

Diskurs über die Einflussfaktoren auf die Betätigungsperformanz von in die Schweiz immigrierten kosovo-albanischen Klienten mit einer Depression

Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW
Departement Gesundheit
Studiengang Ergotherapie
Betreuende Dozentin: Uta Jakobs

Abgabedatum: 18.06.2009

Eingereicht von:

Kathrin Zulliger
S06-531-008
Feststrasse 4
4917 Melchnau

&

Barbara Wüthrich
S06-531-040
Wydmatt 21
3662 Seftigen

ABSTRACT

Hintergrund: Wenn Menschen an einer Depression leiden, wird die Betätigungsperformanz, die im Interesse der Ergotherapie liegt, beeinflusst. In der ergotherapeutischen Praxis trifft man vermehrt auf Klienten aus anderen Kulturen. Im Jahr 2000 lebten rund 130'000 Kosovo-Albaner in der Schweiz.

Fragestellung: Welche Einflussfaktoren wirken sich wie auf die Betätigungsperformanz von in die Schweiz immigrierten kosovo-albanischen Klienten mit einer Depression aus?

Methodik: Die vorliegende Bachelorthese wurde in Form eines Literaturberichts erstellt. Eine Übersicht von aktuellen internationalen wie auch nationalen Forschungsergebnissen wurde anhand der Literatursuche zusammengestellt.

Ergebnisse: Die Betätigungsperformanz von in die Schweiz immigrierten Kosovo-Albanern wird von Bedingungen im Herkunftsland (Migrationsgrund, Migrationsprozess, traumatische Erlebnisse, kulturelle Aspekte) als auch von Bedingungen in der Schweiz (Akkulturation, soziale Netzwerke, Bildung, sozioökonomischer Status, Aufenthaltstatus, Kommunikation) in den Bereichen Freizeit und Arbeit beeinflusst. Die Gesundheit hängt stark damit zusammen, was Menschen in ihrer Arbeit, Freizeit und dem täglichen Leben tun. Die Kosovo-Albaner, die an einer Depression leiden, werden durch die psychische Erkrankung in ihrer Betätigungsperformanz zusätzlich eingeschränkt.

Diskussion: Die oben genannten Einflussfaktoren wirken aufeinander ein und bedingen sich gegenseitig. Sie können sich negativ wie auch positiv auf die psychische Gesundheit von Kosovo-Albanern auswirken. Eine Depression kann aufgrund der Einflussfaktoren entstehen. Die Depression selbst kann negative Auswirkungen auf ihre Betätigungsperformanz haben.

DANKSAGUNG

Wir möchten es nicht versäumen, unseren Dank gegenüber den Menschen auszusprechen, die uns während der ganzen Entstehungszeit dieser vorliegenden Bachelorthese in irgendeiner Form unterstützt haben. Wir danken ganz besonders Uta Jakobs, Ergotherapeutin MSc. und Dozentin an der ZHAW, für ihr Engagement und die Betreuungszeit, in der sie uns im Schreibprozess unterstützend zur Seite stand. Wir danken zudem Franziska Heigl, Ergotherapeutin MSc. und Dozentin an der ZHAW, für ihre zur Verfügung gestellte Masterthese sowie für die guten Hinweise leistungswertiger Literatur. Ein grosser Dank geht an René Schaffert Dahinden, Arbeitender Fachstelle Gesundheitswissenschaften an der ZHAW, der unserer These durch ein bedeutsames Gespräch eine neue Richtung gab, sowie Prof. Dr. med. Peter Keel, Chefarzt Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik Bethesda Basel, der uns per Mail offene Fragen beantwortete und uns Studien zusandte. Weiterhin bedanken wir uns herzlich bei Dr. med. Besnik Abazi, Oberarzt Externe psychiatrische Dienste Liestal, für seine telefonischen Auskünfte sowie Literaturangaben. Ein Dank geht ebenfalls an Prof. Dr. med. Wielant Machleidt, Direktor der Medizinischen Hochschule Hannover, Abteilung Sozialpsychiatrie und Psychotherapie, für seine Unterstützung. Zum Schluss möchten wir ganz herzlich Heidi Zulliger und der Ergotherapeutin Veronika Bader danken, die unsere Bachelorthese auf Verständlichkeit, Grammatik und Rechtschreibung überprüft haben.

INHALTSVERZEICHNIS

1. EINLEITUNG	5
1.1 Einführung in die Thematik	5
1.2 Methodik	7
1.3 Begriffsdefinitionen.....	8
1.3.1 Einflussfaktoren.....	8
1.3.2 Betätigungsperformanz	8
1.3.3 Kultur	9
1.3.4 Depression	9
1.3.5 Migration.....	10
2. HAUPTTEIL	11
2.1 Aktueller Forschungsstand.....	11
2.2 Gesundheit und Betätigungsperformanz.....	12
2.3 Einflussfaktoren auf die Betätigungsperformanz von Kosovo-Albanern.....	12
2.3.1 Depression	12
2.3.2 Bedingungen im Herkunftsland Kosovo.....	16
2.3.3 Bedingungen in der Schweiz	21
2.4 Diskussion.....	30
2.4.1 Kritische Beurteilung der Hauptliteratur	30
2.4.2 Beantwortung der Fragestellung.....	34
2.5 Theorie-Praxis-Transfer	39
3. SCHLUSSTEIL	47
3.1 Schlussfolgerung	47
3.1.1. Bezug zur Fragestellung.....	47
3.1.2. Methodik.....	48
3.1.3. Bearbeitung	48
3.1.4. Ergebnisse	49
3.1.5. Limitationen	49
3.2. Weiterführende Überlegungen	50
4. LITERATURVERZEICHNIS	51
6. EIGENSTÄNDIGKEITSERKLÄRUNG	61
7. ANHANG	62
7.1 Matrix von relevanten Literaturangaben.....	62
7.2 Kritische Beurteilungen	68
7.3 Tabelle der verwendeten Schlagwörter.....	91
7.3 Grafische Darstellung.....	92

1. EINLEITUNG

1.1 Einführung in die Thematik

Im vorliegenden Literaturbericht wird der Einfachheit halber nur die männliche Form verwendet. Wo dies zutrifft, gilt aber sowohl die weibliche wie auch die männliche Form.

Diskurs über die Einflussfaktoren auf die Betätigungsperformanz von in die Schweiz immigrierten kosovo-albanischen Klienten mit einer Depression.

Folgende Beweggründe führten zur Fragestellung: In der ergotherapeutischen Praxis arbeiteten wir mit Menschen aus anderen Kulturen, die an einer Depression litten. Die Herausforderungen in der ergotherapeutischen Tätigkeit mit einer Kosovo-Albanerin beinhalteten beispielsweise Kommunikationsschwierigkeiten, ein anderes Verständnis von Selbständigkeit, Schwierigkeiten bei der Auswahl von bedeutungsvollen Betätigungen und geeigneten Assessments.

Nach Bischoff und Wanner (2008) nehmen multikulturelle Gesellschaften in Europa seit den letzten 50 Jahren beachtlich zu. Im Laufe des 20. Jahrhunderts ist die Anzahl der Menschen mit einem Migrationshintergrund, die dauerhaft in der Schweiz leben, um 25% gestiegen (Bundesamt für Gesundheit [BAG], 2008). Die letzte Schweizerische Volkszählung von 2000 ergab, dass der Anteil der Ausländer in der Schweiz 20,5% betrug. Von Aarburg und Gretler (2008) erklären, dass bei der Volkszählung im Jahr 2000 rund 130'000 Kosovo-Albaner in der Schweiz gelebt haben. Aufgrund der genannten Fakten werden Ergotherapeuten vermehrt mit Klienten mit einem Migrationshintergrund arbeiten.

Die Betätigung wie auch die Betätigungsperformanz liegen im Interesse der Ergotherapie (CAOT, 2002; Creighton 1992). Die Betätigung wird persönlich und kulturell vom ausführenden Menschen geprägt (Townsend, 2002; AOTA, 2002; Kielhofner, 2008; CAOT, 2002; Jonsson & Josephsson, 2005; Fair & Barnitt, 1999; Bonder, Martin & Miracle, 2004). In der ergotherapeutischen Arbeit ist es deshalb wichtig, die

Bedeutung des persönlichen und kulturellen Hintergrundes von kosovo-albanischen Klienten zu verstehen und einzubeziehen.

Menschen mit einer nach ICD-10 klassifizierten Depression (F32-33) leiden unter „einer gedrückten Stimmung und einer Verminderung von Antrieb und Aktivität“ (World Health Organisation [WHO], 2009a) und haben Schwierigkeiten bei der Betätigungsperformanz (Crist, Davis & Coffin, 2000).

Aus Sicht der transkulturellen Pflege sind die Hauptkonzepte der Ergotherapie auf westliche Werte gestützt (Kinébanian & Stomph, 1992; Iwama, 2006). Die ergotherapeutischen Annahmen bezüglich Betätigung werden als universal gültig und kulturell grenzüberschreitend betrachtet. Jedoch sollte die Anwendbarkeit von Konzepten und Assessments für Klienten aus anderen kulturellen Kontexten kritisch geprüft werden (Iwama, 2006).

Zusammenfassend ist es von Bedeutung, dass sich Ergotherapeuten über ihre eigene westlich geprägte Sichtweise bewusst sind. Zudem ist ein Verständnis der persönlichen und kulturell geprägten bedeutungsvollen Betätigungen von kosovo-albanischen Klienten in der ergotherapeutischen Tätigkeit unerlässlich.

Aus den genannten Erkenntnissen entstand die Fragestellung:

Welche Einflussfaktoren wirken sich wie auf die Betätigungsperformanz von in die Schweiz immigrierten kosovo-albanischen Klienten mit einer Depression aus?

1.2 Methodik

Die Übersicht von Forschungsergebnissen wird nach Kruse (2007) neben anderen Textgenres in Form eines Literaturberichts, wie die vorliegende wissenschaftliche Arbeit, dargestellt. Sekundärzitate wurden wenn möglich vermieden. Die Literaturrecherchen fanden in den Datenbanken PubMed, Medline, Cinahl und Google Scholar statt. Das schweizerische Bundesamt für Migration, Statistik und Gesundheit, das Schweizerische Forum für Migration (SFM), sowie der Nebiskatalog dienten zur erweiterten Literatursuche. Zudem wurde der Kontakt zu Experten gesucht. Es wurde Literatur, die zwischen 1998 bis 2008 erschienen ist, einbezogen. Wenige ältere Studien wurden aufgrund ihrer Wichtigkeit ebenfalls berücksichtigt. Die wichtigsten verwendeten Suchbegriffe sind im Anhang auf Seite 91 zu finden. Mit den verschiedenen Suchmodi konnte gezielt recherchiert werden. Die Suchbegriffe wurden mit boolschen Operatoren wie AND oder OR verknüpft. Wichtige Studien wurden in ihrem Literaturverzeichnis auf weitere Literaturhinweise überprüft. Die relevanten Volltexte wurden anhand der verschiedenen Komponenten der kritischen Besprechung nach Law et al. (1998) beurteilt. Wichtige Ergebnisse aus den Studien wurden systematisch in Unterkapiteln im Hauptteil zur Übersicht zusammengestellt. Diese Ergebnisse im Hauptteil wurden ohne Wertung und Interpretation dokumentiert und erlauben dadurch dem Leser, sich eine eigene Meinung zu bilden (Kruse, 2007). Im Hauptteil wurden zudem die wichtigsten Begriffe definiert und zu anderen Begrifflichkeiten abgegrenzt. In der Diskussion wurden sodann die bedeutsamen Studien miteinander in Beziehung gesetzt und diskutiert. Die zu Beginn erarbeitete Fragestellung wurde bearbeitet und eine Schlussfolgerung wurde gezogen (Kruse, 2007). Im Theorie-Praxis-Transfer wurden wichtige Erkenntnisse in die ergotherapeutische Praxis übertragen. In den weiterführenden Überlegungen wurden entdeckte Wissenslücken genannt, die zum Ansatzpunkt weiterer Forschungen werden könnten (Kruse, 2007).

1.3 Begriffsdefinitionen

1.3.1 Einflussfaktoren

Im vorliegenden Literaturbericht wird der Begriff *Einflussfaktoren* folgendermassen definiert: Unter *Einflussfaktoren* werden alle kontext- und personengebundene Gegebenheiten verstanden, die auf die Gesundheit und die Betätigungsperformanz auf irgendeine Weise einwirken.

1.3.2 Betätigungsperformanz

Zum besseren Verständnis wird zuerst der Kernbegriff der Ergotherapie, die *Betätigung*, kurz erläutert.

Betätigung (*occupation*) In der ergotherapiespezifischen Literatur wird der Begriff *occupation* unterschiedlich diskutiert und definiert. Nach Townsend (2002); AOTA (2002); Kielhofner (2008); Jonsson und Josephsson (2005) geben Betätigungen dem Leben einen Sinn und sind zudem persönlich oder kulturell für den jeweiligen Menschen von Bedeutung.

Betätigungsperformanz (*occupational performance*) Die Betätigung wie auch die Betätigungsperformanz liegen im Interesse der Ergotherapie (CAOT, 2002; Creighton 1992). Im Model of Human Occupation (MOHO) beschreibt Kielhofner (2008) die *Occupational Performance* als Ausführung der Betätigung. Die Betätigungsperformanz wird bedeutend beeinflusst von der Umwelt, wie z.B. von ökonomischen und politischen Umweltfaktoren (Kielhofner, 2008; Stark & Sanford, 2005). CAOT (2002) definiert im Canadian Model of Occupational Performance (CMOP) die Betätigungsperformanz als „the ability to choose, organize, and satisfactorily perform meaningful occupations that are culturally defined and age appropriate for looking after one’s self, enjoying life and contributing to the social and economic fabric of a community“ (S. 30). Der vorliegende Literaturbericht stützt sich auf die oben genannte Begriffsdefinition nach CAOT. Im CMOP wird eine für uns optimale Verknüpfung von Kultur und Betätigungsperformanz hergestellt.

1.3.3 Kultur

Der Begriff *Kultur* begleitet den gesamten Literaturbericht, dennoch wird der Begriff selbst nicht in der erarbeiteten Fragestellung genannt. Da dieser jedoch stets mitspielt, wird er nun zusätzlich zum besseren Verständnis erläutert.

Der Begriff *Kultur* wird unterschiedlich und stetig neu diskutiert. Folgend liegt eine Annäherung an den Kulturbegriff von verschiedenen Autoren vor. In der Soziologie wird die Kultur als gesamtes soziales Erbe angesehen. Dieses Erbe wird von jedermann in der Gesellschaft übernommen und besteht aus Wissen, Sitten, Glaubensvorstellungen, Gebräuchen und Fertigkeiten (Fuchs-Heinritz, Lautmann, Rammstedt & Wienold, 2007). Die Kultur wird nach Wimmer (2005) als Prozess verstanden, der ein Resultat der Aushandlung von Bedeutungen durch die Hinterfragung von kulturgeprägten, innovativen und reflexiven Individuen darstellt. Weiter ist Kultur veränderbar und dynamisch (Malek, 2007). Sie befähigt Menschen zu Bedeutungsbildung und bedeutungsvollem Handeln. Im Laufe des Lebens wird sie von Individuen erworben und beeinflusst. Die Kultur selbst kann von Menschen geändert werden und eine andere Bedeutung zugeschrieben bekommen (Dahinden, 2003; nach Malek, 2007).

1.3.4 Depression

Nach der internationalen Klassifikation der ICD-10 wird die Depression unter den affektiven Störungen (F30-F39) in drei depressive Episoden (F32) unterteilt. Je nach Anzahl und Schweregrad der Symptome wird die depressive Episode in leicht, mittelgradig oder schwer eingestuft. Der betroffene Mensch leidet unter gedrückter Stimmung, Antriebs- und Aktivitätsverminderung. Freude, Selbstwertgefühl, Interesse, Selbstvertrauen und Konzentration sind vermindert. Weiter können Müdigkeit, Schlafstörungen, Schuldgefühle und ein Gefühl der Wertlosigkeit vorliegen. Betroffene Menschen können somatische Begleitsymptome aufzeigen (WHO, 2009a).

1.3.5 Migration

Nach Treibel (2003) wird die Migration als einen Wechsel von einzelnen Menschen oder Menschengruppen in eine andere Gesellschaft oder ein Land, der dauerhaft oder vorübergehend sein kann, definiert. Für Schenk (2007) umfasst die Migration die Situation der persönlichen Migration, aber auch die Migrationserfahrung der gesamten Familie, wobei die Zweitgeneration ebenfalls durch diese Erfahrung geprägt wird. Die Gruppe der Migranten kann man nicht durch das Merkmal der *Staatsangehörigkeit* erkennen, denn eingebürgerte Migranten würden in diesem Fall nicht dazu gezählt, obschon diese ebenfalls einmal immigriert sind (Schenk, 2007).

2. HAUPTTEIL

2.1 Aktueller Forschungsstand

Zurzeit gibt es noch keine Forschungen über die Einflussfaktoren auf die Betätigungsperformanz von in die Schweiz immigrierten Kosovo-Albanern, die an einer Depression leiden. Es konnte nur eine Studie zur Betätigungsperformanz von Kosovo-Albanern in der Schweiz gefunden werden. Leider gibt es noch keine Ergotherapie spezifischen Forschungen zu dieser Gruppe von Migranten mit einer Depression. International wie auch national wurden Kosovo-Albaner in Bezug auf ihre Gesundheit untersucht, um die Auswirkungen des Kosovo Krieges zu erforschen. Oftmals wurden solche Forschungsarbeiten bei Kosovo-Albanern, die zum Zeitpunkt der Datenerhebung im Kosovo lebten, durchgeführt. Nur wenige sind diesbezüglich mit Kosovo-Albanern in den Asylländern wie der Schweiz erfolgt. Es gibt etliche Forschungen über das Thema *Migration und Gesundheit*, dennoch sind die gewonnenen Erkenntnisse ungenügend und lückenhaft (BAG, 2007b). Die Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) konnte bis jetzt aufgrund fehlender Angaben über Aufenthaltsstatus, Sprachkenntnisse, Integrationsgrad und Migrationsgrund kaum repräsentative Aussagen bezüglich der Gesundheitssituation der Migrationsbevölkerung machen (BAG, 2007b). Ein weiteres Problem zur Erfassung der Gesundheit von Migranten, betont das BAG (2007b), liege darin, dass solche Gesundheitsbefragungen in den drei Landessprachen durchgeführt würden. Migranten, die keine dieser Sprachen genügend beherrschen, werden aus den Befragungen ausgeschlossen. In der *Strategie Migration und Gesundheit* des Bundesamtes für Gesundheit sollte das *Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung (GMM)* im 2007 diese Forschungslücken beseitigen. Im Rahmen dieser Studie wurden wichtige Ergebnisse, welche für die jeweiligen Migrationsgruppen repräsentativ sind, erforscht (BAG, 2007b).

2.2 Gesundheit und Betätigungsperformanz

Die Gesundheit wird gemäss CAOT (2002) nicht isoliert betrachtet, sondern wird in Verbindung mit dem Lebensstil, der Umwelt, dem vorhandenen Gesundheitswesen wie auch mit der Biologie des Einzelnen gebracht. Die Gesundheit hängt stark damit zusammen, was Menschen in ihrer Arbeit, Freizeit und dem täglichen Leben tun (CAOT, 2002). Wie Wilcock (2005) erläutert, haben Betätigungen, die sozial in ihrem Wert gutgeheissen werden, den grössten Effekt auf das Wohlbefinden des Durchführenden. Die Betätigung wird nach Creighton (1992; nach CAOT, 2002) als tägliche Basis für die Lebensqualität und das Wohlbefinden angesehen.

2.3 Einflussfaktoren auf die Betätigungsperformanz von Kosovo-Albanern

Unsere Fragestellung bezieht sich auf Kosovo-Albaner, die bereits an einer Depression leiden. Die Depression selbst stellt einen Einflussfaktor auf die Betätigungsperformanz dar, weshalb zu Beginn auf die Depression der Kosovo-Albaner genauer eingegangen wird.

2.3.1 Depression

Nun wird der Zusammenhang zwischen der Depression und der Betätigungsperformanz aufgezeigt. In der Studie von Girard, Fisher, Short und Duran (1999) wurde die Betätigungsperformanz von Menschen mit einer Depression mit Menschen ohne psychische Erkrankungen anhand des ergotherapeutischen *Assessments of Motor and Process Skills (AMPS)* verglichen. Die zwei Gruppen hatten sich in ihrer Betätigungsperformanz signifikant unterschieden. Die Probanden mit einer psychischen Erkrankung wiesen Defizite bei den motorischen Fertigkeiten sowie bei den prozesshaften Fertigkeiten auf. Die verschiedenen Symptome der psychischen Erkrankung jedes Einzelnen führten zu unterschiedlichen Erscheinungsformen in Bezug auf die Betätigungsperformanz. Anhand des AMPS wurde zudem die Unabhängigkeit versus

Abhängigkeit im Alltag ermittelt. Nur zwei von 23 Probanden mit einer Depression waren selbständig in der Gesellschaft und benötigten keine Unterstützung.

Anschliessend wird aufgezeigt, wie es um die psychische Gesundheit von Migranten in der Schweiz, insbesondere von Kosovo-Albanern, steht. Die in der Schweiz lebenden Migranten leiden öfter an einer behandlungsbedürftigen Depression als die schweizerische Bevölkerung (Rausa & Reist, 2008). Chronische Schmerzen wie Rückenschmerzen führen oft zu Depressionen und emotionalen Krisen (BAG, 2008; Bhugra & Ayonrinde, 2004). In der Schweiz berichteten mehr als 20% der türkischen und kosovarischen Migranten über Rücken- und Kopfschmerzen (BAG, 2008). Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien zeigten im Durchschnitt bei allen *Indikatoren einer guten Gesundheit* schlechtere Werte auf als die schweizerische Referenzbevölkerung. Dies betraf vor allem ihre psychische Ausgeglichenheit (BAG, 2007b).

Aus den Studien von Bischoff, Schneider, Denhaerynck & Battegay (2009); Lopes Cardozo, Vergara, Agani & Gotway (2000); Lopes Cardozo, Kaiser, Gotway & Agani (2003); Wenzel, Agani, Rushiti, Abdullahu & Maxhuni (2006); Toscani et al. (2007); Kasdhan, Morina & Priebe (2009) geht hervor, dass die Depression bei Kosovo-Albanern häufig ein Symptom der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) ist. Die Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1) entsteht nach WHO (2009b) als Folge einer verzögerten Reaktion auf ein belastendes Ereignis. Wichtige charakteristische Merkmale sind die Vermeidungen von Situationen und Aktivitäten, welche Erinnerungen an die traumatischen Erlebnisse hervorrufen können, wiederholtes Erleben des Traumas, Freudlosigkeit, tiefe Verzweiflung, Gleichgültigkeit und Teilnahmslosigkeit gegenüber anderen Menschen und der Umgebung (WHO, 2009b).

Die in der Schweiz durchgeführte, retrospektive Fall-Kontroll-Studie von Bischoff et al. (2009) zeigt auf, dass nach ICD-10 die Depression und die PTBS zu den meistgenannten Gesundheitsproblemen der Probanden (N=979), die in der Schweiz Asyl suchten, gehörten. Die Kosovo-Albaner wurden nicht einzeln, sondern in einer Gruppe mit weiteren Probanden aus Serbien-Montenegro und Bosnien–Herzegowina erfasst (N=494). Ähnliches konnte in der Querschnittstudie von Lopes Cardozo et al. (2000), die an einer beachtlichen Anzahl von kosovo-albanischen Probanden

(N=1358) vorgenommen wurde, festgestellt werden. Die Probanden waren zum Zeitpunkt der Datenerhebung nach dem Krieg wieder in den heutigen Kosovo zurückgekehrt. Ein hoher Grad an PTBS (17%) und nicht spezifischen psychischen Symptomen wurde bei diesen Kosovo-Albanern gemessen. Eine hohe Prävalenz von traumatischen Erlebnissen konnte aufgezeigt werden. Je mehr traumatische Erfahrungen Probanden machten, desto schlechter war ihre psychische Gesundheit und ihre soziale Kompetenz. Die schlechte soziale Kompetenz wirkte sich auf das Einfügen in das gesellschaftliche Leben im Heimatland aus. Die schlechte psychische Gesundheit unter den Flüchtlingen, welche wieder in den Kosovo zurückkehrten, lassen auch auf instabile psychische Gesundheit bei den Flüchtlingen, die in den Asylländern verharren, schliessen.

Die Querschnittstudie von Lopes Cardozo et al. (2003) erfolgte ein Jahr nach der ersten Studie von Lopes Cardozo et al. (2000). Traumatische Erlebnisse wurden in der ersten Studie von 1999 öfter genannt als im Jahr 2000. Die soziale Kompetenz hat sich in diesem Jahr signifikant verbessert. Die PTBS wurde hingegen mit 25% bedeutsam mehr diagnostiziert als ein Jahr zuvor. Diese Zunahme der PTBS und die Abnahme der genannten traumatischen Erlebnisse können wie folgt erklärt werden: Ein Hauptsymptom der PTBS ist die Vermeidung der Konfrontation des Erlebten, welches die Abnahme der genannten traumatischen Ereignisse im Jahr 2000 aufgrund des Abblockens von schmerzlichen Erinnerungen erklärt. In der Studie von Wenzel et al. (2006) wurde sechs Jahre nach dem Krieg erneut eine Erhebung im Kosovo gemacht. Die zuvor erarbeiteten Studien von Lopes Cardozo et al. (2000; 2003) wurden als Grundlagen benötigt. Von den 1161 Probanden waren 89% Kosovo-Albaner. Die individuelle Wahrnehmung von einer Depression steigerte sich im Vergleich zu den vorangehenden Studien. 22,6% der Probanden wiesen eine PTBS auf. In dieser repräsentativen Studie waren 41,8% an einer Depression erkrankt. Dieses Vorkommen in der gesamten Bevölkerung ist sehr hoch.

Auch die Studie von Toscani et al. (2007) untermauert die schon genannten Fakten. Kosovo-Albaner (N=580), die vor 1999 in die Schweiz kamen, und die zwischen 1999 und 2001 wieder mit Hilfe der Schweiz zurück in den Kosovo kehrten, wurden in dieser Studie erfasst. 25% der über 16 jährigen Probanden wiesen eine PTBS auf. Die subjektive Einschätzung der psychischen Gesundheit dieser Menschen war sehr tief, vor allem bei PTBS Betroffenen. Während des Aufenthaltes in der Schweiz, hatten die Kosovo-Albaner mit einer PTBS bedeutend weniger Familienmitglieder in der gleichen Stadt, weniger Freunde und beherrschten die lokale Sprache weniger gut als diejenigen ohne eine PTBS. Sie waren ebenfalls weniger lang in der Schweiz und erhielten weniger Unterstützung von ihren Landsleuten. Kasdhan et al. (2009) prüften im Jahr 2006 die Verbindung zwischen den Diagnosen PTBS, der schweren Depression (MMD), der sozialen Angststörung (SAD) und der Lebensqualität bei kosovo-albanischen Zivilisten, die den Kosovo Krieg überlebt hatten und im heutigen Kosovo lebten. Die 174 kosovo-albanischen Zivilisten zeigten auf, dass 26,4% der Probanden PTBS und 41,4% schwere Depressionen aufwiesen. Die Probanden mit der Diagnose PTBS, MMD oder SAD zeigten eine höhere Vermeidung in Bezug auf unangenehme Gefühle und körperlichen Empfindungen sowie eine tiefere Lebensqualität aufgrund von Traumata auf. Die kosovo-albanischen Probanden, welche kein SAD und eine tiefe Vermeidungstendenz aufwiesen, berichteten von einer erhöhten Lebensqualität.

Nun werden die Bedingungen im Herkunftsland und in der Schweiz beleuchtet. Jeder einzelne nachfolgend beschriebene Einflussfaktor wird in Bezug auf die Betätigungsperformanz betrachtet. Diese bedingen sich oft gegenseitig und wirken aufeinander ein. Weil die Depression ein Einflussfaktor auf die Betätigungsperformanz selbst ist und bereits als vorhandene Erkrankung der Kosovo-Albaner von uns angenommen wird, werden die Einflussfaktoren immer wieder in Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen gebracht.

2.3.2 Bedingungen im Herkunftsland Kosovo

2.3.2.1 Migrationshintergründe von Kosovo-Albanern in der Schweiz

Die immigrierten Kosovo-Albaner sind kaum seit Geburt in der Schweiz (BAG, 2007b). Ein Grund dafür ist gemäss Von Aarburg und Gretler (2008) die albanische Arbeitsmigration um 1960. Albanische Männer reisten ohne Familie in die Schweiz, hatten ein tiefes Ausbildungsniveau, lebten unauffällig und verbrachten ihre Freizeit vorwiegend mit ihren Landsleuten. Diese anfänglich vorübergehend geplanten Aufenthalte zogen sich öfter über Jahre oder Jahrzehnte hin. Ein weiterer Migrationsgrund von Kosovo-Albanern stellt der im Jahr 1999 begonnene Kosovo Krieg dar. Von 1998 bis 1999 nahm die Anzahl der Asylsuchenden in der Schweiz drastisch zu, als sich der Konflikt in der serbischen Provinz Kosovo mehr und mehr zuspitzte und die Nordatlantische Vertragsorganisation (Nato) anfangs 1999 einen Bombenkrieg gegen die damalige Bundesrepublik Jugoslawien führte. Von den Flüchtlingen kehrten nach Ende des Krieges 1999 die meisten wieder zurück in ihr Heimatland. Für Kosovo-Albaner spielte der Familiennachzug in die Schweiz eine entscheidende Rolle in der Migrationsgeschichte.

2.3.2.2 Kulturelle Aspekte

Ortsansässige Personen aus dem Kosovo leben in einer kollektivistischen Gesellschaft, welche von bedeutenden sozialen Beziehungen geprägt ist. Der Kernwert dieser Gesellschaft ist die Familie (Kasdhan et al., 2009). Im Kollektivismus ist das individuelle Verhalten von der Gesellschaft abhängig. Der Einzelne ordnet seine Interessen und sein Handeln dem Gemeinwohl der Gruppe unter. Persönliche Wünsche und Bedürfnisse werden zurückgestellt (Fuchs-Heinritz et al., 2007). Der Entscheid zur Abhängigkeit von der Familie ist eine angesehene Wahl (Kinébanian & Stomph, 1992). Das Gewohnheitsrecht der albanischen Bevölkerung, der Kanun, baut auf der Grundlage des Kollektivismus auf. Im Kanun werden unter anderem Angelegenheiten des täglichen Lebens, Gastfreundschaft, Familienrechte und Rolle von Mann und Frau durch Verhaltensregeln geklärt (Mattern, 2004). Malek (2007) erklärt, dass bei den in die Schweiz immigrierten Kosovo-Albanerinnen die Wichtigkeit der Familie, die angesehene Stellung der Männer und die Geschlechterrollen trotz Migration bestehen bleiben. Die Frau trägt für den Haushalt, der Mann für die ausserhäusliche Arbeit die Verantwortung. Der wichtige Stellenwert der Familie zeigt sich auch in der Studie von Heigl (2006). Jeder der interviewten in der Schweiz lebenden kosovo-albanischen Männer (N=8) bewertete die Familie als sehr wichtig in ihrem alltäglichen Leben. Annähernd alle Betätigungen waren verlinkt mit der Familie oder wurden für die Familie gemacht. Die eigene Identität schien weniger wichtig und wurde vielmehr vom Gefühl, ein Mitglied der Familie zu sein, bestimmt (Heigl, 2006).

Die in diesem Kapitel beschriebenen kulturellen Aspekte können die Gesundheit und die Betätigungsperformanz der Kosovo-Albaner in der Schweiz beeinflussen. Zukunftspläne, eigenes Handeln und Interessen sind jeweils auf das Kollektiv ausgerichtet, was sich auf jeden Lebensbereich auswirken kann. Dies gibt den einzelnen Personen Stabilität, Schutz, Zugehörigkeit, Würde, Bestimmung und Identität. Diese Faktoren sind existentiell für das psychische Wohlergehen im fremden Land. Persönliches Wohlbefinden ist nur zu erlangen, wenn es der gesamten, auch der in der Heimat lebenden Familie, gut geht (Künzeler-Amacher, 2005). Die Selbstwahrnehmung und die eigene Gesundheit spielten in der qualitativen Studie von Heigl (2006) bei den befragten Kosovo-Albanern eine extrem geringwertige Rolle. Der Fokus lag für die Probanden auf der Ermöglichung eines besseren Lebens für die Kinder.

2.3.2.3 Migration als kritisches Lebensereignis

Die Migration stellt für Bhugra (2004a) ein komplexer Prozess und ein weltweites Phänomen dar. Schenk (2007); Weiss (2005); Bhugra (2004a/b) sehen die Migration selbst als ein kritisches Ereignis. Diese Wanderung verändere die Biographie jedes Einzelnen, der sich sozial und kulturell neu orientieren müsse, so Schenk (2007). Dies kann für immigrierte Kosovo-Albaner bedeuten, dass ihr praktisches Handlungswissen, also die Betätigungsperformanz, im neuen Land nicht mehr gleich viel Bedeutung hat wie im Herkunftsland - es entsteht eine Entwertung (Schenk, 2007). Eine der Gesundheitsdeterminanten der WHO nach Wilkinson und Marmot (2004) beschreibt eindrücklich die Auswirkungen auf die Gesundheit von kritischen Lebensereignissen. Sie sagt: „Belastende Lebensumstände machen die Menschen besorgt, ängstlich und handlungsunfähig, sie sind schädlich für die Gesundheit und können zu vorzeitigem Tod führen.“ (S. 13). Für Schenk (2007) sind Determinanten zu einer erfolgreichen Bewältigung eines kritischen Lebensereignisses das positive subjektive Erleben der Migration, soziale sowie materielle Ressourcen, Optimismus, soziale Netzwerke als auch eigene Bewältigungsstrategien. Eine Migration, welche aus politischen Gründen erfolgte, ruft ein starkes Gefühl der Niederlage oder der Gedrücktheit hervor. Durch die unfreiwillige Migration, die zu sozialen und ökonomischen Verlusten führt, kann ein tiefes Selbstwertgefühl entstehen. Das Entstehen einer Depression ist wahrscheinlich (Bhugra, 2004a).

2.3.2.4 Der Migrationsprozess

Der Migrationsprozess besteht aus einer Serie von verschiedenen Ereignissen (Bhugra, 2004a). Ein Migrationprozess kann temporär, permanent, periodisch, saisonal, lokal, entfernt, national oder international auftreten. Bhugra (2004b) betont weiter, dass in der ersten Phase, ein bis fünf Jahre nach der Migration, einige Gesundheitsprobleme auf Migranten zukommen können. In der zweiten Phase, nach fünf bis 10 Jahren, haben sich Migranten mehrheitlich niedergelassen. In dieser Phase können die Akkulturation (Anpassung an das Zielland) und die Entfremdung vom Heimatland zu Stressfaktoren und zu psychischen Symptomen führen. In der dritten Phase, nach 10 Jahren und mehr, können sich Migranten schlecht fühlen. Gründe

können unerfüllte Erwartungen, Rassismus, Arbeitslosigkeit und Armut sein (Bhugra, 2004b). Emigrierende Menschen erfahren während der Migration zahlreiche Stressfaktoren, die ihre psychische Gesundheit beeinflussen können (Bhugra & Becker, 2005). Zum soziokulturellen Übergang der Migration gehören laut Weiss (2005) somatische und psychosoziale Stressfaktoren. Migration an sich macht nicht krank, sondern vielmehr stellen verschiedene Umstände der Auswanderung ein gesundheitliches Risiko dar. Die Migrationshintergründe spielen dabei eine bedeutende Rolle (BAG, 2008; Schenk, 2007). Die Migration „bietet die Möglichkeit zur Neuorientierung und zur Nutzung anderer ökonomischer und sozialer Ressourcen.“ (S. 13). Diese Neuorientierung gelingt jedoch häufig nicht, weswegen die Migration vielfach als belastend empfunden wird (Weiss, 2005). Im Umgang mit dem Migrationsprozess steht der Persönlichkeitscharakter des Betroffenen im Vordergrund (Bhugra, 2004b). Der Verlust von kulturellen Normen, religiösen Gewohnheiten, sozialen Netzwerken und die Anpassung an die neue Kultur kann die eigene Identität beeinflussen und verändern (Bhugra & Becker, 2005). Die Stressintensität wie auch die Fähigkeit mit dem Stress umgehen zu können, spielt bei der Akkulturation eine beachtliche Rolle. Die individuellen Bewältigungsstrategien werden vom Migrationsgrund und der sozialen Unterstützung beeinflusst. Zusätzlich hat die Akzeptanz des Aufnahmelandes einen Einfluss auf die Stressbewältigung der Migranten (Bhugra, 2004b). In der ethnopsychanalytischen Untersuchung von schmerz- und chronischkranken Arbeitsmigranten und Asylsuchenden aus dem Kosovo wird ersichtlich, dass eine tiefe Verunsicherung durch den Migrationsprozess entsteht. Tiefgreifende Verlusterlebnisse, Enttäuschungen betreffend der Schweiz, Diskriminierung und die Unmöglichkeit der Verarbeitung psychischer Prozesse stellen den Selbstwert immigrierter Kosovo-Albaner in Frage. Dies kann zu einer Depressionsentwicklung führen. Psychische Stabilität und eine gute Ich-Stärkung sind daher wichtige persönliche Voraussetzungen für einen Migrationsprozess (Künzeler-Amacher, 2005).

2.3.2.5 Traumatische Erlebnisse vor und während der Migration

Traumatische Erlebnisse können im negativen Fall zu Krisen führen, im positiven Fall aber auch eine Chance zur Veränderung darstellen. Die durch die Wartezeiten in Flüchtlingscamps, Trennungen der Familie, Tod eines Verwandten und Vergewaltigungen entstandenen Traumata können zu psychosozialen Folgen führen. Die PTBS, die Depression, somatische Schmerzstörungen, Schlafstörungen, Alpträume, generalisierte Angst, Konzentrationsstörungen, Selbstwertprobleme, Gedächtnisstörungen und emotionale Labilität können Folgen einer Traumatisierung sein (Weiss, 2005).

Die quantitative Studie von Eytan et al. (2002) gibt an, dass 57% der befragten 319 kosovo-albanischen Asylsuchenden in der Schweiz mindestens ein traumatisches Erlebnis erwähnten. Häufig genannte Erlebnisse waren eine Situation aus dem Krieg, personengebundene Gewalt, Gefangenschaft und ein gewaltsamer Tod eines Verwandten. 27% der Probanden wiesen physische und psychische Symptome wie beispielsweise Schlaflosigkeit auf. Ähnliche belastende Kriegserlebnisse von Kosovo-Albanern wurden in den Studien von Morina und Stangier (2007); Wenzel et al. (2006) festgestellt. In der Studie von Morina und Stangier (2007) wurde bei den Probanden (N=55) aufgrund der Resultate eines strukturierten Interviews, in welchem Belastungsstörungen erfasst wurden, eine signifikante Korrelation mit posttraumatischen ($p < 0,001$) und psychopathologischen ($p < 0,001$) Belastungen festgestellt. Am meisten genannt wurde dabei die Somatisierung (38,2%), Veränderung des Beziehungsverhaltens zu Mitmenschen (32,7%) und veränderte Selbstwahrnehmung (21,8%). Bei 16,4% der Probanden konnte aufgrund des MINI International Neuropsychiatric Interview eine PTBS diagnostiziert werden. Daraus kann geschlossen werden, dass sich Kriegserlebnisse negativ auf die psychische und physische Gesundheit auswirken können. Eine Verallgemeinerung dieser Aussagen von Morina und Stangier (2007) kann jedoch aufgrund der kleinen Probandenzahl (N=55) nicht gemacht werden. Hollifield et al. (2002) betonen, dass mehrfache traumatische Erlebnisse und der Gesundheitsstatus von Flüchtlingen oft schwer zu interpretieren sind, da die Mehrheit der Studien, die dieses Thema beleuchteten, deskriptive wie auch unzuverlässige Instrumente zur Datenerhebung verwendeten.

2.3.3 Bedingungen in der Schweiz

2.3.3.1 Akkulturation und Identitätsverluste

Die Akkulturation ist nach Bhugra und Ayonrinde (2004) ein gezwungener oder freiwilliger Prozess, in dem sich eine Minderheit an die kulturellen Werte und Überzeugungen der grösseren Gesellschaft angleicht. Der Kontakt zwischen zwei Kulturen kann zu einer Angleichung, Integration oder einer Ablehnung führen (Bhugra & Ayonrinde, 2004).

Zu Beginn ist oft eine Bereitschaft zur Integration im Zielland vorhanden. Die kritische Integration tritt etwa nach zwei Jahren auf, in welcher die neue interkulturelle Identität erarbeitet und die Absicherung des Bestehens in den verschiedenen Lebensbereichen Arbeit, Freizeit und Selbstversorgung angestrebt wird. Kulturschock und lang anhaltende kulturelle Adaptationsprobleme werden mit einem höheren Risiko für langfristige psychische Erkrankungen gesehen und wirken bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Depressionen mit (Bhugra, 2004a; BAG, 2007a; Machleidt & Callies, 2005; Bhugra & Ayonrinde, 2004; Künzeler-Amacher, 2005). In dieser Phase können Ängste, Verlustgefühle, Trauer, Trennungsschmerz, aber auch Aggressionen entstehen. Nach den Bemühungen der ersten Integrationsphase, tritt später Ernüchterung auf. Es können Ambivalenzen zwischen dem Willen zur Anpassung im fremden Land und die immer wieder kehrende Konfrontation mit dem Fremden entstehen (Machleidt & Callies, 2005). Einflussfaktoren auf die Akkulturation sind Traumata, Verluste von sozialen Rollen, Vertrauen, soziodemografische Faktoren wie Geschlecht, Alter, Bildung, ökonomischer Status, sowie die kulturelle Ausrichtung (Bhugra, 2004a). Wie gut jemand die Akkulturation durchläuft, hängt auch von der Distanz zwischen den zwei Kulturen und der Bereitschaft zur Veränderung der Person ab. Einige werden ein Teil der Kultur des Ziellandes (Assimilation), andere fühlen sich halbwegs wohl in beiden Kulturen (Bi-Kulturalität) und wiederum andere isolieren sich von beiden Kulturen und werden introvertiert (Marginalisierung) (Bhugra, 2004a). In der Studie von Heigl (2006) zeigten alle befragten Kosovo-Albaner in ihren alltäglichen Betätigungen eine Ambivalenz zwischen der Heimat und der Schweiz auf. Die von Jäggi (1997) befragten Kosovo-Albaner bezeichneten als Schwierigkeit der Integration das negative Image von Kosovo-Albanern in der Schweiz, die Ein-

samkeit durch die fehlende Grossfamilie, die Isolation aufgrund mangelnder Beziehungen, Sprachschwierigkeiten und mangelnde Solidarität den Migranten gegenüber. Die Aufnahmegesellschaft Schweiz trägt nach Weiss (2005) viel mit ihrer sozialpolitischen und öffentlichen Haltung bei, ob und wie Migranten sich integrieren können. Durch erschwerte oder ungenügende Integration entstehen Randgruppen, welche auch die weiteren Generationen betreffen werden. Durch eine würdige Aufnahme einer kosovo-albanischen community oder durch schon in der Schweiz lebende Familienmitglieder können psychischen Krankheiten vorgebeugt werden (Künzeler-Amacher, 2005).

2.3.3.2 Kommunikation

Die Mehrheit der Migranten in der Schweiz geben an, die Landessprachen besser verstehen als sprechen zu können (BAG, 2007b). Zahlreiche Migranten, welche eine Landessprache beherrschen, kommunizieren innerhalb der Familie weiterhin in der Sprache des Geburtslandes. So kann eine Verbindung zur ursprünglichen Kultur gemacht werden (Bovay, 2004). In den immigrierten Familien werden bei mehr als der Hälfte keine Hauptsprache der Schweiz verwendet. Albanisch gehört zu den sieben meist gesprochenen ausländischen Sprachen in der Schweiz (Haug, 2006). Das Nicht-Können der Landessprache wirkt sich bei Migranten negativ auf die Gesundheit aus (BAG, 2007b) und verursacht soziale Barrieren (Weiss, 2005). Die von Malek (2007) durchgeführte qualitative Studie mit immigrierten Kosovo-Albanerinnen (N=10), die einen Deutschkurs besuchten, gab Aufschluss über den Erwerb und die Anwendung der deutschen Sprache. Es zeigte sich, dass der Erwerb der deutschen Sprache von Bildung, Alter, Herkunft, Selbstvertrauen, Geld, Lerntyp, familiärer Situation, gesellschaftlicher Offenheit, Arbeitsmarkt und momentanen Integrationsprojekten abhängig ist. Eine Arbeitstelle, an welcher Deutsch gesprochen wird, wirkte sich positiv auf den Erwerb der deutschen Sprache aus. Es vergingen mehrere Jahre nach ihrer Ankunft in der Schweiz, bis die meisten der befragten Kosovo-Albanerinnen einen Sprachkurs absolvierten. Die Kosovo-Albanerinnen sind frustriert, dass sie das Gelernte nur teilweise anwenden können, da sie Unterhaltungen in Schweizerdeutsch kaum verstehen. Aufgrund dieser Verständnisprobleme kann ein Ausschluss von Gesprächen erfolgen (Malek, 2007; Jäggi, 1997). Durch die deutsche

Sprachverwendung veränderte sich die Betätigungsperformanz der Kosovo-Albanerinnen. Grosse Auswirkungen zeigten sich bezüglich der gewonnenen Selbständigkeit bei Arztbesuchen und Teilnahmen an Elternabenden. Die Sprache ist ein Mittel um am Gesellschaftsleben teilnehmen zu können. Selbstvertrauen und Mut sind für die Anwendung der erlernten Sprache im Alltag notwendig (Malek, 2007).

Haug (2006; nach Wanner et al., 2005) erklärt, dass die Kenntnisse der verwendeten Landessprache generell einen positiven Einfluss auf die Erwerbstätigkeit haben. Die Möglichkeit für die Arbeitssuche ist nach Malek (2007) aufgrund der in der Landessprache erwünschten Bewerbung sowie die benötigten und nicht vorhandenen oder nicht anerkannten Diplome eingeschränkt. Trotzdem ist das Beherrschen der Sprache nicht immer erforderlich, um Ressourcen der Gesellschaft nutzen zu können. Die richtigen Beziehungen spielen eine entscheidende Rolle, wobei es sich bei den immigrierten Kosovo-Albanern vorwiegend um familiäre Kontakte handelt (Malek, 2007; Dahinden, 2005a). Wenn Arbeitsstellen von Familienmitgliedern oder Freunden vermittelt werden, spielt die Sprache meistens eine geringe Rolle (Malek, 2007).

2.3.3.3 Soziale Netzwerke

„Soziale Netzwerke bedeuten Ressourcen und Sozialkapital [...], damit Akteure ihre Migrationsabsichten umsetzen können, sind sie nämlich von sozialen Netzwerken abhängig. Dies gilt für die Informationsbeschaffung über eventuelle Zielländer ebenso wie für die Hilfe bei der Stellensuche oder für die Finanzierung der Migration, und zwar unabhängig davon, ob es sich um ArbeitsmigrantInnen, Flüchtlinge oder EmigrantInnen ohne gültige Aufenthaltsgenehmigung handelt.“ (Dahinden, 2005a, S. 118-119).

In der Netzwerkanalyse von Dahinden (2005b) wird aufgezeigt, dass der grösste Anteil der unterstützenden Kontakte von immigrierten Kosovo-Albanern innerhalb der Schweiz gepflegt wurde. Es bestanden nur wenige transnationale Beziehungen. Die wichtigsten in der Schweiz und in der Nähe wohnenden kosovo-albanischen Bezugspersonen wurden für Ratschläge zur Arbeit, zu Familienangelegenheiten, Job- und Wohnungsfindung, zur Unterstützung und für Freizeitaktivitäten hinzugezogen. Schweizerische Bezugspersonen wurden meistens bei Integrationsfragen wie administrative Angelegenheiten, Übersetzungsmöglichkeiten und Schulinformationen kon-

taktiert. Auch in der Studie von Malek (2007) zeigte sich, dass die befragten Kosovo-Albanerinnen vorwiegend Kontakt mit Personen aus dem eigenen Kulturkreis hatten. Malek (2007) und Dahinden (2005b) bestätigen somit die Hypothese des Ethnischen Dichte-Effektes (Bhugra, 2004b), der hohen Wahrscheinlichkeit des dichten Zusammenlebens von Landsleuten an einem fremden Ort. Dahinden (2005b) erklärt sich die Isolation der Albaner als Folge der Flucht aus dem Kosovo: „If going abroad involves escaping repression from another national or ethnic group and being ‘more Albanian’, it seems logical that capitalizing on ethnic connection would be common behaviour.“ (S. 201). Bezüglich der sozialen Unterstützung erklären Wilkinson und Marmot (2004): „Freundschaften, gute zwischenmenschliche Beziehungen und ein starkes stützendes soziales Netz verbessern die Gesundheit zu Hause, am Arbeitsplatz und in der Gemeinschaft.“ (S. 27). Fehlt die Qualität dieser Unterstützung wirkt sich dies lebensverkürzend aus und die „[...] soziale Ausgrenzung und Diskriminierung kosten Leben“ (Wilkinson & Marmot, 2004, S. 18; Weiss, 2005). Das Zusammenleben von Migranten mit Landsleuten wirkt sich als Schutzfaktor bezüglich psychischer Erkrankungen aus (Bhugra, 2004b; Weiss, 2005). Für Schenk (2007) ist einer der Determinanten zu einer erfolgreichen Bewältigung eines Lebensereignisses ein vorhandenes soziales Netzwerk. „Je höher das Bildungsniveau, desto grösser und komplexer sind die sozialen Netze.“ (Weiss, 2005, S. 47).

2.3.3.4 Freizeitgestaltung

Dahinden (2005a) zeigt auf, dass von den befragten Kosovo-Albanern (N=40) mehr als 80% ihre Freizeit mit Landsleuten verbrachten. Dabei handelte es sich meistens um Verwandte (56,1%), Bekannte und Freunde (48,8%). Ebenfalls zeigt sich nach Heigl (2006), dass die meisten Freizeitaktivitäten mit der Familie in Beziehung standen. Frauen und Männer verbrachten ihre Freizeit etwas mehr mit Bezugspersonen desselben Geschlechts, jedoch gibt es auch geschlechtsgemischte Betätigungen (Heigl, 2006). Die Kosovo-Albaner mit dem höchsten Bildungsniveau gestalteten ihre Freizeit, im Vergleich mit Kosovo-Albaner mit niedrigerem Bildungsniveau, viel öfter mit nichtverwandten Personen. Dies lässt sich teilweise damit erklären, dass sich die Kosovo-Albaner mit höherer Bildung politisch für den Kosovo engagierten und dadurch ausserfamiliäre Beziehungen pflegten (Dahinden, 2005a).

2.3.3.5 Aufenthaltstatus

Aufgrund der schlechten Einbürgerungsbewilligungen ist der Ausländeranteil in der Schweiz sehr hoch. Um 1997 waren die schweizerischen Einbürgerungsbewilligungen am niedrigsten von ganz Westeuropa (Weiss, 2005). Dahinden (2005a) weist darauf hin, dass die Kosovo-Albaner in der Schweiz bezüglich Aufenthaltsstatus viele Flüchtlings- und Niederlassungsbewilligungen besitzen. Der Aufenthaltsstatus stellt nach Hunkeler und Müller (2006) und Weiss (2005) für viele Migranten eine grosse Unsicherheit dar und beeinflusst ihre psychosoziale Gesundheit. Zu den Migranten wird auch ein in der Schweiz geborenes Ausländerkind gerechnet, da dieses nicht automatisch das Schweizer Bürgerrecht erhält (Weiss, 2005).

2.3.3.6 Alter

Laut BAG (2007b) und Weiss (2005) hat die Variable *Alter* einen signifikanten Einfluss auf die Gesundheit von Migranten in der Schweiz. Die psychische Gesundheit bei Männern und Frauen unterscheidet sich nicht stark. Die psychische Ausgeglichenheit nimmt bei den 39-50 jährigen Frauen zu, bei jüngeren ist diese hingegen schlechter. Die Männer weisen erst ab dem 63. Lebensjahr eine Verbesserung der psychischen Gesundheit auf. Nach dem Erreichen des Rentenalters verbessert sich bei beiden Geschlechtern die psychische Gesundheit. Die Migrationsbevölkerung in der Schweiz ist tendenziell jünger als der Durchschnitt der Schweizer, was bezogen auf den allgemeinen Gesundheitszustand einen Begünstigungsfaktor darstellt (BAG, 2007b; Bischoff et al., 2009; Lopes Cardozo et al., 2000).

2.3.3.7 Sozioökonomischer Status

In der Schweiz sind Migranten aus Südosteuropa zuunterst auf der sozialen Leiter bezüglich Erwerbsstatus und Einkommen, dazu sind sie sozial schlecht integriert (Lamprecht et al., 2006; Dahinden, 2005a). 69 % der Kosovo-Albaner in der Schweiz gehören der Unterschicht an. Von der schweizerischen Bevölkerung hingegen leben nur 17% in der Unterschicht (Eckert, Rommel & Weilandt, 2004; BAG, 2007b).

Der *sozioökonomischer Status* hat nach BAG (2007b); Schenk, 2007; Weiss (2005); Lamprecht et al. (2006) einen signifikanten Einfluss auf die Gesundheit von Migranten. „Je weiter unten auf der sozialen Rangskala einer Gesellschaft sich jemand befindet, desto kürzer seine Lebenserwartung und desto grösser seine Anfälligkeit für Krankheiten.“ (Wilkinson & Marmot, 2004, S. 10). Eine ungünstige soziale Position durch Lebens-, Wohn- und Arbeitsbedingungen, sowie Bewältigungsstrategien kann zu einer psychischen Beeinträchtigung führen. Menschen in tieferen sozialen Schichten sind zahlreicher von Stress betroffen. Sie haben zur Stressbewältigung oft weniger Ressourcen zur Verfügung, da sie oftmals wenig Bildung und schlechte Einkommensverhältnisse aufweisen (Lamprecht et al. 2006).

2.3.3.8 Bildung

Migranten aus Südosteuropa wiesen einen deutlich tieferen Bildungsstand auf als die schweizerische Gesamtbevölkerung. Die Hälfte von ihnen absolvierten nach der obligatorischen Schule keine weitere Ausbildung (BAG, 2008). Die Frauen haben generell einen schlechteren Bildungsstand als die Männer (BFG, 2007). Eine gute Bildung ist als schützender Faktor vor einer Depression anzusehen. Personen mit geringerer Bildung weisen mehr Depressionen auf (Bundesamt für Statistik [BFS], 2005). Eine höhere Bildung wirkt sich positiv auf die Erwerbstätigkeit aus (Haug, 2006; nach Wanner et al., 2005). Kinder von Migranten, die in der Schweiz geboren sind, weisen ein besseres Ausbildungsniveau und bessere Berufsqualifikationen auf als ihre Eltern (Haug, 2006).

2.3.3.9 Arbeit

Die Arbeitslosigkeit der Migranten liegt deutlich über dem Durchschnitt der Schweizer Erwerbstätigen. Die Armutsquote liegt bei den Migranten doppelt so hoch wie bei den Schweizern. Tiefe Bildungsstände, Arbeitslosigkeit, ungünstige Arbeitsbedingungen wie körperlich stark belastende Tätigkeiten, stark konjunkturabhängige Branchen oder vermehrte Nacht- und Schichtarbeiten fördern das Armutsrisiko enorm (BAG, 2008) und wirken sich negativ auf die Gesundheit aus (Weiss, 2005; BAG, 2008). „Am häufigsten äussert sich der negative Einfluss, den Arbeit auf die psychische Gesundheit hat, als Stress“ (WHO, 2005, S. 2). „Stress am Arbeitsplatz verstärkt das Krankheitsrisiko. Wer bei seiner Arbeit mehr selbst entscheiden kann, ist gesünder.“ (Wilkinson & Marmot, 2004, S. 21). Stressbezogene Faktoren können der Arbeitsinhalt, die Zufriedenheit bei der Arbeit, das Arbeitszeitmanagement, der Grad an Partizipation und die Entscheidungskontrolle sein. Die Arbeit selbst kann sowohl positive als auch negative Einflüsse auf die psychische Gesundheit haben (WHO, 2005). „Wenn man sicher sein kann, seinen Arbeitsplatz zu behalten, ist man gesünder, man fühlt sich wohler und ist mit seiner Arbeit zufriedener. Höhere Arbeitslosenzahlen führen zu mehr Erkrankungen und frühzeitigem Tod.“ (Wilkinson & Marmot, 2004, S. 24). Bei Arbeitslosigkeit wiesen befragte Kosovo-Albaner, die im Kosovo lebten, eine signifikante Wahrscheinlichkeit der Entstehung einer PTBS oder Depression auf (Wenzel et al., 2006).

Crist, Davis und Coffin (2000) zeigten auf, dass sich die Arbeit positiv auf die Balance und die Struktur des Betätigungsverhaltens im Alltag auswirkt. Eine Person kann durch die Arbeit Zufriedenheit, Kompetenz und Partizipation gewinnen. Heigl (2006) beschreibt, dass die immigrierten Kosovo-Albaner die bezahlte Arbeit primär als Notwendigkeit zum Überleben sehen. Die von Dahinden (2005a) befragten Kosovo-Albaner erachteten die Arbeit als Grundstein für ein Leben in der Schweiz und als ein wichtiges Element zur Integration. Aufgrund der Migration waren alle Probanden in der Studie von Heigl (2006) gezwungen, ihre Träume bezüglich der Berufswahl aufzugeben. Die Arbeit wird als sehr wichtig und bedeutungsvoll empfunden, denn sie wirkt sich gegen Langeweile aus und gibt Bestätigung. Nach Dahinden (2005a) ist der Arbeitsplatz ein wichtiges Element für die Identifikation der Kosovo-Albaner. Die Beziehung zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer wird von Kosovo-Albanern als

gegenseitige Abhängigkeit gesehen. Kosovo-albanische Arbeitnehmer haben ihren Arbeitgebern gegenüber eine grosse Loyalität. Im Gegenzug erwarten sie von ihnen innerhalb wie auch ausserhalb der Arbeit Unterstützung. Wenn nun diese wichtigen Beziehungen durch Arbeitslosigkeit verloren gehen, kann angenommen werden, dass die schwierige, unsichere Situation der Kosovo-Albaner stark belastet wird (Dahinden, 2005a).

2.3.3.10 Zugang zu gesundheitlichen Versorgungssystemen

Die Resultate der quantitativen Studie von Lay, Lauber, Nordt und Rössler (2006) zeigen auf, dass Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien psychische Gesundheitsdienste im Vergleich zur Schweizer Kontrollgruppe auffallend wenig beanspruchten. Während der stationären Behandlung erhielten sie weniger Psycho-, Ergo- und Physiotherapie, sowie weniger Unterstützung durch Sozialarbeiter. Ihre Aufenthaltsdauer während der stationären Behandlung war signifikant kürzer als bei Schweizer mit vergleichbarer Diagnose, Alter und Geschlecht.

Die epidemiologische Studie von Bischoff et al. (2009) zeigte ebenfalls eine tiefe Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung bei den Asylsuchenden aus dem Kosovo auf. Machleidt und Callies (2005) erklären, dass Migranten vielfach erst nach der Phase der Akkulturation, welche sich über mehrere Jahrzehnte erstrecken kann, psychiatrische Hilfe beanspruchen. Für das BAG (2007a) hängt die gesundheitliche Versorgung stark mit der sprachlichen Verständigung zusammen. Mangelnde Sprachkenntnisse führen zu Verständnisschwierigkeiten. Migranten sind in Gesprächen mit Ärzten oft überfordert. Als Übersetzungshilfe dienen häufig Freunde, Verwandte, Ehepartner oder Kinder. In solchen Fällen ist Vorsicht geboten, da Intimsphären sowie auch persönliche Grenzen wie Scham verletzt werden können, was sich negativ auf die weitere Zusammenarbeit auswirken kann (BAG, 2007b; Eytan et al., 2002). Professionelle Dolmetscherangebote wurden von fast der Hälfte der befragten Migranten (N=3024) in der Schweiz gewünscht (BAG, 2007b).

Eytan et al. (2002) ergänzen die Aussage des BAG (2007b). Sie führten strukturierte Interviews mit kosovo-albanischen Asylsuchenden (N=319) in der Schweiz durch. Die Resultate zeigten, dass der Einsatz von ausgebildeten Dolmetschern bei den

kosovo-albanischen Asylsuchenden die Kommunikationsqualität, die Erkennung von schweren Symptomen und traumatischen Situationen verbesserte. Weiter wurde dadurch die therapeutische Einweisung von traumatisierten Asylsuchenden gefördert. Der Einsatz von Verwandten als Dolmetscher zeigte signifikante Einflüsse auf die Erwähnung von psychologischen und traumatischen Erlebnissen und beeinflusste somit die Entscheidung der Gesundheitsfachpersonen. Solche Erlebnisse wurden signifikant öfter erwähnt bei ausgebildeten Dolmetschern. Mediatoren, wie auch Dolmetscher erhöhen die Sensibilität zur Entdeckung von psychischen Erkrankungen bei Menschen aus anderen Kulturen.

2.4 Diskussion

2.4.1 Kritische Beurteilung der Hauptliteratur

Qualitative Studie von Heigl (2006): *Meam Familiam Cogito, Ergo Sum. I Am Thinking of My Family, Therefore I Am. Perception of Daily Occupations of Male Albanian Blue-collar Workers Living in Switzerland, A Qualitative Study.*

In der Ergotherapie spezifischen Studie wurde die Redundanz der Daten nicht erwähnt. Die Interviews (N=8) wurden in Deutsch und nicht in der Muttersprache der kosovo-albanischen Männer durchgeführt. Die Datenerhebung und deren Analyse wurden ausführlich und klar beschrieben. Die Vertrauenswürdigkeit wurde durch Triangulation, Peer debriefing und verschiedene Dokumentationsarten erhöht.

Quantitative Studie von Eytan et al. (2002): *Screening of Mental Disorders in Asylum-Seekers from Kosovo.*

In der Studie, die in der Schweiz erhoben wurde, ist kein Studiendesign angegeben. Es ist lediglich bekannt, dass es sich um eine retrospektive Studie handelt. Auf die verwendete Regressionsanalysemethode wird nicht näher eingegangen. Es liegt in der Methodik keine Transparenz vor. Drop-outs wurden nicht erwähnt. Zudem wurden die Interviewdurchführung und Datenerhebung von einer Person und nicht mit zusätzlichem Peer debriefing durchgeführt. Die Interviews wurden nicht für die Qualitätserfassung von ausgebildeten Dolmetschern oder Verwandten als Übersetzungshilfe entwickelt. Aufgrund der Limitationen kann nicht angenommen werden, dass die Ergebnisse, trotz genannter Signifikanz, reliabel oder valide sind. Insgesamt gibt die Studie von Eytan et al. trotz der genannten Limitationen gute Inputs für die ergotherapeutische Praxis. Die Schlussfolgerung dieser Studie wird von anderen Autoren (BAG, 2007b; Weiss, 2005) bestätigt.

Querschnittstudie von Lopes Cardozo et al. (2000): *Mental Health, Social Functioning, and Attitudes of Kosovar Albanians Following the War in Kosovo*.

Die Studie hatte zum Ziel, die Verbreitung von psychischer Gesundheit und sozialer Kompetenz im Kosovo zu erforschen. Die notwendige Probandenanzahl (N=1358) wurde aus der Gesamtbevölkerung Kosovos errechnet, um repräsentative Aussagen machen zu können. In der Studie wurden standardisierte, jedoch nicht auf Kosovo-Albaner validierte Assessments verwendet. Die Assessments wurden ins Albanische übersetzt und zusätzlich standen albanische Dolmetscher zur Verfügung. Folgend werden Limitationen genannt: Die Anzahl der Frauen war überproportional und es wurden keine Drop-outs erwähnt. Die Durchführung der Interviews fand tagsüber statt. Dadurch wurden nicht alle Personen aus den randomisiert ausgewählten Haushalten erfasst, dies betraf vor allem die Männer, die tagsüber nicht zu Hause waren. Zudem bestanden die Daten aus den selbst wahrgenommenen psychischen Symptomen, die die Probanden während dem Interview erwähnten. Die Studieninhalte wurden transparent und ausführlich beschrieben.

Querschnittstudie von Lopes Cardozo et al. (2003): *Mental Health, Social Functioning, and Feelings of Hated and Revenge of Kosovar Albanians One Year After the War in Kosovo*.

Die Studie baut auf die zuvor von Lopes Cardozo et al. (2000) erarbeitete Studie auf. Die Probandenanzahl von 1399 Kosovo-Albanern ist beachtlich. Das Studiendesign, die Datenerhebung, die Datenanalyse wie auch die ersichtlichen Limitationen sind identisch mit der vorhergehenden Studie. Die Zahl der Gesamtbevölkerung des Kosovos wurde für die Bestimmung der notwendigen Probandenanzahl für die zweite Studie erneut erhoben.

Quantitative Studie von Wenzel et al. (2006): *Long-Term Sequels of War, Social Functioning and Mental Health in Kosovo*.

Die zuvor erarbeiteten Studien von Lopes Cardozo et al. (2000; 2003) wurden als Grundlagen benötigt. Lobenswert ist der erstmalige Einbezug von zusätzlichen sozioökonomischen und demografischen Daten wie beispielsweise Bildungsstand und Erwerbsstatus bei der Datenerhebung. Limitationen sind nur wenige vorhanden. Aufgrund des Datenschutzes konnten nicht dieselben Probanden wie in der Studie zuvor aufgeboden werden. Positiv zu bewerten ist, dass diesmal alle Personen (N=1161), die in den randomisiert ausgewählten Haushalten lebten, miteinbezogen wurden. Trotzdem waren die Frauen anzahlmässig überproportional vertreten. Die zuvor geschulten Interviewer, wie auch ein Probedurchlauf mit Supervisoren, führten zu vergleichbareren Messdaten. Tabellarische Aufzeichnungen sind in Schriftsprache erläutert. Die gesamte Studie ist übersichtlich und detailliert beschrieben.

Qualitative Studie von Malek (2007): *Ist die Sprache der Schlüssel zur Integration? Eine Untersuchung über den Einfluss der alltagsorientierten deutschen Sprachkurse auf die Integration von albanischsprachigen Migrantinnen im Kanton Luzern*.

Die ausgewählten Interviewpartnerinnen sind albanische Migrantinnen (N=10). Es wurde nicht erwähnt, ob eine Redundanz erreicht wurde. Neun der Frauen kamen aus dem Kosovo und eine aus einer Grenzregion. Sie wohnten zur Zeit der Datenerhebung im Kanton Luzern. Die Datenerhebung und –analyse wurde klar beschrieben. Eine Limitation ist, dass die Transformation der Daten in Aussagen nicht erklärt wurde. Member-Checking und weitere Triangulationen, die die Vertrauenswürdigkeit steigern würden, sind nicht erfolgt. Die Schlussfolgerungen sind konsistent und stimmen mit den Ergebnissen überein. Hypothesen, die zu Beginn aufgestellt wurden, sind am Ende überprüft worden.

Netzwerkanalyse von Dahinden (2005a): *Pristhina – Schlieren. Albanische Migrationsnetzwerke im Transnationalen Raum.*

Dahinden (2005b): *Contesting Transnationalism? Lessons from the Study of Albanian Migration Networks from Former Yugoslavia.*

Die Ergebnisse der Netzwerkanalyse flossen aufgrund der zwei genannten Veröffentlichungen in unsere Arbeit ein. In der Studie handelt es sich um 40 albanische Interviewpartner, die in die Schweiz immigriert sind und zur Zeit der Datenerhebung im Kanton Zürich wohnten. 34 Personen kamen aus dem Kosovo und sechs aus Grenzregionen. Die Transformation der Daten in Aussagen wurde ungenau beschrieben. Eine Triangulation fand durch die unterschiedlichen Probanden (Geschlecht, Alter, Aufenthaltsstatus, Bildung, Migrationsgrund, Einreisejahr) statt. Member-Checking erfolgte keines. Die Resultate dieser Studie sind sehr vertrauenswürdig, da die Auswahl des Studiendesigns, der Methode, der Datenerhebung und -analyse äusserst gut durchdacht ist und die bekannte Schweizer Ethnologin viel Erfahrung in diesem Gebiet aufweist.

2.4.2 Beantwortung der Fragestellung

Nachfolgend werden die kritisch beurteilten Studien in ihren Inhalten in Bezug auf unsere Fragestellung diskutiert. Diese werden im Anhang auf S. 68 bis 91 ausführlicher besprochen. Um die Frage beantworten zu können, ist es unerlässlich, auch die nicht kritisch beurteilten Ergebnisse mit einzubeziehen. Die verschiedenen Einflussfaktoren bedingen sich gegenseitig und wirken aufeinander ein. Aufgrund dieser Komplexität wurde die Beantwortung der Fragestellung erschwert. Da keine Studie vorliegt, die spezifisch auf die Betätigungsperformanz von immigrierten Kosovo-Albanern mit schlechter psychischer Gesundheit oder gar einer Depression eingeht, wird diese Verknüpfung aufgrund der vorhandenen Literatur hergestellt.

Depression bei immigrierten Kosovo-Albanern:

Zuerst wird auf das hohe Vorkommen von PTBS und Depressionen bei der Bevölkerung im Kosovo eingegangen. Die drei zusammenhängenden Studien von Lopes Cardozo et al. (2000; 2003) sowie von Wenzel et al. (2006) sind repräsentativ für die Gesamtbevölkerung im Kosovo. In allen drei Studien wird aufgezeigt, dass der psychische Gesundheitszustand der kosovo-albanischen Bevölkerung auffällig schlecht war und sich das Vorkommen von PTBS stetig erhöhte. Dadurch steigt laut Lopes Cardozo et al. (2000) die Besorgnis um die psychische Gesundheit bei den Flüchtlingen in den Asylländern. Es ist anzunehmen, dass auch in der Schweiz kosovo-albanische Flüchtlinge eine schlechte psychische Gesundheit aufweisen.

Die PTBS war verbunden mit der signifikant erhöhten Anzahl an Personen aus der kosovarischen Bevölkerung, die eine Depression (43.1%) und emotionalen Stress (43.9%) aufwiesen (Wenzel et al., 2006). Aus diesem Grund ist bei Kosovo-Albaner die Depression oftmals ein Symptom der PTBS. Aus diesen Ergebnissen kann geschlossen werden, dass auch in die Schweiz immigrierte Kosovo-Albaner, die traumatische Kriegserlebnisse gemacht haben, an einer Depression leiden können. Es ist möglich, dass erst nach längerer Aufenthaltszeit in der Schweiz aufgrund der Vermeidung der Konfrontation mit dem Erlebten eine PTBS entsteht (vgl. Kapitel 2.3.1 Depression). Damit könnte, nebst anderen Gründen, die späte Inanspruch-

nahme von psychiatrischer Hilfe im Zusammenhang stehen (vgl. Kapitel 2.3.3.10 Zugang zu gesundheitlichen Versorgungssystemen).

Die von Wenzel et al. (2006) genannten Zahlen, die im Kosovo erhoben wurden, können zwar nicht direkt auf die Schweiz übertragen werden, jedoch bestätigen Schweiz spezifische Studien (Eytan et al., 2002; Bischoff et al. 2009) das hohe Vorkommen von traumatischen Erlebnissen bei Asylsuchenden in der Schweiz. Ebenso zeigt die Studie von Bischoff et al. (2009), dass die Depression und die PTBS zu den meistgenannten Gesundheitsproblemen von kosovo-albanischen Asylsuchenden gehören. Die Ergebnisse der genannten Studien, die miteinander in Beziehung gesetzt werden, müssen allerdings kritisch betrachtet werden. Da in den Studien der die Probanden einen verschiedenen Aufenthaltsstatus aufwiesen, können Ergebnisse nicht auf die gesamte kosovo-albanische Migrationsbevölkerung übertragen werden. Weiter ist es ethisch nicht vertretbar, Probanden nur aufgrund der Nationalität einzuteilen. Aufenthaltsstatus, Sprachkenntnisse, Integrationsgrad und Migrationsgrund beispielsweise sind wichtige Daten um eine repräsentative Aussage machen zu können (vgl. Weiss, 2005; Kapitel 2.1. Aktueller Forschungsstand). Zudem können westliche Erhebungsinstrumente Depressionen möglicherweise nicht identifizieren, da diese Formen in westlichen Standards nicht vorkommen (Bhugra & Ayonrinde, 2004; Bhugra & Becker, 2005; Machleidt & Calliess, 2005; BAG, 2007a). Migranten gewichten verschiedene Symptome möglichenfalls anders als Menschen in westliche Kulturen (Bhugra & Ayonrinde, 2004). Die Kultur beeinflusst die Wahrnehmung der Erkrankung und die Betätigungsperformanz (Bonder et al., 2004). Weiter wirkt sich die Depression an sich negativ auf die Betätigungsperformanz aus (Girard et al., 1999).

Migration und deren Auswirkungen auf die Betätigungsperformanz:

Schenk (2007) und Weiss (2005) erklären, dass die Migration an sich nicht krank macht. Es ist vor allem die politisch begründete, unfreiwillige Migration, die zu einer Depression führen kann (Bhugra, 2004a). Die Auswirkungen einer Migration auf das Leben des Migranten hängt stark von der Persönlichkeitsstruktur ab (Bhugra, 2004b; Künzeler-Amacher, 2005). Durch den Migrationsgrund, die sozialen Netzwerke und der Akzeptanz des Aufnahmelandes wird die individuelle Bewältigungsstrategie be-

einflusst, die für eine Stressreduktion elementar ist (Bhugra, 2004b). Daraus kann man schliessen, dass eine Stressreduktion sich positiv auf die psychische Gesundheit und somit auf die Betätigungsperformanz auswirkt. Durch die Migration kann die Betätigungsperformanz entwertet werden, da eigenes Handlungswissen nicht mehr dieselbe Bedeutung hat wie im Herkunftsland (Schenk, 2007). Kosovo-Albaner werden durch die Migration Teil einer individualistischen Gesellschaft. In der Schweiz werden andere Werte und Normen vertreten und andere Betätigungen als wichtig erachtet.

Kulturelle Aspekte und sozioökonomische Bedingungen:

Immigrierte Kosovo-Albaner werden auch in der Schweiz durch das albanische Gewohnheitsrecht, dem Kanun, in ihrem Handeln beeinflusst (Malek, 2007). Die Entscheidung zur Abhängigkeit von der Familie ist eine angesehene Wahl (Kinébanian & Stomph, 1992). Dies wird durch die Studie von Heigl (2006), die Interviews aus ergotherapeutischer Sicht durchführte, Dahinden (2005), welche eine ethnologische Perspektive hatte und Malek (2007), die ihren Fokus auf die Sprache legte, bestätigt. Das Eingebundensein in die Familie kann sich schützend auf die psychische Gesundheit auswirken. Durch die persönliche, kulturell geprägte Ansichtswiese wird der psychischen Gesundheit einen geringen Wert beigemessen. Oft werden dann psychische Leiden somatisch ausgedrückt (Künzeler-Amacher, 2005). Die Behandlung von psychischen Problemen und die Stressreduktion werden dadurch erschwert. Dies hat Folgen für die Betätigungsperformanz in allen Lebensbereichen. Zusätzlich können sich im Bereich Arbeit ein tiefer Bildungsstand sowie schlechte Kenntnisse der Landessprache negativ auf die Erwerbstätigkeit auswirken (Haug, 2006; nach Wanner et al., 2005). Soziale Netzwerke sind Ressourcen für eine Arbeitsfindung. Das BAG (2008) zeigt auf, dass viele der Migranten aus dem Westbalkan arbeitslos sind und unter ungünstigen Arbeitsbedingungen leiden. Die psychische Gesundheit wird dadurch vorallem durch Stress beeinträchtigt (WHO, 2005). Erwerbslosigkeit hatte auf die Wahrscheinlichkeit der Entstehung einer PTBS oder Depression einen signifikanten Einfluss (Wenzel et al., 2006). Kosovo-Albaner nennen in der Studie von Dahinden (2005a) und Heigl (2006) den Arbeitsplatz als ein wichtiges Element für die eigene Identifikation. Durch das Migrationsereignis können Identitätsverluste entste-

hen (Bhugra & Ayonrinde, 2004; Machtleidt & Callies, 2005). Deshalb wäre es von grosser Bedeutung, dass Kosovo-Albaner einer Arbeit nachgehen könnten. Crist et al. (2000) zeigten auf, dass die Arbeit den Alltag strukturiert und die Möglichkeit zur Zufriedenheit, Kompetenzerweiterung und der Partizipation geben kann. Die Erwerbstätigkeit von Kosovo-Albanern ist von vielen Faktoren abhängig und beeinflusst wiederum die psychische Gesundheit, die sich auch auf die Betätigungsperformanz in andern Lebensbereichen auswirken kann.

Akkulturation und damit verbundene Einschränkungen in der Betätigungsperformanz:
In der Phase der Akkulturation können vorwiegend Kulturschock und kulturelle Adaptationsprobleme zu einer Depression führen (Bhugra, 2004a; Künzeler-Amacher, 2005), die die Betätigungsperformanz wie zu Beginn der Diskussion ausgeführt, beeinflussen kann (Girad et al., 1999). In der Studie von Heigl (2006) wurde bei den befragten Kosovo-Albanern eine Ambivalenz in den täglichen Betätigungen zwischen der Schweiz und dem Heimatland aufgezeigt. Alle im Hauptteil genannten Einflussfaktoren können sich positiv wie auch negativ auf die Akkulturation auswirken.

Kommunikation und soziale Netzwerke:

Das Nichtbeherrschen der Landessprache wirkt sich negativ auf die Gesundheit aus und lässt soziale Barrieren entstehen (BAG, 2007b; Weiss, 2005). Die von Malek (2007) befragten Kosovo-Albanerinnen, die Hochdeutsch gelernt hatten, wurden teilweise bei Gesprächen in Schweizerdeutsch ausgeschlossen. Der Spracherwerb hatte positive Auswirkungen auf die Betätigungsperformanz und die Partizipation am Gesellschaftsleben. Die Studie von Dahinden (2005b) zeigte, dass der grösste Anteil der Kontakte von Kosovo-Albanern innerhalb der Schweiz gepflegt wurden und vorwiegend aus Landsleuten bestand. Die mögliche Isolation der immigrierten Kosovo-Albaner wird aufgrund der kriegsbedingten Migration erklärt (Dahinden, 2005b). Ein soziales stützendes Netzwerk wirkt sich positiv auf die Gesundheit bei der Arbeit, in der Gesellschaft und in der Freizeit aus. Fehlen solche Beziehungen, wird die Gesundheit negativ beeinflusst (Wilkinson & Marmot, 2004). Ferner gilt das Zusammenleben von Migranten mit Landsleuten als Schutzfaktor gegen psychische Erkrankungen (Bhugra, 2004b; Weiss, 2005). Die Grösse eines sozialen Netzwerkes von Ko-

sovo-Albanern wird vom Bildungsniveau beeinflusst (Dahinden, 2005). Das heisst, dass sich eine gute Bildung positiv auf das soziale Netz auswirkt und ein stützendes soziales Netz die Betätigungsperformanz in allen Lebensbereichen positiv beeinflusst.

Auswirkungen des sozioökonomischen Status:

Dahinden (2005a) weist darauf hin, dass viele Kosovo-Albaner in der Schweiz bezüglich Aufenthaltsstatus Flüchtlings- und Niederlassungsbewilligungen besitzen. Der Aufenthaltsstatus stellt nach Hunkeler und Müller (2006) für viele Migranten eine grosse Unsicherheit dar und beeinflusst ihre psychosoziale Gesundheit. Durch diese Unsicherheit wird wiederum die Akkulturation beeinträchtigt, da es für die Kosovo-Albaner nicht klar ist, wie lange sie in der Schweiz bleiben können. In der Schweiz sind Migranten aus Südosteuropa zuunterst auf der sozialen Leiter und sozial schlecht integriert (Lamprecht et al., 2006; Dahinden, 2005a), was sich negativ auf die psychische Gesundheit auswirkt (BAG, 2007b; Weiss, 2005). Eine schlechte Integration erschwert den Zugang zu gesellschaftlichen Ressourcen und beeinflusst somit die Betätigungsperformanz. Die gesundheitliche Versorgung hängt oft stark mit der sprachlichen Verständigung zusammen. Als Übersetzungshilfe dienen häufig Freunde und Verwandte. Durch die Studien des BAG (2007) und von Eytan et al. (2002) wird das Bedürfnis nach professionellen Übersetzungshilfen ersichtlich (vgl. Kapitel 2.3.3.10. Zugang zu gesundheitlichen Versorgungssystemen).

Zusammenfassend wird die Betätigungsperformanz von in die Schweiz immigrierten Kosovo-Albanern, von Bedingungen im Herkunftsland und der Schweiz beeinflusst. Wobei es bei Kosovo-Albanern viele Einflussfaktoren gibt, die sich negativ auf die Gesundheit und Betätigungsperformanz auswirken können. Diejenigen, die an einer Depression leiden, werden dadurch zusätzlich in ihrer Betätigungsperformanz eingeschränkt. Im Anhang ist auf Seite 93 eine Darstellung der Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Einflussfaktoren, die die Betätigungsperformanz und die Gesundheit von in die Schweiz immigrierten Kosovo-Albanern beeinflussen können, zu finden.

2.5 Theorie-Praxis-Transfer

Der Theorie-Praxis-Transfer ist nach dem *Canadian Practice Process Framework* des CAOT (2002) gegliedert. Dadurch soll eine Übersicht der Ergebnisse, welche Ergotherapeuten in ihrem Arbeitsalltag umsetzen können, bereitgestellt werden. Es sollte zudem beachtet werden, dass aufgrund des komplexen und weitläufigen Themas die Ergebnisse aus diesem Literaturbericht nicht als vollständig anzusehen sind. Der Prozess wird in acht Aktionspunkte gegliedert, in denen der Klient aktiv mit einbezogen wird. Zu Beginn werden stets kurz die Inhalte der einzelnen Aktionspunkte erläutert und danach werden die erarbeiteten Ergebnisse präsentiert.

1. Enter/initiate: Zu diesem Zeitpunkt findet der erste Kontakt zwischen dem Klienten und dem Ergotherapeuten statt. Die Gestaltung des Beziehungsaufbaus steht in diesem Aktionspunkt im Zentrum.

- Vertrauensaufbau

Der Aufbau von gegenseitigem Vertrauen in der Behandlung von kosovo-albanischen Klienten ist von besonderer Wichtigkeit, um Erfolge in der Therapie erzielen zu können. Dies gelingt oft, indem man als Ergotherapeut einige Wörter in Albanisch spricht. Um das Gefühl des Ernstgenommenwerdens steigern zu können, ist es hilfreich während der Therapie Notizen zu machen. Es ist bedeutsam für das Verständnis, Transparenz in Bezug auf die Diagnose, Therapiemethoden und Aktivitäten aufzuzeigen. Die Wahrung des Arztgeheimnisses sollte klar vermittelt werden (Abazi, 2002). Um das Interesse an der Kultur zu bekunden, kann der Klient beispielsweise gebeten werden, seine Herkunft auf einer Landkarte zu zeigen (Reinhard & Miyauchi, 2008).

- Kommunikation

Es ist wichtig den Klienten zu fragen, ob in Hochdeutsch oder Schweizerdeutsch kommuniziert werden soll. Die Aufrechterhaltung der Kommunikation kann durch verständliche und einfache Worte unterstützt werden, dazu können Bilder hilfreich sein (Künzeler-Amacher, 2005).

- Körper versus Psyche

Während des gesamten ergotherapeutischen Prozesses sollte beachtet werden, dass es für Kosovo-Albaner angenehmer sein kann über ihren Körper, und nicht über ihre psychische Befindlichkeit zu sprechen, da in ihrer Kultur die psychischen Krankheiten tabuisiert werden. Trotz der Existenz von psychischem Leiden wird oft in diesen Kulturkreisen nicht darüber gesprochen (Abazi, 2002; Künzeler-Amacher, 2005). Ein möglicher Grund für ein solches Schweigen kann die Angst sein oder dass dem Klienten das psychische Leiden nicht bewusst ist. Wenn Klienten ihre Leiden körperlich zum Ausdruck bringen, sollte darauf eingegangen werden (Künzeler-Amacher, 2005).

- Klientenzentriertheit

In der klientenzentrierten Ergotherapie werden die Partizipation, der Informationsaustausch und die Entscheidungsfindung gefördert und die Wahl des Klienten respektiert (Law, 1998). „Client-centred occupational therapy is a partnership between the client and the therapist that empowers the client to engage the functional performance and fulfil his or her occupational roles in a variety of environments. [...] Throughout the process the therapist listens to and respects the client's need [...] (Sumison, 2006, S. 6, 7). Deshalb ist es als Ergotherapeut wichtig, sich ein Hintergrundwissen über kosovo-albanische Klienten anzueignen, um in der ergotherapeutischen Beziehung die Betätigungsperformanz, Gesundheit und das Wohlbefinden klientengerecht fördern zu können.

2. Set the stage: Werte, Überzeugungen, Erwartungen und Wünsche des Klienten werden geklärt und die Bereitschaft für die Zusammenarbeit wird gefördert. Gemeinsame Zielformulierung.

- Erwartungen

Nach jeder Behandlung sind stets konkrete Vorschläge und Erwartungen für die weitere Behandlung auf Seiten des Klienten und des Ergotherapeuten klar zu besprechen (Abazi, 2002). Da es möglich ist, dass kosovo-albanische Klienten Personen

aus dem Gesundheitswesen als Autoritäten betrachten, ist es wichtig, dass von Seiten des Ergotherapeuten Sicherheit vermittelt wird.

- Keine Stigmatisierung

Ergotherapeuten sollen Vorurteile und Stereotypen bewusst wahrnehmen und überwinden (vgl. Transkulturelle Kompetenz).

- Gruppenbildung

Falls eine Gruppentherapie indiziert ist, sollte mit dem Klienten zuerst die Situation besprochen werden. Dabei sollte beachtet werden, dass zwischen Kosovo-Albaner und Serben aufgrund des Krieges eine angespannte Beziehung entstehen könnte. Zudem könnte die Definition der Geschlechterrollen zu Schwierigkeiten führen.

- Zielformulierung

Da das Wohlergehen eines Kosovo-Albaners stark mit dem Wohl der Familie zusammenhängen kann, sollte bei der Zielformulierung die Wichtigkeit der Familie mit einbezogen werden.

3. Assess/evaluate: In der Evaluation beziehen Ergotherapeuten die Klienten mit ein. Die Entscheidungskraft wird zwischen dem Klienten und dem Ergotherapeuten aufgeteilt. Es wird der momentane Betätigungsstatus des Klienten, seine Träume und sein Potenzial für Veränderungen wie auch der Einfluss der Spiritualität, der Person und des Umfeldes auf die Betätigungsperformanz anhand von Assessments erfasst.

- Kulturelles Verständnis

Um den Klienten in der ergotherapeutischen Behandlung ganzheitlich erfassen zu können, benötigen Ergotherapeuten nach Odawara (2005) ein komplexes Verständnis des Lebens des Klienten. Dadurch wird eine Unterstützung des Klienten in seinen kulturellen und persönlich bedeutungsvollen Betätigungen ermöglicht. Gesundheit und Krankheit wird je nach Kultur unterschiedlich definiert (Bhugra, 2004a). Die Unabhängigkeit und Selbstverwirklichung steht bei kosovo-albanischen Klienten oft nicht im Mittelpunkt. Es ist daher angezeigt, den Fokus eher auf die kollektivistische

Haltung zu richten, damit das Wohlbefinden des Klienten innerhalb seiner kollektiven Gesellschaft unterstützt (Heigl, 2006; Künzeler-Amacher, 2005) und eine klientenzentrierte Behandlung möglich wird. Für Kosovo-Albaner ist persönliches Wohlbefinden nur zu erlangen, wenn es der gesamten Familie gut geht (Künzeler-Amacher, 2005).

- Kultursensible Assessments

Die westlich geprägten Assessments mögen den östlich geprägten kosovo-albanischen Klienten nicht gerecht werden (Bhugra & Ayonrinde, 2004; Bhugra & Becker, 2005; Machleidt & Calliess, 2005; BAG, 2007a; Iwama, 2006).

Möglichkeiten und Grenzen des *Canadian Occupational Performance Measurement* (COPM) des CMOP (CAOT, 2002) bezogen auf den kulturellen Kontext des Kosovos:

- Dieses Assessment ist von einer individualistischen Sichtweise geprägt. Das COPM ist sehr aktivitätsbezogen. Dies kann für dieses Klientel ungewohnt sein.
- Bei Kosovo-Albaner spielt die eigene Selbstwahrnehmung eine geringwertige Rolle (Heigl, 2006). Deshalb kann das Reflektieren über die eigene Zufriedenheit schwierig sein.
- Die Fragen über die Freizeit im COPM können für kosovo-albanische Klienten schwierig sein, da sie ihre Freizeit oft mit der Familie verbringen. Sie zeigen weniger individuelle Interessen, sondern orientieren sich stark am Familiengefüge.

Mögliche Anpassungen des COPM:

- Das COPM sollte nicht bei der ersten Begegnung, sondern erst wenn eine gute therapeutische Beziehung besteht, durchgeführt werden.
- Es sollte vor der Anwendung des COPM abgeschätzt werden, welche Fragen für den Klienten relevant sein könnten und welche nicht. Zudem ist es möglicherweise notwendig, einige schwierige Wörter bereits ins Albanische zu übersetzen oder eine Übersetzungshilfe bei zu ziehen.
- Der Fokus sollte nicht nur auf der individualistischen, sondern auch auf der kollektivistischen Sichtweise sein. Dies kann bedeuten, dass Ergotherapeuten vorge-

gebene Rollen des Klienten akzeptieren und sie dabei unterstützen, diesen wieder gerecht zu werden. Zum Beispiel wird die Arbeit oft als Grundlage für das Leben und nicht zur persönlichen Verwirklichung angesehen.

- Kulturelle Kompetenz

Odawara (2005) schreibt, dass eigenes reflektierendes Denken ein wichtiger Bestandteil bei der Entwicklung Transkultureller Kompetenz darstellt. Das eigene Kulturverständnis spielt dabei eine wichtige Rolle. Die Transkulturelle Kompetenz beinhaltet

„die Fähigkeit, individuelle Lebenswelten in der besonderen Situation und in unterschiedlichen Kontexten zu erfassen, zu verstehen und entsprechende, angepasste Handlungsweisen daraus abzuleiten. Transkulturell kompetente Fachpersonen nehmen Migranten und Migrantinnen als individuelle Personen mit ihren Umfeldern und nicht als so genannte fremde Kulturen wahr.“ (Saladin, 2007, S. 26).

- Dolmetscher

Professionelle Dolmetscher sind für Personen mit Migrationshintergrund und Sprachschwierigkeiten elementar (Künzeler-Amacher, 2005, Bischoff, 2007). „Das schweizerische Gesundheitssystem ist noch zu wenig migrationsgerecht“ (BAG, 2007a, S.3), denn die Transkulturelle Kompetenz im Gesundheitswesen und interkulturelle Dolmetscher müssten im schweizerischen Gesundheitssystem noch verstärkter zum Zuge kommen. Als Ergotherapeuten sollte die Verantwortung den Klienten gegenüber wahrgenommen werden. Wenn irgendwie möglich, sollten professionelle Dolmetscher in notwendigen Situationen zugezogen werden.

4. Agree on objectives and plan: Gemeinsame Identifikation von betätigungsorientierten Bedürfnissen des Klienten. Gemeinsame Einigung über die betätigungsorientierten Ziele und gemeinsame Bildung eines Plans für die Therapie.

Die Behandlungsplanung und Durchführung sollte für den Klienten stets nachvollziehbar sein. Verständnisprobleme sollten nicht umgangen werden, sondern wenn

möglich behoben werden. Teilweise kann es notwendig sein, für den Klienten Entscheidungen zu seinem Wohl zu treffen (Harth, 2002).

Die Familie kann als starke Ressource dieser Klienten angesehen werden, die in die Therapie integriert werden sollte. Nach Künzeler-Amacher (2005) sollte beachtet werden, dass sich die Therapie nicht gegen die Familie richtet, sondern diese mit einbezieht.

5. Implement the plan: In diesem Aktionspunkt wird die geplante Therapie ausgeführt sowie die Fortschritte des Klienten dokumentiert.

- Kulturell angepasste Therapiemöglichkeiten
- Therapieaktivitäten sollten stets sinnvoll für den Alltag sein (Reinhard & Miyauchi, 2008).
- Der Einstieg in eine Aktivität kann für den Klienten erleichtert werden durch Materialien und Werkzeuge, die ihm vertraut sind (Reinhard & Miyauchi, 2008).
- Die Männer gehen oft einem handwerklichen Beruf nach, was in die Therapie einbezogen werden sollte. Zum Beispiel können die Klienten anfällige Reparaturarbeiten mit in die Therapie bringen.
- Bei den Frauen spielen Kindererziehung und Haushalt eine wichtige Rolle. So kann die Klientin Zutaten für ein traditionelles kosovo-albanisches Gericht oder angefangene Näh- oder Strickarbeiten mitbringen.
- „Die Aktivierung der eigenen kulturellen Befähigungen kann eine wesentliche Ressource für die Bewältigung von Migrationsschock und narzisstischen Kränkungen darstellen. Diese Befähigung kann sich beispielsweise in Musik, Tanz, Sprache, Religion, Geschichten erzählen, Handarbeit, Handwerk oder Heilkunde äussern“. Dadurch können erlittene Leiden „ [...] einem symbolhaften Ausdruck zugeführt und damit psychisch verarbeitet werden. Zudem erlaubt die Verankerung in der eigenen Tradition und die dadurch erlangte Anerkennung in der Gesellschaft erst die Neugierde über die Kultur des Aufnahmelandes. Es stärkt die Ich-Funktion und die Voraussetzung für eine gelungene psychische Ausglei-chung von narzisstischen Kränkungen.“ (Künzeler-Amacher, 2005, S. 209).

- Klienten, die eine Depression aufgrund einer PTBS aufweisen, erlebten häufig mehrere traumatische Ereignisse. In der Therapie sollte man sich bewusst sein, dass bestimmte Aktivitäten oder Körperkontakt negative Erinnerungen wachrufen können. Solche Situationen werden als Trigger beschrieben (vgl. Wenzel et al., 2006).

6. Monitor and modify: Um Erfolge in der Therapie zu erreichen, befragt, fördert, bildet und erfasst der Ergotherapeut den Klienten. Durch die laufende Evaluation der Fortschritte des Klienten wird der Therapieplan wenn nötig angepasst oder neu gestaltet.

- Therapieerfolg

Erfolglosigkeit in der Ergotherapie kann durch entstandene Probleme von Seiten des Klienten wie durch unadäquate Behandlungen der Ergotherapie erklärt werden (Iwama, 2005). Klienten aus anderen Kulturen werden oft als schwierig oder nicht kooperativ bezeichnet. Die Erfolglosigkeit kann aufgrund von sprachlichen Missverständnissen oder aufgrund der Anforderungen der Ergotherapie, die nicht mit der Kultur des Klienten zusammen passen, entstehen. Klienten können sich eingeengt fühlen, weil sie den Forderungen, die möglicherweise im Gegensatz zu ihren Basiswerten stehen, nicht gerecht werden können (Iwama, 2005).

7. Evaluate outcome: Erneute Evaluation der Betätigungsprobleme. Die Ergebnisse werden mit den zu Beginn erhobenen Erfassungsdaten verglichen. Die Evaluation wird dokumentiert und Empfehlungen für das weitere Vorgehen werden herausgearbeitet.

Bei diesem Aktionspunkt können gleiche Überlegungen wie beim 3. Aktionspunkt „assess/evaluate“ mit einbezogen werden.

8. Conclude/exit: Im letzten Aktionspunkt besprechen Klient und Therapeut den Abschluss der Ergotherapie. Die Dokumentation wird abgeschlossen und Informationen werden im Falle eines weiterführenden Angebotes weitergeleitet.

Es wird dem Klienten transparent gemacht, weshalb die Therapie beenden werden kann. Sprachliche Missverständnisse sollten vermieden werden.

Zusammenfassend gesehen, ist die Transkulturelle Kompetenz im Gesundheitswesen in der Schweiz noch zu wenig verankert. Die Transkulturelle Kompetenz stellt ein wichtiger Einflussfaktor in einer erfolgreichen ergotherapeutischen Behandlung, aber auch in anderen medizinischen und therapeutischen Berufen dar, der die Zusammenarbeit und deren Ergebnis bedeutend beeinflusst.

3. SCHLUSSTEIL

3.1 Schlussfolgerung

3.1.1. Bezug zur Fragestellung

Die Betätigungsperformanz liegt im der Ergotherapie (CAOT, 2002; Creighton 1992). Menschen mit einer nach ICD-10 klassifizierten Depression (F32-33) haben Schwierigkeiten in der Betätigungsperformanz (Crist et al, 2000). Da die Betätigung persönlich und kulturell vom ausführenden Menschen geprägt wird (Townsend, 2002; AOTA, 2002; Bonder et al., 2004), ist der Einbezug und das Verständnis von persönlichen und kulturellen Bedeutungen von kosovo-albanischen Klienten in der ergotherapeutischen Arbeit wichtig.

In der Ergotherapie arbeiteten wir mit kosovo-albanischen Klienten, die an einer Depression litten. Dabei wurden wir mit Herausforderungen konfrontiert. Im Laufe des 20. Jahrhunderts ist die Anzahl der Menschen mit einem Migrationshintergrund, die dauerhaft in der Schweiz leben, gestiegen (BAG, 2008). Im Jahr 2000 lebten rund 130'000 Kosovo-Albaner in der Schweiz (Von Aarburg & Gretler, 2008). Aufgrund der genannten Fakten werden Ergotherapeuten vermehrt mit Klienten mit Migrationshintergrund arbeiten.

Aus den genannten Erkenntnissen entstand die Fragestellung: Welche Einflussfaktoren wirken sich wie auf die Betätigungsperformanz von in die Schweiz immigrierten kosovo-albanischen Klienten mit einer Depression aus?

3.1.2. Methodik

Die Literaturrecherchen fanden in den Datenbanken PubMed, Medline, Cinahl und Google Scholar statt. Das schweizerische Bundesamt für Migration, Statistik und Gesundheit, das Schweizerische Forum für Migration (SFM), sowie der Nebiskatalog dienten zur erweiterten Literatursuche. Zudem wurde der Kontakt zu Experten gesucht. Wichtige Studien wurden in ihrem Literaturverzeichnis auf weitere Literaturhinweise überprüft. Im Hauptteil wurden die wichtigsten Begriffe definiert und zu anderen Begrifflichkeiten abgegrenzt, anschliessend wurden die Ergebnisse ohne Wertung und Interpretation dokumentiert (Kruse, 2007). In der Diskussion wurden die bedeutsamen Studien miteinander in Beziehung gesetzt und auf die Fragestellung bezogen diskutiert. Daraus resultierte eine Schlussfolgerung (Kruse, 2007). In den weiterführenden Überlegungen wurden entdeckte Wissenslücken genannt, die zum Ansatzpunkt weiterer Forschungen werden könnten (Kruse, 2007).

3.1.3. Bearbeitung

Die Depression selbst stellt ein Einflussfaktor auf die Betätigungsperformanz von immigrierten Kosovo-Albanern dar. Deshalb wird zu Beginn auf die Depression der Kosovo-Albaner genauer eingegangen. Anschliessend wird der Zusammenhang zwischen einer Depression und der Betätigungsperformanz aufgezeigt. Danach werden die Bedingungen im Herkunftsland und in der Schweiz beleuchtet. Jeder einzelne Einflussfaktor wird in Bezug auf die Betätigungsperformanz betrachtet. Weiter werden die Einflussfaktoren immer wieder in Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen gebracht, da sich die psychische Gesundheit wiederum auf die Betätigungsperformanz auswirkt. In der Diskussion werden die einzelnen Einflussfaktoren und deren Auswirkungen miteinander verknüpft und bezogen auf die Betätigungsperformanz von immigrierten Kosovo-Albanern diskutiert. Die gewonnen Erkenntnisse wurden im Theorie-Praxis-Transfer auf die ergotherapeutische Praxis übertragen. Die Gliederung erfolgte dabei nach dem *Canadian Practice Process Framework* des CAOT (2002).

3.1.4. Ergebnisse

Die Betätigungsperformanz von in die Schweiz immigrierten Kosovo-Albanern, wird von Bedingungen im Herkunftsland (Migrationsgrund, Migrationsprozess, traumatische Erlebnisse, kulturelle Aspekte) und von Bedingungen in der Schweiz (Akkulturation, soziale Netzwerke, Bildung, sozioökonomischer Status, Aufenthaltstatus, Kommunikation) in den Bereichen Freizeit und Arbeit beeinflusst. Bei Kosovo-Albanern gibt es viele Einflussfaktoren, die sich negativ auf die Gesundheit und Betätigungsperformanz auswirken können. Diejenigen, die an einer Depression leiden, werden dadurch zusätzlich in ihrer Betätigungsperformanz eingeschränkt.

3.1.5. Limitationen

Limitationen, die im vorliegenden Literaturbericht enthalten sind, werden nun genannt. Zum einen besteht ein Bias bei der Übersetzung von englischen Texten in die deutsche Schriftsprache. Die in der Forschungsfrage genannte Migrantengruppe bezieht sich auf die Kosovo-Albaner. In den Studien von Dahinden (2005a; 2005b) und Malek (2007) waren unter den Interviewpartnern nebst dem grossen Teil der Kosovo-Albaner auch Personen aus Grenzgebieten des Kosovos. Bei Dahinden (2005a; 2005b) stammten 34 albanische Personen aus dem Kosovo und 6 albanischen Personen aus den Grenzgebieten von Montenegro und Serbien. Bei Malek (2007) stammten neun Personen aus dem Kosovo und lediglich eine Person aus einer serbischen Grenzregion zum Kosovo. Auch diese Probandin sprach albanisch. Wir gehen davon aus, dass die kleine Anzahl von albanischen Personen, die nicht direkt aus dem Kosovo stammten, die Ergebnisse nicht bedeutend beeinflussten. Deshalb wird in diesem Literaturbericht bei Dahinden (2005a; 2005b) und Malek (2007) stets von Kosovo-Albaner gesprochen. Aufgrund der mangelnden Literatur über kosovo-albanische Migranten in der Schweiz, wurden Daten einbezogen, die sich auf Migranten aus Südosteuropa, ehemaliges Jugoslawien und dem Balkan bezogen. Zudem werden die Auswirkungen einer Depression auf die Betätigungsperformanz nur anhand einer Studie von Girard et al. (1999) aufgezeigt, was die Vertrauenswürdigkeit senkt. Eine Stärke dieses Literaturberichtes stellt die Vermeidung von Sekundärzitataten, sowie die breit abgestützte Literaturverwendung dar.

3.2. Weiterführende Überlegungen

Im vorliegenden Literaturbericht wurde nicht näher auf die möglichen Kriegsverletzungen und Foltererfahrungen der Kosovo-Albaner eingegangen. Es gibt etliche Forschungsarbeiten über die Auswirkungen von Kriegsverletzungen und Foltererfahrungen von betroffenen Menschen. Die zeitlichen Rahmenbedingungen haben nicht ausgereicht, um auf dieses spannende Thema vertieft eingehen zu können.

Zurzeit gibt es noch keine Forschungen über die Einflussfaktoren auf die Betätigungsperformanz von in die Schweiz immigrierten Kosovo-Albanern, die an einer Depression leiden. Dieser vorliegende Literaturbericht stellt lediglich einen Teil eines grossen Wissenspuzzles dar. Es fehlen noch weitere Forschungen, gerade auch in der Schweiz, die die Ergebnisse dieses Literaturberichts untermauern und weiter ausführen. Es wurde nur eine Forschungsarbeit gefunden, die aus ergotherapeutischer Sicht die Betätigungsperformanz von Kosovo-Albanern beleuchtete. Die Betätigungsperformanz von Kosovo-Albaner kann also ein Ausgangspunkt für neue Forschungen sein. Weitere Forschungen wie im *Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung (GMM)*, die keine Gruppeneinteilungen nach Herkunftsländern machen, sollten in Zukunft weiter entwickelt und durchgeführt werden, damit Forschungslücken beseitigt werden können.

4. LITERATURVERZEICHNIS

- Abazi, B. (2002). Körperliche Leistungsfähigkeit als Existenzgrundlage – Einblick in hilfreiches Hintergrundwissen für die Arbeit mit Menschen aus dem Kosova. *Ergotherapie*, 7, 6-9.
- American Occupation Therapy Association (2002). Occupational Therapy Practice Framework: Domain & Process. *The American Journal of Occupational Therapy*, 56, 607-639.
- Bhugra, D. (2004a). Migration and mental health. *Acta Psychiatr Scand*, 109, 243-258.
- Bhugra, D. (2004b). Migration, distress and cultural identity. *British Medical Bulletin*, 69, 129-141.
- Bhugra, D., & Ayonrinde, O. (2004). Depression in migrants and ethnic minorities. *Advanced in Psychiatric Treatment*, 10, 13-17.
- Bhugra, D., & Becker, M.A. (2005). Migration, cultural bereavement and cultural identity. *World Psychiatry*, 4, 18-24.
- Bischoff, A., Schneider, M., Denhaerynck, K., & Battegay, E. (2009). Health and ill health of asylum seekers in Switzerland: an epidemiological study. *European Journal of Public Health*, 19, 59-64.
- Bischoff, A., & Wanner, P. (2008). The self-reported health of immigrant groups in Switzerland. *Journal of Immigrant Minority Health*, 10, 325-335.
- Bischoff, A. (2007). Kommunikation: Fremde Sprachen im Spital. In P. Saladin (Hrsg.), *Diversität und Chancengleichheit. Grundlagen für erfolgreiches Handeln im Mikrokosmos der Gesundheitsinstitutionen*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

- Bonder, B.R., Martin, L., & Miracle, A.W. (2004). Culture emergent in occupation. *The American Journal of Occupational Therapy*, 58, 159-167.
- Bovay, C. (2004). *Eidgenössische Volkszählung 2000. Religionslandschaft in der Schweiz*. [On-Line]. Available: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/22/publ.Document.50514.pdf> (28.03.09).
- Bundesamt für Gesundheit (2007a). *Strategie Migration und Gesundheit (Phase II: 2008:2013)*. [On-Line]. Available: <http://biblio.parlament.ch/e-docs/146328.pdf> (18.11.2008).
- Bundesamt für Gesundheit (2007b). *Wie gesund sind Migrantinnen und Migranten? Die wichtigsten Ergebnisse des „Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung“*. [On-Line]. Available: <http://www.bag.admin.ch/shop/00038/00242/index.html?lang=de> (20.04.2009).
- Bundesamt für Gesundheit (2008). *Migration und Gesundheit. Kurzfassung der Bundesstrategie Phase II (2008-2013)*. [On-Line]. Available: <http://www.bag.admin.ch/shop/00038/00247/index.html?lang=de> (05.02.2008).
- Bundesamt für Statistik (2005). *Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz 1992-2002. Das wichtigste in Kürze*. [On-Line]. Available: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/publikationen.Document.65197.pdf> (17.11.2008).
- Canadian Association of Occupational Therapists (2002). *Enabling occupation: an occupational therapy perspective*. Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Creighton, C. (1992). The origin and evolution of activity analysis. *The American Journal of Occupational Therapy*, 46, 45-48.

- Crist, P.H., Davis, C. G., & Coffin, P. S. (2000). The effects of employment and mental health status on the balance of work, play/leisure, self-care, and rest. *Occupational Therapy in Mental Health*, 15, 27-42.
- Dahinden, J. (2003). *Prishtina - Schlieren. Albanische Migrationsnetzwerke im transnationalen Raum. Inauguraldissertation der Philosophisch-historischen Fakultät der Universität Bern zur Erlangung der Doktorwürde*. Zürich: Selbstverlag.
- Dahinden, J. (2005a). *Prishtina – Schlieren. Albanische Migrationsnetzwerke im transnationalen Raum*. Zürich: Seismo Verlag.
- Dahinden, J. (2005b). Contesting transnationalism? Lessons from the study of Albanian migration networks from former Yugoslavia. *Global Networks* 5, 191-208.
- Eckert, J., Rommel, A., & Weilandt, C. (2004). *Gesundheitliche Lage und Gesundheitsverhalten in der Migration. Ergebnisse des Gesundheitsmonitorings der schweizerischen Migrationsbevölkerung (GMM)*. [On-Line]. Available: <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00394/00395/04393/index.html?lang=de&download=M3wBPgDB/8ull6Du36WcnojN14in3qSbnpWXbWidmk6p1rJgsYfhyt3NhqbdqIV+baqwBkXrZ6lhuDZz8mMps2go6fo>. (20.04.2009).
- Eytan, A., Bischoff, A. Rrustemi, I., Durieux, S., Loutan, L., Gilbert, M., & Bovier, P. A. (2002). Screening of mental disorders in asylum-seekers from Kosovo. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36, 499-503.
- Fair, A. & Barnitt, R. (1999). Making a cup of tea as part of a culturally sensitive service. *British Journal of Occupational Therapy*, 62, 199-205.
- Fuchs-Heinritz, W., Lautmann, R., Rammstedt, O., & Wienold, H. (2007). *Lexikon zur Soziologie. 4., grundlegend überarbeitete Auflage*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- Girard, C., Fisher, A.G., Short, M.A., & Duran, L. (1999). Occupational performance differences between psychiatric groups. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 6, 119-126.
- Harth, A. (2002). Das Canadian Model of Occupational Performance (CMOP). In U. Marotzki (Hrsg.), *Ergotherapeutische Modelle praktisch angewandt. Eine Fallgeschichte – vier Betrachtungsweisen*. Berlin: Springer.
- Haug, W. (2006). *Informationen aus der Demografie. Migranten und ihre Nachkommen auf dem Arbeitsmarkt: Ein Überblick*. [On-line]. Available: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/publikationen.Document.86484.pdf> (28.03.09).
- Heigl, F. (2006). *Meam familiam cogito, ergo sum. I am thinking of my family, therefore I am. Perception of daily occupations of male Albanian blue-collar workers living in Switzerland, a qualitative study*. Unpublished Thesis MSc: Academy for European Master Degree Study in Occupational Therapy, Karolinska Institut, Stockholm.
- Hollifield, M., Warner, T.D., Lian, N., Krakow, B., Jenkins, J.H., Kesler, J., Stevenson, J., & Westermeyer, J. (2002). Measuring trauma and health status in refugees. A critical review. *Journal of American Medical Association*, 288, 611-621.
- Hunkeler, B., & Müller, E. (2006). Aufenthaltstatus und Gesundheit. Eine ressourcenorientierte qualitative Untersuchung zur Unsicherheit des Aufenthaltsstatus im Zusammenhang mit der psychosozialen Gesundheit bei Migrantinnen in der Stadt Zürich. In Bundesamt für Gesundheit (Hrsg.), *Forschung Migration und Gesundheit - Im Rahmen der Bundesstrategie „ Migration und Gesundheit 2002- 2007“*. [On-Line]. Available: <http://www.bag.admin.ch/shop/00038/00206/index.html?lang=de> (28.04.2009).

- Iwama, M.K. (2005). Situated meaning – An issue of culture, inclusion, and occupational therapy. In F. Kronenberg, S. Algado & N. Pollard. (Eds.). *Occupational therapy without borders: Learning from the spirit of survivors*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Jäggi, C. J. (1997). *Türkisch- und albanischsprechende Muslime in der Innerschweiz. Ergebnisse einer explorativen Studie über Identität und Integration von religiösen und ethnischen Minderheiten in der Innerschweiz. 1. Teil: Allgemeine Identität und Integration*. Meggen: inter-edition.
- Jenkins, S., Price, C.J., & Straker, L. (1998). *The researching therapist. A practical guide to planning, performing and communicating research*. London: Churchill Livingstone.
- Jonsson, H., & Josepsson, S. (2005). Occupation and meaning. In C.H. Christiansen, C.M. Baum, and J. Bass-Haugen (Eds.), *Occupational therapy: Performance, participation, and well-being (3rd ed.)*. Thorofare, NJ: SLACK Incorporated.
- Kasdhan, T.B., Morina, N., & Priebe, S. (2009). Post-traumatic stress disorder, social anxiety disorder, and depression in survivors of the Kosovo war: Experiential avoidance as a contributor to distress and quality of life. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 185-196.
- Kielhofner, G. (2008). *Model of human occupation. Theory and application*. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kinébanian, A., & Stomph, M. (1992). Cross-cultural occupational therapy: A critical reflexion. *The American Journal of Occupational Therapy*, 751-757.
- Kruse, O. (2007). *Keine Angst vor dem leeren Blatt – Ohne Schreibblockaden durchs Studium*. Frankfurt: Campus Verlag.

Künzler-Amacher, E. (2005). „Frag nicht nach meiner Mutter, frag nach meiner Arbeit“ *Ethnopsychanalytische Untersuchung bei schmerz- und chronisch kranken Arbeitsmigrantinnen und –migranten sowie Flüchtlingen aus dem Kosovo*. Zürich: Studentendruckerei.

Lamprecht, M., König, C., & Stamm, H. (2006). *Gesundheitsbezogene Chancengleichheit mit Blick auf psychische Gesundheit – Stress und gesundes Körpergewicht*. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz.

Lay, B., Lauber, C., Nordt, C., & Rössler, W. (2006). Patterns of inpatient care for immigrants in Switzerland. A case controlled study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 41, 199-207.

Law, M. (1998). *Client-centered occupational therapy*. Thorofare NJ: SLACK Incorporated.

Law, M., Stewart, D., Letts, L., Pollock, N., Bosch, J., & Westmorland, M. (1998). *Anleitung zum Formular für eine kritische Besprechung qualitativer Studien*. [On-Line]. Available: <http://www.thieme.de/ergoonline/pdf/qualguide.pdf> (15.11.2008).

Law, M., Stewart, D., Letts, L., Pollock, N., Bosch, J., & Westmorland, M. (1998). *Anleitung zum Formular für eine kritische Besprechung quantitativer Studien*. [On-Line]. Available: <http://www.thieme.de/ergoonline/pdf/quantguide.pdf> (15.11.2008).

Lopes Cardozo, B., Vergara, A., Agani, F., & Gotway, C. A. (2000). Mental health, social functioning, and attitudes of Kosovar Albanians following the war in Kosovo. *Journal of American Medical Association*, 284, 569-576.

Lopes Cardozo, B., Kaiser, R., Gotway, C.A., & Agani, F. (2003). Mental health, social functioning, and feelings of hatred and revenge of Kosovar Albanians one year after the war in Kosovo. *Journal of Traumatic Stress*, 16, 351-360.

- Machleidt, W., & Callies, I.T. (2005). Transkulturelle Psychiatrie und Migration – Psychische Erkrankungen aus ethischer Sicht. *Die Psychiatrie*, 2, 77-84.
- Malek, M. (2007). *Ist die Sprache der Schlüssel zur Integration? Eine Untersuchung über den Einfluss der alltagsorientierten deutschen Sprachkurse auf die Integration von albanischsprachigen Migrantinnen im Kanton Luzern. Lizentiatsarbeit/Forschungsbericht.* [On-Line] Available: http://www.disg.lu.ch/integration_sprache_schluessel-2.pdf (27.05.09).
- Martin, P.A. (1997). Ask an expert. Writing a useful literature review for a quantitative research project. *Applied Nursing Research*, 10, 159-162.
- Mattern, R. (2004). *Kosovo - Bedeutung der Tradition im heutigen Kosovo.* [On-Line]. Available: http://www.ecoi.net/file_upload/1002_1226576390_kosovo-tradition.pdf (15.05.09).
- Morina, N., & Stangier, U. (2007). Komplexe Traumatisierung als Folge ziviler Kriegserlebnisse. Eine Kurzmitteilung. *Psychosom Med Psychother*, 53, 373-379.
- Odawara, E. (2005). Cultural competency in occupational therapy: beyond a cross-cultural view of practice. *American Journal of Occupational Therapy*, 59, 325-334.
- Rausa, F, & Reist, S. (2008). *Ausländerinnen und Ausländer in der Schweiz. Bericht: 2008.* [On-Line]. Available: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/22/publ.Document.114724.pdf> (18.05.09)
- Reinhard, M., & Miyauchi, Y. (2008). *Transkulturelle Aspekte in der Aktivierungstherapie. Menschen aus dem Balkan mit muslimischem Hintergrund.* Unveröffentlichtes Dokument: Diplomarbeit am ZAG Zürich.

- Saladin, P. (2007). *Diversität und Chancengleichheit. Grundlagen für erfolgreiches Handeln im Mikrokosmos der Gesundheitsinstitutionen*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Salimbene, S. (1999). Cultural competence: A priority for performance improvement action. *Journal of Nursing Care Quality*, 13, 23-35.
- Schenk, L. (2007). Migration und Gesundheit – Entwicklung eines Erklärungs- und Analysemodells für epidemiologische Studien. *International Journal of Public Health*, 52, 87-96.
- Stark, S. L., & Sanford, J. A. (2005). Environmental enablers and their impact on occupational performance. In C.H. Christiansen, C.M. Baum & J. Bass-Haugen (Eds.), *Occupational therapy: Performance, participation, and well-being (3rd ed.)* Thorofare, NJ: SLACK Incorporated.
- Sumison, T. (2006). *Client-centred practice in occupational therapy. A guide of implementation*. London: Churchurchill Livingstone.
- Treibel, A. (2003). *Migration in modernen Gesellschaften. Soziale Folgen von Einwanderung und Gastarbeit*. [On-Line] Available: http://books.google.ch/books?id=wKnHghzz71UC&dq=Migration+in+modernen+Gesellschaften.+Soziale+Folgen+von+Einwanderung+und+Gastarbeit&printsec=frontcover&source=bl&ots=jedvDB649R&sig=E6B2oHGOejTZakak1EWP_uA2els&hl=de&ei=VeXRSeFJDNqDAbD9emXBQ&sa=X&oi=book_result&resnum=1&ct=result#PPA1,M1 (31.3.2009).
- Toscani, L., DeRoo, L.A., Eytan, A., Gex-Fabry, M., Avramovski, V., Loutan, L., & Bovier, P. (2007). Health status of returnees to Kosovo: Do living conditions during asylum make a difference? *Journal of the Royal Institute of Public Health*, 121, 34-44.

- Townsend, E. (2002). *Enabling occupation: An occupational therapy perspective*. Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Von Aarburg, H.P., & Gretler, S.B. (2008). *Kosova - Schweiz. Die albanische Arbeits- und Asylmigration zwischen Kosovo und der Schweiz (1964-2000)*. Zürich: Lit Verlag.
- Wagner, J., Seas, K., Russell, T., & Angeli, E. (2009). *APA formatting and style guide*. [On-Line]. Available: <http://owl.english.purdue.edu/owl/resource/560/01/> (11.05.2009).
- Wanner, P., Pecoraro, M., & Fibbi, R. (2005). Femmes étrangères et marché du travail. In W. Haug & P. Wanner (Hrsg.), *Migrants et marché du travail. Compétences et insertions professionnelle des personnes d'origine étrangère en Suisse*, Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Weiss, R. (2005). *Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten*. Zürich: Seismo Verlag.
- Wenzel, T., Agani, F., Rushiti, F., Abdullahu, I., & Maxhuni, B. (2006). *Long-term sequels of war, social functioning and mental health in Kosovo*. [On-Line]. Available: www.proasyl.de/fileadmin/proasyl/fm_redakteure/Newsletter_Anhaenge/122/Longtime.pdf (29.05.2009).
- Wilcock, A.A. (2005). Relationship of occupations to health and well-being. In C.H. Christiansen, C.H. Baum, & J. Bass-Haugen (Eds.), *Occupational therapy: Performance, participation and well-being* (3rd ed). Thorofare, NJ: SLACK Incorporated.
- Wilkinson, R., & Marmot, M. (2004). *Soziale Determinanten von Gesundheit. Die Fakten*. Denmark: WHO.

Wimmer, A. (2005). *Kultur als Prozess. Zur Dynamik des Aushandelns von Bedeutungen*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

WHO European Ministerial Conference on Mental Health (2005). Mental health and working life. [On-Line]. Available: <http://www.euro.who.int/document/MNH/ebrief06.pdf> (21.04.2009).

World Health Organisation (2009a). *ICD-10-GM-Version 2009*. [On-Line]. Available: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2009/index.htm>: (20.02.2009).

World Health Organisation (2009b). *ICD-10-GM-Version 2009*. [On-Line]. Available: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlamtl2004/fr-icd.htm?gf60.htm>+(20.05.2009).

6. EIGENSTÄNDIGKEITSERKLÄRUNG

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

Winterthur, 12.06.2009

7. ANHANG

7.1 Matrix von relevanten Literaturangaben

Matrix von relevanten Literaturangaben

Literaturangabe	Wichtigste Aussagen	Relevanz	Form	Bezugsquelle
Fair, A. & Barnitt, R. (1999). Making a Cup of Tea as Part of a Culturally Sensitive Service. <i>British Journal of Occupational Therapy</i> , 62, 199-205	Erforschung der Teezubereitung von verschiedenen Kulturen. Ergotherapie spezifisch. Literaturbericht nicht valide.	Input für die theoretische Weiterentwicklung ergotherapeutischer Praxis. Verknüpfung Kultur und Betätigung.	Papierform und PDF kritische Beurteilung	Cinahl OvidSP
Crist, P.H., Davis, C. G. & Coffin, P. S. (2000). The Effects of Employment and Mental Health Status on the Balance of Work, Play/ Leisure, Self-Care, and Rest. <i>Occupational Therapy in Mental Health</i> , 15, 27-42.	Menschen mit einer psychischen Erkrankung haben weniger Freude und können weniger Kompetenzen ausüben bei ihrer Arbeit als Menschen ohne psychische Erkrankung.	Relevant für den Einflussfaktor Arbeit. Arbeit und psychische Erkrankungen werden beleuchtet.	Papierform	Kopiert von Frau Jakobs
Girard, C., Fisher, A.G., Short, M.A. & Duran, L. (1999). Occupational Performance Differences Between Psychiatric Groups. <i>Scandinavian Journal of Occupational Therapy</i> , 6, 119-126.	Vergleich der Betätigungsperformanz von Menschen mit und ohne Depression oder Schizophrenie. Assessment: AMPS.	Relevante Literatur: Betätigungsperformanz und Depression werden in Zusammenhang gebracht.	Papierform und PDF	Medline OvidSP
Bonder, B.R., Martin, L. & Miracle, A.W. (2004). Culture emergent in Occupation. <i>The American Journal of Occupational Therapy</i> , 58, 159-167.	Die Kultur taucht in der Betätigung auf. Zusammenhang zwischen Kultur und Betätigung.	Wichtig für Definitionen, ev. für in die Einleitung.	Papierform	Kopiert von Frau Heigl
Heigl, F. (2006). <i>Meam familiam cogito, ergo sum. I Am Thinking of My Family, Therefore I Am. Perception of Daily Occupations of Male Albanian Blue-collar Workers Living in Switzerland, a Qualitative Study</i> . Unveröffentlichtes Dokument: European Master of Science in Occupational Therapy.	Ergotherapie spezifische Studie: In dieser Theses wird genau beschrieben, wie sich Kosovo-Albaner in der Schweiz fühlen in Bezug auf Arbeit, Freizeit, Familie, ... Der Fokus liegt auf der Betätigungsperformanz.	Sehr relevant! Gut für in den Hauptteil!	PDF und Papierform Kritische Beurteilung	Kopiert von Frau Heigl
Kasdhan, T.B., Morina, N., & Priebe, S. (2009). Post-traumatic stress disorder, social anxiety disorder, and depression in survivors of the Kosovo War: Experiential avoidance as a contributor to distress and quality of life. <i>Journal of Anxiety Disorders</i> , 23, 185-196.	Das Auftreten von Posttraumatischen Belastungsstörungen, sozialen Angststörungen und Depressionen werden bei Kosovo- Kriegsüberlebenden beforscht und in Beziehung mit der Lebensqualität gebracht.	Relevant für das Kapitel der Depression, da diese oft mit einem PTBS zusammenhängt.	Papierform und PDF	Medline OvidSP

Bhugra, D. (2004). Migration, distress and cultural identity. <i>British Medical Bulletin</i> , 69, 129-141.	Bhugra ist ein bekannter Autor in Bezug auf Migration. Die Migration und der Migrationsprozess werden beschrieben.	Überblick Migration, Akkulturation, Identitätsverluste,...	Papierform	Subito Bestellung 02.02.2009
Kinébanian, A. & Stomph, M. (1992). Cross-Cultural Occupational Therapy: A Critical Reflexion. <i>The American Journal of Occupational Therapy</i> , 751-757.	Zusammenfassung von Erfahrungen von holländischen Ergotherapeuten, die mit Migranten gearbeitet haben.	Einfluss Kultur auf ET, Ergotherapeutische Theorien und Modelle sind auf westliche Wert aufgebaut.	Papierform	Aus Aktivitätsanforderungen KW 49/ 03.12.2207 ZHAW
Lopes Cardozo, B., Vergara, A., Agani, F. & Gotway, C. A. (2000). Mental Health, Social Functioning, and Attitudes of Kosovar Albanians Following the War in Kosovo. <i>Journal of American Medical Association</i> , 284, 569-576	Kosovo-Albaner wurden nach dem Krieg in ihrem Heimatland bezüglich ihrer Gesundheit und ihrer sozialen Kompetenz genauer betrachtet. PTBS, somatische Erkrankungen, Depression,...werden diskutiert.	Relevant! Gesundheit und Migration von Kosovo-Albanischen Menschen wird untersucht. → PTBS und Depression	Papierform und PDF Kritische Beurteilung	OvidSP Medline, Download auf der Homepage: www.jama.com
Lopes Cardozo, B., Kaiser, R., Gotway, C.A. & Agani, F. (2003). Mental Health, Social Functioning, and Feelings of Hated and Revenge of Kosovar Albanians One Year After the War in Kosovo. <i>Journal of Traumatic Stress</i> , 16, 351-360.	Aufbauende Studie von Lopes Cardozo, Vergara, Agani & Gotway (2000) ein Jahr später. Die im Jahr 2000 erhobenen Daten werden erneut überprüft.	Relevant! Aufbauende Studie. Wichtige Resultate!	Papierform und PDF Kritische Beurteilung	OvidSP Medline, Download auf der Homepage: www.jama.com
Eytan, A., Bischoff, A. Rrustemi, I., Durieux, S., Loutan, L., Gilbert, M. & Bovier, P. A. (2002). Screening of mental disorders in asylum-seekers from Kosovo. <i>Australian and New Zealand Journal of Psychiatry</i> , 36, 499-503.	Psychische Erkrankungen bei Asylsuchenden aus dem Kosovo in der Schweiz wurden bestimmt. Dolmetscher, Sprachschwierigkeiten, Traumatische Erlebnisse,...	Wichtige Aussagen zur Kommunikation von Kosovo-Albanischen Asylsuchenden und zu Dolmetscherangeboten.	Papierform und PDF Kritische Beurteilung	OvidSP Medline
Abazi, B. (2002). Körperliche Leistungsfähigkeit als Existenzgrundlage – Einblick in hilfreiches Hintergrundwissen für die Arbeit mit Menschen aus dem Kosova. <i>Ergotherapie</i> , 7, 6-9.	Der Autor Besnik Abazi kommt selbst aus dem Kosovo und berichtet in diesem Artikel eindrücklich von seiner Kultur!	Relevant! Zeigt Wichtiges für die Arbeit mit Kosovo-Albaner auf.	Papierform	PBL Fall 4 „Fremde Kulturen“
Bhugra, D. (2004). Migration and mental Health. <i>Acta Psychiatrica Scandinavica</i>	Migration löst Stress aus. Der Migrationsprozess ist nicht einfach und	Relevant für unsere Arbeit!	Papierform und PDF	Google Scholar (2.2.2009)

<i>vica</i> , 109, 243-258.	gradlinig. Dieses Review behandelt WIE die Migration die psychische Gesundheit beeinträchtigt.			
Bhugra, D. & Ayonrinde, O. (2004). Depression in migrants and ethnic minorities. <i>Advanced in Psychiatric Treatment</i> , 10, 13-17.	Migration beeinflusst die Migranten und kann Stress auslösen Eine Migration beeinflusst auch Menschen um die Migranten! Es wird gut beschrieben, welche Faktoren dazu beitragen, dass eine Depression entstehen kann. - Kulturschock, Kulturelle Identität	Relevant! Depression und Migration werden besprochen!	Papierform und PDF	Google Scholar (2.2.2009)
Odawara, E. (2005). Cultural Competency in Occupational Therapy: Beyond a Cross-Cultural View of Practice. <i>American Journal of Occupational Therapy</i> , 59, 325-334.	Es wird beschrieben, weshalb ein kulturelles Verständnis in der ET von Bedeutung ist.	Relevant vor allem für Theorie-Praxis-Transfer.	Papierform und PDF	-
Machleidt, W. & Callies, I.T. (2005). Transkulturelle Psychiatrie und Migration – Psychische Erkrankungen aus ethischer Sicht. <i>Die Psychiatrie</i> , 2, 77-84.	Psychische Erkrankungen: Migration und deren Zusammenhang. Kultursensible Diagnostik.	Interessanter Artikel in Bezug auf entstehende Fehldiagnosen	Papierform und PDF	Bestellung Subito 02.02.2009
Bhugra, D. & Becker, M.A. (2005). Migration, cultural bereavement and cultural identity. <i>World Psychiatry</i> , 4, 18-24.	Personen, welche immigrieren sind einem enormen Stress ausgesetzt, welcher sich negativ auf das Wohlbefinden auswirken kann. - Verlust der kulturellen Normen - Religiöse Gewohnheiten - Soziale Unterstützungssysteme	Relevant! Eine neue Kultur verändert auch die eigene Identität und eigene Konzepte.	Papierform und PDF	Google Scholar (2.2.2009)
Schenk, L. (2007). Migration und Gesundheit – Entwicklung eines Erklärungs- und Analysemodells für epidemiologische Studien. <i>International Journal of Public Health</i> , 52, 87-96.	Gesundheitsdeterminanten: Migrationsstatus = Ungleichheit Hinweise, dass Migranten in einigen Bereichen grössere gesundheitliche Risiken als Personen ohne Migrationshintergrund aufweisen	Relevant! Gute Literaturangaben! Healthy-migrant-effect, übersichtliches Erklärungsmodell vom Zusammenhang Migration und Gesundheit	Papierformat	Google Scholar (2.2.2009)
Bischoff, A. & Wanner, P. (2008). The Self-reported Health of Immigrant	Studie über den selbstwahrgenommenen Gesundheitszustand von den	Relevant, Schweiz spezifische Studie	Papierformat und PDF	Google Scholar (2.2.2009)

Groups in Switzerland. <i>Journal of Immigrant Minority Health</i> , 10, 325-335.	Migranten in der Schweiz. Kosovo-Albaner kommen nicht separat vor. Es gibt eine Gruppe der ehemaligen Jugoslawen.		Kritische Beurteilung	
Toscani, L., DeRoo, L.A., Eytan, A., Gex-Fabry, M., Avramovski, V., Loutan, L. & Bovier, P. (2007). Health status of returnees to Kosovo: Do living conditions during asylum make a difference? <i>Journal of the Royal Institute of Public Health</i> , 121, 34-44.	Schweiz spezifische Studie: Wie sieht der Gesundheitsstatus bei Kosovo-Albaner aus, welche nach dem Asyl in der Schweiz wieder in ihr Heimatland zurückkehrten?	PTBS, Lebensbedingungen in der Schweiz und im Heimatland, Lebensbedingungen mit PTBS (Betätigungsperformanz)	Papierformat und PDF Kritische Beurteilung	Google Scholar (2.2.2009)
Bischoff, A., Schneider, M., Denhaerynck, K. & Battgay, E. (2009). Health and ill health of asylum seekers in Switzerland: an epidemiological study. <i>European Journal of Public Health</i> , 19, 59-64.	Schweiz spezifische Studie: Gesundheitsstatus der Flüchtlinge in der Schweiz, nicht nur Flüchtlinge aus dem Kosovo, sondern aus verschiedenen Regionen	Relevant! Gute Literaturangaben Behandlung von PTBS Es gibt vermehrte Studien über ansteckende Erkrankungen, wenige über chronische Krankheiten.	Papierformat und PDF Kritische Beurteilung	-
Lay, B., Lauber, Ch., Nordt, C. & Rössler, W. (2006). Patterns of inpatient care for immigrants in Switzerland. A case controlled study. <i>Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol</i> , 41, 199-207.	Schweiz spezifische Studie: Migranten zeigen eine Unterbenutzung der psychiatrischen Gesundheitsdienste. Dies betrifft Migranten aus Südosteuropa besonders. Während der stationären Behandlungen erhalten Migranten weniger Ergo-, Phsyio- und Psychotherapie und erhalten weniger Unterstützung durch Sozialarbeiter.	Relevante Literatur: Migranten aus Südosteuropa werden benachteiligt in der stationären Behandlung und nutzen psychische Gesundheitsdienste signifikant weniger als Schweizer.	Papierformat Kritische Beurteilung	In Papierformat von Herr Schaffert erhalten
Malek, M. (2007). <i>Ist die Sprache der Schlüssel zur Integration? Eine Untersuchung über den Einfluss der alltagsorientierten deutschen Sprachkurse auf die Integration von albanischsprachigen Migrantinnen im Kanton Luzern.</i> [On-Line]. Available: http://www.disg.lu.ch/integration_sprac	Schweiz spezifische Studie von immigrierten Kosovo-Albanerinnen zum Erwerb der deutschen Sprache und der Anwendung der erlernten Sprache. Es werden nebst der Sprache Familiäre Situationen, Arbeitssituationen, kulturelle Aspekte, Chancen und Schwierigkeiten bei der Integration	Relevante Literatur: Auswirkungen der Sprache auf die Betätigungsperformanz. Tieferes Eingehen auf die Lebensbereich Arbeit und Freizeit von Kosovo-Albanerinnen.	Papierformat und PDF Kritische Beurteilung	Google Scholar

he_schluessel-2.pdf (11.06.09)	aufgezeigt.			
<p>Dahinden, S. (2005a). <i>Pristhina – Schlieren. Albanische Migrationsnetzwerke im transnationalen Raum</i>. Zürich: Seismo Verlag.</p> <p>Dahinden, J. (2005b). Contesting transnationalism? Lessons from the study of Albanian migration networks from former Yugoslavia. <i>Global Networks</i> 5, 191-208.</p>	<p>Schweiz spezifische Studie zu albanischen Migranten. Es werden die verschiedenen Netzwerke der albanischen Migranten erforscht. Darin wird aufgezeigt, welche Beziehungen wichtig sind für ihre persönliche Unterstützung. Es wird auf das Familiengefüge, die Gestaltung von Freizeit und auf die Arbeit eingegangen.</p>	<p>Relevante Literatur:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Unterstützende Beziehungen für albanische Migranten -Betätigungsperformanz in Arbeit und Freizeit 	<p>Buch</p> <p>Papierformat und PDF</p> <p>Kritische Beurteilung</p>	<p>Nebiskatalog</p> <p>Kopiert von Frau Heigl</p>

7.2 Kritische Beurteilungen

1.

Critical Review Form – Qualitative Studies nach Letts et al. (2007)

Heigl, F. (2006). *Meam familiam cogito, ergo sum. I am thinking of my family, therefore I am. perception of daily occupations of male Albanian blue-collar workers living in Switzerland, a qualitative study.* Unpublished Thesis MSc: Academy for European Master Degree Study in Occupational Therapy, Karolinska Institut Stockholm.

	Kommentare
Zweck der Studie Wurde der Zweck und das Ziel/Forschungsfrage klar definiert?	Ja, der Zweck der Studie ist die Verbesserung des interkulturellen Wissens. Die Wahrnehmung der aktuellen täglichen Betätigungen von albanischen Arbeitern, die in die Schweiz immigriert sind, wurde untersucht. Diese Wahrnehmung wurde aus ET-Sicht beleuchtet. Die Probanden identifizierten ihre Betätigungen. Sie fanden Erfahrungen, Gedanken, Ideen und Interpretationen bezüglich der Betätigungen sowie deren Wert und die Wichtigkeit heraus.
Literatur Wurde die relevante Hintergrundliteratur gesichtet?	131 Literaturangaben! Einige uns bekannte Autoren, die auf diesem Gebiet geforscht haben, sind vertreten. Breit abgefächert, Schweiz spezifische Literatur, wie auch internationale Studien wurden mit einbezogen.
Studien Design	Anlehnung an die Hermeneutik (Interpretation und Aufdeckung der Wahrnehmung von albanischen Arbeitern anhand von qualitativen Interviews)
Wurde eine theoretische Perspektive identifiziert?	Anlehnung an die Hermeneutik → Bedeutungen (Gedanken) ausdrücken, etwas interpretieren oder übersetzen
Welche Methode wurde gebraucht?	Qualitative halbstrukturierte Interviews (60-85min.), Aufnahme auf Mini Disc, danach wörtliche Abschrift
Wurde der Prozess gezielter Auswahl beschrieben?	<u>Stichprobenauswahl:</u> N=8 Acht albanische zur Zeit des Interviews arbeitende (Blue collar work) muslimische Männer aus dem Kanton Zürich, welche Deutsch sprechen konnten, gesund waren und aus der ersten Migrationsgeneration stammten (mindestens schon 3 Jahre in der Schweiz wohnhaft). <u>Auswahlverfahren:</u> Keine Zufallsstichprobe, sondern Schneeballverfahren → Albanische Kulturzentren wurden angefragt.
Wurde die Stichprobe zusammengestellt bis Redundanz der Daten erreicht war?	Mit acht Probanden konnte noch keine Redundanz der Daten erreicht werden. <u>Limitationen:</u> - Interview auf Deutsch: nicht die Muttersprache der Probanden - nur muslimische albanische Männer wurden befragt (nach Autorin bezüglich der Ergebnisse nicht relevant)
Wurde wohl informierte Zustimmung eingeholt? (Ethikverfahren)	Bewilligung durch die Kantonale Ethikkommission Zürich, Ausführliche Informationen über Sinn und Zweck und Aufwand. Anonymität und freiwillige Teilnahme war gegeben. Einverständniserklärung (informed consent) wurde gemacht.
Datenerhebung Deskriptive Klarheit: Sind die Beschreibungen klar und verständlich? Prozedurale Strenge:	Klar und verständlich beschrieben. Gut verständliches Englisch. <u>Datenerhebung:</u> angelehnt an den hermeneutischen Zirkel, Vor-und-zurück-Prozesse wurden miteinbezogen. halbstrukturierte Interviews, Texte wurden wörtlich transkri-

Waren die Strategien zur Datenerhebung von prozeduraler Strenge?	biert, Organisation der Daten durch Codierungssystem (angelehnt an constant comparison method = Vergleichsmethode). danach Kategorisieren der Codes und Network views (Kategorien und Codes werden zueinander in Beziehung gesetzt)
Datenanalyse: Analytische Genauigkeit: Waren die Daten induktiv? Stimmten die Ergebnisse mit den Daten überein und spiegelten diese wider?	Induktiv (Vom Speziellen auf das Allgemeine schlussfolgern) Die Ergebnisse stimmen mit den Daten überein und spiegeln diese wider.
Wurde ein Entscheidungspfad entwickelt? (Überprüfbarkeit) Wurde der Prozess der Transformation von Daten in Aussagen/ Codes adäquat beschrieben?	Es wurde angegeben, mit welchen Methoden die transkribierten Aussagen der Probanden in Codes und Kategorien umgewandelt wurden. Es wird gut beschrieben, wie die Datenanalyse erfolgte.
Theoretische Verbindungen: Hat sich ein sinnvolles Bild des untersuchten Phänomens ergeben?	Ja! Bezug zur Ergotherapie wurde gemacht und ein abschliessendes Bild des untersuchten Phänomens wurde klar.
Vertrauenswürdigkeit Wurde Triangulierung angegeben? Wurde "Member Checking" (Überprüfung der Teilnehmer benutzt, um Ereignisse zu verifizieren)	Wurde angestrebt durch: - Triangulation (Einbezug von Experten, verschiedener Teilnehmer) - Peer debriefing (bei der Codierung) - Übertragbarkeit (ausführliche Beschreibungen sind vorhanden) - Field notes, memos, diary log, Interviews (verschiedene Arten der Dokumentationen)
Schlussfolgerungen Waren die Schlussfolgerungen der Ergebnisse der Studie angemessen? Trugen die Ergebnisse zur theoretischen Weiterentwicklung und Zukunft ergotherapeutischer Praxis bei?	Insgesamt eine sehr interessante Studie, die gut zu unserer Bachelorthese passt. Sensibilisierung der Kulturunterschiede, guter Bezug zur Ergotherapie. <u>Folgerungen für die Praxis:</u> - Kollektivismus beachten, Familie als Ressource sehen und Arbeit als Geldquelle akzeptieren

2.

Critical Review Form – Quantitative Studies nach Letts et al. (2007)

Eytan, A., Bischoff, A. Rrustemi, I., Durieux, S., Loutan, L., Gilbert, M., & Bovier, P. A. (2002). Screening of mental disorders in asylum-seekers from Kosovo. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36, 499-503.

	Kommentare
Zweck der Studie Wurde der Zweck klar angegeben? Wurde das Ziel/Forschungsfrage klar definiert?	Eytan et al. (2002) führten strukturierte Interviews mit kosovo-albanischen Asylsuchenden durch, welche schon 2 Monate in der Schweiz waren. Das Ziel war die Auswirkungen auf die Erkennung von psychologischen und psychiatrischen Symptomen von geschulten vs. ungeschulten Dolmetschern während medizinischen Abklärungen zu bestimmen. Forschungsfrage wurde deklariert.
Literatur Wurde die relevante Hintergrundliteratur gesichtet?	21 Literaturangaben, darunter die meisten von 1997 bis 2000.
Studien Design	Retrospektive Studie (von der Gegenwart ausgehend die Vorgeschichte untersuchen). Systematisches medizinisches Prüfverfahren mit der Regressionsanalyse (Die Regressionsanalyse ist ein statistisches Analyseverfahren, welches zum Ziel hat, Beziehungen zwischen einer abhängigen und mehreren unabhängigen Variablen festzustellen). Keine weiteren Angaben bezüglich des Studiendesign in der Studie erwähnt. Strukturierte Interviews zwischen Juni bis Dezember 1998. Ausgeführt wurden die Interviews durch Krankenschwestern.
Angemessenheit des Studiendesigns (Ethische Fragen)	Es ist kein Studiendesign bekannt. Es wurde kein Ethikverfahren beschrieben.
Systematische Fehler - bei Stichprobe/ Auswahl - beim Messen/ Ermitteln - bei Massnahmen / Durchführung	<u>Stichprobe:</u> Mehrheit waren Männer : 75%; Durchschnittsalter 24 Jahre <u>Messung:</u> Sozial-demografische Faktoren, physische und psychische Symptome, welche in der Woche zuvor auftraten, Gewalterfahrungen vor der Ankunft in der Schweiz, Gebrauch von Dolmetschern, subjektive Bewertung der Kommunikation von den Krankenschwestern (good, fair, poor) und die Verweisung auf psychiatrische Dienste und medizinische Hilfe wurden erfasst. Bewertung nur durch die Durchführenden der Interviews! → keine Personen, die das Gespräch kontrollierten (Ausnahme: wenn Dolmetscher dort waren) <u>Massnahmen:</u> Statistische Analysen wurden kurz beschrieben. Quertabellen wurden zur Darstellung der Häufigkeit der verschiedenen genannten Items, des Grössenverhältnisses der Interviews mit/ ohne Dolmetscher und die Überweisung zur medizinischen/psychiatrischen Behandlung gemacht. Alle Tests waren zweiseitig und wiesen eine Signifikanz von 0.05 auf. <u>Durchführung:</u> Bekannt ist, dass 18% der 319 Interviews mit Übersetzungshilfe von Angehörigen gemacht wurden, wobei bei 16% ausgebildete Dolmetscher zugezogen wurden.
Stichprobe N=? Wurde die Stichprobe detailliert beschrieben und begründet?	N = 319 , Keine Begründung der Stichprobengrösse. Stichprobe wurde nicht detailliert beschrieben → Alter, Geschlecht, Zeit des Aufenthaltes im Durchschnitt bekannt, ansonsten wurde nichts Genauereres beschrieben.
Ergebnisse/ Outcomes Waren die Masse für Ergebnisse zuverlässig (reliabel)?	Keine genauen Angaben vorhanden. Aufgrund der Limitationen kann nicht angenommen werden, dass die Ergebnisse reliabel oder valide sind.

Waren die Masse für Ergebnisse gültig (valide)?	Keine Transparenz bezüglich Methodik, Analyseverfahren. Unklar wie Ergebnisse zu stande gekommen sind.
Massnahmen Wurden die Massnahmen detailliert beschrieben? Wurde Kontaminierung, Ko-Intervention vermieden?	Die Interviews wurden nur kärglich beschrieben. Interviews beinhalteten Fragen bezüglich der Gesundheit, erlebten Traumata und aufgetretenen Symptomen. Wenn die Krankenschwestern und die Asylsuchenden nicht die gleiche Sprache teilten, dann wurde, wenn vorhanden, ein ausgebildeter Dolmetscher hinzugezogen. Wenn kein Dolmetscher zur Verfügung stand, übersetzten Verwandte. Wenn keine Angehörige zur Verfügung waren, wurde mit dem kosovo-albanischen Lexikon gearbeitet. Zeichnungen und Gesten wurden hinzugezogen → Die Interview Items waren Teil eines viel verwendeten Assessments bei Asylsuchenden.
Ergebnisse Wurde die statistische Signifikanz der Ergebnisse angegeben? War(en) die Analysemethoden(n) geeignet? Wurde die klinische Bedeutung angegeben?	Ja! Die Signifikanz war bei jedem Item der Interviews mit 0.05 gegeben. Ebenfalls wurde stets der Prozentsatz der Anzahl der betroffenen Personen erwähnt. <u>Analysemethoden:</u> Beziehungen zwischen einer abhängigen und einer oder mehreren unabhängigen Variablen werden festgestellt → scheint geeignet zu sein, jedoch fehlen genauere Angaben in der Studie. Die Klinische Bedeutung wurde angegeben → siehe Einfluss auf die ergotherapeutische Praxis.
Drop-outs	Es wurden keine Drop-outs genannt.
Schlussfolgerung Wurde die Schlussfolgerung gegeben? Welche haben einen Einfluss auf die ergotherapeutische Praxis? Gab es Limitationen oder bias?	Es wurde eine Schlussfolgerung gegeben: Die Resultate zeigten, dass der Gebrauch von ausgebildeten Dolmetschern bei den kosovo-albanischen Asylsuchenden die Kommunikationsqualität, die Erkennung von schweren Symptomen und traumatischen Situationen verbessert und die therapeutische Einweisung von traumatisierten Asylsuchenden fördert. <u>Einfluss auf die ergotherapeutische Praxis:</u> Der Gebrauch von Verwandten als Dolmetscher zeigte signifikante Einflüsse auf die Erwähnung von psychologischen und traumatischen Erlebnissen und könnte somit die Entscheidung der Gesundheitsfachpersonen beeinflussen. Solche Erlebnisse wurden signifikant öfters erwähnt bei ausgebildeten Dolmetschern. Eytan et al. (2002) nehmen an, dass verbale Kommunikation, Dialog und kulturelle Informationen, die der ausgebildete Dolmetscher mit seinen Fähigkeiten mitbringt, von Bedeutung sind, wenn es um die Erkennung von psychologischen und dem Ausdruck von psychologischen Symptomen geht. Dolmetscher, die auch kulturelle Mediatoren sind, erhöhen die Sensibilität zur Entdeckung von psychischem Leid. Limitationen: Interviews wurden nicht dafür entwickelt um den Einfluss des Einsatzes von ausgebildeten oder Verwandten als Übersetzungshilfe zu erfassen!_Fehlende kompetente Gesundheitsexperten!_Die Berufsleute waren mehr von der Praxis als von medizinischen Gründen geleitet worden.

3.

Critical Review Form – Quantitative Studies nach Letts et al. (2007)

Lopes Cardozo, B., Vergara, A., Agani, F., & Gotway, C. A. (2000). Mental health, social functioning, and attitudes of Kosovo Albanians following the war in Kosovo. *Journal of American Medical Association*, 284, 569-576.

	Kommentare
Zweck der Studie Wurde der Zweck klar angegeben? Wurde das Ziel/Forschungsfrage klar definiert?	Das Ziel dieser Studie war, das Vorkommen von psychischen Erkrankungen bei Kosovo- Albanern nach dem Kosovo Krieg zu erforschen, um potenziell gefährdete Menschen zu identifizieren. Die soziale Kompetenz/ das Funktionieren in der Gesellschaft wurde zudem beleuchtet. Die Erhebung fand im Kosovo statt.
Literatur Wurde die relevante Hintergrundliteratur gesichtet?	30 Referenzen, darunter 2 aus dem Jahr 2000. → Da diese Studie von 2000 ist, war die verwendete Literatur mehrheitlich unter 1998 bis 1979 angesiedelt. Relevante Literatur bezüglich PTBS wurde gesichtet. Länderübergreifende Literatur vorhanden.
Studien Design	Querschnittstudie vom August bis Oktober 1999 (cluster sample survey: Gruppen/ Häufung Stichprobenerhebung), es wurden Studien miteinbezogen, welche sich schon mit dem Thema befassten oder welche sich mit ähnlichen Forschungsfragen beschäftigten.
Angemessenheit des Studiendesigns - Kenntnis des Themas/ der Frage - Ergebnisse/ Outcome - Ethische Fragen - Studienzweck/Studienfrage	Die Konsequenz vom Kosovo Krieg auf die psychische Gesundheit ist nicht bekannt → geeignetes Design ist hier die gewählte Querschnittsstudie. Die <u>Ergebnisse</u> wurden quantifiziert. Standardisierte Messinstrumente (Assessments) wurden verwendet. <u>Ethik</u> : wurden geklärt (Einverständniserklärung, Studienprotokoll wurde eingesehen). Zu Beginn wurde der Studienzweck unter Objects und in der Einleitung klar definiert.
Systematische Fehler - bei Stichprobe/ Auswahl - beim Messen/ Ermitteln - bei Massnahmen / Durchführung	<u>Stichprobe</u> : Die Frauen in dieser Studie waren überproportional vertreten. Die Statistische Aussage wird durch die kleine Gruppenanzahl von 30 abgeschwächt. <u>Messung</u> : Die Interviews wurden während des Tages gemacht, deshalb waren diejenigen, vor allem Männer, die einer Arbeit nachgingen ausgeschlossen → gerade diese Menschen könnten diejenigen gewesen sein, die den meisten Belastungen ausgesetzt waren. Zudem ist unklar, ob transkulturelle Unterschiede bei der Befragung einbezogen wurden. Die Probanden teilten ihre selbst wahrgenommenen Symptome einer PTBS und von unspezifischen Symptomen in einem unstrukturierten, nicht auf diese Population validisierten Interview, mit. Die <u>Datenanalyse</u> wird sehr detailliert beschrieben. Es wurden Überprüfungswerkzeuge gebraucht, um psychische Erkrankungen und soziale Kompetenz erfassen zu können.
Stichprobe N=? Wurde die Stichprobe detailliert beschrieben? Wurde die Stichprobengrösse begründet?	N= 1358 Kosovo- Albaner ab 15 Jahren von 558 randomisierten Familienhaushalten im Kosovo. Die Studiendaten wurden zwischen August bis Oktober 1999 erhoben. Die Stichprobe wurde detailliert beschrieben. Die Stichprobengrösse wurde klar begründet: Um 95% Vertrauensintervall (CI) zu erreichen, wurden im Minimum 1135 Erwachsene über 15 Jahren für die Studie benötigt. Das CI von 95% wird benötigt, um ein Vorkommen von psychischen Problemen zu 15% bis 25% erfassen zu können. Im Minimum waren das 504 Haushalte, die kontaktiert werden mussten.

<p>Ergebnisse/ Outcomes Waren die Masse für Ergebnisse zuverlässig (reliabel)? Waren die Masse für Ergebnisse gültig (valide)?</p>	<p><u>Erhebungsdesign:</u> Eine 2 Phasen Methode mit Erhebung von 30 Gruppen mittels Befragungen als primäre Erhebungsgrundlage wurde ausgearbeitet. Weil diese Daten die Menschen vor dem Krieg nicht mit einbeziehen konnten, wurden zusätzliche Datenressourcen benutzt. Diese Daten waren Dorfforschungsdaten, welche die United Nations High Commissioner for Refugees and food distribution population (non-profit Organisation) überprüft hat.</p> <p><u>Stichprobenauswahl:</u> 1. Phase: die Stichprobe wurde erhoben. Die serbische Population wurde ausgeschlossen → rund 1.6 Millionen Kosovo-Albaner erfasst. Das Sampling wurde in städtischen wie auch in ländliche Gebiete aufgeteilt. Proportional zur gesamten Population wurden 15 Gruppen von den städtischen und 15 von den ländlichen Gebieten ausgewählt. 2. Phase: 20 Haushalte wurden innerhalb der Gruppen randomisiert ausgewählt (clusters) → 20 Haushalte aus den 30 Gruppen der total 600 Haushalte. Die Haushalte wurden in Landkarten in ungefähr vergleichbare Populationen und in verschiedene Segmente unterteilt. Die Segmente wurden nummeriert und ein Segment wurde randomisiert ausgewählt. In diesem Segment wurden blind Haushalte ausgewählt. Die ausgewählten Haushalte aus diesem Segment wurden zuletzt wiederum in einer randomisierten Methode nummeriert.</p>
<p>Massnahmen Wurden die Massnahmen detailliert beschrieben? Wurde Kontaminierung, Ko-Intervention vermieden?</p>	<p>Die Assessment wurden ins Albanische übersetzt! Albanische Psychiater/ Experten und albanische Dolmetscher wurden beigezogen → sehr vorbildliches Vorgehen. Andere Studien haben kaum Experten hinzugezogen.</p>
<p>Ergebnisse Wurde die statistische Signifikanz der Ergebnisse angegeben? War(en) die Analysemethode(n) geeignet? Wurde die klinische Bedeutung angegeben?</p>	<p>Statistische Signifikanz der Daten wurde abgegeben. Analysemethoden teilweise geeignet, siehe systematische Fehler. Klinische Bedeutung wurde angegeben. Es wurde aufgezeigt, dass weiterführende Forschung notwendig ist, um das Ausmass der psychischen Erkrankungen aufgrund des Kosovo-Krieges bei Kosovaren feststellen zu können.</p>
<p>Drop-outs/ Ausscheiden von Teilnehmern</p>	<p>Es wurden keine Fälle von Ausscheiden aus der Studie angegeben.</p>
<p>Schlussfolgerung Wurde die Schlussfolgerung gegeben? Welche haben einen Einfluss auf die ergotherapeutische Praxis? Gab es Limitationen oder bias?</p>	<p>Es wurde eine Schlussfolgerung gemacht und darauf hingewiesen, dass ein Monitoring der psychischen Probleme dieser Population weiterhin stattfinden sollte, da Symptome auch im späteren Verlauf auftreten können. Die erhobenen Resultate überraschten die Autoren nicht.</p> <p><u>Limitationen:</u> Die Identifikation der Gruppen der städtischen und ländlichen Gebieten war erschwert, da die Haushalte teils in abgelegenen Gebieten und sehr verstreut waren. Zusätzliche Limitationen sind unter den systematischen Fehlern zu finden. Relevanz für die ET: Zusammenhänge zwischen Migration, Kriegsvertriebene und psychische Gesundheit besser verstehen zu können; Wissensaneignung und Erweiterung, die als Hintergrundinformationen während der Arbeit als ET mit einfließen, die von Bedeutung sind, um den Klienten ganzheitlich erfassen zu können.</p>

4.

Critical Review Form – Quantitative Studies nach Letts et al. (2007)

Lopes Cardozo, B., Kaiser, R., Gotway, C.A., & Agani, F. (2003). Mental health, social functioning, and feelings of hatred and revenge of Kosovar Albanians one year after the war in Kosovo. *Journal of Traumatic Stress, 16*, 351-360.

	Kommentare
Zweck der Studie Wurde der Zweck klar angegeben? Wurde das Ziel/Forschungsfrage klar definiert?	Diese Studie baut auf die zuvor von Lopes Cardozo, Vergara, Agani & Gotway (2000) erarbeitete Studie auf. Diese Studie ist der eine Teil der gesamten Querschnittstudie. Der Studienzweck wird gut beschrieben: Überprüfung und Vergleich der im 1999 von 1368 Probanden erhaltenen Resultate, mit den neuerhobenen Resultaten der 1399 Probanden vom 2000. Die Erhebung wurde im Kosovo gemacht!
Literatur Wurde die relevante Hintergrundliteratur gesichtet?	30 Literaturangaben, die meisten sind von 1998 bis 2001. Nur wenige sind von früher. Bekannte Autoren und gute Literatur im Literaturverzeichnis zur weiteren Suche vorhanden.
Studien Design	Querschnittstudie, welche mit der im 1999 erarbeiteten Studie gemacht wurde. Follow up Befragung.
Angemessenheit des Studiendesigns - Ethische Fragen	Studiendesign ist angebracht; Follow up Befragungen sind bei Querschnittstudien üblich. <u>Ethik</u> : Einverständniserklärung wurde verbal in der Muttersprache gemacht.
Systematische Fehler - bei Stichprobe/ Auswahl - beim Messen/ Ermitteln - bei Massnahmen/ Durchführung	<p><u>Auswahl Bias</u>: wurde vermieden → es wurden alle über 15 jährigen Kosovo-Albaner in den ausgewählten Haushalten registriert, da beim Besuch für die Befragung nicht jede Person zu Hause war (tagsüber). Am Schluss der Befragungen wurde ermittelt wie viele nicht zu Hause waren und wie viele an der Befragung teilnahmen. Es wurde verglichen, ob die Bedingungen im 1999 gleich waren wie im 2000 oder nicht. Z.B. wurde die gesamt Population des Kosovo erneut erhoben.</p> <p>Die <u>Stichprobenplanung</u> war im 1999 gleich wie in der Follow up Studie vom 2000. Positiv ist zu bewerten, dass die Methode, das Auswahlverfahren der Probanden, gleich gemacht wurde wie in der ersten Studie von 1999. Demografische Veränderungen unterschieden sich bei den beiden Stichproben nicht signifikant. Im 2000 waren es mehr Probanden als im Jahr 1999.</p> <p><u>Messung</u>: es wurden dieselben Messinstrumente wie in der ersten Studie verwendet. → Die Interviews wurden während des Tages gemacht, deshalb waren diejenigen, vor allem Männer, die einer Arbeit nachgingen ausgeschlossen → gerade diese Menschen könnten diejenigen gewesen sein, die den meisten Belastungen ausgesetzt waren. Zudem ist unklar, ob transkulturelle Unterschiede bei der Befragung stattgefunden haben. Die Probanden teilten ihre selbst wahrgenommenen Symptome einer PTBS und von unspezifischen Symptomen in einem unstrukturierten, nicht auf diese Population validisierten Interview mit. Die Messinstrumente werden einzeln aufgelistet und genau erklärt!</p>
Stichprobe N=? Wurde die Stichprobe detailliert beschrieben? Wurde die Stichprobengrösse begründet?	<p>N=1399 Kosovo-Albaner ab 15 Jahren, welche in 593 randomisiert ausgewählten Haushalten im gesamten Kosovo lebten, wurden in die Studie eingeschlossen.</p> <p>Die Stichprobengrösse wurde gleich wie in der ersten Studie vollzogen, welche gut begründet wurde (vgl. Lopes Cardozo, Vergara, Agani & Gotway, 2000).</p>
Ergebnisse/ Outcomes Waren die Masse für Ergebnisse	Das Erhebungsdesign ist dasselbe wie in der ersten Studie von Lopes Cardozo, Vergara, Agani & Gotway (2000).

zuverlässig (reliabel)? Waren die Masse für Ergebnisse gültig (valide)?	
Massnahmen Wurden die Massnahmen detailliert beschrieben? Wurde Kontaminierung, Ko-Intervention vermieden?	Vgl. mit erster Studie von Lopes Cardozo, Vergara, Agani & Gotway (2000).
Ergebnisse Wurde die statistische Signifikanz der Ergebnisse angegeben? War(en) die Analysemethode(n) geeignet? Wurde die klinische Bedeutung angegeben?	Analysemethoden teilweise geeignet, siehe systematische Fehler. <u>Statistische Signifikanz</u> der Daten wurde abgegeben. Ergebnisse wurden in Tabellen präsentiert, in der man die Resultate beider Studien im Vergleich sehen kann, was sehr positiv ist. Es wurde klinische Bedeutung angegeben: Wichtigkeit des Forschungsgebietes und weiterführende Überlegungen werden genannt. Eine Hypothese wurde genannt, welche weiter führenden Forschungen herausfinden sollten → Psychische Gesundheit wird von psychologischen Traumata verursacht und wirkt bei der Aufrechterhaltung des Gewaltzirkels von Hass und Wunsch nach Rache mit.
Drop-outs/ Ausscheiden von Teilnehmern Wurden Fälle von Ausscheiden aus der Studie angegeben?	Drop-outs werden nicht genannt → Die Autoren haben alle Haushalte (mit allen Bewohnern dieser Haushalte) miteinbezogen, wobei nicht alle zur Zeit der Durchführung der Befragung zu Hause waren (dieser Bias wurde beachtet!) → Sind diese nicht befragten Kosovo-Albaner als Drop-outs anzusehen?
Schlussfolgerung Wurde die Schlussfolgerung gegeben? Welche haben einen Einfluss auf die ergotherapeutische Praxis? Gab es Limitationen oder bias?	<u>Limitationen</u> sind unter den systematischen Fehlern zu finden. Schlussfolgerung und weiterführende Hypothese wurde gestellt. Einfluss auf die ergotherapeutische Praxis: Das ganze komplexe Thema besser verstehen können. Wissensaneignung, die bei der Arbeit als ET als Hintergrundwissen dient und ein besseres Verständnis hervorrufen kann.

5.

Critical Review Form – Quantitative Studies nach Letts et al. (2007)

Wenzel, T., Agani, F., Rushiti, F., Abdullahu, I., & Maxhuni, B. (2006). *Long-term sequels of war, social functioning and mental health in Kosovo*. [On-Line]. Available: www.proasyl.de/fileadmin/proasyl/fm_redakteure/Newsletter_Anhaenge/122/Longtime.pdf (29.05.2009).

	Kommentare
<p>Zweck der Studie Wurde der Zweck klar angegeben? Wurde das Ziel/Forschungsfrage klar definiert?</p>	<p>Das Ziel dieser Studie ist die Bestimmung des Umfangs der sozialen und geografischen Verbreitung von psychischer Gesundheit und sozialer Funktionsstörung im Kosovo, sechs Jahre nach dem Krieg, speziell in Bezug auf Posttraumatische Belastungsstörungen und Stimmungsbeschwerden. Die Studien von Lopes Cardozo, Vergara, Agani, & Gotway (2000) und Lopes Cardozo, Kaiser, Gotway & Agani (2003) wurden als Grundlagen benötigt. Diese Studien wurden ebenfalls vom CDC (Center for Disease Control and Prevention in Atlanta USA) gemacht. Forschungsziele: Bestimmung der Posttraumatischen Belastungsstörungen, Depressionen und des Kummers in einer repräsentativen Populationsauswahl anhand eines Assessments, Erfassung des gesundheitsbezogenen Funktionierens der ausgewählten Population mit dem Fokus auf Kriegsbezogene Folgen, Identifizierung der Menschen, die professionelle Unterstützung brauchen und Vergleich der Resultate mit denen vom 1999 und 2000 gemachten Studien.</p>
<p>Literatur Wurde die relevante Hintergrundliteratur gesichtet?</p>	<p>29 Referenzen! Viele Studien über 2000. Bekannte und wichtige Literatur aus unserer Sicht vorhanden, auch internationale und nationale Studien wurden hinzugezogen.</p>
<p>Studien Design</p>	<p>Randomisierte zweistufige Gruppenstichprobe. Vergleiche mit den vorherigen Studien von 1999 und 2000 werden gemacht. Gleiches Studiendesign und Instrumente wie in den Vergleichsstudien von 1999 und 2000.</p>
<p>Angemessenheit des Studiendesigns - Kenntnis des Themas/ der Frage - Ergebnisse/ Outcome - Ethische Fragen - Studienzweck/Studienfrage</p>	<p>Das <u>Studiendesign</u> ist angebracht, da schon bestehende Studien zum Vergleich miteinbezogen werden und somit ein Querschnitt gezogen werden kann. Die Forschungsbedingungen (Datenerhebung, Datenanalyse) waren genau dieselben! Die Forschungsziele konnten mit Hilfe des gewählten Studiendesigns beantwortet werden. <u>Ergebnisse</u>: Städtische und ländliche Kosovaren, wie auch regionale Aufteilungen wurden miteinbezogen. Um 95% Vertrauensintervall zu erhalten, benötigten sie mind. 30 Gruppen (15 ländliche und 15 städtische) mit je mind. 40 Personen über 15 Jahren. <u>Ethik</u>: Die Einwilligung wurde von jedem Probanden eingeholt. Der gesamte Interviewprozess wurde darin ebenfalls beschrieben. Es wurde bei Bedürftigkeit der Probanden Hilfsangebote gemacht.</p>
<p>Systematische Fehler - bei Stichprobe/ Auswahl - beim Messen/ Ermitteln - bei Massnahmen / Durchführung</p>	<p><u>Stichprobe</u>: Es konnten nicht dieselben Probanden von 1999 und 2000 aufgrund des Datenschutzes aufgeboten werden. Die Demografischen Daten, die in den früheren Studien verwendet wurden, waren zum Zeitpunkt dieser Studie nicht mehr aktuell, deshalb wurden die neuen, aktuelleren Daten verwendet. Die Frauen in dieser Studie waren ebenfalls überproportional vertreten. <u>Messung</u>: Es wurden alle Kosovaren, die in den randomisierten Haushalten lebten, befragt. <u>Massnahmen</u>: Bei der Datenerhebung wurde auf die Privatsphäre geachtet, was sich positiv auf die Resultate auswirken könnte. Die Interviewer wur-</p>

	den wie in den früheren Studien geschult und ein Probedurchlauf mit Supervisoren wurde durchgeführt, um ein gleiches Messen der Interviewer zu erhalten.
Stichprobe N=? Wurde die Stichprobe detailliert beschrieben? Wurde die Stichprobengrösse begründet?	N= 1161 1136 wären notwendig gewesen, um 95% Vertrauensintervall zu erlangen, damit 15% und 25% Vorkommen aufgedeckt werden konnte. Wie in den vorläufigen Studien vom 1999 und 2000 wurden zusätzlich demografische, ethnische und geschlechtsspezifische sowie Streuungscharakteristiken mit einbezogen. Zudem wurden soziale (Arbeitsstatus, Bildung) und Versetzungsfaktoren (Flüchtlingsstatus, Dauer des Aufenthaltes) miteinbezogen. Die Stichprobengrösse wurde ausführlich begründet!
Ergebnisse/ Outcomes Waren die Masse für Ergebnisse zuverlässig (reliabel)? Waren die Masse für Ergebnisse gültig (valide)?	Die ausgewählten Assessments wurden ins Albanische übersetzt und wurden nach der Übersetzung validiert. Die Validität ist bei allen vier angewendeten Assessments gegeben. Diese Assessments wurden schon in vielen Ländern und Kulturen verwendet. Die Datenerhebung und Analyse sind transparent dargestellt, so dass davon ausgegangen werden kann, dass die erhobenen Daten zuverlässig sind.
Massnahmen Wurden die Massnahmen detailliert beschrieben? Wurde Kontaminierung, Ko-Intervention vermieden?	Das Interview wurde detailliert beschrieben. 6 Teams aus 5 Interviewern. Diese Leute wurden in 3 Tagen auf alle Inhalte der Studie ausgebildet. Die Supervision der Interviewer wurde durch Supervisoren gewährleistet. Die Daten wurden zwischen dem 28. Oktober und 24. November 2005 erhoben. Die Instrumente zur Datenerhebung während der Interviews wurden einzeln erklärt. Es wurde über systematische Fehler und einer Änderung in der Methode hingewiesen. (Modifizierung des Studienplanes: In einer randomisiert ausgewählten Gruppe waren nicht genug Probanden vorhanden <40; es wurde dann nochmals randomisiert eine Gruppe ausgewählt).
Ergebnisse Wurde die statistische Signifikanz der Ergebnisse angegeben? War(en) die Analysemethode(n) geeignet? Wurde die klinische Bedeutung angegeben?	Die <u>statistische Signifikanz</u> wurde angegeben. Tabellarische Aufzeichnungen sind zu jedem Erforschungsthema vorhanden und kurz in Schriftsprache erläutert. Im Anhang sind Tabellen bezüglich Stichprobe aufgelistet (Gruppenauswahl mit den jeweiligen Merkmalen). Die <u>Analysemethoden</u> scheinen angemessen zu sein. ANOVA wurde zur Bestimmung der Signifikanz verwendet. Der P-Wert $P < 0.05$ wurde als signifikant erachtet. Die Signifikanz wurde mit einer weiteren Analyse kontrolliert. Die <u>klinische Bedeutung</u> : Auswirkungen der gefundenen Daten auf das Gesundheitswesen im Kosovo wurden dargelegt.
Drop-outs/ Ausscheiden von Teilnehmern	Drop-outs werden genannt. 58 Probanden wurden nicht einbezogen.
Schlussfolgerung Wurde die Schlussfolgerung gegeben? Welche haben einen Einfluss auf die ergotherapeutische Praxis? Gab es Limitationen oder bias?	Es wurden gute <u>Schlussfolgerungen</u> gezogen und diskutiert. Sehr übersichtliche Studie mit klaren Titelbeschreibungen, damit man alles schnell findet. Mögliche Zusammenhänge wurden aufgezeigt und Hintergrundinformationen wurden gegeben. In dieser Studie waren 89% der Kosovo-Albaner und nur gerade 6.7% Serben. Die psychologische Rehabilitation kann teilweise erschwert sein → Wenn die betroffenen Menschen immer noch zu Hause leben (im Kosovo), dort wo sie viele Traumatisierungen erlebt haben, können Orte sie stets an die Tragödie erinnern. Zudem können solche Orte bei der Rückkehr in den Kosovo als Trigger angesehen werden, das heisst, dass die betroffenen Menschen immer wieder Traumatisierungen erleben und aufgewühlt werden. <u>Limitationen</u> : Modifizierung des Studienplanes: In einer randomisiert ausgewählten Gruppe waren nicht genug Probanden vorhanden <40; es wurde dann nochmals randomisiert eine Gruppe ausgewählt.

6.

Critical Review Form – Quantitative Studies nach Letts et al. (2007)

Toscani, L., DeRoo, L.A., Eytan, A., Gex-Fabry, M., Avramovski, V., Loutan, L. & Bovier, P. (2007). Health status of returnees to Kosovo: Do living conditions during asylum make a difference? *Journal of the Royal Institute of Public Health*, 121, 34-44.

	Kommentare
Zweck der Studie Wurde der Zweck klar angegeben? Wurde das Ziel/Forschungsfrage klar definiert?	Das Ziel dieser Studie war, die Beziehung zwischen den Lebensbedingungen und der Gesundheit bei Kosovaren während des Asyls in der Schweiz und nach der Rückkehr in ihr Ursprungsland, zu erforschen. Kosovaren, die vor 1999 in die Schweiz kamen und die zwischen August 1999 und Juli 2001 wieder zurück in den Kosovo kehrten, wurden erfasst. Es wurde zwischen Kosovaren mit und ohne PTBS unterschieden.
Literatur Wurde die relevante Hintergrundliteratur gesichtet?	59 Referenzen, davon 22 vor dem Jahr 2000 (älteste: 1992), die restlichen sind von 2000-2004. In der Studie wurde jeweils nachvollziehbar auf die Referenz verwiesen.
Studien Design Angemessenheit des Studiendesigns - Kenntnis des Themas/ der Frage - Ergebnisse/ Outcome - Ethische Fragen - Studienzweck/Studienfrage	Querschnittstudie. Befragungen wurden einmalig durchgeführt. <u>Kenntnis der Frage:</u> Es wurde zuvor wenig in diesem Gebiet geforscht. Zudem geht es um einen Zustand einer Gruppe von Personen, weshalb das Design als geeignet scheint. Zu beachten ist, dass es allerdings unmöglich ist zu wissen, ob alle Faktoren in die Bewertung miteinbezogen wurden. Schwierige Schlussfolgerungen über Ursache-Wirkungszusammenhänge sind vorhanden. Die <u>Ergebnisse</u> konnten quantifiziert werden. (Angabe als Zahlenwert). <u>Ethik:</u> Jeder Proband wurde zur Studie und deren Datenverarbeitung informiert. Der Datenschutz wurde garantiert. Guidelines für Forschungen bei Flüchtlingen wurden beachtet. Die Befürwortung für die Studie wurde von der Gesundheitsstelle im Kosovo erhalten, sowie von Agenturen, welche sich für bilaterale und multilaterale Zusammenarbeit engagierten. Wenn Probanden zu der Zeit der Datenerhebung gesundheitliche Hilfe benötigten, wurde diese gewährleistet. <u>Studienzweck:</u> Das Studiendesign ist passend mit der Studienfrage. Wissensaneignung und Wirksamkeit einer Behandlung wird erforscht.
Systematische Fehler - bei Stichprobe/ Auswahl - beim Messen/ Ermitteln - bei Massnahmen / Durchführung	<u>Messung:</u> Die Interviewer waren Sozialarbeiter und Arbeitende im Gesundheitswesen. Diese wurden ein Jahr geschult, um eine Ausbildung zum/ zur psychosoziale(n) BeraterIn zu absolvieren. In einem zweitägigen Workshop wurden diese in die Studieninhalte und in die Anwendung der Interviewunterlagen eingeführt. Die Interviews wurden mündlich gemacht.
Stichprobe N=? Wurde die Stichprobe detailliert beschrieben? Wurde die Stichprobengrösse begründet?	N= 319 <u>Stichprobe:</u> Die Stichprobe bestand aus albanischen Familien im Kosovo, welche zuvor Rückkehrhilfe von der Schweiz erhielten. Diese wurden aus den im April 2001 12'900 Familien (34'000 Personen) selektiert. Die Stichprobe wird beschrieben. Alle der 319 albanischen Familien, die mindestens 16 Jahre alt waren, wurden während des Herbsts 2001 interviewt. Die Studie wurde vom September bis November 2001 gemacht. Die <u>Stichprobengrösse</u> wird begründet. Zwischen August 1999 und Juli 2001 wurden die ehemaligen kosovo-albanischen Asylsuchenden der Schweiz, welche wieder im Kosovo waren, erfasst. Davon wurden in den 8 Staatsverwaltungen, welche am meisten Rückkehrer aufwiesen, 340 Personen randomisiert ausgewählt. Nach dieser Selektion wurden 1 396 290 (69%) der

	<p>Kosovaren im Kosovo einbezogen (im Kosovo lebten zu dieser Zeit 2 Millionen Menschen in 28 Staatsverwaltungen). Die ausgewählten Staatsverwaltungen beinhalteten städtische und ländliche Gebiete vom Osten und Westen des Kosovos, welche verschiedene Gewalterfahrungen während des Krieges erfuhren. → Bei der Stichprobengrösse wurde einkalkuliert, dass 17% der Mehrheit der PTBS mit 5% Genauigkeit eingeschätzt werden konnten.</p>
<p>Ergebnisse/ Outcomes Waren die Masse für Ergebnisse zuverlässig (reliabel)? Waren die Masse für Ergebnisse gültig (valide)?</p>	<p>Bei den <u>Limitationen</u> wird erwähnt, dass einige relevante Daten nicht reliabel gesammelt werden konnten (sozioökonomische Lebensbedingungen), weil man die Daten nicht auch von der Vorkriegs-Situation hatte. Es wurden nicht alle Faktoren, die mit den Bedingungen in der Schweiz zusammenhängen, erforscht (Bsp.: Inaktivität, Rassismus, Unsicherheit bezüglich des Asylprozedere, ökonomische Schwierigkeiten und der Wunsch in der Schweiz zu bleiben). Einige der genannten Faktoren könnten helfen, die Ergebnisse zu erklären → Die ausgewählten Assessments sind ausser der Harvard Trauma Questionnaire valide und reliabel! Der Harvard Trauma Questionnaire basiert auf klinischer Erfahrung und dem Kosovo Poverty Assessment.</p>
<p>Massnahmen Wurden die Massnahmen detailliert beschrieben? Wurde Kontaminierung, Ko-Intervention vermieden?</p>	<p>Interviewfragen werden detailliert und mit verwendeten Assessments (Überprüfbarkeit) beschrieben: - Lebensbedingungen während des Asyls - Die derzeitigen sozial-ökonomischen Bedingungen - Subjektive physische und psychische Gesundheit - Traumatische Erlebnisse - Symptome der Posttraumatischen Störung (PTBS; Mini International Neuropsychiatric Interview) Es wurde über Systematische Fehler gesprochen und Bias wurden genannt!</p>
<p>Ergebnisse Wurde die statistische Signifikanz der Ergebnisse angegeben? War(en) die Analyse(n) geeignet? Wurde die klinische Bedeutung angegeben?</p>	<p>Ergebnisse: Von den 580 Probanden hatten 25,5% PTBS, 65% leben in grosser Armut. Die subjektive Einschätzung der Gesundheit (Assessment: SF-36) war sehr tief, vor allem bei denen, die PTBS haben. Die Lebensbedingungen in der Schweiz waren bei Aufenthalt, die länger als 26 Wochen betragen, in der Einschätzung der psychischen Gesundheit tiefer, vor allem bei den Menschen mit PTBS. → Es wurde <u>Signifikanz</u> angegeben! Menschen mit PTBS haben signifikant weniger Familienmitglieder in der gleichen Stadt, lokale Freunde, und lernen die lokale Sprache weniger gut. Sie sind ebenfalls weniger lang in der Schweiz und erhalten weniger Unterstützung durch Landsleute. Datenanalyse: Einzelne Variablen wurden miteinander in Beziehung gesetzt (Bsp.: Beziehungen zwischen Lebensbedingungen und Asyl und SF-36). F-Test (Differenz von zwei Durchschnitten ermittelt). Multivariable lineare Rückbildung wurde gebraucht, um den Zusammenhang zwischen Aufenthaltsbedingungen in der Schweiz und dem Assessment SF-36 (Erfassung physische und psychische Gesundheit) zu bestimmen, damit keine Störvariable mitspielen konnte. Die klinische Bedeutung wurde aufgezeigt → Siehe Schlussfolgerung!</p>
<p>Drop-outs/ Ausscheiden von Teilnehmern</p>	<p>Es wurde nur „beiläufig“ erwähnt, dass von den angefragten Haushalten 94% teilnahmen. Der Restlichen waren Drop-outs.</p>
<p>Schlussfolgerung Wurde die Schlussfolgerung gegeben? Welche Schlussfolgerungen haben einen Einfluss auf die ergotherapeutische Praxis?</p>	<p>Es wurde eine <u>Schlussfolgerung</u> gegeben. Diese sagt aus, dass zwei Jahre nach dem Krieg die Rückkehrer in den Kosovo eine schlechte gesundheitliche Verfassung haben. Die schlechteren gesundheitlichen Zustände könnten den Adaptationsstress der Asylsuchenden oder die Konsequenz der pflichtmäßigen Rückkehrung in den Kosovo widerspiegeln. Es werden vor allem im</p>

Gab es Limitationen oder bias?	<p>Abstract genauere Angaben über die Resultate gemacht. In der Conclusion werden vor allem Verknüpfungen und Hypothesen hergestellt und gebildet.</p> <p><u>Einfluss auf Praxis:</u> Es wird in der Conclusion darauf eingegangen, dass im Gesundheitswesen Tätige nicht nur auf den Asylsuchenden als erkrankte Person, sondern auch auf die Umgebung des Patienten achten sollte (Aufenthaltsstatus und Erhalt einer angemessenen Lebensbedingung). Asylsuchende brauchen evt. außerhalb des klinischen Settings Hilfe. Die Gesundheitspolitik wird diskutiert. Relevant für ET!! ET beschäftigt sich schon mit der ganzheitlichen Erfassung des Klienten.</p> <p>Die <u>Limitationen</u> werden angegeben. Die untersuchten Beziehungen zwischen den Variablen wurden nicht deskriptiv (beschreibend) begründet.</p> <p><u>Bias</u> Es könnten Menschen, die die Klassifikationskriterien der DSM-6 nicht erfüllten, trotzdem PTBS gehabt haben. Weiter könnten einige Menschen mit PTBS während des Aufenthalts genesen sein → verändert Resultat, aber PTBS ist eine chronische Erkrankung, deshalb ist es kein großer Bias!</p>
--------------------------------	--

7.

Critical Review Form – Quantitative Studies nach Letts et al. (2007)

Bischoff, A., Schneider, M., Denhaerynck, K. & Battegay, E. (2009). Health and ill health of asylum seekers in Switzerland: an epidemiological study. *European Journal of Public Health, 19, 59-64.*

	Kommentare
Zweck der Studie Wurde der Zweck klar angegeben? Wurde das Ziel/Forschungsfrage klar definiert?	In der Gesundheitsforschung ist der Fokus bei Asylsuchenden in westeuropäischen Ländern auf ansteckende akute Erkrankungen gerichtet. Es gibt nur wenige Daten über die Gesundheit im Allgemeinen. Diese Studie will die derzeitige Belastung durch Krankheiten bei Asylsuchenden erforschen.
Literatur Wurde die relevante Hintergrundliteratur gesichtet? → Ja	27 Referenzen, darunter die meisten von 2000 bis 2009. Innerhalb des Artikels wird klar angegeben von wo die genannten Aussagen stammen (Quellenangabe). Jede Überlegung der Autoren ist nachvollziehbar.
Studien Design	Retrospektive Fall- Kontroll-Studie über 4 Jahre. Eine typische Form retrospektiver Studien sind Fall-Kontroll-Studien, die wie folgt durchgeführt wurden. Man wählt Probanden aus, bei denen das zu untersuchende Ereignis, beispielsweise das Auftreten einer Krankheit, eingetreten ist. Dazu wird eine Gruppe von Probanden gewählt, bei denen das Ereignis (die Krankheit) nicht aufgetreten ist, wobei diese in ihren für die Untersuchung wesentlichen Eigenschaften, wie Alter, Gewicht und so weiter, denen der ersten Gruppe in etwa entsprechen sollte. Dies wird als Matching bezeichnet. Anschließend werden die Probanden daraufhin untersucht und/oder befragt ob und wie stark sie dem zu untersuchenden ursächlichen Faktor ausgesetzt waren. Mit Hilfe statistischer Auswertungsmethoden wird anschließend analysiert, ob dies häufiger, seltener oder gleich oft in der ersten, im Vergleich zur zweiten Gruppe, auftrat.
Angemessenheit des Studiendesigns <ol style="list-style-type: none"> 1. Kenntnis des Themas/ der Frage 2. Ergebnisse/ Outcome 3. Ethische Fragen 4. Studienzweck/Studienfrage 	<u>Kenntnis der Frage:</u> Über die gestellte Frage wurde noch nicht viel geforscht → deshalb eignet sich das gewählte Forschungsdesign. <u>Ergebnisse:</u> Die Ergebnisse können noch nicht vollständig verstanden werden, deshalb eignet sich die Fall-Kontroll-Studie. <u>Ethik:</u> Ethikkommission hat die Studie genehmigt. <u>Studienzweck:</u> Das Ziel dieser Studie ist, mehr über das Thema herauszufinden → es wurde das richtige Design gewählt
Systematische Fehler - bei Stichprobe/ Auswahl - beim Messen/ Ermitteln - bei Massnahmen / Durchführung	Die gewählte <u>Stichprobe</u> ist repräsentativ für die Gesamtpopulation der Asylsuchenden in der Schweiz, welche relativ jung und vorwiegend männlich ist. (Bezieht sich nur auf Alter und Geschlecht!!) → Als Leser nicht klar, ob zuverlässige Aussage. <u>Messung:</u> nicht klar wie die vorläufigen Daten erhoben wurden (Datenerheber sind nicht bekannt)
Stichprobe N=? Wurde die Stichprobe detailliert beschrieben? Wurde die Stichprobengrösse begründet?	N= 979 Stichprobe: Unter „ Patient characteristics“ wird die Stichprobe genau beschrieben. 50% der Asylsuchenden, die in den Kanton Basel Stadt kamen, wurden im Universitätsspital A-Care des HMO (Swiss Health Maintenance Organisation Model) zwischen 2000-2003 registriert und erhielten einen Gesundheitscheck. 6 Gruppen (Serbien- Montenegro, Kosovo und Bosnien – Herzegowina wurden in eine Gruppe zusammen genommen); Durchschnittsalter 22, 1 Jahre; 30% waren Kinder unter 16 Jahren; 38% Frauen. Die <u>Stichprobengrösse</u> ist abhängig vom festgelegten Zeitraum (2000-2003).

<p>Ergebnisse/ Outcomes Waren die Masse für Ergebnisse zuverlässig (reliabel)? Waren die Masse für Ergebnisse gültig (valide)?</p>	<p><u>Reliabilität:</u> Die Daten wurden vom Universitätsspital Basel Stadt der Spitaladministration entnommen. (Demografische Daten, Buchhaltung, Diagnose nach ICD-10, medizinische Interventionen). Zusätzliche Informationen des Bundesamts für Migration. → Daten der beiden Quellen wurden zusammengestellt. Variablen: Ursprungsland, Alter, Geschlecht, Typ und Nummer der Diagnose, Anzahl der Klinikbesuche über den Zeitraum eines Jahres. 8 Diagnosegruppen nach ICD-10 wurden ermittelt: darunter auch <i>Mental disorders</i> → Wir finden die Zuverlässigkeit der Daten nicht komplett (Nur 1 Arzt hat die Diagnose gestellt, 1 A Care-Team: Wurden Die Daten nur von einer Person erhoben?) <u>Validität:</u> Wir wissen nicht, weshalb gerade die oben genannten Variablen ausgewählt wurden, keine Abgrenzung und Begründung der Wahl.</p>
<p>Massnahmen Wurden die Massnahmen detailliert beschrieben? Wurde Kontaminierung, Ko-Intervention vermieden?</p>	<p><u>Kontaminierung:</u> Systematische Fehler wurden nicht besprochen. Annahmen: vorläufige Datenerhebung = 1 Person Datenerhebung der Forscher = 1 Person, mehrere? Viele Angaben nicht vorhanden = Systematische Fehler wahrscheinlich</p>
<p>Ergebnisse Wurde die statistische Signifikanz der Ergebnisse angegeben? War(en) die Analyse(n) geeignet? Wurde die klinische Bedeutung angegeben?</p>	<p><u>Signifikanz:</u> Die unterschiedlichen Alter der Probanden bezogen auf eine Volksgruppe hängen signifikant mit den gestellten Diagnosen zusammen. (Je älter, desto eher eine Diagnose) Die <u>Analyse(n)</u> wurde beschrieben, aber nicht begründet. <u>Klinische Bedeutung</u> wurde angegeben. Viel Wissen über ansteckende akute Krankheiten, jedoch wenig über die nicht ansteckenden Erkrankungen. Bedarf an Forschung.</p>
<p>Drop-outs</p>	<p>Wurde nicht erwähnt.</p>
<p>Schlussfolgerung Wurde die Schlussfolgerung gegeben? Welche Schlussfolgerungen haben einen Einfluss auf die ergotherapeutische Praxis? Gab es Limitationen oder bias?</p>	<p><u>Schlussfolgerung:</u> Die meisten Gesundheitsprobleme der Probanden waren: muskuloskeletale Krankheiten, Atmungsprobleme, Depression und Posttraumatische Störung. Zusammenhänge mit dem Alter konnten aufgezeigt werden. Je älter, desto eher eine Diagnose. <u>Einfluss auf die Praxis:</u> 1/5 der Asylsuchenden nahmen keine gesundheitliche Versorgung in Anspruch (Grund dafür unklar) → Tiefste Zahl der Inanspruchnahme bei Gruppe Serbien- Montenegro, Kosovo und Bosnien- Herzegowina. 61% der Probanden hatten keine Diagnose nach ICD-10. Auffällig: Tiefste Zahl der Inanspruchnahme bei Gruppe Serbien-Montenegro, Kosovo und Bosnien- Herzegowina. → <u>Annahmen:</u> es kann nicht am Geld liegen → Versicherung bezahlt Spitalaufenthalt: nicht klar ob dies Probanden wussten! Oder: Die Probanden waren während der ganzen Zeit der Studie nicht krank, oder: es lag an den sprachlichen Barrieren → Je länger die MigrantInnen in der Schweiz sind, desto vermehrt leiden sie an Erkrankungen als Folge der Migration. (Hypothese: siehe Artikel Migration und Gesundheit). Unter den psychischen Erkrankungen (von allen 39% mit ICD-10 Diagnosen!) ist die häufigste Diagnose die Depression und PTBS. <u>Limitationen:</u> das schweizerische Gesundheitssystem hat verschiedene Gesundheitsversorgungsmodelle für Asylsuchende. Das Vergleichen der Resultate war dadurch erschwert. Illegale Immigranten wurden nicht in der Studie erfasst. Nicht alle Ärzte haben ihre Diagnostik nach dem ICD 10 gemacht, deshalb sind möglicherweise Diagnosen nicht komplett. Sprachbarrieren führten teilweise zu keiner Diagnose des Arztes. Die Patientensicht wurde nicht berücksichtigt.</p>

8.

Critical Review Form – Quantitative Studies nach Letts et al. (2007)

Lay, B., Lauber, C., Nordt, C. & Rössler, W. (2006). Patterns of inpatient care for immigrants in Switzerland. A case controlled study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 41, 199-207.

	Kommentare
Zweck der Studie Wurde der Zweck klar angegeben? Wurde das Ziel/Forschungsfrage klar definiert?	Das Ziel war, die Strukturen der stationären psychiatrischen Behandlung von Immigranten in der Schweiz zu erforschen. Erst in den letzten Jahrzehnten begann die Psychiatrie der Migration Beachtung zu schenken aufgrund von Berichten, in welchen eine steigende Rate von psychischen Krankheiten bei Immigranten, Flüchtlingen und Asylsuchenden rapportiert wurde.
Literatur Wurde die relevante Hintergrundliteratur gesichtet?	41 Referenzen, darunter 14 vor 2000, die restlichen von 2000 bis 2005. Im Text wird jeweils darauf verwiesen, von wo die Aussagen stammen. Es ist nachvollziehbar.
Studien Design	Fall-Kontroll-Studie. Hier werden die Gruppen (Kontrollgruppe, Immigranten) abgeglichen bezüglich: Diagnose, Alter, Geschlecht, jedoch nicht bezüglich Aufenthaltsdauer (die ist verschieden)
Angemessenheit des Studiendesigns - Kenntnis des Themas/ der Frage - Ergebnisse/ Outcome - Ethische Fragen - Studienzweck/Studienfrage	<u>Kenntnis der Frage:</u> Da noch wenig zu dem Thema erforscht wurde, ist das Studiendesign angemessen. Die Ergebnisse konnten gut quantifiziert werden, die Ergebnisse werden sehr genau in Prozentzahlen und bezüglich der Signifikanz erläutert. Da die <u>Ergebnisse</u> noch nicht vollständig verstanden werden, eignete sich die Fall-Kontroll-Studie, welche verschiedene Faktoren erforschte. <u>Studienzweck:</u> Design passt zum Studienzweck, mehr über das Thema herauszufinden.
Systematische Fehler - bei Stichprobe/ Auswahl - beim Messen/ Ermitteln - bei Massnahmen/ Durchführung	<u>Stichprobe:</u> Referral bias (ärztliche Überweisung): → unterschiedliche Hilfesuch-Schemata unter Immigranten, selektive Aufnahme in Grenzbereichen und verschiedene Abkoppelungen von psychiatrischen Diensten → jedoch gab es keine selektiven Effekte durch das Sozialsystem. Für jede in der Schweiz lebende Person ist eine Gesundheitsversicherung obligatorisch, es gibt keine Limitierung zu Gunsten des Gesundheitswesens, es gibt keine Begrenzungen für Personen aus anderen Nationen aufgrund ihres legalen Aufenthaltsstatus. <u>Messung:</u> keine vorhanden <u>Massnahmen:</u> verschiedene Ärzte stellten die Diagnosen, die Sprache könnte eine Barriere gewesen sein → beim Vergleich der Resultate muss beachtet werden, dass die Teilnehmer nicht aufgrund ihres ethnischen Ursprungs, sondern aufgrund ihrer Nationalität in Gruppen eingeteilt worden sind.
Stichprobe N=? Wurde die Stichprobe detailliert beschrieben? Wurde die Stichprobengrösse begründet?	N= 4826 Immigrierte Patienten und eine Kontrollgruppe von gleich vielen Schweizer Patienten. Die Teilnehmer waren im Kanton Zürich wohnhaft und alle waren über 18 Jahre alt. Die TN der Kontrollgruppe wurden individuell zugeteilt, indem auf jeden Immigranten ein Schweizer, der nicht einen grösseren Altersunterschied als 5 Jahre aufwies, und die dasselbe Geschlecht und dieselbe Diagnose hatten.
Ergebnisse/ Outcomes Waren die Masse für Ergebnisse zuverlässig (reliabel)? Waren die Masse für Ergebnisse gültig (valide)?	Bezüglich der Art und Weise wie die Personen zu einer stationären Behandlung verwiesen wurden gibt es zwar Resultate, jedoch konnte dieser Weg bei vielen Klienten nicht mehr nachvollzogen werden. Limitationen: Mit dem Fokus auf stationäre Behandlung wird nicht eine allumfassende Perspektive der gesundheitlichen Ver-

	sorgung der Klienten erfasst. Ebenso wenig wird die Qualität der stationären Behandlung analysiert.
Massnahmen Wurden die Massnahmen detailliert beschrieben? Wurde Kontaminierung, Ko-Intervention vermieden?	Immigranten wurden mit Schweizern im Hinblick auf psychiatrische Diagnose, Geschlecht und Alter verglichen, jedoch nicht in Bezug auf dieselben Hospitalisationszeit. Da die Stichprobenplanung dieselbe für Immigranten, wie für Schweizer war, kann angenommen werden, dass eine strukturelle Gleichberechtigung der beiden Gruppen vorhanden war. Studie fand über langen Zeitraum statt → dadurch grosse Samplinggrösse → höhere Reliabilität Daten waren nicht auf einen einzigen Service beschränkt, sondern basierten auf einem ganzheitlichen städtisch-ländlichen Einzugsgebiet. Auswahlbias durch einen einseitigen Dienst oder städtisches Sampling wurde dadurch vermieden. <u>Limitation:</u> Fokus war nur auf stationäre Behandlung von Immigranten; keine umfängliche Behandlungsangebote von Immigranten. Die Qualität der stationären Behandlung wurde nicht analysiert
Ergebnisse Wurde die statistische Signifikanz der Ergebnisse angegeben? War(en) die Analysemethoden(n) geeignet? Wurde die klinische Bedeutung angegeben?	Die <u>Signifikanz</u> der Ergebnisse wurde angegeben. Immigranten hatten im Vergleich zu Schweizern weniger psychiatrische Hospitalisierungen, jedoch mehr Notfall- und Zwangsaufnahmen. Während der stationären Behandlung erhielten sie weniger Psycho-, Ergo- und Physiotherapie, andere Therapien und obligatorische Massnahmen. Die Aufenthaltsdauer von Migranten (besonders Südosteuropäer) während der stationären Behandlung war signifikant kürzer, die Wiederaufnahme nach der Entlassung tiefer als bei Schweizer mit vergleichbarer Diagnose, Alter und Geschlecht (im Beobachtungsraum von 7 Jahren). <u>Analysemethoden</u> werden genannt, jedoch nicht ausführlich und verständlich beschrieben. Die klinische Bedeutung der Ergebnisse ist klar ersichtlich.
Drop-outs	Drop-outs werden erwähnt.
Schlussfolgerung Wurde die Schlussfolgerung gegeben? Welche haben einen Einfluss auf die ergotherapeutische Praxis? Gab es Limitationen oder bias?	<u>Schlussfolgerung:</u> Die Resultate der Studie zeigen im Vergleich zur Schweizer Kontrollgruppe eine klare Unterbenutzung der stationären Einrichtung von Migranten mit psychischen Problemen. Ebenso werden diese in der psychiatrischen stationären Behandlung benachteiligt. Immigranten sind aber keine homogene Gruppe. <u>Einfluss auf die ergotherapeutische Praxis:</u> Nur ein Bruchteil der psychisch betroffenen Migranten kommt zu uns in die Ergotherapie. Das schweizerische Gesundheitssystem ist nicht migrationsgerecht genug. Die Gesundheitsdienste von den Migranten nicht konsultiert wurden, hing mit Sprachschwierigkeiten zusammen. <u>Limitationen:</u> Es erfolgte keine Trennung bezüglich Stadt und Land (Auswahl Bias); Der Fokus war nur auf stationäre immigrierte Patienten gerichtet (keine allgemeine Aussage über Behandlung möglich), ebenso wurde die Qualität der stationären Behandlung ausser acht gelassen.

9.

Critical Review Form – Qualitative Studies nach Letts et al. (2007)

Malek, M. (2007). *Ist die Sprache der Schlüssel zur Integration? Eine Untersuchung über den Einfluss der alltagsorientierten deutschen Sprachkurse auf die Integration von albanischsprachigen Migrantinnen im Kanton Luzern. Lizentiatsarbeit / Forschungsbericht.* [On-Line] Available: http://www.disg.lu.ch/integration_sprache_schluessel-2.pdf (27.05.09).

	Kommentare
Zweck der Studie Wurde der Zweck klar angegeben? Wurde das Ziel/Forschungsfrage klar definiert?	In der qualitativen Forschung wird untersucht, ob die Sprache als Schlüssel zur Integration betrachtet werden kann. Es wird erforscht, wie sich der Besuch eines alltagsorientierten Sprachkurses auf die Integration von albanisch sprechenden bildungsfernen Migrantinnen auswirkt. Dabei stehen zwei Hauptaspekte im Vordergrund: Der Prozess des Spracherwerbs und welchen Einfluss die Sprache auf die Integration hat.
Literatur Wurde die relevante Hintergrundliteratur gesichtet?	Eine Übersicht der Hintergrundliteratur ist vorhanden. Darunter ist viel Literatur zum Thema Integration von ausländischen Personen zu finden. Es sind Literaturangaben erwähnt, die auch für unsere Arbeit von grosser Relevanz sind, wie z.B. Albanische Netzwerke im transnationalen Raum von Dahinden (2005).
Studien Design	<u>Grounded Theory:</u> Es werden wichtige soziale Prozesse in der gegenwärtigen sozialen Situation identifiziert. Dabei geht es um das Erzeugen einer neuen Theorie. Das Studiendesign passt mit der Weltanschauung der Forscherin überein. Sie will ihre Fragen aus der Sicht der albanischsprachigen Frauen beantworten und möchte ihre soziale Welt verstehen. Bei der Grounded Theory muss die Forschungsfrage offener sein. Dies war für die Forscherin wichtig, damit sie Freiheit und Flexibilität hatte, das Phänomen tief zu erforschen. Auch passte die Grounded Theory um die Anfangshypothesen zu überprüfen, Erkenntnisse aus den Daten aufzuzeigen und neue Theorien zu entwickeln.
Wurde eine theoretische Perspektive identifiziert?	Es wird aufgezeigt, dass die Aufenthaltsgenehmigung immer mehr von den Sprachkenntnissen abhängig gemacht wird. Dadurch kam die Frage auf, ob die Sprache sich wirklich so entscheidend auf die Integration auswirkt. Da der Bund die Integration in drei Ebenen unterteilt (strukturell, politisch, sozial und kulturell), betrachtet die Forscherin die Auswirkung des Spracherwerbs auf diesen Ebenen. Es wird erwähnt, dass die Integration oft vorwiegend von der Seite der Zugewanderten erwartet wird. Dies sollte jedoch ein gesamtgesellschaftlicher Prozess sein. Weiter wird die Schwierigkeit aufgezeigt, dass der Erwerb einer Fremdsprache für Personen nur mit Grundschulabschluss schwierig ist.
Methode	<u>Interview:</u> Die Forscherin erarbeitete aufgrund von Interviews mit fünf Deutschkursleiterinnen einen Leitfaden für die Gespräche mit den albanischsprachigen Migrantinnen. Die Interviews fanden bei den Frauen zuhause mit jeweils einer oder zwei albanischer Interviewpartnerinnen statt. Die Forscherin stellte offenen Fragen. Sie gab aber den Interviewpartnerinnen möglichst viel Raum um frei zu erzählen. Bei fünf Frauen wurde eine Dolmetscherin zur Hilfe zugezogen. Die Interviews mit zwei Frauen erwiesen sich als informativer, da sie sich gegenseitig motivierten und offener waren.
Wurde der Prozess gezielter Auswahl beschrieben?	Die Forscherin wählte für die Interviews albanischsprachige Migrantinnen aus Kosovo od. Grenzregionen aus. Weshalb sie sich auf diese Migrantengruppe festlegte, wird nicht erwähnt. Die Forscherin schaute

	bei verschiedenen Deutschkursen rein und konnte albanische Teilnehmerinnen für die Teilnahme gewinnen. Sie betrachtet diese Art der Auswahl als geeignet, da sie während den Kursen Vertrauen zu den Frauen aufbauen und skeptischer Fragen direkt beantworten konnte.
Wurde die Stichprobe zusammengestellt bis Redundanz der Daten erreicht war?	Es wurde nicht begründet, weswegen aus den 21 potentiellen Interviewpartnerinnen 10 ausgewählt wurden. Und ob dabei auf bestimmte Kriterien geachtet wurden. Es wird nicht erklärt, ob diese Anzahl für den Zweck der Studie ausreicht. Ob eine Redundanz der Daten erreicht wurde ist nicht erwähnt.
Wurde Zustimmung eingeholt? (Ethikverfahren)	Das Ethikverfahren wurde ungenau beschreiben. Unklar ist, welche Informationen von der Forscherin den Frauen weitergegeben wurden, um sie für eine Teilnahme zu motivieren. Es ist deutlich, dass die Forscherin mit Sprachkursteilnehmerinnen eine Beziehung aufbaute. Es wird erklärt, dass viele der Frauen sich erst zur Teilnahme bereit erklärten, als eine Landsfrau nochmals erläuterte, was das Anliegen der Forscherin ist.
Datenerhebung Deskriptive Klarheit: Sind die Beschreibungen klar und verständlich? Prozedurale Strenge: Waren die Strategien zur Datenerhebung von prozeduraler Strenge?	Die Beschreibungen sind klar und verständlich. Die Teilnehmer und der Ort der Datenerhebung sind beschrieben. Die albanischen Migrantinnen waren zwischen 22 und 51 Jahre alt. Alle sind/waren verheiratet, hatten jeweils 1-5 Kinder, vier waren Katholikinnen und sechs Muslimas, alle stammten aus dem Kosovo ausser eine, die ganz aus der Nähe des Kosovos von Südostserbien kam, neun absolvierten acht Jahre Grundschule (eine nur vier Jahre), alle kamen zwischen 1990 und 2006 in die Schweiz. Die Interviews fanden bei den Frauen zu Hause im Wohnzimmer statt und dauerten von 1-5 Stunden (einmal mit Mittagessen). Die Daten sind glaubwürdig. Von der Forscherin sind keine Angaben bekannt, ob sie bereits Erfahrungen mit Interviews und Kommunikation hat. Die Forscherin stellte den Interviewpartnerinnen die Fragen und zog bei fünf von ihnen eine Dolmetscherin (aus dem Kosovo stammend) bei. Die Annahmen der Forscherin zum Thema wurden deklariert. Der Leser erhält ein Gesamtbild der Datenerhebung. Die Forscherin beschreibt wie sie zu den Daten gekommen ist. Der Interviewleitfaden ist angehängt. Alle Informationsquellen, auf die sich die Forscherin bezieht, sind angegeben. Zur Schulung der Datenerheberin und zur Menge der gesammelten Daten sind keine Angaben vorhanden.
Datenanalyse: Analytische Genauigkeit: Waren die Daten induktiv? Stimmten die Ergebnisse mit den Daten überein und spiegeln diese wider?	Die Daten sind induktiv und die Ergebnisse stimmen mit den Daten überein und spiegeln diese. Von 10 Interviews wurde eine Tonbandaufnahme gemacht. (Die Forscherin war während den Interviews teilweise unsicher, ob die Dolmetscherin nur übersetzte oder auch ihre Meinung einfließen liess, machte diese jedoch darauf aufmerksam und fragte nach, bei welchen Passagen auf der Tonbandaufnahme sie die eigene Meinung einfließen liess.) Die Gespräche wurden transkribiert (originalgetreu, ausser bei zwei Personen wurde von Schweizerdeutsch ins Hochdeutsche übersetzt) und anonymisiert. Angaben zur Flexibilität des Datenerhebungsprozesses wurden gemacht.
Überprüfbarkeit: Wurde ein Entscheidungspfad und entwickelt und Regeln angegeben? Wurde der Prozess der Transformation von Daten in Aussagen/ Codes adäquat beschrieben?	Der Entscheidungspfad und die Regeln sind angegeben. Aussagen wurden kodiert und zu Kategorien zusammengestellt (offenes Kodieren). So entstanden nach der Grounded Theorie fünf Hauptkategorien. Die Aussagen wurden verglichen und in idealtypische Themengebiete unterteilt. Kategorien und Unterkategorien erfolgten direkt aus den gewonnenen Daten. Der genaue Prozess der Datentransformation in Aussagen wurde nicht beschrieben.

<p>Theoretische Verbindungen: Hat sich ein sinnvolles Bild des untersuchten Phänomens ergeben?</p>	<p>Ja, es ergab sich ein sinnvolles und nachvollziehbares Bild des Phänomens. Für die Ergotherapie machen die Ergebnisse Sinn.</p>
<p>Vertrauenswürdigkeit Wurde Triangulierung angegeben? Wurde "Member Checking"</p>	<p>Es wurden keine Strategien angegeben, die die Vertrauenswürdigkeit steigern würden: Weder Triangulation noch Member Checking. (Überprüfung der Teilnehmer) wurde benutzt, um die Ereignisse zu verifizieren.</p>
<p>Schlussfolgerungen Waren die Schlussfolgerungen der Ergebnisse der Studie angemessen? Trugen die Ergebnisse zur theoretischen Weiterentwicklung und Zukunft ergotherapeutischer Praxis bei?</p>	<p>Die Schlussfolgerungen sind konsistent und stimmen mit den von der Forscherin angegebenen Ergebnissen überein. Anfangshypothesen wurden am Ende überprüft. Die Ergebnisse geben einen Input für die theoretische Weiterentwicklung und Zukunft ergotherapeutischer Praxis. Es wird aufgezeigt auf welchen fünf Ebenen die Integration stattfindet, welche Rolle die Sprache und weitere Faktoren spielen. Für die Ergotherapie ist das Verstehen des Spracheinflusses auf das alltägliche Leben und das Erkennen von kulturbedingtem Handeln in den verschiedenen Lebensbereichen von Relevanz.</p>

10.

Critical Review Form – Qualitative Studies nach Letts et al. (2007).

Dahinden, S. (2005a). *Pristhina – Schlieren. Albanische Migrationsnetzwerke im transnationalen Raum*. Zürich: Seismo Verlag.

In diesem Buch ist die von Dahinden durchgeführte qualitative Netzwerkanalyse beschrieben und dargelegt. Es flossen bei der Präsentation der Ergebnisse im Buch nicht nur die gewonnenen Erkenntnisse durch die von ihr erhobenen Daten, sondern auch Erkenntnisse aus Literatur- und Dokumentanalysen mit ein. Da diese immer mit dem Autor vermerkt waren, wurden solche in unserer Arbeit nicht erwähnt, da wir Zweitzitate vermeiden wollten.

Die englische Studie *Contesting Transnationalism? Lessons from the Study of Albanian Migration Networks from Former Yugoslavia* beruht auf derselben Netzwerkanalyse von Dahinden (2005). Darin wird jedoch vorwiegend auf den Transnationalismus eingegangen.

Zur kritischen Beurteilung nahmen wir Informationen aus dem deutschsprachigen Buch sowie aus dem englisch verfassten Text, da dieselbe Netzwerkanalyse beschrieben wurde. Die Informationen im Buch wurden teilweise ausführlicher, die Informationen im englischen Text manchmal verständlicher dargelegt. So ergab sich ein gutes Gesamtbild der durchgeführten Netzwerkanalyse von Dahinden (2005).

	Kommentare
Zweck der Studie Wurde der Zweck klar angegeben? Wurde das Ziel/Forschungsfrage klar definiert?	Der Zweck der ethnologischen Studie gibt einen detaillierten Einblick in die Netzwerke von albanischen Migranten. Dabei ist von Interesse, zu welchen Beziehungsgeflechten albanische Migranten gehören und wie die Zusammensetzung dieser Netzwerke erklärt werden kann. Ebenso wird untersucht, weswegen diese Netzwerkstrukturen entstanden sind und wie sich diese auf das alltägliche Leben von albanischen Migranten auswirkten. Aufgrund unterschiedlicher Qualität von Beziehungen wird erforscht, welche Funktionen und Rollen die verschiedenen Bezugspersonen von albanischen Migranten haben. Er wird betrachtet, welche Beziehungen unter welchen Bedingungen das soziale Handeln fördern oder hindern können.
Literatur Wurde die relevante Hintergrundliteratur gesichtet?	Die verwendete Literatur wird gesichtet. Aufgrund bereits erfolgter beschriebener Forschungen werden Lücken klar beschrieben und die Wichtigkeit dieser Studie wird transparent dargestellt.
Studien Design	Qualitative Netzwerkanalyse: Um einen tiefen Einblick in den gesamten Migrationsprozess zu erhalten, entschied sich die Forscherin für eine Netzwerkperspektive. Die von der Forscherin aufgestellten Hypothesen dienten vorwiegend als Orientierung. Durch die empirischen Daten wurden Hypothesen und Konzepte der Theorie revidiert und präzisiert. Im Schlusskapitel wurden neue Hypothesen zu einer allgemeinen Netzwerktheorie aufgestellt. Dies entspricht der Natur der erwünschten Endresultate der Forscherin. Die Netzwerkanalyse diente dem Ziel, die Netzwerke der albanischen Migranten in der Tiefe zu verstehen.
Wurde eine theoretische Perspektive identifiziert?	Die Forscherin bezog sich auf bereits bestehende Forschungsergebnisse von Ethnologen. So erachtet sie z.B. „dichte und multiplexe Beziehungen“ für das Handeln von Gesellschaften als relevant. Innerhalb sozialer Netzwerke sind Beziehungen von unterschiedlicher Qualität, was auf sich auf den Migrationsprozess übertragen lässt. Soziale Netzwerke werden als Resultat einer Dualität von Praxis und Struktur betrachtet. Die Forscherin betrachtet innerhalb des sozialen Wandels die Menschen als kreativ, innovativ und rationell handelnd um eigene Ziele zu erreichen. Kulturelle Aspekte werden bei der Forschung klar miteinbezogen. Es ist ihr wichtig, nicht wie in anderen Forschungen den Fehler zu machen, alles vorwiegend kulturell zu deuten.

Methode	<p><u>Schlüsselinformanten Interviews:</u> Die Personen werden anhand von spezifischen Fragen erfasst, welche eine Auswahl von typischen Situationen und Interaktionen beinhalten. Diese Erfassungsart mit spezifischen Fragen wird Namensgenerator genannt. Der Namensgenerator ist das wichtigste Erhebungsinstrument für die Netzwerkforschung.</p> <p>Um den Migrationsentscheidungsprozess erfassen zu können, wurden die Fragen in 10 Teilbereiche unterteilt. Die persönliche Verantwortung für den Migrationsentscheid und die Wahl des Landes gehörte beispielsweise dazu. Weiter wurde nach Personen gefragt, die während des Prozesses kontaktiert wurden und Unterstützung anboten. Um die soziale Unterstützung zu erfassen wurden in fünf Teilbereichen Fragen gestellt: emotionale, ökonomische und instrumentelle Unterstützung, Beratung und soziale Aktivitäten. Für jeden Teilbereich wurden die Namen der Personen erfasst, die Unterstützung boten. Z.B. wurde gefragt, wer bei der Arbeitssuche oder Wohnungssuche half. Anschliessend wurde nach den Hintergrundangaben (Wohnort, Alter, Geschlecht, Beruf) dieser Unterstützungspersonen gefragt. Auch war die Beziehung zwischen der Schlüsselperson und der Unterstützungsperson von Interesse (Dauer und Häufigkeit des Kontaktes).</p> <p>Um die Migrationsgeschichte der Schlüsselperson besser zu verstehen, wurden halbstrukturierte Interviews durchgeführt.</p> <p>Alle Daten wurden durch intensive Feldarbeit und „Face-to-Face-Interviews“ durch die Forscherin erfasst.</p> <p>Die Forscherin konzentrierte sich auf die Beziehungen, die für den Migrationsentscheid oder die soziale Unterstützung in der Schweiz der albanischen Migranten von Relevanz waren.</p> <p>Die Interviews erfolgten in drei Schritten:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Erhebung der Strukturmerkmale der Schlüsselperson 2. Erhebung der persönlichen Migrationsgeschichte (Halbstrukturiertes Interview) 3. Erhebung der Strukturmerkmale der Unterstützungspersonen <p>Eine weitere Methode war die <i>teilnehmende Beobachtung</i>: Besuche der Personen in ihrem täglichen Umfeld, Gespräche mit Freunden der Probanden, Veranstaltungsbesuche, usw.</p>
Wurde der Prozess gezielter Auswahl beschrieben?	<p>Es wird erklärt, aufgrund welcher Kriterien die Interviewpartner ausgesucht wurden. Die Forscherin gelangte aufgrund von Schlüsselpersonen (schon bestehende Kontakte) zu den weiteren benötigten Interviewpartnern. Die Personen mussten albanische Migranten sein, die im Kanton Zürich wohnten. Sie mussten sich in Alter, sozialer Klasse, sozioökonomischem Hintergrund, Geschlecht und Bildungsstand unterscheiden, damit eine nähere Einsicht in die Netzwerke möglich war und um die idealtypische Netzwerkformationen untersuchen zu können. Weitere Unterschiede waren bezüglich Aufenthaltsdauer, Bewilligungsart und Einreisegrund vorhanden. Die Personen durften nicht miteinander verwandt sein. Befragungsraum: 1998-2000. Erklärung „Idealtypisch“: Es werden die wesentlichen Aspekte der sozialen Realität herausgehoben (Es wurden zusätzlich noch 11 Albaner, die in den Kosovo zurückgekehrt waren, befragt. Diese werden nicht weiter beschreiben, da die Resultate dieser Interviews für unsere Arbeit nicht von Relevanz sind).</p>
Wurde die Stichprobe zusammengestellt bis Redundanz der Daten erreicht war?	<p>Es wird nicht erwähnt, ob die Daten bis zur Erreichung der Redundanz zusammengestellt wurden.</p>
Wurde Zustimmung eingeholt? (Ethikverfahren)	<p>Es konnte nicht ausfindig gemacht werden, ob und wie eine Zustimmung eingeholt wurde.</p>

<p>Datenerhebung Descriptive Klarheit: Sind die Beschreibungen klar und verständlich? Prozedurale Strenge: Waren die Strategien zur Datenerhebung von prozeduraler Strenge?</p>	<p>Es waren 40 albanische Interviewpartner (16 Frauen, 24 Männer), die in die Schweiz immigriert waren. 34 Personen kamen aus dem Kosovo, 6 Personen aus Serbien und Montenegro, wobei es sich ausschliesslich um Albaner handelt, die in Grenzregionen zum Kosovo lebten. Es kamen 19 Personen aus städtischen und 18 Personen aus ländlichen Herkunftsgebieten. 9 Personen hatten eine niedrige Schulbildung (max. 4 Jahre), 11 absolvierten die Grundschule (8 Jahre), 20 hatten eine Berufsausbildung, einen Fachhochschul- oder Universitätsabschluss (Die Forscherin vermutet, dass die Interviewpartner verglichen mit der Mehrheit der albanischen Migranten höher qualifiziert waren). Viele kamen nach 1997 oder zwischen 1990 und 1997 in die Schweiz. Vor 1980 reisten ausschliesslich Männer ein. Die Frauen kamen oft aufgrund des Familiennachzugs zwischen 1980-1989 in die Schweiz. Gut die Hälfte der Interviewpartner ging einer Arbeit nach. Weiter wurden 11 in den Kosovo zurückgekehrte Albaner befragt. Von der Forscherin ist bekannt, dass sie Ethnologin ist und bereits zu verschiedenen Themen wie „Gesundheit und Migration“, „soziale Netzwerke“, „Integrationsfragen und interkulturelle Kommunikation“ geforscht hat. Das verwendete Verfahren wurde genau beschrieben. Bezüglich der Schulung der Datenerheberin ist klar, dass sie sich äusserst intensiv mit der Methode der Datenerhebung auseinandergesetzt hat.</p>
<p>Datenanalyse: Analytische Genauigkeit: Waren die Daten induktiv?</p>	<p>Die Forscherin beschreibt, wie sich die Erkenntnisse aus den Daten ergeben haben → Die Daten sind induktiv. Die Ergebnisse stimmen mit den Daten überein und widerspiegeln diese!</p>
<p>Überprüfbarkeit: Wurde ein Entscheidungspfad und entwickelt und Regeln angegeben? Wurde der Prozess der Transformation von Daten in Aussagen/ Codes adäquat beschrieben?</p>	<p>Der Entscheidungspfad und die Regeln, sowie der Prozess der Transformation von Daten in Aussagen wurden ungenau beschrieben. Eine doppelte Auswertungsstrategie wurde verwendet: - Kodierung und Auswertung der Netzwerkdaten - Weitere Informationen sind aus den transkribierten Interviews in der Analyse der Netzwerkdaten mit eingeflossen, damit eine Erklärung dieser Daten möglich wurde. Die Auswertung der Interviews wurde nach der inhaltlich reduktiven Vorgehensweise beschrieben.</p>
<p>Theoretische Verbindungen: Hat sich ein sinnvolles Bild des untersuchten Phänomens ergeben?</p>	<p>Es hat sich ein sinnvolles Bild ergeben. Konzepte und Beziehungen innerhalb der Forschung sind verständlich dargelegt. Die Ergebnisse beziehen sich auf die Themen „Migrationsentscheid und soziale Netzwerke“ und „Unterstützungnetzwerke in der Schweiz“ und sind verständlich, ausführlich und aufschlussreich. Insgesamt wurden die 40 Schlüsselpersonen von 317 Personen in irgendeiner Weise unterstützt. Es wurde aufgezeigt, dass albanische Migranten bezüglich ihres täglichen Lebens und der täglichen Interaktion stark lokal orientiert sind. Mehr als dreiviertel der Unterstützungspersonen leben auch in der Schweiz (oft auch im Kanton Zürich). Nur wenige lebten im Ausland und noch weniger kamen aus dem ehemaligen Jugoslawien (nur 9% der 317 Personen).</p>
<p>Vertrauenswürdigkeit Wurde Triangulierung angegeben? Wurde "Member Checking" benutzt, um Ereignisse zu verifizieren</p>	<p>Eine Triangulierung nach Quellen, d. h. nach Interviewdurchführung mit verschiedenen albanischen Migranten fand statt. Sonst fanden keine weiteren Triangulationen statt und Member Checking wurde keines erwähnt.</p>
<p>Schlussfolgerungen Waren die Schlussfolgerungen der Ergebnisse der Studie angemessen? Trugen die Ergebnisse zur theoretischen Weiterentwicklung und Zukunft ergotherapeutischer Praxis bei?</p>	<p>Die Schlussfolgerungen waren angemessen und die Ergebnisse trugen zur Zukunft ergotherapeutischer Praxis bei. Die Ergebnisse zeigten wichtige Aspekte zu Themen Freizeit und Arbeit von albanischen Migranten in der Schweiz auf. Weiter gibt es ein Verständnis von den Beziehungen, die diese Menschengruppe pflegen. Um Klienten aus dieser Gruppe effektiv unterstützen zu können, ist ein Verständnis dieser Aspekte und Beziehungen elementar.</p>

7.3 Tabelle der verwendeten Schlagwörter

Schlüsselwörter	Keywords	Synonyms / MESH-terms
Kultur	Culture	Cultures
Südosteuropa: Albanien, Bosnien-Herzegowina, Kosovo, Ehemaliges Jugoslawien, Ex-Jugoslawien	South East Europe: Albania, Bosnia-Herzegovina, Kosovo, former Yugoslavia	South Eastern Europe, Kosova, Bosnia and Herzegovina, Bosnia, Yugoslavia
Kosovo-AlbanerInnen, Jugoslawe, Jugoslawin, Albaner, Albanerin	Kosovo-Albanians, Albanian, Albanians, Yugoslav, Yugoslavs	Kosovar, Kosovar-Albanian, Kosovar-Albanians, Kosovo-Albanian, Kosovo-Albanians
Psychische Erkrankung	Psychiatric disease	Affective disorders, emotional disorders, mood disorders, affection, mental-health problem, mental disorder, mental illness, psychic, mentally disordered people
Depression	Depression	
Betätigungsperformanz	Occupational performance	
Performanz	Performance	
Betätigung: Produktivität, Arbeit, Freizeit, Selbstversorgung	Occupation: productivity, leisure, self-care	work, pleasure, daily living leisure activities, leisure participation, Activities of daily living, employment
Ergotherapie	Occupational therapy	Occupational therapy practice, occupational therapists
Immigranten, Immigrant, Immigration	Immigrants, immigrant, immigration	Migrant, migrants, migration
Schweiz	Switzerland	Swiss
Einflussfaktoren, Einfluss	influencing factors, influence,	Impact, factor

7.3 Grafische Darstellung

Darstellung der Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Einflussfaktoren, die die Betätigungsperformanz und die Gesundheit von in die Schweiz immigrierten Kosovo-Albanern beeinflussen können

