall einer Hälfte des Gesichtsfelds“.
Hemiparese	Nach Pschyrembel Klinisches Wörterbuch (n.d.) [elektronische Version] definiert: „inkomplette Lähmung einer Körperhälfte“.
holistisch	Laut Duden (2013) [elektronische Version] bedeutet holistisch „ganzheitlich“.
ICD-10-GM	Die "Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme" (ICD-10) wird von der Weltgesundheitsorganisation [WHO] erstellt. In der Schweiz wird für die Kodierung der Diagnosen die „German Modification“ (GM) verwendet. Diese basiert auf der WHO-Version und wird vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information [DIMDI] erstellt (BfS, 2014).
ICF	Die ICF ist eine Klassifizierung von Gesundheit und gesundheitsbezogenen Domänen. Sie bildet einen Rahmen für die Gesundheit und Behinderung auf individueller- und Bevölkerungsebene (WHO, 2014).
Interessenscheckliste (IC)	Die Interessenscheckliste ist ein Assessment des MOHOs und dient der Erfassung von Freizeitaktivitäten des Klientes. Der Grad des Interesses wird dabei anhand der Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft erfasst (Mentrup, 2011).
Ischämisch, Ischämie	Eine Ischämie ist gemäss Pschyrembel Klinisches Wörterbuch (n.d.) [elektronische Version] eine „Verminderung od. Unterbrechung der Durchblutung eines Organs, Organteils od. Gewebes inf. mangelnder art.[arterieller] Blutzufuhr [...]“.
Katheterisiert (adj.). Katheterisierung	Laut Pschyrembel Klinisches Wörterbuch (n.d.) [elektronische Version] wird bei der Katheterisierung ein Katheter in die Harnblase eingeführt. Für therapeutische Zwecke dient dieser zur Harnableitung bei Harnverhalt oder bei Blasenentleerungsstörungen bei neurologischen Klienten.

Klientenzentriert	Laut Duden (2013) [elektronische Version] bedeutet „klientenzentriert“: „den Klienten, die Bedürfnisse des Klienten in den Mittelpunkt stellend“.
Kontextfaktoren	Die Kontextfaktoren sind nach der ICF ein „Oberbegriff für Faktoren, die den gesamten Lebenshintergrund einer Person darstellen“. Es wird zwischen Umweltfaktoren (z.B. materielle oder soziale Faktoren) und der personenbezogenen Umwelt (z.B. Lebensstil, Bildung, Erfahrung) unterschieden (Pschyrembel Sozialmedizin, n.d. [elektronische Version]).
kontralateral	Nach Pschyrembel Klinisches Wörterbuch (n.d) [elektronische Version] definiert: „auf der entgegengesetzten Seite, gekreuzt“.
Median	Pschyrembel Psychiatrie, Klinische Psychologie, Psychotherapie (n.d.) [elektronische Version] beschreibt den Median als Zentralwert. 50% der Werte liegen ober- und unterhalb des Medians.
Member-Checking	Nach Letts et al. (2007) beschrieben: Die Teilnehmer werden in mehreren Teilen des Studienvorgangs involviert, um die Daten zu bestätigen und auf Interpretationen hin zu prüfen.
Modell	Nach Duden (2013) [elektronische Version] definiert: „Objekt, Gebilde, das die inneren Beziehungen und Funktionen von etwas abbildet bzw. schematisch veranschaulicht und vereinfacht, idealisiert“.
MOHO (Model of Human Occupation)	Laut Mentrup (2011) ist das ergotherapeutische Modell der menschlichen Betätigung in den USA entstanden. Das Modell ist auf alle Altersstufen anwendbar und befasst sich mit den Werten, Interessen, Selbstbild, Rollen, Gewohnheiten und den Fertigkeiten einer Person. Es gibt zahlreiche Assessments, welche auf diesem Modell gründen (z.B. die Rollencheckliste und die Interessenscheckliste).
Motivierende Gesprächsführung	Die motivierende Gesprächsführung hat zum Ziel, die Eigenmotivation der Klienten zu fördern, damit sie ihr Verhalten zum Wohl ihrer Gesundheit ändern. Um dies zu erreichen werden vier Grundprinzipien verfolgt (den Klienten nicht korrigieren; die Gedanken des Klienten verstehen; dem Klienten gut zuhören; den Klienten befähigen) (Rollnick, Miller und Butler, 2008).
narrativer Ansatz	Narrativ wird durch Duden (2013) [elektronische Version] definiert: „erzählend, in erzählender Form darstellend“. Der narrative Ansatz beschreiben Roschger-Stadlmayr und Kleibel- Arbeitshuber (2000): „Besagt, dass der Fokus der Aufmerksamkeit des Therapeuten auf der Sprache liegt, auf der



	Art und Weise, wie die Klienten ihre Situation, ihre Probleme und ihre Geschichte erzählen (Narrationen) und darauf, wie die gemeinsame therapeutische Geschichte sich erzählend weiterentwickelt und dabei die ursprüngliche Geschichte verändert“. (p.451)
Neglect	Gemäss Pschyrembel Klinisches Wörterbuch (n.d.) [elektronische Version] bedeutet Neglect auf englisch „vernachlässigen“. Ein Neglect ist eine meist halbseitige Vernachlässigung der Umgebung oder des eigenen Körpers.
Partizipation	Nach Duden (2013) [elektronische Version] definiert: „das Teilhaben, Teilnehmen, Beteiligtsein“.
Phänomenologisch-hermeneutisches Design	Phänomenologie wird durch den Duden (2013) [elektronische Version] definiert: „Wissenschaft, Lehre, die von der geistigen Anschauung des Wesens der Gegenstände oder Sachverhalte ausgeht, die die geistig-intuitive Wesensschau (anstelle rationaler Erkenntnis) vertritt“. Hermeneutik wird durch den Duden (2013) [elektronische Version] definiert: „das Verstehen von Sinnzusammenhängen in Lebensäusserungen aller Art aus sich selbst heraus (z.B. in Kunstwerken, Handlungen, geschichtlichen Ereignissen)“.
Plastizität	Laut Pschyrembel Klinisches Wörterbuch (n.d.) [elektronische Version] bezeichnet die Plastizität des Gehirns dessen dynamische Fähigkeiten. Das Hirn reagiert auf die Einflüsse der Umwelt mit Veränderung seiner Zellarchitektur, -struktur und -funktion.
Performanzfertigkeiten	Laut AOTA (2008) sind die Performanzfertigkeiten, Fertigkeiten, welche der Klient während der Aktivität zeigt.
Prozesshafte Fertigkeiten	Die prozesshaften Fertigkeiten aus dem (AMPS) werden von Fisher und Jones (2012) unter anderem als diejenigen definiert, welche eine Person benötigt, um eine Aktivität anzupassen, falls bei der Ausführung Probleme auftauchen.
Pschyrembel Klinisches Wörterbuch	Der Pschyrembel ist eine Informationsquelle für die Medizin. Das Klinische Wörterbuch ist ein Standard-Nachschlagewerk. Die Einträge werden von über 220 Fachautoren kontrolliert (Pschyrembel, n.d. [elektronische Version]).
Querschnitts- und Exploratives Design	Querschnittsdesign: Eine spezifische Gruppe wird in einem gleichen Zeitraum einmalig erfasst. Es dient dazu über ein noch nicht erforschtes Thema, Wissen zu generieren (Law et al., 1998). Exploratives Design: Es dient dazu, bis jetzt unbekannte

	Strukturen und Korrelationen in den Daten zu finden und dadurch neue Hypothesen zu bilden (Steland, 2010).
Rollencheckliste (RC)	Die Rollencheckliste ist ein Assessment des MOHO. Sie gibt Auskunft über die Ausführung und Wertschätzung von verinnerlichten Rollen in der Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft (Mentrup, 2011).
Spearments Korrelations Koeffizient	Im Pschyrembel Sozialmedizin (n.d) [elektronische Version] wird der Korrelationskoeffizient als den Wert „für Stärke u. Richtung des Zusammenhangs zwischen 2 Variablen“ definiert. Es gibt verschiedene Formen eines Korrelationskoeffizienten. Das Spearman's Rho gehört zu den Rangkorrelationskoeffizienten, welche bei schief verteilten Daten und bei diskreten Beobachtungen zur Anwendung kommt.
Stichprobe	Nach Duden (2013) [elektronische Version] definiert: „Teil einer Gesamtheit, der nach einem bestimmten Auswahlverfahren zustande gekommen ist“.
Stroke Unit	Die Stroke Unit ist eine Abteilung im Krankenhaus, welche sich auf die Behandlung von Menschen mit einem Schlaganfall in der Akutphase spezialisiert hat (Pschyrembel Klinische Wörterbuch (n.d) [elektronische Version]).
Subarachnoidalblutung	Nach Pschyrembel Klinisches Wörterbuch (n.d.) [elektronische Version] definiert: „akute Blutung in den Subarachnoidalraum (i.d.R. intrakraniell, sehr selten spinal)“.
Survival Analyse (Kaplan Meier Methode)	Im Pschyrembel Psychiatrie, Klinische Psychologie und Psychotherapie (n.d) [elektronische Version] ist die Survivalanalyse ein „Oberbegriff für statistische Verfahren, mit denen Überlebensdaten (Auftreten von Tod od. Krankheiten u. Störungen über die Zeit) untersucht werden [...]“. Es gibt verschiedene Formen der Survivalanalyse, wie z.B. die Kaplan-Meier-Methode. Diese ist ein Schätzverfahren, z.B. um die Wahrscheinlichkeit, ein bestimmtes Merkmal bis zu einem definierten Alter zu entwickeln, abzuschätzen.
Systematische Review	Nach Pschyrembel Naturheilkunde (n.d) [elektronische Version] definiert: „systematische Zusammenfassung aller verfügbaren wissenschaftlichen Primärstudien zu einer klar formulierten Fragestellung“.
therapeutische Modi	Laut Taylor (2008) gibt es in der Ergotherapie folgende therapeutische Modi für die bewusste Beziehungsgestaltung: beratend; zusammenarbeitend; mitfühlend; ermutigend; instruierend; problemlösend.

TIA	Ist eine Form des Schlaganfalls. Definiert nach Pschyrembel Klinisches Wörterbuch (n.d) [elektronische Version] ist TIA die Abkürzung für transitorische ischämische Attacke, welche vollständig reversible Symptome hat (Rückbildung innerhalb von 24 Stunden).
Top-Down Ansatz	Der Top-Down Ansatz orientiert sich an der ICF. Die Teilhabe, Alltagssituationen und die Rollen der Person stehen im Vordergrund. Die Sicht der Person steht im Mittelpunkt (Haase, 2011).
transkribieren	Nach Duden (2013) [elektronische Version] definiert: „in eine phonetische Umschrift übertragen“.
Triangulation	Triangulation bedeutet gemäss Flick (2004), dass ein Forschungsgegenstand von mindestens zwei Punkten aus betrachtet wird.
Trunkierungszeichen	Trunkierung: „Platzhalter für eine beliebige Anzahl von Zeichen bei einer Suchanfrage. Trunkierungen sind meist am Ende eines Wortes (Rechtstrunkierung) und seltener am Anfang eines Wortes (Linkstrunkierung) möglich. Trunkierungen sind sinnvoll, wenn mehrere Varianten eines Begriffs (z.B. grammatische Flexionen) gleichzeitig bei der Suche berücksichtigt werden sollen“. (p. 143)
TTM	Das Transtheoretische Modell wurde von Prochaska und DiClemente entwickelt. Es dient dazu Gewohnheiten (z.B. Rauchen) dauerhaft zu verändern. Die Autoren schreiben, dass dazu fünf Phasen durchlaufen werden müssen (1982 ( zit. nach Prochaska und DiClemente, 1983, p. 391)).
Urininkontinenz	Gemäss Pschyrembel Klinisches Wörterbuch (n.d) [elektronische Version] ist die Urininkontinenz eine eingeschränkte Funktion der Blase mit unwillkürlichem Abgang von Urin.
WHO	Die WHO ist die Leitung und Koordinierung der Behörde für Gesundheit innerhalb der Vereinten Nationen. Sie ist verantwortlich für die Führung in globalen Gesundheitsfragen, Überblick über die Gesundheitsforschung, Normen und Standards zu setzen, Evidenzbasierung, technische Unterstützung für die Länder und die Überwachung und Bewertung von Gesundheitstrends (WHO, 2014).
Zerebrovaskulär	Nach Duden (2007) definiert: „ die Hirnblutgefässe betreffend“.

## 13.3 ADL und IADL-Begriffserklärungen aus dem OTPF (AOTA, 2008)

**TABLE 1. AREAS OF OCCUPATION**

*Various kinds of life activities in which people, populations, or organizations engage, including ADL, IADL, rest and sleep, education, work, play, leisure, and social participation.*

### ■ ACTIVITIES OF DAILY LIVING (ADLs)

Activities that are oriented toward taking care of one's own body (adapted from Rogers & Holm, 1994, pp. 181–202). ADL also is referred to as *basic activities of daily living (BADLs)* and *personal activities of daily living (PADLs)*. These activities are “fundamental to living in a social world; they enable basic survival and well-being” (Christiansen & Hammecker, 2001, p. 156).

- **Bathing, showering**—Obtaining and using supplies; soaping, rinsing, and drying body parts; maintaining bathing position; and transferring to and from bathing positions.
- **Bowel and bladder management**—Includes completing intentional control of bowel movements and urinary bladder and, if necessary, using equipment or agents for bladder control (Uniform Data System for Medical Rehabilitation, 1996, pp. III–20, III–24).
- **Dressing**—Selecting clothing and accessories appropriate to time of day, weather, and occasion; obtaining clothing from storage area; dressing and undressing in a sequential fashion; fastening and adjusting clothing and shoes; and applying and removing personal devices, prostheses, or orthoses.
- **Eating**—“The ability to keep and manipulate food or fluid in the mouth and swallow it; *eating* and *swallowing* are often used interchangeably” (AOTA, 2007b).
- **Feeding**—“The process of setting up, arranging, and bringing food [or fluid] from the plate or cup to the mouth; sometimes called *self-feeding*” (AOTA, 2007b).
- **Functional mobility**—Moving from one position or place to another (during performance of everyday activities), such as in-bed mobility, wheelchair mobility, and transfers (e.g., wheelchair, bed, car, tub, toilet, tub/shower, chair, floor). Includes functional ambulation and transporting objects.
- **Personal device care**—Using, cleaning, and maintaining personal care items, such as hearing aids, contact lenses, glasses,

orthotics, prosthetics, adaptive equipment, and contraceptive and sexual devices.

- **Personal hygiene and grooming**—Obtaining and using supplies; removing body hair (e.g., use of razors, tweezers, lotions); applying and removing cosmetics; washing, drying, combing, styling, brushing, and trimming hair; caring for nails (hands and feet); caring for skin, ears, eyes, and nose; applying deodorant; cleaning mouth; brushing and flossing teeth; or removing, cleaning, and reinserting dental orthotics and prosthetics.
- **Sexual activity**—Engaging in activities that result in sexual satisfaction.
- **Toilet hygiene**—Obtaining and using supplies; clothing management; maintaining toileting position; transferring to and from toileting position; cleaning body; and caring for menstrual and continence needs (including catheters, colostomies, and suppository management).

### ■ INSTRUMENTAL ACTIVITIES OF DAILY LIVING (IADLs)

Activities to support daily life within the home and community that often require more complex interactions than self-care used in ADL.

- **Care of others (including selecting and supervising caregivers)**—Arranging, supervising, or providing the care for others.
- **Care of pets**—Arranging, supervising, or providing the care for pets and service animals.
- **Child rearing**—Providing the care and supervision to support the developmental needs of a child.
- **Communication management**—Sending, receiving, and interpreting information using a variety of systems and equipment, including writing tools, telephones, typewriters, audiovisual recorders, computers, communication boards, call lights, emergency systems, Braille writers, telecommunication devices for the deaf, augmentative communication systems, and personal digital assistants.
- **Community mobility**—Moving around in the community and using public or private transportation, such as driving, walking, bicycling, or accessing and riding in buses, taxi cabs, or other transportation systems.
- **Financial management**—Using fiscal resources, including alternate methods of financial transaction and planning and using finances with long-term and short-term goals.
- **Health management and maintenance**—Developing, managing, and maintaining routines for health and wellness promotion, such as physical fitness, nutrition, decreasing health risk behaviors, and medication routines.
- **Home establishment and management**—Obtaining and maintaining personal and household possessions and environment (e.g., home, yard, garden, appliances, vehicles), including maintaining and repairing personal possessions (clothing and household items) and knowing how to seek help or whom to contact.
- **Meal preparation and cleanup**—Planning, preparing, and serving well-balanced, nutritional meals and cleaning up food and utensils after meals.
- **Religious observance**—Participating in *religion*, “an organized system of beliefs, practices, rituals, and symbols designed to facilitate closeness to the sacred or transcendent” (Moreira-Almeida & Koenig, 2006, p. 844).
- **Safety and emergency maintenance**—Knowing and performing preventive procedures to maintain a safe environment as well as recognizing sudden, unexpected hazardous situations and initiating emergency action to reduce the threat to health and safety.
- **Shopping**—Preparing shopping lists (grocery and other); selecting, purchasing, and transporting items; selecting method of payment; and completing money transactions.

(Continued)

## **13.4 Danksagung**

Die Verfasserinnen möchten allen herzlich danken, welche beim Verfassen dieser Arbeit unterstützend zur Seite standen.

Besonders bedanken sich die Verfasserinnen bei Frau Cäcilia Küng für die fachkundigen Beratungen, die konstruktiven Diskussionen und die hilfreichen Tipps. Ausserdem gilt ein besonderer Dank Frau Elisabeth Hillan und Frau Marion Huber für die kompetente Beratung bei den Peerfeedbacks und Statistikberatungen. Bei unseren Korrekturlesern Florian Müller, Nicole Schwarz und Urs bedanken wir uns herzlich für die wertvollen Tipps, Anregungen und ihre aufgewendete Zeit. Ein grosses Dankeschön gilt auch den Familien und Freunden der Verfasserinnen, welche für ihr Wohlergehen beigetragen haben und den Verfasserinnen viel Verständnis entgegen brachten.

## 13.5 Studienbewertungen

### Critical Review Form – Qualitative Studies

Law, M., Stewart, D., Letts, L., Pollock, N., Bouch, J., & Westmorland, M., 1998

McMaster University

#### Citation:

Kitzmüller, G., Häggström, T. & Asplund, K. (2013). Living an unfamiliar body: the significance of the long-term influence of bodily changes on the perception of self after stroke. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 16, 19-29.

#### Comments

<p><b>STUDY PURPOSE</b> Was the purpose and/or research question stated clearly? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>	<p><b>Outline of the purpose and/or research question of the study.</b> Das Ziel wird verfolgt, die Bedeutung von Langzeiteinflüssen der körperlichen Veränderungen nach einem Schlaganfall auf die Selbstwahrnehmung aufzuzeigen.</p>
<p><b>LITERATURE:</b> Was relevant background literature reviewed: <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>	<p><b>Describe the justification of the need for this study. Was it clearly compelling?</b> Die Bedeutung eines Schlaganfalls wird aufgezeigt sowie die Auswirkungen auf Körperstrukturen. Der Einfluss eines Schlaganfalls wurde bei Männern weniger untersucht als bei Frauen. Die Sicht der Frauen wird kurz aufgezeigt. In qualitativen Studien wurde aufgezeigt, dass Körper und Geist separat wahrgenommen werden. Diese Studie wird aus phänomenologisch-hermeneutischer Sicht gesehen. Im Wissen, dass ein Zusammenhang von Welt, Körper und dem Selbst besteht, kann besser verstanden werden, wie körperliche Erfahrungen nach einem Schlaganfall die Selbstwahrnehmung beeinflussen. Die Wissenslücke besteht darin, dass es noch keine Langzeitstudien bei Schlaganfallpatienten gibt.</p> <p><b>How does the study apply to professionals and/or to your research question? Is it worth continuing this review?</b> Die Autoren zeigen die Relevanz auf (das Bewusstsein ist wichtig, um Personen richtig zu behandeln) und zeigen die Wissenslücke auf (bis jetzt mehr Studien nur bis 1 Jahr nach Schlaganfall). Sie zeigen den Langzeiteinfluss eines Schlaganfalls auf. Aufgrund der Hintergrundliteratur ist diese Studie für die Bachelorthesis relevant.</p>
<p><b>STUDY DESIGN:</b> What was the design:</p>	<p><b>What was the study design? Was the design appropriate for the study question?</b> Es wird erläutert warum es wichtig ist, das phänomenologisch-</p>

<input type="checkbox"/> ethnography <input type="checkbox"/> grounded theory <input type="checkbox"/> participatory action research <input checked="" type="checkbox"/> phenomenology <input checked="" type="checkbox"/> other <input checked="" type="checkbox"/> hermeneutisch	<p>hermeneutische Design zu verwenden. Das Design passt gut zur Fragestellung der Studie.</p> <p>Für die Datengewinnung wurde ein narrativer Ansatz gewählt.</p>
<p>Was theoretical perspective identified?</p> <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<p><b>Describe the theoretical perspective for this study. (e.g. researchers perspective)</b></p> <p>Die Autoren haben ihre Denkweise sehr klar dargelegt und mit weiterer Literatur begründet (siehe auch bei theoretischem Hintergrund).</p>
<p><b>Method (s) used:</b></p> <input type="checkbox"/> participant observation <input checked="" type="checkbox"/> interviews <input type="checkbox"/> document review <input type="checkbox"/> focus groups <input type="checkbox"/> other	<p><b>Describe the method(s) used to answer the research question. Are the methods congruent with the philosophical underpinnings and purpose?</b></p> <p>Es wurden 23 narrative Interviews geführt. Diese Form passt zum Design. Sie wurden auf Tonband aufgenommen und transkribiert.</p>
<p><b>SAMPLING:</b></p> <p>The process of purposeful selection was described</p> <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <p>Sampling was done until redundancy in data was reached</p> <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Not addressed <p>Was informed consent obtained?</p> <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed	<p><b>Describe sampling methods used. Was the sampling method appropriate to the study purpose or research question?</b></p> <p>Es wird nicht erklärt, warum diese Teilnehmer, diese Anzahl oder weshalb dieses Geschlechterverhältnis gewählt wurden.</p> <p>Die Teilnehmer wurden von lokalen Leitern der norwegischen Schlaganfalldatenbank (<i>stroke association</i>) und der Spitex (<i>home nursing services</i>) rekrutiert. Der Schlaganfall sollte seit mindestens 3 Jahren bestehen, die Teilnehmer sollten über 16 Jahre alt sein, zuhause leben und kognitiv fähig sein, die Einverständniserklärung (<i>informed consent</i>) abzugeben.</p> <p><b>Are the participants described in adequate detail? How is the sample applicable to your practice or research question? Is it worth continuing?</b></p> <p>Stichprobe:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 23 Teilnehmer (9 Frauen, 14 Männer)</li> <li>• 32-68 Jahre alt (Durchschnitt 51 Jahre)</li> <li>• In Norwegen durchgeführt; die Teilnehmer leben in ländlichen und städtischen Gegenden aus norwegischen Regionen.</li> <li>• Zeit seit Schlaganfall: 3-25 Jahre (Durchschnitt 10 Jahre)</li> <li>• Alle, ausser 2 Teilnehmer haben Lähmungen; 9 benötigen Stöcke, 3 Rollstühle, um nach draussen zu gehen; 11 haben Aphasie und Lähmungen; 2 haben Neglect; 9 leiden unter kognitiver oder physischer Müdigkeit; 2 haben visuelle Probleme; alle haben Einschränkungen in kognitiven und emotionalen Funktionen; 9 sind in den ADL abhängig von einer Person (Duschen, Kochen, Kleiden, WC).</li> <li>• Vor dem Schlaganfall waren 17 Teilnehmer Vollzeitangestellte, 5 davon konnten danach Teilzeit und einer wieder Vollzeit arbeiten.</li> </ul>

	<p>Die Teilnehmer werden sehr ausführlich beschrieben. Die Wohnsituation wird nicht genau beleuchtet (es ist unklar, ob sie alleine oder mit einem Partner wohnen.)</p> <p>Die Anzahl der Teilnehmer reicht für das Design aus.</p> <p><b>Describe ethics procedure.</b></p> <p>Die Einverständniserklärung (<i>informed consent</i>) wurde schriftlich abgegeben.</p> <p>Die ethische Genehmigung wurde vom regionalen norwegischen Ethikkomitee (<i>north norwegian regional research ethics committee</i>) gegeben.</p> <p>Die Teilnehmer konnten sich Hilfe suchen nach dem Interview, wenn sie diese benötigten. Auch wussten sie, dass sie das Interview unterbrechen dürfen, was aber niemand tat.</p>
<p><b>DATA COLLECTION:</b></p> <p><u>Descriptive Clarity</u></p> <p>Clear &amp; complete description of site: <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N</p> <p>participants: <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N</p> <p>Role of researcher &amp; relationship with participants <input type="checkbox"/> Y <input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> N</p> <p>Identification (bracketing) of assumptions of researcher <input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N</p> <p><u>Procedural Rigor</u></p> <p>Procedural rigor was used in the data collection strategies: <input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p>	<p><b>Describe the context of the study. Was it sufficient for understanding of the “whole” picture?</b></p> <p>Der Zeitraum der Interviewdurchführung ist nicht bekannt. 23 Interviews wurden geführt. 17 alleine mit den Teilnehmern und 6 in Anwesenheit der Partner. Die Interviews fanden bei den Teilnehmer zuhause statt und dauerten zwischen 60 und 210 Minuten. Die Interviews wurden aufgenommen und transkribiert. Zuerst wurden Hintergrundinformationen gesammelt. Danach wurden Fragen gestellt zur Veränderung, zu Erfahrungen und zur Selbstwahrnehmung. Folgefragen wurden zum vertiefteren Verständnis gestellt.</p> <p>Die Interviews und das Transkribieren wurde vom 1. Autor durchgeführt.</p> <p>Die Autoren werden beschrieben (Pflegefachfrauen mit viel Erfahrung).</p> <p>Die Teilnehmer und das Setting für die Interviews sind ausführlich beschrieben.</p> <p><b>What was missing and how does that influence your understanding of the research?</b></p> <p>Die Beziehung zu den Teilnehmern wird nicht beleuchtet. Der Zeitraum der Interviewdurchführung ist nicht bekannt, was die Resultate beeinflussen kann.</p> <p><b>Do the researchers provide adequate information about data collection procedures e.g., gaining access to the site, field notes, training data gatherers? Describe any flexibility in the design &amp; data collection methods.</b></p> <p>Die Autoren haben während der Interviews Gesichtsausdrücke, Emotionen und Gesten dokumentiert, um den Lebenskontext ausführlich zu beschreiben. Diese Feldnotizen wurden in der Analyse beigezogen.</p> <p>Interviews mit Teilnehmern mit Kommunikationsproblemen wurden bewusst unter Berücksichtigung von Geduld und praktischer methodologischer Strategien durchgeführt. Die Interviewer waren geübt mit Aphasikern zu sprechen.</p> <p>Den Teilnehmern wurde eine emotionale Unterstützung nach den Interviews angeboten, da die Erinnerung schmerzhaft sein kann. Klärungsfragen wurden gestellt. Bei Aphasikern haben Partner geantwortet, die Teilnehmer hätten eingreifen können, wenn etwas</p>



	<p>nicht gestimmt hätte (Nach der Aussage der Forscher). Die Interviews wurden in ruhiger Atmosphäre durchgeführt.</p>
<p><b>DATA ANALYSIS:</b> <u>Analytical Rigour</u> Data analyses were inductive? __X__ Y ___ N ___ Not addressed</p> <p>Findings were consistent with &amp; reflective of data? __X__ Y ___ N</p> <p><u>Auditability</u> Decision trail developed? __X__ Y ___ N ___ Not addressed</p> <p>Process of analyzing the data was described adequately? __X__ Y ___ N ___ Not addressed</p> <p><u>Theoretical Connections</u> Did a meaningful picture of the phenomenon under study emerge? __X__ Yes ___ No</p>	<p><b>Describe method(s) of data analysis. Were the methods appropriate? What were the findings?</b></p> <p><u>Analysemethode:</u> 1. Naive understanding; 2. structural analysis; 3. comprehensive understanding. Die Methode ist passend zum Studiendesign.</p> <p><u>Resultate:</u> Einen gebrechlichen Körper haben (<i>Living a fragile body</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>In einem unbehaglichen, empfindlichen Körper leben (<i>Living a discomforting and vulnerable body</i>): Lähmungen sind oft verbunden mit Schmerzen, Spastik und verminderter Sensibilität. Dies kann ein Grund für den Gebrauch eines Rollstuhles und die Abhängigkeit von permanenter Hilfe sein. Viele Teilnehmer mit Lähmungen sind gestürzt. Physische und kognitive Müdigkeit werden als frustrierend erlebt. Dies hat die Teilnehmer in früheren Rollen eingeschränkt. Die vielen benötigten Pausen haben das Arbeiten verhindert. Aufgaben zuhause müssen dem Partner abgegeben werden.</li> <li>In einem hilfsbedürftigen Körper leben (<i>Living a body in need of support</i>): Stöcke, Schienen, Rollstühle und andere Kompensationen haben Unabhängigkeit ermöglicht. Auto oder motorisierte Fahrzeuge haben Freiheit und Kraft gegeben. Wegen der Angst vor Stigmatisierung wollen nicht alle Hilfsmittel benutzen. Viele sagen, dass sie dank ihrer Partner nicht in eine Institution eintreten mussten.</li> <li>Viel Konzentration auf Körperfunktionen richten (<i>Living in increased attention to bodily functions</i>): Die Teilnehmer benötigen viel Konzentration für Bewegungen und das Agieren. Dualtask war schwierig. Z.B. während des Gehens etwas anzuschauen. Strategien im Umgang mit Neglect werden angewendet. Das Schlucken und Kauen ist schwierig.</li> </ul> <p>Den Körper als fremd erleben (<i>Living a body that is not me</i>):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Einen ungewohnten und unzuverlässigen Körper haben (<i>Living a unfamiliar and unreliable body</i>): Der Körper nicht unter Kontrolle haben und wird als fremd wahrgenommen.</li> <li>Von anderen zurückgewiesen werden (<i>Living a body rejected by others</i>): Das Gefühl nicht als erwachsene Person behandelt zu werden, ist schmerzhaft.</li> <li>Mit einer veränderten Selbstwahrnehmung leben (<i>Living with an altered perception of self</i>): Der Arbeitsverlust führt zu Selbstwertverlust. Der Rollenverlust von Hausfrauen wird genannt. Die Männer</li> </ul>

	<p>geben den Verlust an, das Haus nicht mehr streichen, das Dach nicht mehr flicken, Schnee nicht mehr wegräumen oder das Auto nicht mehr putzen zu können. Den Führerschein zu verlieren ist für Männer schlimm. Hilfe beim Essen, oder beim WC-Gang zu benötigen, ist beschämend.</p> <p><b>Describe the decisions of the researcher: transformation of data to themes/codes. Outline the rationale given for development of themes.</b></p> <p>Es wird aufgezeigt, was im “naive understanding” und in der “structural analysis” herausgekommen ist. Es wird beschrieben, wie die Forscher bei der Themenentwicklung vorgegangen sind.</p> <p><b>How were concepts under study clarified &amp; refined, and relationships made clear? Describe any conceptual frameworks that emerged.</b></p> <p>Es wurde mit Literatur begründet.</p>
<p><b>Overall Rigour</b></p> <p>Was there evidence of the four components of trustworthiness?</p> <p>Credibility <input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N</p> <p>Transferabilit <input type="checkbox"/> Y <input checked="" type="checkbox"/> (X) <input type="checkbox"/> N</p> <p>Dependability <input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N</p> <p>Confirmability <input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N</p>	<p><b>For each of the components of trustworthiness, identify what the researcher used to ensure each.</b></p> <p><u>Credibility</u>: Die Teilnehmer sind sehr genau beschrieben (inklusive Auswirkungen durch den Schlaganfall). Die Settings, in welchen die Interviews durchgeführt wurden, werden klar benannt. Es wird eine Reflexion über Interviews abgegeben, welche in Anwesenheit von einem Partner durchgeführt wurden (Beeinflussung). Es wird keine Reflexion über die Rekrutierung vorgenommen (dies könnte auch ein Bias sein, da nicht klar ist, wieso genau diese Teilnehmer ausgewählt wurden). Es findet wenig Triangulation statt: die Forscher führen Einzelinterviews durch, machen Feldnotizen und ziehen Literatur hinzu. Es wird kein “Member-Checking” durchgeführt. Mehrere Forscher haben die Analyse der Daten durchgeführt, das Interview hat immer der gleiche Autor geführt, der gleiche hat diese transkribiert.</p> <p><u>Transferability</u>: Die Teilnehmer stammen aus Norwegen; Die Interviews sind sehr genau beschrieben (Dauer, Ort, Atmosphäre, Durchführung); die Teilnehmer sind genau beschrieben. Die Teilnehmerzahl ist gering und es herrscht ein grosser Altersunterschied. Die Auswirkungen durch den Schlaganfall sind sehr unterschiedlich.</p> <p><u>Dependability</u>: Der Analyseprozess ist klar beschrieben (3 Schritte). Mehrere Forscher waren an der Analyse der Interviews beteiligt. Die Resultate stimmen mit den ihnen zugeordneten Kategorie überein. Die Entwicklung der Themen ist nachvollziehbar.</p> <p><u>Confirmability</u>: Kein „Member-Checking“; mehrere Forscher beim Analyseprozess; die Forscher haben Emotionen und Gesichtsausdrücke notiert. Präzise Beschreibung der Teilnehmer und der Settings bei den Interviews.</p> <p><b>What meaning and relevance does this study have for your practice or research question?</b></p> <p>Aufgrund der reichhaltigen Resultate ist diese Studie relevant für die Bachelorthesis. Einige Aussagen sind nützlich.</p>
<p><b>CONCLUSIONS &amp; IMPLICATIONS</b></p> <p>Conclusions were appropriate given the</p>	<p><b>What did the study conclude? What were the implications of the findings for occupational therapy (practice &amp; research)? What were the main limitations in the study?</b></p> <p><u>Conclusion</u>:</p>

<p>findings  ___X___ Y ___ N</p> <p>The findings contributed to theory development &amp; future OT practice/research  ___x___ Y ___ N</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Müdigkeit und Schmerz hat einen grossen Einfluss auf die Befindlichkeit, ebenso wie andere Menschen auf die Teilnehmer reagieren =&gt; dies wird unterstützt/erweitert mit andern Studien.</li> <li>• Obwohl die Teilnehmer schon lange mit dem Schlaganfall leben, leiden sie noch an Verlusten.</li> <li>• Die Selbstreflexion ist sehr wichtig.</li> <li>• Schlaganfall hat viele Kosequenzen auf das “<i>Self-concept</i>”, die Rollen und die Partizipation.</li> </ul> <p>Die Resultate werden mit weiterer Literatur verglichen.</p> <p><u>Implications:</u>  Das Ziel sollte verfolgt werden, den Verlust von wichtigen Netzwerken, des Arbeitslebens und von beliebten Aktivitäten zu vermeiden.</p> <p>Selbsthilfegruppen sind gut und sollten unterstützt werden; es bräuchte mehr Forschung und Ausbildung; frühe Interventionen mit einem “<i>health care worker</i>” könnten helfen, den neuen Körper besser zu akzeptieren; es ist wichtig, Wege zu finden, welche helfen eine positive Sicht auf das Selbst zu erhalten, trotz der veränderten Körperfunktionen.</p> <p>Es werden keine Limitationen erwähnt.</p>
---	--

## Critical Review Form – Qualitative Studies

✘ Law, M., Stewart, D., Letts, L., Pollock, N., Bouch, J., & Westmorland, M.,  
1998

### McMaster University

**Citation:**

Sumathipala, K., Radcliffe, E., Sadler, E., Wolfe, C. D. & McKeivitt, C. (2011). Identifying the long-term needs of stroke survivors using the International Classification of Functioning Disability and Health. *Chronic Illness*, 8 (1), 31-44.

**Comments**

<p><b>STUDY PURPOSE</b> Was the purpose and/or research question stated clearly? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>	<p><b>Outline of the purpose and/or research question of the study.</b> Die Studie möchte aufzeigen, wie die Kontextfaktoren des ICF Personen mit Schlaganfall in ihrem Handeln beeinflussen und wie Bedürfnisse langfristig wahrgenommen werden.</p>
<p><b>LITERATURE:</b> Was relevant background literature reviewed: <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>	<p><b>Describe the justification of the need for this study. Was it clearly compelling?</b> Bisher wurden langfristige Bedürfnisse nach einem Schlaganfall wenig erforscht. Der Begriff „langfristig“ wird aufgrund Literatur definiert. Die Autoren zeigen anhand weiterer Literatur auf, dass für Personen nach einem Schlaganfall der soziale und persönliche Kontext, die Anpassung an die Behinderung sowie die physischen Funktionen wichtig sind. Darüber wie Kontextfaktoren (Umwelt und persönliche Faktoren) langfristig die Bedürfnisse beeinflussen gibt es gemäss den Autoren noch keine Literatur. Sie zeigen auf, dass die ICF ein geeignetes Bezugssystem ist, um diese dynamischen Interaktionen zu beleuchten. Es wird viel relevante Literatur genannt und der Stand des Wissens kann aufgezeigt werden.</p> <p><b>How does the study apply to professionals and/or to your research question? Is it worth continuing this review?</b> Die Fragestellung der Bachelorthesis handelt von Einschränkungen und Ressourcen für die oder in der Betätigungsperformanz, weshalb sich diese Studie eignet.</p>
<p><b>STUDY DESIGN:</b> What was the design: <input type="checkbox"/> ethnography <input type="checkbox"/> grounded theory <input type="checkbox"/> participatory action research <input type="checkbox"/> phenomenology <input type="checkbox"/> other</p>	<p><b>What was the study design? Was the design appropriate for the study question?</b> Das Design wird nicht explizit erwähnt. Da das Empfinden der Teilnehmer erforscht wird, handelt es sich vermutlich um ein phänomenologisches Design.</p>
<p>Was theoretical perspective identified? <input checked="" type="checkbox"/> Yes</p>	<p><b>Describe the theoretical perspective for this study. (e.g. researchers perspective)</b> Die Autoren zeigen die Notwendigkeit des</p>

<input type="checkbox"/> No	Patientenzentrierten-Ansatzes auf und auch die Notwendigkeit von qualitativen Studien.
<p><u>Method (s) used:</u></p> <input type="checkbox"/> participant observation <input checked="" type="checkbox"/> interviews <input type="checkbox"/> document review <input type="checkbox"/> focus groups <input type="checkbox"/> other <hr/>	<p><b>Describe the method(s) used to answer the research question. Are the methods congruent with the philosophical underpinnings and purpose?</b></p> <p>Die semistrukturierten Tiefeninterviews wurden anhand eines für diese Studie entwickelten und getesteten Themenleitfadens durchgeführt. Sie wurden digital aufgezeichnet und transkribiert.</p> <p>Zu folgenden Themen sind Fragen gestellt worden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Auswirkungen des Schlaganfalles</li> <li>- erlebte Probleme und Herausforderungen seit dem Schlaganfall</li> <li>- erhaltene Unterstützung und Service</li> <li>- empfundene Bedürfnisse</li> </ul> <p>Vor der Studie wurde der Fragebogen an 13 Personen mit einem Schlaganfall getestet.</p> <p>Diese Fragen passen gut zur Forschungsfrage.</p> <p>Semistrukturierte Tiefeninterviews eignen sich zur Beantwortung der Forschungsfrage.</p>
<p><b>SAMPLING:</b>  The process of purposeful selection was described</p> <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<p><b>Describe sampling methods used. Was the sampling method appropriate to the study purpose or research question?</b></p> <p>Es wurden gezielt Männer und Frauen verschiedenen Alters gesucht, mit unterschiedlicher Zeitspanne seit dem Schlaganfall und verschiedenen Behinderungsniveaus sowie mit verschiedenen sozioökonomischen und ethnischen Hintergründen.</p> <p>Einschlusskriterium: Es müssen mindestens 12 Monate seit dem Schlaganfall vergangen sein.</p> <p><u>Sample:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 35 Teilnehmer (49% Männer, 51% Frauen)</li> <li>• 1-11 Jahre nach Schlaganfall</li> <li>• Wohnform: 91% leben zuhause (alleine oder mit jemanden zusammen), 6% leben in Alterswohnungen, 3% in anderen Wohnformen wie z.B. ein Pflegeheim.</li> <li>• Alter: 34-100 Jahre alt (Durchschnittsalter 69 Jahre)</li> <li>• Barthel Score 3-20</li> <li>• Die Studie wurde in England (London) durchgeführt (ärmere Region).</li> </ul> <p><u>Rekrutierungsprozess:</u></p> <p>Es wurden 111 Briefe verschickt. Nur 3 kamen zurück. Sie kontaktierten dann diejenigen, welche nicht antworteten per Telefon. 72 Personen konnten nicht per Telefon erreicht werden (Gründe dafür sind angegeben). Zum Vermeiden eines Bias wird angegeben, dass diejenigen, welche nicht erreicht werden konnten, vergleichbar mit den Teilnehmern in Bezug auf Alter, Ethnie und Lebensbedingungen waren. Die Studienteilnehmer sind im Vergleich zur gesamten Population</p>
<p>Sampling was done until redundancy in data was reached</p> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Not addressed	

<p>Was informed consent obtained?  <input checked="" type="checkbox"/> Yes  <input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Not addressed</p>	<p>des Registers in der Mobilität stärker eingeschränkt.  39 Teilnehmer konnten kontaktiert werden. 35 waren einverstanden, an der Studie teilzunehmen (Gründe, weshalb die 4 weiteren Teilnehmer nicht teilnehmen, werden angegeben). Die Teilnehmer wurden anonymisiert.  <b>Are the participants described in adequate detail? How is the sample applicable to your practice or research question? Is it worth continuing?</b>  Die Teilnehmer sind ausführlich beschrieben. Das Sample passt zu den Ein- und Ausschlusskriterien der Bachelorthesis.  <b>Describe ethics procedure.</b>  Die Studie wurde durch ein Ethikkomitee zugelassen und die Teilnehmer haben eine Einverständniserklärung unterschrieben.</p>
<p><b>DATA COLLECTION:</b>  <u>Descriptive Clarity</u>  Clear &amp; complete description of site: <input type="checkbox"/> Y <input checked="" type="checkbox"/> N  participants: <input checked="" type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N  Role of researcher &amp; relationship with participants <input type="checkbox"/> Y <input checked="" type="checkbox"/> N  Identification (bracketing) of assumptions of researcher <input type="checkbox"/> Y <input checked="" type="checkbox"/> N  <u>Procedural Rigor</u>  Procedural rigor was used in the data collection strategies:  <input checked="" type="checkbox"/> Yes  <input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Not addressed</p>	<p><b>Describe the context of the study. Was it sufficient for understanding of the “whole” picture?</b>  Die Teilnehmer sind sehr genau dargestellt.  Das Setting der Interviews wird nicht detailliert beschrieben, auch nicht die Rolle des Forschers zu den Teilnehmern.  <b>What was missing and how does that influence your understanding of the research?</b>  Es wird nicht beschrieben, wer die Interviews geführt hat, wo sie stattgefunden haben, wie lange die Interviews dauerten oder ob die Teilnehmer mit oder ohne Angehörigen durchgeführt wurden. Die Situation kann so nicht richtig eingeschätzt werden, was ein möglicher Bias ist.  <b>Do the researchers provide adequate information about data collection procedures e.g., gaining access to the site, field notes, training data gatherers? Describe any flexibility in the design &amp; data collection methods.</b>  Die Interviews wurden zwischen Mai und November 2009 geführt.  Die Teilnehmer wurden vor den Interviews ausgewählt, es kamen keine weiteren Teilnehmer dazu.  Der Fragebogen wurde vor der Studie getestet.</p>
<p><b>DATA ANALYSIS:</b>  <u>Analytical Rigour</u>  Data analyses were inductive?  <input checked="" type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Not addressed  Findings were consistent with &amp; reflective of data?  <input checked="" type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N  <u>Auditability</u>  Decision trail developed?  <input checked="" type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Not addressed  Process of analyzing the data was</p>	<p><b>Describe methods (s) of data analysis. Were the methods appropriate? What were the findings?</b>  Die Interviews wurden digital aufgezeichnet und transkribiert. Die Software QSR NVivo8 wurde verwendet. Die Transkripts wurden thematisch analysiert und den ICF Kategorien zugeordnet. Das Codieren nahmen 2 voneinander unabhängige Forscher vor. Danach wurden sie in Umwelt- und persönliche Faktoren zugeteilt. Die Teilnehmer wurden anonymisiert.  <u>Resultate:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Umweltfaktoren <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Themen sind: Unterstützung und Beziehungen; Produkte und Technologie; Service, System, Politik; Einstellung.</li> <li>○ Förderfaktoren: Soziale Unterstützung; passende</li> </ul> </li> </ul>

<p>described adequately?  <input checked="" type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Not addressed</p> <p><u>Theoretical Connections</u>  Did a meaningful picture of the phenomenon under study emerge?  <input checked="" type="checkbox"/> Yes  <input type="checkbox"/> No</p>	<p>Hilfsmittel für die Mobilität; Transport, Wohnsituation.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Barrieren: weniger soziale Unterstützung; keine passenden Hilfsmittel für die Mobilität; Wohnform, negative Reaktionen von anderen; Transport; Informationen über Hilfe; finanzielle Unterstützung.</li> <li>• Persönliche Faktoren <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Themen sind: Lebenserfahrung; Soziale Position; persönliche Einstellung.</li> <li>○ Förderfaktoren: Gesundheit vor dem Schlaganfall; sich zu vergleichen mit anderen Personen mit Schlaganfall; Wissen über Gesundheitsversorgung; Betätigung; Bildungsgrad; Streben nach Unabhängigkeit, brauchen von öffentlichen Ressourcen.</li> <li>○ Barrieren: Unwissen über Gesundheitsversorgung; keine Betätigung; Bildungsgrad.</li> </ul> </li> <li>• Langzeitbedürfnisse: Mobilität, Soziale Partizipation, Anpassungen zu Hause, Wohnsituation, Erhalten finanzieller Unterstützung und Begünstigungen, Rehabilitation, Information.</li> <li>• Gute und übersichtliche Zusammenfassung in Abbildung 2.</li> </ul> <p><b>Describe the decisions of the researcher: transformation of data to themes/codes. Outline the rationale given for development of themes.</b></p> <p>Es wird beschrieben, dass die Codes durch 2 unabhängige Forscher gemacht wurden. Diese wurden zu den persönlichen- und Umweltfaktoren zugeordnet.</p> <p><b>How were concepts under study clarified &amp; refined, and relationships made clear? Describe any conceptual frameworks that emerged.</b></p> <p>Die ICF wurde als Rahmen verwendet, es wird dazu viel Literatur genannt, wodurch die Resultate bestätigt werden.</p>
<p><b>Overall Rigour</b>  Was there evidence of the four components of trustworthiness?  Credibility <input checked="" type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N  Transferabilit <input type="checkbox"/> Y <input checked="" type="checkbox"/> (x) N  Dependability <input checked="" type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N  Confirmability <input checked="" type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N</p>	<p><b>For each of the components of trustworthiness, identify what the researcher used to ensure each.</b></p> <p><u>Credibility</u>: Der Rekrutierungsprozess wird klar dargestellt, es werden Gründe genannt, wieso die angeschriebenen Teilnehmer nicht mitmachten. Alle Teilnehmer wurden interviewt. Die Forscher erwähnen allerdings, dass sie Interviews als Methode anzweifeln. Zwei verschiedene Forscher codierten die Transkripts. Es wurde kein „Member-Checking“ durchgeführt. Es ist ein gezieltes „Sampling“. Es wurden keine Notizen zu Interpretationen gemacht (wenig Triangulation mit der Theorie).</p> <p><u>Transferability</u>: Der Vergleich zur gesamten Population des Schlaganfallregisters wurde gemacht. In grossen Teilen sind sie vergleichbar. Die Teilnehmer werden sehr klar beschrieben, auch die Situation im Süden von London wird erwähnt. Jedoch ist wenig über den Kontext bei den</p>

	<p>Interviews bekannt (Angehörige anwesend oder nicht, Dauer der Interviews)</p> <p><u>Dependability:</u> Es wird nicht genau erklärt und beschrieben, wie die Daten erhoben wurden, wie gefragt wurde oder wie das Setting der Interviews war. Es wird genau beschrieben, wie die Kategorien bestimmt wurden und welche Software gebraucht wurde. Die Codes entstanden durch 2 unterschiedliche Forscher.</p> <p><u>Confirmability:</u> Ein Vergleich zur gesamten Registerpopulation wurde dargestellt, die Rekrutierung der Teilnehmer ist sehr genau beschrieben und die Situation in London wird beschrieben. Möglicher Bias durch die Forscher während der Interviews wird nicht erwähnt, ebenso wird nichts über fehlende Information zum Setting erwähnt. Keine Notizen zu Interpretationen.</p> <p><b>What meaning and relevance does this study have for your practice or research question?</b></p> <p>Zur Beantwortung der Bachelorthesis-Fragestellung ist die Studie sehr geeignet. Es werden Barrieren und Ressourcen für die Betätigungsperformanz aufgezeigt, auch für die Bereiche ADL und IADL.</p>
<p><b>CONCLUSIONS &amp; IMPLICATIONS</b></p> <p>Conclusions were appropriate given the findings</p> <p>_____x_ Y _____ N</p> <p>The findings contributed to theory development &amp; future OT practice/research</p> <p>_____x_ Y _____ N</p>	<p><b>What did the study conclude? What were the implications of the findings for occupational therapy (practice &amp; research)? What were the main limitations in the study?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Umweltfaktoren und persönliche Faktoren beeinflussen das Handeln. Es wurden ähnliche Themen identifiziert wie in früheren Studien, welche nur die ersten Jahre nach einem Schlaganfall beleuchteten.</li> <li>• Die Bedürfnisse der Betroffenen nach einem Schlaganfall beziehen sich auf die ADL, die soziale Teilhabe, die Gehhilfen, Wohnungsanpassung, den Haushalt und den Zugang zu finanzieller Unterstützung, die Rehabilitation sowie zu Informationen und Transport.</li> <li>• Die soziale Unterstützung durch die Familie und Freunde wurde von den meisten Teilnehmern als sehr wichtig empfunden.</li> </ul> <p><u>Limitation/Stärken:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• einige der wenigen Studien, die Langzeitbedürfnisse aufzeigen, ICF war ein guter Rahmen, um Einflüsse darzustellen.</li> <li>• repräsentative Teilnehmer</li> <li>• Validität der Resultate aufgrund des repräsentativen Samples aus dem Register.</li> <li>• Interviews als Schwäche, da es nur eine einmalige Sicht aufzeigt.</li> </ul> <p><u>Implication:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Von der „<i>National Stroke Strategy</i>“ wird empfohlen, dass Betroffene nach einem Schlaganfall zuerst nach 6 Monaten und dann jährlich erfasst werden sollten.</li> </ul>



	Ein System für jährliche Überprüfung würde die Möglichkeit bieten, veränderte Bedürfnisse zu identifizieren. Diese Bedürfnisse könnten gut mit dem ICF identifiziert werden.
--	--

**Critical Review Form – Qualitative Studies**

**Law, M., Stewart, D., Letts, L., Pollock, N., Bouch, J., & Westmorland, M., 1998**

**McMaster University**

**Citation:**

Trigg, R., Wood, V. A. & Hewer, R. L. (1999). Social reintegration after stroke: the first stages in the development of the subjective Index of physical and social outcomes (SISPO). *Clinical Rehabilitation*, 13, 341-353.

**Comments**

<p><b>STUDY PURPOSE</b> Was the purpose and/or research question stated clearly? __X__ Yes _____ No</p>	<p><b>Outline of the purpose and/or research question of the study.</b> Ziel der Studie ist es, die inhaltliche Validität eines Messinstruments, welches noch entwickelt wird, zu überprüfen. Mit dem Messinstrument soll die soziale Integration nach einem Schlaganfall gemessen werden können. Das Ziel der Studie passt nicht gut zur Fragestellung der Bachelorthesis.</p>
<p><b>LITERATURE:</b> Was relevant background literature reviewed? __X__ Yes _____ No</p>	<p><b>Describe the justification of the need for this study. Was it clearly compelling?</b> Es wird eine Übersicht zum Thema Schlaganfall gemacht und in diesem Zusammenhang wird beschrieben, dass Rehabilitation und Messinstrumente wichtig sind. Durch Beizug anderer Literatur wird darauf aufmerksam gemacht, dass durch Messung von physischen, psychologischen und funktionellen Outcomes, die Erfahrung des Patienten nicht dargestellt werden kann. Weiter wird der Stand der bereits existierenden Messinstrumente aufgezeigt und dadurch der Mangel eines Instruments, welches alle wichtigen Aspekte beinhaltet erklärt. <b>How does the study apply to professionals and/or to your research question? Is it worth continuing this review?</b> Da die Fragestellung der Bachelorthesis nicht an der Entwicklung eines Assessments orientiert ist, passt der Inhalt der Einleitung nicht zur Fragestellung der Bachelorthesis. Das Thema wird aber verständlich und stichhaltig beschrieben.</p>
<p><b>STUDY DESIGN:</b> What was the design: _____ ethnography _____ grounded theory _____ participatory action research _____ phenomenology _____ other</p>	<p><b>What was the study design? Was the design appropriate for the study question?</b> Das Design wird von den Forschern nicht explizit beschrieben. Aufgrund des Vorgehens und des Ziels, Erfahrungen Betroffener nach einem Schlaganfall zu sammeln, kann davon ausgegangen werden, dass es sich um das phänomenologische Design handelt.</p>
<p>Was theoretical perspective</p>	<p><b>Describe the theoretical perspective for this study. (e.g.</b></p>

<p>identified?  <input checked="" type="checkbox"/> Yes  <input type="checkbox"/> No</p>	<p><b>researchers perspective)</b>  In Bezug auf die Entwicklung eines subjektiven Assessments, wird die Perspektive der Forscher sehr deutlich.</p>
<p><b>Method (s) used:</b>  <input type="checkbox"/> participant observation  <input checked="" type="checkbox"/> interviews  <input type="checkbox"/> document review  <input type="checkbox"/> focus groups  <input type="checkbox"/> other</p>	<p><b>Describe the method(s) used to answer the research question. Are the methods congruent with the philosophical underpinnings and purpose?</b></p> <p>Ein Interviewleitfaden wurde auf Basis der Literatur entwickelt. Dieser wurde nur als Leitfaden und nicht als Basis der semistrukturierten Interviews angewendet.</p> <p>Es wurden offene Fragen gestellt, damit die Vorstellungen des Forschers die Teilnehmer nicht beeinflussen.</p> <p>Alle Interviews haben zuhause stattgefunden (Dauer der Interviews:1-2 Stunden). Pfleger und oder Angehörige wurden zum Interview eingeladen. Bei Teilnehmern mit Kommunikationsschwierigkeiten haben diese einen wichtigen Beitrag geleistet. Der Einfluss von Angehörigen bei Interviews wird erkannt. Das Wichtigste war es aber die Einschränkungen der Teilnehmer zu eruieren und nicht eine sehr genaue Informationen zu erhalten.</p> <p>Die Interviews wurden auf Tonband aufgenommen und transkribiert.</p> <p>Mögliche Bias werden genannt: Emotionen oder schlechte Erinnerungen können das Bild verändern, so dass die Betroffenen ihr Leben nach dem Schlaganfall zu schön oder zu schlimm sehen. Um diese Bias zu minimieren, wurden 3 Typen von Informationen erfragt:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Leben vor dem Schlaganfall</li> <li>2. Leben seit dem Schlaganfall</li> <li>3. Wahrnehmung, wie sich das Leben seit dem Schlaganfall verändert hat.</li> </ol> <p>So konnte Inkonsistenz in den Daten verringert werden. Aussagen, welche von den Teilnehmern und den Angehörigen unterschiedlich waren, wurden vom Interviewer notiert.</p> <p>Die Tiefeninterviews und die Themen passen gut zum Ziel der Studie.</p>
<p><b>SAMPLING:</b>  The process of purposeful selection was described  <input checked="" type="checkbox"/> Yes  <input type="checkbox"/> No</p> <p>Sampling was done until redundancy in data was reached  <input type="checkbox"/> Yes  <input type="checkbox"/> No  <input checked="" type="checkbox"/> Not addressed</p>	<p><b>Describe sampling methods used. Was the sampling method appropriate to the study purpose or research question?</b></p> <p>Die Stichprobe wurde ausgewählt, damit alle Arten des Schlaganfalls, Ausprägungen und demographische Variablen eingeschlossen werden.</p> <p>Dieses gezielte Suchen wurde angewendet, um alle die Charakteristiken in der Population von Betroffenen nach einem Schlaganfall aufzuzeigen. Es wurden 30 Personen, welche vor 6 Monaten von einer Rehasation in Bristol ausgetreten sind, interviewt. Die Anzahl von 30 Teilnehmern wurde als Minimum gesehen, um all diese Charakteristiken aufzeigen zu können.</p> <p>Ein- und Ausschlusskriterien: Alle Schlaganfall-Typen werden eingeschlossen, ausser die Diagnosen TIA und Subarachnoidalblutung. Es wurden Personen ausgeschlossen, welche andere schwere Behinderungen aufgrund anderer Krankheit haben.</p> <p>Die Autoren merken an, dass diese Samplingstrategie statistische</p>

<p>Was informed consent obtained?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> X Not addressed</p>	<p>Rückschlüsse verhindert. Das Ziel ist es aber nicht, zu generalisieren, sondern ein breites Bild der Fälle aufzuzeigen.</p> <p><u>Stichprobe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 30 Teilnehmer</li> <li>• 40-82 Jahre (Durchschnitt 65.4 Jahre)</li> <li>• Wohnsituation: Die Teilnehmer leben zuhause (alleine oder mit jemandem zusammen)</li> <li>• die Einschränkungen/Schweregrade des Schlaganfalles sind sehr unterschiedlich.</li> </ul> <p><b>Are the participants described in adequate detail? How is the sample applicable to your practice or research question? Is it worth continuing?</b></p> <p>Sehr gute Beschreibung der Teilnehmer. Die Stichprobe passt zu den Ein- und Ausschlusskriterien der Bachelorthesis.</p> <p><b>Describe ethics procedure.</b></p> <p>Das ethische Procedere wird nicht beschrieben.</p>
<p><b>DATA COLLECTION:</b></p> <p><u>Descriptive Clarity</u></p> <p>Clear &amp; complete description of site: <input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N</p> <p>participants: <input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N</p> <p>Role of researcher &amp; relationship with participants <input type="checkbox"/> Y <input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> N</p> <p>Identification (bracketing) of assumptions of researcher <input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N</p> <p><u>Procedural Rigor</u></p> <p>Procedural rigor was used in the data collection strategies: <input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p>	<p><b>Describe the context of the study. Was it sufficient for understanding of the “whole” picture?</b></p> <p>Alle Interviews haben zuhause stattgefunden und dauerten 1-2 Stunden. Pflegende und/oder Angehörige wurden zum Interview eingeladen. Bei Teilnehmern mit Kommunikationsschwierigkeiten haben sie einen wichtigen Beitrag geleistet.</p> <p><b>What was missing and how does that influence your understanding of the research?</b></p> <p>Es ist unklar, in welchem Zeitraum die Interviews durchgeführt wurden. Wie bei den Interviews vorgegangen wurde ist ebenfalls unklar. Es gibt keine Informationen über die Rolle und Beziehung von den Forschern zu den Teilnehmern.</p> <p><b>Do the researchers provide adequate information about data collection procedures e.g., gaining access to the site, field notes, training data gatherers? Describe any flexibility in the design &amp; data collection methods.</b></p> <p>Es wird genannt, dass Unstimmigkeiten in den Aussagen von Angehörigen und der Teilnehmer aufgeschrieben werden.</p>
<p><b>DATA ANALYSIS:</b></p> <p><u>Analytical Rigour</u></p> <p>Data analyses were inductive? <input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Findings were consistent with &amp; reflective of data? <input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N</p> <p><u>Auditability</u></p> <p>Decision trail developed? <input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Not</p>	<p><b>Describe methods (s) of data analysis. Were the methods appropriate? What were the findings?</b></p> <p>Es wurde die „<i>content analysis</i>“ durchgeführt, um die Lebensbereiche zu eruieren, in welchen signifikante Veränderungen wahrgenommen wurden.</p> <p>Von den Interviewtranskripts wurden Themen identifiziert und codiert.</p> <p>Diese Themen wurden dann in Kategorien organisiert. So konnten die Informationen aus den Interviews zugeordnet werden. Dieser Prozess fand statt, bis keine weitere Zuordnung mehr möglich war.</p> <p>Der Entscheidungspfad ist nicht stark mit Inhalt gefüllt. In der</p>

<p>addressed</p> <p>Process of analyzing the data was described adequately?  <input checked="" type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Not addressed</p> <p><u>Theoretical Connections</u>  Did a meaningful picture of the phenomenon under study emerge?  <input checked="" type="checkbox"/> Yes  <input type="checkbox"/> No</p>	<p>Testentwicklung werden die Entscheidungsbäume allerdings ausführlich dargestellt.</p> <p><u>Resultate:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aktivitäten: Menge an Arbeit ist entscheidend, Mobilität im öffentlichen Verkehr ist schwierig, die Ausführung von ADL ist wichtig.</li> <li>• Interaktion: Sexualeben ist verringert, weniger Haushaltsentscheidungen.</li> <li>• Physische Umwelt: Umbau der Wohnung, Wohnungsanpassungen, WC-Sitzerhöhungen.</li> <li>• Finanzielle Umwelt: Verantwortung mit Geld hat abgenommen, das Geld nicht mehr erkennen.</li> </ul> <p><b>Describe the decisions of the researcher: transformation of data to themes/codes. Outline the rationale given for development of themes.</b></p> <p>Es wurden keine Gründe oder Argumente dargelegt. Jedoch sind Themenbäume aufgezeigt, welche die Entscheidungen deutlich machen.</p> <p><b>How were concepts under study clarified &amp; refined, and relationships made clear? Describe any conceptual frameworks that emerged.</b></p> <p>Die Analyseverfahren wird mit einer weiterführenden Literatur belegt („<i>content analysis</i>“). Die ICF und weitere Literatur werden beigezogen.</p>
<p><b>Overall Rigour</b>  Was there evidence of the four components of trustworthiness?  Credibility <input checked="" type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N  Transferability <input type="checkbox"/> Y (x) <input type="checkbox"/> N  Dependability <input checked="" type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N  Confirmability <input checked="" type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N</p>	<p><b>For each of the components of trustworthiness, identify what the researcher used to ensure each.</b></p> <p><u>Credibility:</u> gut beschriebene und gezielt gewählte Stichprobe. Jedoch kein „<i>Member-Checking</i>“, keine Überprüfung durch weitere Forscher und wenige Notizen (Unstimmigkeiten zwischen den Angehörigen und den Teilnehmern). Durch den Beizug von Literatur und Notizen findet wenig Triangulation statt.</p> <p><u>Transferability:</u> Die Stichprobe ist gut beschrieben, was sie vergleichbar macht Jedoch sind es nur 30 Teilnehmer, welche alle aus dem gleichen Krankenhaus stammen.</p> <p><u>Dependability:</u> Entscheidung für die Themen ist nachvollziehbar und auch gut dargestellt. Es wurde keine zweite Überprüfung von weiteren Forschern durchgeführt. Die Resultate passen zu den entwickelten Themen.</p> <p><u>Confirmability:</u> Die Bias werden gut beschrieben und auch möglichst vermieden und berücksichtigt. Die Forscher sind sehr transparent und unterlegen die Resultate mit Zitaten von Teilnehmern.</p> <p><b>What meaning and relevance does this study have for your practice or research question?</b></p> <p>Die Resultate der Studie sind für die Fragestellung der Bachelorthesis hilfreich. Die Stichprobe passt ebenfalls zu den Ein- und Ausschlusskriterien der Bachelorthesis.</p>
<p><b>CONCLUSIONS &amp; IMPLICATIONS</b>  Conclusions were appropriate given the findings</p>	<p><b>What did the study conclude? What were the implications of the findings for occupational therapy (practice &amp; research)? What were the main limitations in the study?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Allgemein geben die Teilnehmer eine Verschlechterung</li> </ul>

<p>X_____ Y _____ N</p> <p>The findings contributed to theory development &amp; future OT practice/research</p> <p>_____X_ Y _____ N</p>	<p>der Partizipation bei der Ausführung der Aktivitäten des täglichen Lebens an. Dies vor allem wenn diese Aktivitäten ausserhalb des Zuhauses stattfinden.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die sozialen Kontakte hat sich in der Quantität und Qualität verändert.</li> <li>• Die Teilnehmer geben Veränderungen an in der Umwelt, in der sie leben sowie in finanziellen Angelegenheiten.</li> <li>• Diese Studienergebnisse zeigen die Wichtigkeit von physischen und sozialen Veränderungen auf sowie die Veränderungen der Umwelt.</li> <li>• Welche Aspekte beim Assessment miteinbezogen werden müssen, werden genannt.</li> </ul> <p>Die Studienergebnisse werden mit zahlreicher Literatur verglichen und ergänzt.</p> <p><u>Limitationen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Stichprobe war klein und nur von einer Stadt in England.</li> <li>• Das Interview war nur einmalig. Die Tagesschwankung kann beeinflussend sein. Die Aussagen können daher sehr unterschiedlich sein.</li> <li>• Aus finanziellen und zeitlichen Gründen konnte keine grössere Stichprobe untersucht werden.</li> <li>• 6 Monate nach einem Schlaganfall ist eine gute Zeitdauer, um nach Gewohnheiten zu fragen.</li> </ul> <p>Nächste Schritte werden bezüglich der Entwicklung des Assessments erläutert.</p>
--	--

## Critical Review Form – Qualitative Studies

© Law, M., Stewart, D., Letts, L., Pollock, N., Bouch, J., & Westmorland, M.,  
1998

### McMaster University

**Citation:**

Wallenbert, I. & Jonsson, H. (2005). Waiting to get better: A Dilemma regarding habits in daily occupations after stroke. *The American Journal of Occupational Therapy*, 59(2), 218-224.

**Comments**

<p><b>STUDY PURPOSE</b> Was the purpose and/or research question stated clearly? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>	<p><b>Outline of the purpose and/or research question of the study.</b> Diese Studie hat das Ziel zu verstehen und zu untersuchen wie Gewohnheiten von Personen nach einem Schlaganfall erlebt werden, wenn sie ihre alltäglich Aktivitäten ausführen. Zudem wollen die Autoren zeigen wie Ergotherapeuten dieses Wissen nutzen können.</p>
<p><b>LITERATURE:</b> Was relevant background literature reviewed: <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>	<p><b>Describe the justification of the need for this study. Was it clearly compelling?</b> Es wird die Bedeutung von Gewohnheiten erklärt und mit viel Literatur unterlegt. Ausserdem zeigen die Autoren durch andere Studien auf, dass Gewohnheiten bei Betroffenen nach einem Schlaganfall wichtig sind. Damit zeigen sie den Wissensstand auf und auch, weshalb es wichtig ist, ihr Thema zu erforschen.</p> <p><b>How does the study apply to professionals and/or to your research question? Is it worth continuing this review?</b> Für die Ergotherapie ist diese Frage sehr relevant sowie für die Fragestellung der Bachelorthesis.</p>
<p><b>STUDY DESIGN:</b> What was the design: <input type="checkbox"/> ethnography <input type="checkbox"/> grounded theory <input type="checkbox"/> participatory action research <input type="checkbox"/> phenomenology <input type="checkbox"/> other</p>	<p><b>What was the study design? Was the design appropriate for the study question?</b> Das Design wird nicht direkt erwähnt, jedoch geht es um Erfahrungen von Betroffenen. Darum könnte es sich um den phänomenologischen Ansatz handeln.</p>
<p>Was theoretical perspective identified? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>	<p><b>Describe the theoretical perspective for this study. (e.g. researchers perspective)</b> Die Autoren möchten Erfahrungen beschreiben und legen ihre Sicht in der Einleitung dar. Die Perspektive wird nicht direkt beschrieben.</p>
<p>Method (s) used: <input type="checkbox"/> participant observation <input checked="" type="checkbox"/> interviews <input type="checkbox"/> document review <input type="checkbox"/> focus groups <input type="checkbox"/> other</p>	<p><b>Describe the method(s) used to answer the research question. Are the methods congruent with the philosophical underpinnings and purpose?</b> Die Studienverfasser wählen die Tiefeninterviews und erwähnen dazu auch Literatur. Dies passt zum vermuteten Design und zur Beantwortung der Frage. Es wurden offene Fragen gestellt.</p>

<p><b>SAMPLING:</b> The process of purposeful selection was described <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (weil Ein- und Ausschlusskriterien genannt werden, jedoch nicht begründet werden)</p> <p>Sampling was done until redundancy in data was reached <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Was informed consent obtained? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed</p>	<p><b>Describe sampling methods used. Was the sampling method appropriate to the study purpose or research question?</b> <u>Rekrutierung:</u> Die Ergotherapeuten einer geriatrischen/neurologischen Rehabilitation in Schweden, gaben den Forschern die Namen von geeigneten Personen. <u>Einschlusskriterien:</u> Die Forscher suchten nach Personen, welche nach der Entlassung noch Probleme in der Durchführung von alltäglichen Aktivitäten haben. Des Weiteren mussten diese Personen fähig sein, ein Interview führen zu können. <u>Ausschluss:</u> Personen mit einer Aphasie oder schweren kognitiven Einschränkungen wurden ausgeschlossen.. <u>Teilnehmer:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 7 Personen (4m/3w) nehmen an der Studie teil.</li> <li>• 1.5-7 Monate nach Entlassung aus dem Krankenhaus</li> <li>• zuhause lebend =&gt; nicht klar mit wem oder alleine etc.</li> <li>• zwischen 42 und 82 Jahre</li> <li>• Die Lokalisation des Schlaganfalls, die Arbeitssituation und der Zivilstatus sind bekannt.</li> </ul> <p><b>Are the participants described in adequate detail? How is the sample applicable to your practice or research question? Is it worth continuing?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es sind nur wenige Teilnehmer. Sie sind detailliert beschrieben.</li> <li>• Es ist nicht klar, mit wem die Teilnehmer zuhause leben.</li> <li>• Diese Stichprobe stimmt mit den Ein- und Ausschlusskriterien der Bachelorthesis überein.</li> </ul> <p><b>Describe ethics procedure.</b> Verbale und geschriebene Einverständniserklärung (<i>informed consent</i>) wurde abgegeben. Die Teilnehmer waren über das Ziel der Studie informiert.</p>
<p><b>DATA COLLECTION:</b> <u>Descriptive Clarity</u> Clear &amp; complete description of site: <input checked="" type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N participants: <input type="checkbox"/> Y <input checked="" type="checkbox"/> N</p> <p>Role of researcher &amp; relationship with participants <input type="checkbox"/> Y <input checked="" type="checkbox"/> N Identification (bracketing) of assumptions of researcher <input type="checkbox"/> Y <input checked="" type="checkbox"/> N <u>Procedural Rigor</u> Procedural rigor was used in the data collection strategies: <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>	<p><b>Describe the context of the study. Was it sufficient for understanding of the “whole” picture?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es wurden offene Fragen gestellt.</li> <li>• Themenleitfaden: Erfasste Gewohnheiten vor und nach dem Schlaganfall und das Entwickeln von neuen Gewohnheiten.</li> <li>• Forscher führt Interviews in Schwedisch</li> <li>• 6 Interviews wurden zuhause bei den Teilnehmern geführt, 1 Teilnehmer wollte das Interview im Büro durchführen.</li> <li>• Die ersten Interviews dauerten zwischen 50 und 120 Minuten. Sie wurden aufgenommen und transkribiert. Davon wurde eine erste Analyse gemacht. Später wurde ein 2. Termin mit den Teilnehmern vereinbart (Dauer der Interviews zwischen 30 und 45 Minuten, eine Woche nach dem 1. Termin). Dieser diente dazu die erste Interpretation durch den Forscher mit den Teilnehmern zu überprüfen, bevor die definitive Analyse durchgeführt wurde.</li> </ul> <p><b>What was missing and how does that influence your</b></p>

<p>_____ Not addressed</p>	<p><b>understanding of the research?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Zeitdauer der Datensammlung ist unklar.</li> <li>• Die Beziehung der Forscher zu den Teilnehmern ist nicht beschrieben.</li> </ul> <p><b>Do the researchers provide adequate information about data collection procedures e.g., gaining access to the site, field notes, training data gatherers? Describe any flexibility in the design &amp; data collection methods.</b></p> <p>Die Daten wurden aufgenommen. Sonst wird nichts erwähnt.</p>
<p><b>DATA ANALYSIS:</b>  <u>Analytical Rigour</u>  Data analyses were inductive?  _x__Y ____ N __ Not addressed</p> <p>Findings were consistent with &amp; reflective of data?  _x__ Y ____ N</p> <p><u>Auditability</u>  Decision trail developed?  _x_ Y _N _Not addressed</p> <p>Process of analyzing the data was described adequately?  _x_ Y ____ N ____ Not addressed</p> <p><u>Theoretical Connections</u>  Did a meaningful picture of the phenomenon under study emerge?  __x_ Yes  _____ No</p>	<p><b>Describe methods (s) of data analysis. Were the methods appropriate? What were the findings?</b></p> <p><u>Methode:</u> Der "<i>consant comparativ approach</i>" wurde angewendet. Dieser Ansatz ist adäquat für die qualitative Forschung.</p> <p><u>Prozess:</u> Die Interviews wurden codiert (offenes Codieren). Die Codes wurden verglichen, bis keine neuen Codes mehr entdeckt wurden. Es wurden 9 Codes genannt (bekannt). Daraus wurden 3 Themen definiert (bekannt).</p> <p>Die Codes, die Themen und Übersetzung wurden vom 2. Autor geprüft und mit dem 1. Forscher diskutiert (die erste Analyse wurde vom 2. Autor überprüft, um mehr Tiefe zu erhalten und um die Glaubwürdigkeit zu steigern).</p> <p><u>Resultate/Themen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Thema: Notwendigkeit des Planens und Organisierens: die Teilnehmer können nicht mehr alles wie gewohnt selbst erledigen, sondern sie sind abhängig von anderen Menschen (z.B. beim Öffnen von Packungen oder beim Einkaufen).</li> <li>• Thema: Alte Gewohnheiten sind noch nicht/nicht wieder eingeführt worden: Es wird beschrieben, dass die Teilnehmer vieles Ausprobieren, bis es am besten geht. Auch wird die Wichtigkeit der Pausen und der Tagesstruktur erwähnt.</li> <li>• Thema: neue Gewohnheiten werden als Zeichen der Abhängigkeit gesehen: Es wird z.B. erwähnt, dass noch keine Anpassungen vorgenommen werden sollen, die Teilnehmer sich nicht helfen lassen wollen oder dass andere Kleider gekauft werden.</li> <li>• Thema: Warten auf Heilung wird als Dilemma betrachtet: Die Hoffnung der Teilnehmer, im Verlauf wieder Funktionen zu erlernen.  =&gt; Es hat sehr viele Zitate von den Teilnehmern von verschiedenen Situationen.</li> </ul> <p><b>Describe the decisions of the researcher re: transformation of data to themes/codes. Outline the rationale given for development of themes.</b></p> <p>Der Fragekatalog, die Codes und die Themen sind bekannt und sind nachvollziehbar.</p> <p><b>How were concepts under study clarified &amp; refined, and relationships made clear? Describe any conceptual frameworks that emerged.</b></p>



<p><b>Overall Rigour</b> Was there evidence of the four components of trustworthiness? Credibilit_x___ Y ___ N Transferabilit ___ Y (x) N Dependability_x___Y___ N Confirmabiilty_x___ Y___ N</p>	<p>Für die Methode der Analyse wird Literatur aufgezeigt.</p> <p><b>For each of the components of trustworthiness, identify what the researcher used to ensure each.</b></p> <p><u>Credibility:</u> 7 Teilnehmer nahmen an der Studie teil. Der Rekrutierungsprozess wird nicht klar beschrieben. Die Interviews wurden aufgenommen. Es wurde ein 2. Interview geführt, um die erste Analyse der Interviews zu verifizieren. Dadurch fand ein "Member-Checking" statt. Der 2. Autor überprüfte die Erstanalyse der Interviews. Es wird nichts über geführte Notizen/Reflektionen erwähnt (Triangulation). Der Fragekatalog ist bekannt, auch dass offene Fragen gestellt wurden.</p> <p><u>Transferability:</u> Es sind nur 7 Teilnehmer. Die Studienverfasser sagen selbst, dass ihre Ergebnisse nicht generalisierbar sind. Da die Teilnehmer aber relativ gut charakterisiert sind und viele Zitate zu finden sind, gibt es trotzdem einen guten Einblick in ihr Empfinden.</p> <p><u>Dependability:</u> Durch die Deklaration der Themen, sind die Resultate nachvollziehbarer. Auch die Themen und Codes stimmen mit den Resultaten überein. Der 2. Autor hat den Analyseprozess überprüft. Zudem wurde ein 2. Interview durchgeführt um die Erstanalyse zu überprüfen.</p> <p><u>Confirmability:</u> Der 2. Autor überprüft die Erstanalyse und den Analyseprozess. Es wird ein 2. Interview durchgeführt zur Überprüfung der Erstanalyse. Die Teilnehmer kannten das Ziel der Studie (kann Vorteile haben, kann aber auch beeinflussen). Der Rekrutierungsprozess wird nicht genau beschrieben.</p> <p><b>What meaning and relevance does this study have for your practice or research question?</b></p> <p>Die Resultate helfen, die Fragestellung der Bachelorthesis zu beantworten.</p>
<p><b>CONCLUSIONS &amp; IMPLICATIONS</b> Conclusions were appropriate given the findings __x__ Y ___ N</p> <p>The findings contributed to theory development &amp; future OT practice/research __x__ Y ___ N</p>	<p><b>What did the study conclude? What were the implications of the findings for occupational therapy (practice &amp; research)?</b></p> <p><b>What were the main limitations in the study?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dilemma des Wartens: Sollen alte Gewohnheiten wieder gelernt werden, neue entwickelt oder soll gewartet werden, bis es zu Verbesserungen der Funktionen kommt. Dies wird reichhaltig mit Literatur begründet.</li> <li>• Routinen/Gewohnheiten sind wichtig für Personen mit Schlaganfall. Es ist schwer diese in Krankenhäusern zu etablieren, denn die Schwierigkeiten werden erst zuhause erkannt.</li> </ul> <p><u>Limitation:</u> Die Autoren schreiben, dass die Ergebnisse aufgrund der geringen Teilnehmerzahl nicht generalisierbar sind. Ausserdem wird erwähnt, dass sich die Teilnehmer in einem frühen Stadium befinden und noch einen langen Prozess vor sich haben.</p> <p><u>Für die Ergotherapie:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Das Bewusstsein über die Wichtigkeit von Gewohnheiten/Routinen hilft Ergotherapeuten, Betroffene darin zu unterstützen neue Gewohnheiten zu erlernen oder alte wieder zu etablieren. Zudem ist es hilfreich sich über den Tagesablauf des Klienten zu informieren.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es ist wichtig, eine Langzeitstudie (mind. 2 Jahre nach dem Schlaganfall) zu machen.</li> </ul>
--	--

### Critical Review Form – Quantitative Studies

<sup>xx</sup> Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L. Bosch, J., & Westmorland, M.

**McMaster University**

#### Adapted Word Version Used with Permission –

The EB Group would like to thank Dr. Craig Scanlan, University of Medicine and Dentistry of NJ, for providing this Word version of the quantitative review form.

<b>CITATION</b>	Pajalic, Z., Karlsson, S. & Westergren, A. (2006). Functioning and subjective health among stroke survivors after discharge from hospital. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 54(4), 457–466.
<b>STUDY PURPOSE</b> Was the purpose stated clearly? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<b>Outline the purpose of the study. How does the study apply to occupational therapy and/or your research question?</b> Ziel ist es, die Funktionsfähigkeit (Funktionen, Aktivitäten und Partizipation) und die subjektive Gesundheit bei Betroffenen nach einem Schlaganfall, 6 Monate nach Entlassung zu erforschen. Ein weiteres Ziel ist es, Muster von Funktionen und Aktivitäten sowie Zusammenhänge zwischen den Aspekten der Funktionsfähigkeit und der subjektiven Gesundheit zu untersuchen. Das Ziel dieser Studie passt gut zur Fragestellung der Bachelorthesis.
<b>LITERATURE</b> Was relevant background literature reviewed? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<b>Describe the justification of the need for this study:</b> Das Wissen über die Prävention und die akute Versorgung bei Schlaganfall ist gut erforscht. Nach der Entlassung ist die Weiterbetreuung häufig noch notwendig. Das Pflegepersonal hat die Möglichkeit soziale und psychologische Themen nach einem Schlaganfall im häuslichen Umfeld anzugehen. Um dies zu ermöglichen, ist ein Assessment notwendig. In der Literatur wird die Wichtigkeit von sozialen und psychologischen Konsequenzen beschrieben. Ausserdem wird ein Überblick über die körperlichen und psychischen Auswirkungen geschaffen. Die ICF wird erklärt und hilft einen ganzheitlicheren Blick auf die Situation der Betroffenen zu schaffen. Ausprägungen durch den Schlaganfall werden aufgezeigt sowie Häufigkeiten von Bestehenden Behinderungen nach einem Schlaganfall. Aufgrund der Probleme beim Essen können viele Personen nicht nach Hause gehen. Die Einleitung ist sehr ausführlich. Die Notwendigkeit und der Nutzen werden aufgezeigt.

<p><b>DESIGN</b></p> <p><input type="checkbox"/> Randomized(RCT)</p> <p><input type="checkbox"/> cohort</p> <p><input type="checkbox"/> single case design</p> <p><input type="checkbox"/> before and after</p> <p><input type="checkbox"/> case-control</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> cross-sectional</p> <p><input type="checkbox"/> case study</p>	<p><b>Describe the study design. Was the design appropriate for the study question? (e.g., for knowledge level about this issue, outcomes, ethical issues, etc.):</b></p> <p>Ein Querschnitts und Exploratives Design wurde gewählt. Es wurden strukturierte Interviews und Assessments mit diversen Skalen verwendet.</p> <p>Die Designs eignen sich, um die Forschungsfrage zu beantworten. Das Explorative Design ist geeignet, da das Bild des Schlaganfalls heterogen ist.</p> <p><b>Specify any biases that may have been operating and the direction of their influence on the results:</b></p> <p>Bias bezüglich des Designs, sind keine auszumachen.</p>
<p><b>SAMPLE</b></p> <p>N =89</p> <p>Was the sample described in detail?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p>Was sample size justified?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> N/A</p>	<p><b>Sampling (who; characteristics; how many; how was sampling done?) If more than one group, was there similarity between the groups?:</b></p> <p>Alle Patienten eines Spitals in Schweden wurden während einer Periode von 6 Monaten gefragt, ob sie teilnehmen möchten. Es wurden keine Ausschlusskriterien benutzt.</p> <p>143 Patienten sind ausgetreten während diesen 6 Monaten. Von diesen sind 23 (16%) gestorben. Von den verbliebenen 120 waren 89 (74%) mit der Teilnahme einverstanden. Diese haben am Interview 6 Monate nach dem Austritt teilgenommen.</p> <p>Die Teilnehmer werden nach Alter, Geschlecht, Gesundheitszustand, Lebenszufriedenheit und Angst über die Gesundheit beschrieben. Auch Zivilstand, Lebensstatus, Diagnose wurde beschrieben sowie wo die Teilnehmer vor und nach dem Schlaganfall leben (Tabelle 1).</p> <p>Die Wohnformen "special accomodation", "other" werden nicht genauer erklärt.</p> <p><u>Sample Bias:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Freiwillige Teilnahme</li> <li>• die Teilnehmer waren über den Sinn der Studie informiert.</li> <li>• Die Zeit, in der die Interviews stattfanden, wird erwähnt (seasonal Bias)</li> </ul> <p><b>Describe ethics procedures. Was informed consent obtained?:</b></p> <p>Die Studie war vom ethischen Komitee von der Lund Universität genehmigt.</p> <p>Informationen über die Studie bekamen die Teilnehmer bei der Kontaktaufnahme per Telefon. Wenn sie einverstanden waren, wurde ein Termin für ein Hausbesuch vereinbart. Beim Hausbesuch wurde die Einverständniserklärung unterschrieben. Die freiwillige Teilnahme war wichtig.</p>

<p><b>OUTCOMES</b></p> <p>Were the outcome measures reliable?  <input checked="" type="checkbox"/> Yes  <input type="checkbox"/> No  <input checked="" type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Wird nicht zu allen Assessments beschrieben.</p> <p>Were the outcome measures valid?  <input checked="" type="checkbox"/> Yes  <input type="checkbox"/> No  <input checked="" type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Wird nicht zu allen Assessments beschrieben.</p>	<p><b>Specify the frequency of outcome measurement (i.e., pre, post, follow-up):</b></p> <p>Die Interviews wurden von einer erfahrenen "Register Nurse" durchgeführt. Die Interviews wurden mehrheitlich bei den Teilnehmern zuhause durchgeführt (bei 71 Teilnehmern), bei 15 in speziellen Unterkünften (<i>special accomodation</i>) und bei 3 an anderen Orten (<i>other</i>).</p> <p>Für die Interviews wurde ein Fragebogen mit strukturierten und offenen Fragen entwickelt. Diese Fragen beziehen sich auf Funktionen und Aktivitäten, basierend auf einem Fragebogen, welcher für eine andere Studie entwickelt wurde.</p> <p>Es wird nicht erwähnt, ob die Interviews aufgenommen wurden oder ob die Angehörigen bei den Interviews anwesend waren.</p> <p>Aufgrund der Angaben wird davon ausgegangen, dass ein einmaliges Interview durchgeführt wurde.</p>
<p><b>INTERVENTION</b></p> <p>Intervention was described in detail?  <input type="checkbox"/> Yes  <input type="checkbox"/> No  <input checked="" type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Contamination was avoided?</p>	<p><b>Provide a short description of the intervention (focus, who delivered it, how often, setting). Could the intervention be replicated in occupational therapy practice?</b></p> <p>Da es sich nicht um eine Interventionsstudie handelt, werden keine Interventionen beschrieben.</p>

<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Not addressed <input checked="" type="checkbox"/> N/A Cointervention was avoided? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Not addressed <input checked="" type="checkbox"/> N/A	
<b>RESULTS</b> Results were reported in terms of statistical significance? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Not addressed Were the analysis method(s) appropriate? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed	<b>What were the results? Were they statistically significant (i.e., <math>p &lt; 0.05</math>)? If not statistically significant, was study big enough to show an important difference if it should occur? If there were multiple outcomes, was that taken into account for the statistical analysis?</b>  In der Tabelle 4 und 5 werden Probleme (mit Anzahl der Teilnehmer) in ADL und IADL angegeben. Tabelle 6 zeigt die Korrelation zwischen physischer und mentaler Gesundheit, Partizipation, persönlichen ADL und IADL auf. <u>Analysemethoden:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Autoren beschreiben, dass sie die Analyse nach der Explorativen Faktoranalyse (<i>explorative factor analyses (EFA)</i>) durchführten. Dies passt gut, da viele Variablen gemessen werden. Mit dieser Analyse können mehrere Variablen gemessen werden und es können zugrundeliegende Beziehungen der Variablen aufgezeigt werden.</li> <li>• Internale Konsistenz der Komponenten wurde mit dem Cornachs Alpha berechnet.</li> <li>• Beziehungen zwischen Funktionen, Aktivität und Partizipation wurde mit der "<i>Spearments correlation coefficient</i>" gemessen.</li> </ul> Die Analyseverfahren passen zu den Resultaten.
<b>Clinical importance was reported?</b> <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed	<b>What was the clinical importance of the results? Were differences between groups clinically meaningful? (if applicable)</b> Es sollten nicht nur die Funktionen und Aktivitäten als isoliertes Phänomen betrachtet werden, sondern als komplexe Probleme, welche in jedem Kontext der Person einzigartig sind. Es wird vor allem der Nutzen für das Pflegepersonal aufgezeigt.
<b>Drop-outs were reported?</b> <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<b>Did any participants drop out from the study? Why? (Were reasons given and were drop-outs handled appropriately?)</b>  143 Personen sind aus dem Spital ausgetreten während den 6 Monaten, von diesen sind 23 (16%) gestorben. Von den verbleibenden 120 nahmen 89 Personen (74%) teil. Diejenigen, welche nicht teilnehmen wollten (31, 26%) wurden gefragt,

	<p>ob sie wenige Fragen antworten würden, um das Drop-out zu analysieren. Das Durchschnittsalter dieser Personen war 76 Jahre. Es gab keine statistisch signifikante Unterschiede zwischen denjenigen, welche teilnehmen und denjenigen, welche nicht teilnehmen in Bezug auf Alter, Geschlecht, Gesundheit, Lebenssituation und Angst über ihre die Gesundheit.</p> <p>Gründe für das Nichtteilnehmen waren: wenig Energie (11), Schwierigkeiten beim Antworten aufgrund der kognitiven Einschränkungen (2), Schwierigkeiten in der Kommunikation aufgrund Aphasie/Dysphagie (2), sich gut fühlen und keine Zeit haben (3) und andere Gründe (13).</p> <p>Die Autoren der Studie schreiben bei den Limitation, dass es sehr wichtig ist die Merkmale der Drop-outs zu kennen.</p>
<p><b>CONCLUSIONS AND IMPLICATIONS</b></p> <p>Conclusions were appropriate given study methods and results</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p><b>What did the study conclude? What are the implications of these results for occupational therapy practice? What were the main limitations or biases in the study?</b></p> <p><u>Limitationen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Teilnehmer sind wahrscheinlich der Durchschnitt aller Betroffenen mit einem Schlaganfall.</li> <li>• Die Autoren erwähnen, dass es besser ist, Interviews durchzuführen als Fragebogen zu verschicken.</li> <li>• Das „Drop-out „wird beschrieben</li> <li>• Die Resultate dieser Studie können für Betroffene mit Schlaganfall in ähnlichen Situationen (wie die Teilnehmer) generalisiert werden.</li> </ul> <p><u>Conclusion:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Funktionen und die Aktivitäten können nicht isoliert betrachtet werden, sondern sie sind komplexe Probleme, die in jedem Kontext einer Person einzigartig sind.</li> <li>• Die Expansion der existierenden “<i>Activities of daily living scale</i>” misst Aktivitäten, Funktionen und kognitive Einschränkungen.</li> <li>• Einschränkungen und Aktivitätslimitationen haben grosse Zusammenhänge mit Partizipation und tiefer subjektiver Gesundheitsprobleme.</li> <li>• Anpassungen des ICF in einen Fragebogen (Teile: Funktionen, Teilhabe, Gesundheit, Aktivitäten) kann Pflegepersonal helfen, die Gesamtsituation zu erfassen.</li> </ul>

## Critical Review Form – Quantitative Studies

\* Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L. Bosch, J., & Westmorland, M.

### Adapted Word Version Used with Permission –

The EB Group would like to thank Dr. Craig Scanlan, University of Medicine and Dentistry of NJ, for providing this Word version of the quantitative review form.

**Instructions:** Use tab or arrow keys to move between fields, mouse or spacebar to check/uncheck boxes.

<p><b>CITATION</b></p>	<p>Wilkinson, P. R., Wolfe, D. A., Warburton, F. G., Rudd, A. G., Howard, R. S., Ross-Russel, R. W. &amp; Beech, R. R. (1997). A long-term Follow-up of Stroke Patients. <i>Stroke</i>, 28, 507-512.</p>
<p><b>STUDY PURPOSE</b> Was the purpose stated clearly? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>	<p><b>Outline the purpose of the study. How does the study apply to occupational therapy and/or your research question?</b></p> <p>Die Studie hat das Ziel bei Personen mit Schlaganfall die langfristigen Folgen in Bezug auf die Schädigung (<i>impairment</i>), die Behinderung (<i>disability</i> und <i>handicap</i>) und die Lebensqualität aufzuzeigen. Zudem sollen Präventionsmassnahmen und der Gebrauch von Hilfeleistung festgestellt werden.</p> <p>Das Ziel wird klar formuliert.</p>
<p><b>LITERATURE</b> Was relevant background literature reviewed? <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No</p>	<p><b>Describe the justification of the need for this study:</b></p> <p>Der Schlaganfall ist ein grosses Gesundheitsproblem. Bisher wurde in England nur wenige Literatur bezüglich der Langzeitfolgen publiziert, welche für Aussagen über die Leistungserbringung geeignet sind. Die Autoren nennen weitere Literatur in Bezug auf Langzeitstudien. Des Weiteren schreiben die Autoren, dass die Unterscheidung einer Population eines Spitals und einer „<i>community based population</i>“ wichtig ist, da nicht alle Schlaganfallpatienten hospitalisiert werden.</p> <p>Die Einleitung ist sehr kurz gehalten.</p>
<p><b>DESIGN</b> <input type="checkbox"/> Randomized (RCT) <input type="checkbox"/> cohort <input type="checkbox"/> single case design <input type="checkbox"/> before and after <input type="checkbox"/> case-control <input type="checkbox"/> cross-sectional <input type="checkbox"/> case study</p>	<p><b>Describe the study design. Was the design appropriate for the study question? (e.g., for knowledge level about this issue, outcomes, ethical issues, etc.):</b></p> <p>Das Design wird nicht genannt, anhand der Beschreibung kann es sich um ein kohorten-Design ohne Kontrollgruppe handeln. Die Kohorte wird über einen Zeitraum von 5 Jahren beobachtet.</p> <p>Die Teilnehmer und ihre pflegenden Angehörigen (<i>caregivers</i>) wurden zu Interviews eingeladen. Die Interviews wurden anhand strukturierter Fragebogen für die Teilnehmer und ihre pflegenden Angehörigen durchgeführt. 100 Teilnehmer konnten selber teilnehmen, bei 4 Teilnehmern wurde der pflegende Angehörige interviewt und bei 2 Teilnehmern wurden die Gesundheitsfachpersonen befragt (im Altersheim lebende Teilnehmer).</p> <p>Die Informationen wurden sowohl in Bezug auf bezogene Hilfen (<i>service</i>) und auf Ergebnisse gesammelt. Schwerpunkt lag auf dem Behandlungsangebot in Bezug auf die Behinderung. Die Teilnehmer haben einen strukturierten Interviewfragebogen ausgefüllt (Inhalte:</p>

	<p>Barthel, modified Ranking scale, The hospital anxiety and depression scale (HAD), Mini Mental State (MMS), Frenchay Activities Index. Die pflegenden Angehörigen haben den HAD und den Caregiver Strain Index ausgefüllt. Weitere Punkte waren weitere Krankheiten.</p> <p>Die Angaben der Hausärzte wurde mit denjenigen der Teilnehmer (eine von zehn Patientenbeschreibungen) stichprobenartig überprüft, um die Gültigkeit der Antworten zu bestätigen.</p> <p><b>Specify any biases that may have been operating and the direction of their influence on the results:</b></p> <p>Da das Design nicht genannt wird, kann dessen Richtigkeit nicht beurteilt werden. Das beschriebene Vorgehen passt allerdings zur Beantwortung der Fragestellung und zum Ziel der Studie.</p>
<p><b>SAMPLE</b> N =106 Was the sample described in detail? <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No Was sample size justified? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> N/A</p>	<p><b>Sampling (who; characteristics; how many; how was sampling done?) If more than one group, was there similarity between the groups?:</b></p> <p>Alle Personen, jünger als 74 Jahre, wurden aus einem Schlaganfallregister aus dem Südosten von London rekrutiert (Gesamt 291 Personen).</p> <p>Diese Personen wurden durch ihre Hausärzte gefunden und eingeladen. Beim „Follow-up“ sind 14 Teilnehmer ausgeschieden (5%), 154 starben, 9 entschieden sich nicht teilzunehmen oder der Hausarzt entschied, dass er oder sie nicht geeignet ist. 7 haben nach mehrmaligem Nachfragen an den Interviews nicht teilgenommen.</p> <p>106 Teilnehmer (36% von der Originalmenge von 291, und 77% von den 137 überlebenden) sind interviewt worden.</p> <p>Die Beschreibung der Teilnehmenden ist im Resultatenteil detailliert beschrieben. Diese Beschreibung bezieht sich aber auf die Resultate und nicht auf die Beschreibung der Stichprobe vor den Untersuchungen/Interviews.</p> <p>In Tabelle 1 der Studie werden Angaben über die interviewten Teilnehmer und über die nicht interviewten Teilnehmer gemacht:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 106 Teilnehmer (57 Männer, 49 Frauen)</li> <li>• Zeit seit Schlaganfall im Durchschnitt 4.9 Jahre</li> <li>• Median des Alters ist 71 Jahre</li> <li>• Wohnform: 94 Teilnehmer leben zuhause, 8 Teilnehmer leben in einer Institution (in den meisten Fällen ein Pflegeheim), 1 Teilnehmer lebt in einer Alterswohnung, 3 Teilnehmer waren zu jener Zeit im Spital. Vor dem Schlaganfall haben alle Teilnehmer zuhause gelebt.</li> </ul> <p><u>Bias:</u></p> <p>Der Hausarzt hat entschieden, ob jemand geeignet ist, teilzunehmen. Nach 3 Monaten wurden die Teilnehmer getestet, wahrscheinlich durch medizinisches Personal (wird nicht beschrieben, auch nicht was getestet wurde). Danach haben die Teilnehmer die Fragebogen selbst oder mit Hilfe ausgefüllt. Dies kann ein möglicher Bias sein, da sie Hilfe bekamen.</p> <p>Es ist unklar, wer die Interviews führt, ob der Hausarzt die Interviews durchführte.</p>



	<p>Es wird beschrieben, dass nach drei Monaten erneut gemessen wurde. Dabei ist unklar von welchem Zeitpunkt aus die drei Monate betrachtet wurden und was dabei gemessen wurde.</p> <p>Da für die Fragestellung der Bachelorthesis der Verlauf nicht wichtig ist, beeinflusst dies die Resultate für diese Arbeit nur wenig.</p> <p><b>Describe ethics procedures. Was informed consent obtained?:</b></p> <p>Das Forschungsprojekt hat eine Genehmigung von einem Ethik Komitee erhalten. Die Teilnehmer haben eine Einverständniserklärung unterschrieben.</p>
--	---

<p><b>OUTCOMES</b></p> <p>Were the outcome measures reliable?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>es wird nicht zu allen Assessments beschrieben.</p> <p>Were the outcome measures valid?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Not addressed</p>	<p><b>Specify the frequency of outcome measurement (i.e., pre, post, follow-up):</b></p> <p>Das Interview wurde einmalig nach ungefähr 5 Jahren durchgeführt. Es ist unklar, was nach drei Monaten gemessen wurde und von welchem Zeitpunkt aus die drei Monate betrachtet werden.</p> <p>Bei 100 Teilnehmern wurde das Interview durchgeführt</p> <p>Bei 4 Teilnehmern wurde der pflegende Angehörige interviewt</p> <p>Bei 2 Teilnehmern wurden die Gesundheitsfachpersonen befragt (im Altersheim lebende Teilnehmer)</p> <p>Über das Interview wird nichts beschrieben, wann, wie lange und von wem es durchgeführt wurde.</p>	<p><b>List measures used.:</b></p> <p>Fragebogen zu:</p> <p>Barthel Index, modified Ranking scale, HAD, MMS, Frenchay Activities Index.</p> <p>Die pflegenden Angehörigen haben den HAD über sich und den Caregiver Strain Index ausgefüllt.</p> <p>Der Barthel Index wird als reliabel beschrieben. Über die Reliabilität steht nichts. Über die anderen Assessments wird nichts zur Reliabilität und Validität geschrieben.</p>
<p><b>INTERVENTION</b></p> <p>Intervention was described in detail?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Contamination was avoided?</p>	<p><b>Provide a short description of the intervention (focus, who delivered it, how often, setting). Could the intervention be replicated in occupational therapy practice?</b></p> <p>Da es sich nicht um eine Interventionsstudie handelt, werden keine Interventionen beschrieben.</p>	

<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Not addressed <input checked="" type="checkbox"/> N/A Cointervention was avoided? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Not addressed <input checked="" type="checkbox"/> N/A	
---	--

<p><b>RESULTS</b></p> <p>Results were reported in terms of statistical significance?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> N/A</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Were the analysis method(s) appropriate?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p>	<p><b>What were the results? Were they statistically significant (i.e., <math>p &lt; 0.05</math>)? If not statistically significant, was study big enough to show an important difference if it should occur? If there were multiple outcomes, was that taken into account for the statistical analysis?</b></p> <p><u>Analysemethode/Statistik:</u></p> <p>Für diejenigen Teilnehmer, welche zuhause leben, wurden Faktoren beschrieben, ob Serviceleistungen, Hilfe, Adaptationen oder Hilfsmittel erhalten wurden. Dies wurde mit der „<i>backward stepwise logistic regression</i>“ analysiert. Variablen, welche im Modell eingeschlossen wurden waren Alter, Ethnie, pflegende Angehörige und der Barthel Index Score. Eingeschlossene Variablen haben ein Signifikanzniveau von 5 %.</p> <p>Die „<i>Survival Analyse</i>“ wurde mit der Kaplan Meier Methode durchgeführt. Ob die ausgeschiedenen Teilnehmer (<i>lost to follow up</i>) noch leben oder nicht, wurde durch das „<i>National health service central register</i>“ geprüft.</p> <p>Die statistischen Analysen passen gut zum Ziel der Studie.</p> <p><u>Resultate</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wohnsituation/Arbeitsstatus: 89% (94) der Teilnehmer leben in privaten Unterkünften. 8 Teilnehmer leben in einer Institution, 1 Teilnehmer lebt in einer Alterswohnung, 3 waren zur Zeit im Krankenhaus. Vor dem Schlaganfall haben alle zuhause gelebt. 5 Teilnehmer waren Vollzeit angestellt, 77 (73%) waren Rentner.</li> <li>• Schädigung (<i>impairments</i>): Zum Zeitpunkt des Interviews waren 103 Teilnehmer bei Bewusstsein, 2 waren somnolent, 1 Teilnehmer war in einem vegetativen Status. Diese Person wurde bei der folgenden Beschreibung nicht miteinbezogen: 56% haben eine Hemiparese, 35 % haben Schwierigkeiten mit Sprechen, 24 davon konnten problemlos verstanden werden, 10% hatten eine Dysphagie, 3% waren permanent katheterisiert.</li> </ul> <p>98 Teilnehmer haben den MMS absolviert. Von diesen waren 27 Teilnehmer (28%) bei 24 oder weniger eingestuft, was auf eine kognitive Störung hindeutet.</p> <p>Resultate aus dem HAD (ein Score von 8-10 wurde als Borderline erachtet und ein Score von 11 und mehr wurde als Depression oder Angst erachtet.)</p> <p>Von den 96 Personen, welche den HAD ausgefüllt haben, wurden 22 (23%) als depressiv oder mit Angst eingestuft. 13 (14%) wurden mit Borderline eingestuft. 11 wurden bei Angst und Depression eingestuft. Nur 6 von den 36 im Barthel-Index völlig unabhängig eingestuften Teilnehmern wurden mit Depression oder Borderline eingestuft, verglichen zu 29 von den 60 Teilnehmern mit Behinderungen (Barthel 0-19).</p>
--	--

#### Behinderung (Disability):

Die Einteilung der Behinderung wurde anhand von Wade und Lanton Hower gemacht: 14 Teilnehmer (13%) sind sehr schwer beeinträchtigt oder schwer beeinträchtigt (Barthel 0-9). 17 Teilnehmer (16%) sind mittelschwer beeinträchtigt (Barthel 10-14), 39 Teilnehmer (37%) sind wenig beeinträchtigt (Barthel 15-19), 36 Teilnehmer (34%) sind funktionell unabhängig (Barthel 20).

Zusammenfassung aus Tabelle 2 der Studie:

Die meisten Teilnehmer, welche auf Hilfe angewiesen waren, haben einen pflegenden Angehörigen.

Die Aktivitäten, in welchen am häufigsten Hilfe nötig war, sind Baden, Treppen steigen, Anziehen und Essen.

Aktivitäten, in welchen nicht so häufig Hilfe nötig war, sind Transfers, Morgentoilette, Gehen, Blasenmanagement (Inkontinenz/Katheterumgang) und aufs WC gehen.

Aktivität, in welcher nicht häufig Hilfe benötigt wurde ist der Umgang mit Stuhlinkontinenz.

#### Behinderung (Handicap):

- 38 Teilnehmer (36%) hatten keine Symptome oder Symptome welche sie nicht stören (bei der Fähigkeit sich selbst zu versorgen).
- Die Mehrheit mit mittelschwerer oder starker Beeinträchtigung konnten gemäss Barthel Index, nur wenige Aktivitäten ausführen.

#### Sekundärprävention:

Die Teilnehmer haben eine hohe Rate an Komorbidität v.a. Gefässerkrankungen und Diabetes Mellitus.

#### Erhaltene Hilfeleistungen:

- Entlastungspflege für Angehörige, Mahlzeitendienst, Haushaltshilfe, Mittagstisch, Gemeindegewerkschaft, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie.
- Massnahmen zur Wohnungsanpassung, Rollstühle, Stöcke, Hilfsmittel fürs Baden, WC und Essen werden genannt.

<p><b>Clinical importance was reported?</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p>	<p><b>What was the clinical importance of the results? Were differences between groups clinically meaningful? (if applicable)</b></p> <p>Die Resultate sind klinisch wichtig. Auch in Bezug auf die Fragestellung der Bachelorthesis.</p>
<p><b>Drop-outs were reported?</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p><b>Did any participants drop out from the study? Why? (Were reasons given and were drop-outs handled appropriately?)</b></p> <p>Die „Drop-outs“ werden detailliert beschrieben, allerdings sehr unübersichtlich.</p> <p>Es wird aufgezeigt wieviele verstorben sind oder nicht geantwortet haben und warum.</p>
<p><b>CONCLUSIONS AND IMPLICATIONS</b></p> <p>Conclusions were appropriate given study methods and results</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p><b>What did the study conclude? What are the implications of these results for occupational therapy practice? What were the main limitations or biases in the study?</b></p> <p>1/3 war unabhängig und 1/3 war wenig eingeschränkt. Obwohl nur 1/3 unabhängig ist, leben 89% zuhause. Des Weiteren wird erwähnt, dass die Ausführung der IADL vom Behinderungsgrad abhängt. Zudem schreiben die Forscher, dass die erhaltenen Hilfestellungen vergleichbar sind, mit denjenigen anderer Studien. Als weiterer Punkt wird erwähnt, dass die pflegenden Angehörigen soweit unterstützen, dass keine professionelle Hilfe nötig war. In dieser Studie haben alle Teilnehmer mit mittelschwerer bis schwerer Behinderung, welche zuhause leben, einen pflegenden Angehörigen. Die Relevanz für die Resultate wird aufgezeigt, indem ausgesagt wird, in welchen Bereichen Hilfe benötigt wird, um den Versorgungsbedarf zu eruieren.</p> <p>Die Autoren bemerken, dass die Stichprobe repräsentativ ist für eine junge Schlaganfallpopulation, welche an Schlaganfallfolgen leiden.</p> <p>Einige Resultate sind generalisierbar, aber die Unterschiede in der Gesundheitsversorgung verschiedener Länder können das Level der angebotenen Hilfeleistungen beeinflussen.</p> <p>Ein Bias wird genannt, indem die Resultate aus der Sicht der Teilnehmer ist. Die Prüfung der Resultate (Vergleich von den Aussagen der Teilnehmern und des Hausarztes) bezüglich der medizinischen Aspekte war nützlich und übereinstimmend.</p>

## 13.6 Search-History

In den folgenden Tabellen wird die Suche der sechs Hauptstudien und der sechs Studien, welche in den engeren Kreis kamen, aufgezeigt. Die Studien wurden in den Datenbanken: Medline, OTD-Base, Cihnal, Psycinfo und Ahmed sowie durch Schneeballsuchen gefunden.

### Suche in Medline

Hauptstudie: Sumathipala, K., Radcliffe, E., Sadler, E., Wolfe, C. D. & McKeivitt, C. (2011). Identifying the long-term needs of stroke survivors using the International Classification of Functioning Disability and Health. *Chronic Illness*, 8(1), 31-44.

Schlagwörter	Schlüsselwörter	Kombinationen	Nr.	Anzahl Treffer	Relevante Literatur
exp Stroke/			1	80705	
exp "Activities of Daily Living"/			2	49436	
		1 und 2	3	2116	
	home		4	162859	
		(1 und 2) und 4	5	338	
		limit 6 to ("all adult (19 plus years)" and "qualitative (best balance of sensitivity and specificity)" and last 10 years)	6	52	Sumathipala et al. (2011).

Hauptstudie: Pajalic, Z., Karlsson, S. & Westergren, A. (2006). Functioning and subjective health among stroke survivors after discharge from hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 54(4), 457–466.

Schlagwörter	Schlüsselwörter	Kombinationen	Nr.	Anzahl Treffer	Relevante Literatur
exp Stroke/			1	81729	
	"instrumental activities of daily living".af.		2	2120	
		1 und 2	3	110	

exp "Activities of Daily Living"/		4	49787	
	1 und 4	5	2136	
exp Housing/		6	24604	
	(1 und 2) und 6	7	0	
	(1 und 4) und 6	8	3	
	limit 3 to ("all adult (19 plus years)" and "qualitative (best balance of sensitivity and specificity)" and last 10 years)	9	16	Pajalic et al. (2006).

Enger Kreis: Palmcrantz, S., Holmqvist, L. W. & Sommerfeld, D. K. (2012). Long-term health states relevant to young persons with stroke living in the community in southern Stockholm – a study of self-rated disability and predicting factors. *Disability & Rehabilitation*, 34(10), 817–823.

Schlagwörter	Schlüsselwörter	Kombinationen	Nr.	Anzahl Treffer	Relevante Literatur
	Stroke or "cerebral vascular accident" or "cerebral vascular attack"		1	187066	
Stroke			2	81840	
		1 oder 2	3	206388	
	„Activit* of daily living“		5	55979	
Activities of Daily Living OR activity of daily living			6	50311	
		5 und 6	7	57079	
		3 und 7	8	4246	
	Long-term or „post acute“ or „post-acute“		9	529567	
		8 und 9	10	451	
	need* or consequenc* or impact*		11	181768 3	
		10 und 11	12	178	
Disabled Persons/ or disability			13	179312	

disabilit* or impairment* or restriction*	14	753844	
13 oder 14	15	597912	
12 und 5	16	104	
Limit to „all adult (19 plus years)“	17	82	Palmcrantz et al. (2012).

Enger Kreis: Wottrich, A. W., Astrom, K. & Lofgren, M. (2012). On parallel tracks: newly home from hospital-people with stroke describe their expectations. *Disability & Rehabilitation*, 34(14), 1218-24.

Schlagwörter	Keywords	Kombinationen	Nr.	Anzahl Treffer	Relevante Literatur
Stroke OR	stroke		1	195012	
	Recovery OR convalescence		2	329531	
		1 und 2	3	13021	
"Activities of Daily Living" OR	„activities of daily living“		4	56048	
		3 und 4	5	1060	
	home OR dimicil* OR domestic*		6	252187	
		5 und 6	7	151	
	Experience* OR „point of view“ OR view		8	907024	
		7 und 8	9	18	Wottrich et al. (2012).

Enger Kreis: Donnellan, C., Martins, A., Conlon, A., Coughlan, T., O'Neill, D. & Collins, D. R. (2013). Mapping patients experiences after stroke onto a patient-focused intervention framework. *Disability & Rehabilitation*, 35(6), 483–491.

Schlagwörter	Keywords	Kombinationen	Nr.	Anzahl Treffer	Relevante Literatur
Stroke			1	83251	
	Stroke OR „cerebral vascular accident“ OR „cerebral vascular attack“		2	192203	



	consequenc* OR implication* OR impact* OR influence* OR effect*	3	6041127	
Affect		4	24754	
	affect	5	446226	
		1 und 2 und 3 und 4 und 5	6	57
	experience* OR view* OR feeling* OR perception* OR „point of view“	7	1260236	
		6 und 7	8	17
				Donnellan et al. (2013).

Hauptstudie: Kitzmüller, G., Häggstau, T. & Asplund, K. (2013). Living an unfamiliar body: the significance of the long-term influence of bodily changes on the perception of self after stroke. *Med. Health Care and Philos*, 16, 19-20.

Schlagwörter	Schlüsselwörter	Kombinationen	Nr.	Anzahl Treffer	Relevante Literatur
stroke			1	81631	
	Stroke OR „cerebral vascular attack“ OR „cerebral vascular accident“ OR apoplex*		2	194554	
		1 und 2	3	66170	
	consequenc* OR influenc* OR impact* OR effect* OR implication*		4	6072102	
	outpatient OR home OR post-stroke OR domicil* OR domestic* OR „post stroke“		5	373525	
		3 und 4 und 5	6	2433	
Quality of life OR	„quality of life“		7	190420	
		6 und 7	8	327	
	Experience* OR perception* OR view* OR „point of view“ OR feeling OR perspectiv*		9	1410864	

	8 und 9	10	87	
	Limit to „all adult (19 plus years)	11	67	Kitzmüller et al. (2013).

## Suche in CINAHL

Hauptstudie: Trigg, R., Wood, V. & Hewer, R. (1999). Social reintegration after stroke: the first stages in the development of the subjective Index of physical and social outcomes (SISPO). *Clinical Rehabilitation*, 13, 341-353.

Enger Kreis: Kvigne, K., Kirkevold, M. & Gjengedal, E. (2004). Fighting Back-Struggling to continue life and preserve the self following a stroke. *Health Care for Women International*, 25, 370-387.

Schlagwörter	Schlüsselwörter	Kombinationen	Nr.	Anzahl Treffer	Relevante Literatur
(MH "Stroke Patients")			1	(2,239)	
(MH "Activities of Daily Living+")			2	(28,923)	
(MH "Life Experiences+")			2	(15,409)	
		1 und 2 und 3	4	(3)	
	experience	1 und 2 und experience	5	(21)	Fallahpur, M., Jonsson, H., Joghataei, M. T., Nasrabadi, A. N. & Tham, K. (2013). I'am not living my life: Lived experience of participants in everyday occupations after stroke in Tehran. <i>Journal of Rehabilitation Medicine</i> , 45(6), 528-534.

**Bemerkungen:** Aus der Studie Fallahpur et al. (2013) wurde durch die Schneeballsuche die Studie Kvigne et al. (2004) und die Studie von Lamb, M., Buchanan, D., Godfrey, C. M., Harrison, M. B. & Oakley, P. (2008). The psychosocial spiritual experience of elderly individuals recovering from stroke: a systematic review. *International Journal of Evidence Based Healthcare*, 6(2), 173-205 gefunden. Durch die Studie Lamb et al. (2008) wurde die Hauptstudie Trigg et al. (1999) gefunden.

Enger Kreis: Grimby, G., Andrén, E., Daving, Y. & Wright, B. (1998). Dependence and Perceived Difficulty in Daily Activities in Community-Living Stroke Survivors 2 Years After Stroke. *Stroke*, 29, 1843-1849.

Schlagwörter	Schlüsselwörter	Kombinationen	Nr.	Anzahl Treffer	Relevante Literatur
	stroke patients		1	(11,850)	
	home		2	(90,115)	
		1 und 2	3	(840)	
(MH "Stroke Patients")			4	(2,239)	
	Home environment		5	(6,785)	
		4 und 5		(29)	
		1 und 5		(55)	Grimby et al. (1998).

## Suche in PsycInfo

Hauptstudie: Wallenbert, I. & Jonsson, H. (2005). Waiting to get better: A Dilemma regarding habits in daily occupations after stroke. *The American Journal of Occupational Therapy*, 59(2), 218-224.

Schlagwörter	Schlüsselwörter	Kombinationen	Nr.	Anzahl Treffer	Relevante Literatur
	cerebrovascular accidents/		1	13009	
exp "Activities of Daily Living"/			2	4110	
exp daily activities/			3	2678	
exp household management/			4	1717	
	experience.mp.		5	265897	
	barriers.mp.		6	31390	
	impact.mp.		7	196564	
	problem.mp.		8	184435	
	feeling.mp.		9	30769	
exp "perceptiveness (personality)"/			10	66	
		9 oder 10	11	30834	
		6 oder 8	12	213699	
		1 und 2 und 5	13	13	

	1 und 2 und 10	14	0	
	1 und 2 und 12	15	5	
	1 und 4	16	1	
	1 und 3	17	42	Wallenbert et al. (2005).

## Suche in AMED

(Hauptstudie: Wallenbert I. & Jonsson H. (2005). Waiting to get better: a dilemma regarding habits in daily occupations after stroke. *American Journal of Occupational Therapy*, 59(2), 218-24.)

Enger Kreis: Reid, D. T., Hebert, D. & Rudman, D. (2006). Occupational performance in older stroke wheelchair users living at home. *Occupational Therapy International*, 8(4), 273-86.

Schlagwörter	Schlüsselwörter	Kombinationen	Nr.	Anzahl Treffer	Relevante Literatur
Stroke			1	1673	
	Stroke OR apoplex* or „cerebrovascular accident“ OR „cerebral vascular attack“ OR „apoplectic insult“ or „apoplectic stroke“		2	7283	
		1 oder 2	3	7283	
"Activities of daily living"			4	4440	
	„activit* of daily living“ OR „instrumental* activit* of daily living“ OR ADL OR IADL		5	5690	
		4 oder 5	6	5690	
	Home OR domestic* OR domicil* OR out-patient OR outpatient		7	29561	
Outpatients			8	250	
		7 oder 8	9	29608	
		3 und 6 und 9	10	232	
	Resource* OR help* OR fascilit*		11	13005	
		10 und 11	12	32	Keine relevanten Treffer

Influence* OR effect* OR impact* OR change* OR consequenc*		13	84746	
Eat Or feeding* OR housekeeping OR household OR cook* OR shopping* OR „every day occupation*“ OR dress*		15	2384	
	8 und 15	16	22	Reid et al. (2006).
	10 und 13	17	135	
„everyday occupation*“ OR activit* OR occupation*		18	44510	
	17 und 18	19	129	
Problem* OR difficult* OR deficit* OR obstacle* OR barrier*		20	24778	
	10 und 20	21	29	Keine relevanten Treffer
Recover* OR independen* OR convalescen*		22	15292	
	10 und 22	23	66	Wallenbert et al. (2005).

## Suche in OTD- Base

Wilkinson, P. R., Wolfe, C. D., Warburton, F. G., Rudd, A. G., Howard, R. S., Ross-Russel, R. W. & Beech R. R. (1997). A long-term follow up of stroke patients. *Stroke*, 28, 507-512.

Schlagwörter	Schlüsselwörter	Kombinationen	Nr.	Anzahl Treffer	Relevante Literatur
	stroke and cook* and expectation		1	Nicht bekannt	Hoffmann, T., McKenna, K., Cooke, D. & Tooth, L. (2003). Outcomes after stroke: Basic and instrumental activities of daily living, community reintegration and generic health status. <i>Australien Occupational Therapy Journal</i> , 225-233.

**Kommentar:** Durch die Studie Hoffmann et al. (2003) konnte mithilfe der Schneeballsuche die Studie Wilkinson et al. (1997) gefunden werden.

## 13.7 Wortzahl

Abstract: 198

Arbeit: 11'236

Die Wortzahl der Arbeit wird ohne Titelblatt, Inhaltsverzeichnis, Abstract, allgemeine Angaben, Tabellen, Graphiken, Verzeichnisse, Eigenständigkeitserklärung und Anhang gezählt.

## 13.8 Literaturverzeichnis - Anhang

- American Occupational Therapy Association [AOTA]. (2008). *Occupational Therapy Practice Framework: Domain & Process* (2ed Edition). Montgomery Lane: AOTA Press.
- Bundesamt für Statistik [BfS]. (2014). 14-Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD-10): ICD-10-GM Version 2012. Retrieved from <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/nomenklaturen/blank/blank/cim10/02/04.html> am 19.4.2014.
- Der Duden. (2013) [elektronische Version]. Domizil. Retrieved from <http://www.duden.de/rechtschreibung/Domizil> am 22.4.2014.
- Der Duden. (2013) [elektronische Version]. Hämorrhagisch. Retrieved from <http://www.duden.de/rechtschreibung/haemorrhagisch> am 18.4.2014.
- Der Duden. (2013) [elektronische Version]. Hermeneutik. Retrieved from <http://www.duden.de/rechtschreibung/Hermeneutik> am 23.4.2014.
- Der Duden. (2013) [elektronische Version]. Holistisch. Retrieved from <http://www.duden.de/rechtschreibung/holistisch> am 17.4.2014.
- Der Duden. (2013) [elektronische Version]. Klientenzentriert. Retrieved from <http://www.duden.de/rechtschreibung/klientenzentriert> am 19.4.2014.
- Der Duden. (2013) [elektronische Version]. Modell. Retrieved from <http://www.duden.de/rechtschreibung/Modell> am 19.4.2014.
- Der Duden. (2013) [elektronische Version]. Narrativ. Retrieved from <http://www.duden.de/rechtschreibung/narrativ> am 18.4.2014.
- Der Duden. (2013). [elektronische Version]. Partizipation. Retrieved from <http://www.duden.de/rechtschreibung/Partizipation> am 19.4.2014.
- Der Duden. (2013) [elektronische Version]. Phänomenologie. Retrieved from <http://www.duden.de/rechtschreibung/Phaenomenologie> am 23.4.2014.
- Der Duden. (2013) [elektronische Version]. Stichprobe. Retrieved from <http://www.duden.de/rechtschreibung/Stichprobe> am 17.4.2014.
- Der Duden. (2013) [elektronische Version]. Tiefeninterview. Retrieved from <http://www.duden.de/rechtschreibung/Tiefeninterview> am 17.4.2014.
- Der Duden. (2013) [elektronische Version]. Transkribieren. Retrieved from <http://www.duden.de/rechtschreibung/transkribieren> am 17.4.2014.



- Der Duden. (2007). *Wörterbuch medizinischer Fachbegriffe* (8. Auflage). Mannheim: Dudenverlag.
- Franke, F., Klein, A. & Schüller-Zwierlein, A. (2010). *Schlüsselkompetenzen: Literatur recherchieren in Bibliotheken und Internet*. Stuttgart: Verlag J. B. Metzler.
- Fisher, A. G. & Jones, K. B. (2012). *Assessment of Motor an Process Skills: Volume 1: Development, Standardization, and Administration Manual, Seventh Edition, Revised*. Fort Collins, Colorado, USA: Three Star Press, Inc.
- Flick, U. (2004). *Triangulation. Eine Einführung*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Haase, F. C. (2011). Handlungsorientierte Sichtweisen im ergotherapeutischen Prozess. In C. Scheepers, U. Steding-Albrecht & P. Jehn (Eds.), *Ergotherapie: Vom Behandeln zum Handeln* (p.197-200). Stuttgart: George Thieme Verlag KG.
- Lamnek (2010). *Qualitative Sozialforschung*. Weinheim: Beltz Verlag.
- Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J. & Westmorland, M. (1998). *Critical Review Form – Quantitative studies*. Retrieved from <http://www.srs-mcmaster.ca/Portals/20/pdf/ebp/quantreview.pdf> am 21.09.2013.
- Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J. & Westmorland, M. (2007). *Critical Review Form - Qualitative Studies (Version 2.0)*. Retrieved from [http://www.srs-mcmaster.ca/Portals/20/pdf/ebp/qualreview\\_version2.0.pdf](http://www.srs-mcmaster.ca/Portals/20/pdf/ebp/qualreview_version2.0.pdf) am 21.09.2013.
- Marotzki, U. (2011). Praxismodelle in der Ergotherapie. In C. Scheepers, U. Steding-Albrecht & P. Jehn (Eds.), *Ergotherapie: Vom Behandeln zum Handeln* (p. 105-109). Stuttgart: George Thieme Verlag KG.
- Mentrup, C. (2011). Model of Human Occupation (MOHO). In C. Scheepers, U. Steding-Albrecht & P. Jehn (Eds.), *Ergotherapie: Vom Behandeln zum Handeln* (p. 127-137). Stuttgart: George Thieme Verlag KG.
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1983). Stages and process of self-change in smoking: toward an integrative model change. *J Consult Clin Psychol.*, 21, 390-395.
- Pschyrembel Hunnius Pharmazeutisches Wörterbuch. (n.d) [elektronische Version]. Drop-out. Retrieved from <http://www.degruyter.com/view/hunnius/c4e0a600-9c2a-493c-9f31-4790f5a21392> am 23.4.2014.
- Pschyrembel Klinisches Wörterbuch. (n.d) [elektronische Version]. Aphasie. Retrieved from <http://www.degruyter.com/view/kw/4378034> am 17.4.2014.

Pschyrembel Klinisches Wörterbuch. (n.d) [elektronische Version]. Apraxie. Retrieved from <http://www.degruyter.com/view/kw/4378114> am 17.4.2014.

Pschyrembel Klinisches Wörterbuch. (n.d) [elektronische Version]. Barthel Index. Retrieved from <http://www.degruyter.com/view/kw/13172256> am 17.4.2014.

Pschyrembel Klinisches Wörterbuch. (n.d) [elektronische Version]. Embolie. Retrieved from <http://www.degruyter.com/view/ppp/12833990> am 16.4.2014.

Pschyrembel Klinisches Wörterbuch. (n.d) [elektronische Version]. Häm-. <http://www.degruyter.com/view/kw/4388216> am 22.4.2014.

Pschyrembel Klinisches Wörterbuch. (n.d) [elektronische Version]. Hemianopsie. Retrieved from <http://www.degruyter.com/view/kw/4388785> am 18.4.2014.

Pschyrembel Klinisches Wörterbuch. (n.d) [elektronische Version]. Hemiparese. Retrieved from <http://www.degruyter.com/view/kw/4388807> am 17.4.2014.

Pschyrembel Klinisches Wörterbuch. (n.d) [elektronische Version]. Ischämie. Retrieved from <http://www.degruyter.com/view/kw/4391028> am 22.4.2014.

Pschyrembel Klinisches Wörterbuch. (n.d.) [elektronische Version]. Katheterisierung. Retrieved from <http://www.degruyter.com/view/tw/8795088> am 18.4.2014.

Pschyrembel Klinisches Wörterbuch. (n.d) [elektronische Version]. Kontralateral. Retrieved from <http://www.degruyter.com/view/kw/4392506> am 17.4.2014.

Pschyrembel Klinisches Wörterbuch. (n.d) [elektronische Version]. Neglect. Retrieved from <http://www.degruyter.com/view/kw/4397170> am 24.4.2014.

Pschyrembel Klinisches Wörterbuch. (n.d) [elektronische Version]. Plastizität, neuronale. Retrieved from <http://www.degruyter.com/view/ppp/12842074> am 22.4.2014.

Pschyrembel Klinisches Wörterbuch. (n.d) [elektronische Version]. Schlaganfall. Retrieved from <http://www.degruyter.com/view/kw/5b87576c-291a-4d4c-a6a7-aae81dfcc110> am 18.4.2014.

Pschyrembel Klinisches Wörterbuch. (n.d) [elektronische Version]. Stroke Unit. Retrieved from <http://www.degruyter.com/view/kw/4405894> am 18.4.2014.

Pschyrembel Klinisches Wörterbuch. (n.d) [elektronische Version]. Subarachnoidalblutung. Retrieved from <http://www.degruyter.com/view/kw/4405975> am 17.4.2014.

- Pschyrembel Klinisches Wörterbuch. (n.d) [elektronische Version]. Syndrom, hirnlokales. Retrieved from <http://www.degruyter.com/view/kw/4406304> am 17.4.2014.
- Pschyrembel Klinisches Wörterbuch. (n.d) [elektronische Version]. Urininkontinenz. Retrieved from <http://www.degruyter.com/view/kw/4388536?language> am 18.4.2014.
- Pschyrembel Naturheilkunde. (n.d) [elektronische Version]. Review, systematisches. Retrieved from <http://www.degruyter.com/view/natur/8805412> am 17.4.2014.
- Pschyrembel Pflege. (n.d) [elektronische Version]. Alexie. Retrieved from <http://www.degruyter.com/view/pflege/9795810> am 17.4.2014.
- Pschyrembel Premium Online. (n.d.) [elektronische Version]. Produktinfo. Retrieved from <http://www.degruyter.com/view/db/pschyprem> 17.4.2014.
- Pschyrembel Sozialmedizin. (n.d) [elektronische Version]. Korrelations Koeffizient. Retrieved from <http://www.degruyter.com/view/sozmed/10689710> am 18.4.2014.
- Pschyrembel Sozialmedizin. (n.d) [elektronische Version]. Regressionsanalyse. Retrieved from <http://www.degruyter.com/view/sozmed/10691104> am 18.4.2014.
- Pschyrembel Sozialmedizin. (n.d) [elektronische Version]. Faktorenanalyse. Retrieved from <http://www.degruyter.com/view/sozmed/10688475> am 19.4.2014.
- Pschyrembel Sozialmedizin. (n.d) [elektronische Version]. Kontextfaktoren. Retrieved from <http://www.degruyter.com/view/sozmed/10689672> am 22.4.2014.
- Pschyrembel Sozialmedizin. (n.d) [elektronische Version]. Review, systematisch. Retrieved from <http://www.degruyter.com/view/sozmed/10691239> am 18.4.2014.
- Pschyrembel Psychiatrie, Klinische Psychologie, Psychologie. (n.d) [elektronische Version]. Cronbachs Alpha. Retrieved from <http://www.degruyter.com/view/ppp/12839403> am 18.4.2014.
- Pschyrembel Psychiatrie, Klinische Psychologie, Psychologie. (n.d) [elektronische Version]. Defizit, fokal-neurologisches. Retrieved from <http://www.degruyter.com/view/ppp/12840774> 17.4.2014.
- Pschyrembel Psychiatrie, Klinische Psychologie, Psychotherapie. (n.d.) [elektronische Version]. Median. Retrieved from <http://www.degruyter.com/view/ppp/421fe672-ea48-4d3c-b05d-c453e139b3e8>

am 18.4.2014.

Pschyrembel Psychiatrie, Klinische Psychologie, Psychologie. (n.d) [elektronische Version]. Survivalanalyse. Retrieved from <http://www.degruyter.com/view/ppp/13026736> am 19.4.2014.

Researchproposalsforhealthprofessionals. (2014). The constant comparative method. Retrieved from [http://www.researchproposalsforhealthprofessionals.com/constant\\_comparative\\_method.htm](http://www.researchproposalsforhealthprofessionals.com/constant_comparative_method.htm) am 24.4.2014.

Rollnick, S., Miller, W. R. & Butler, C. C. (2012). *Motivierende Gesprächsführung in den Heilberufen: Core-Skills für Helfer*. Lichtenau/Westf.: G. P. Probst Verlag GmbH.

Roschger-Stadlmayr, B. & Kleibel- Arbeitshuber, J. (2000). Narrativer Ansatz. In G. Stumm & A. Pritz (Eds.), *Wörterbuch der Psychotherapie* (p. 451-452). Wien: Springer Verlag.

Schuberth, K. (2005). *Handbuch ergotherapeutischer Begriffe*. Basel: SolArgent Media AG Verlag.

Steland, A. (2010). *Basiswissen Statistik: Kompaktkurs für Anwender aus Wirtschaft, Informatik und Technik*. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.

Taylor, B. (2008). „Use of Self“ in der Ergotherapie: Beziehungen bewusst gestalten. *ergoscience*, 3, 22-31.

World Health Organization [WHO]. (2014). International Classification of Functioning Disability and Health (ICF). Retrieved from <http://www.who.int/classifications/icf/en/> 23.4.2014.

World Health Organization [WHO]. (2014). About WHO. Retrieved from <http://www.who.int/about/en/> am 22.4.2014.