

Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften, ZHAW
Departement Gesundheit
Bachelorstudiengang Ergotherapie 2007

Zürcher Hochschule
für Angewandte Wissenschaften



Bachelorarbeit von Wallimann Carla und Wirth Manuela
Betreuende Lehrperson: Andrea Weise, MScOT
Eingereicht am 21. Mai 2010

EINFLUSS ERGOTHERAPEUTISCHER INTERVENTIONEN IM LEBENSBEREICH FREIZEIT AUF DIE LEBENSQUALITÄT VON KLIENTEN NACH SCHLAGANFALL

Wallimann Carla
S07-165-640

Ziegelhüttenstrasse 5
CH-6060 Sarnen
Tel: 041 662 11 62
wallicar@students.zhaw.ch

Wirth Manuela
S07-166-184

Weierstrasse 4
CH-9402 Mörschwil
Tel: 071 866 10 75
wirthman@students.zhaw.ch

Inhaltsverzeichnis

Abstract	3
1. Einleitung	4
1.1 Betätigungsbereiche in der ergotherapeutischen Theorie	5
1.2 Der Schlaganfall	8
1.3 Einschränkungen nach Schlaganfall im Bereich Freizeit und deren Einfluss auf die Lebensqualität	11
1.4 Begriffsdefinitionen	13
1.5 Zielsetzung	16
1.6 Fragestellung	16
2. Hauptteil	16
2.1 Methodisches Vorgehen	16
2.2 Einfluss der freizeitbezogenen ergotherapeutischen Interventionen auf die Lebensqualität	18
2.2.1 Studie 1	18
2.2.2 Studie 2	23
2.2.3 Studie 3	27
2.2.4 Studie 4	31
2.2.5 Studie 5	35
3. Diskussion	39
3.1 Vergleich der Ergebnisse aus den analysierten Studien und Verknüpfung mit der Theorie	39
3.2 Implikationen für die ergotherapeutische Praxis	43
4. Schlussteil	44
4.1 Abschliessendes Statement	44
4.2 Offene Fragen	44
5. Danksagung	46
6. Literaturverzeichnis	47
7. Abbildungsverzeichnis	54
8. Tabellenverzeichnis	55
9. Abkürzungsverzeichnis	55
10. Eigenständigkeitserklärung	57
11. Anhang	58

Abstract

Hintergrund: In der ergotherapeutischen Theorie besitzt der Lebensbereich Freizeit gegenüber den anderen Lebensbereichen eine gleichwertige Stellung. Ein beachtlicher Teil der Klienten nach Schlaganfall erlebt Einschränkungen im Bereich Freizeit. Diese haben einen Einfluss auf die Lebensqualität dieser Menschen.

Ziel: Das Ziel dieser Bachelorarbeit war, den Einfluss ergotherapeutischer Interventionen im Lebensbereich Freizeit auf die Lebensqualität von Klienten nach Schlaganfall in der chronischen Phase zu untersuchen.

Methode: Es wurde eine Literatursuche in verschiedenen Datenbanken (Pubmed, Medline, CINAHL, AMED, Cochrane Library und PsychINFO) durchgeführt. Aufgrund der Einschlusskriterien wurden im Hauptteil fünf Studien analysiert. Im Anschluss wurden die Ergebnisse der Studien miteinander verglichen und kritisch diskutiert sowie Implikationen für die Praxis abgeleitet.

Resultate: Die analysierten Studien kamen zu unterschiedlichen Ergebnissen, untersuchten teilweise jedoch auch verschiedene Programminhalte. Das in zwei Studien untersuchte *Home Leisure Education Program* zeigte eine positive Wirkung auf die Lebensqualität von Klienten nach Schlaganfall. Ein in einer Studie untersuchtes Tagesrehabilitationsprogramm, welches den Bereich Freizeit berücksichtigte, wirkte sich ebenfalls positiv auf die Lebenszufriedenheit der Teilnehmer aus. Zwei weitere Studien kamen zum Schluss, dass das Üben von Freizeitaktivitäten die Performanz und Partizipation im Bereich Freizeit nicht verbesserten. Aus den berücksichtigten Resultaten lässt sich ableiten, dass für die Verbesserung der Lebensqualität von Klienten nach Schlaganfall ein Ansatz auf kognitiver Ebene wirkungsvoller ist als reines Üben von Freizeitaktivitäten.

Schlussfolgerung: Aus den Ergebnissen dieser Arbeit geht hervor, dass zur Verbesserung der Lebensqualität von Klienten nach Schlaganfall der Bereich Freizeit als wichtiger Teil in der Rehabilitation berücksichtigt werden sollte. Dabei scheint das Ansetzen auf kognitiver Ebene wirkungsvoll zu sein.

1. Einleitung

Gemäss ergotherapeutischer Theorie des Occupational Therapy Practice Framework (OTPF) (American Occupational Therapy Association (AOTA), 2002, Übers. Reichel, 2005), des Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E) (Townsend & Polatajko, 2007) und des Bieler Modells (Mosthaf et al., 2007) betätigt sich der Mensch in den Lebensbereichen Selbstversorgung, Arbeit / Produktivität / Bildung und Freizeit. Im OTPF wird zusätzlich der Bereich soziale Partizipation aufgeführt.

Ein Ereignis wie der Schlaganfall kann sich auf alle Betätigungsbereiche auswirken (AOTA, 2002, Übers. Reichel, 2005; Townsend & Polatajko, 2007; Mosthaf et al., 2007). Barnes (2005; zit. nach Métral, Wassmer & Bertrand, 2008, S. 272) beschreibt eine Abnahme der Partizipation in verschiedenen Situationen des Lebens bei Personen nach Schlaganfall mit Hemiplegie¹. Lundgren Nilsson, Aniansson und Grimby (2000) zeigen in ihrer Studie, dass zwei Jahre nach dem Schlaganfall bei 62% der Teilnehmer ein Bedarf an Rehabilitation im Bereich Freizeit besteht.

Traditionellerweise legen Fachpersonen in der Rehabilitation den Schwerpunkt mehr auf die Activities of Daily Living (ADL) und Instrumental Activities of Daily Living (IADL) als auf Freizeit und soziale Aktivitäten (Korner-Bitensky, Desrosiers & Rochette, 2008). Dafür sind nicht nur systematische Barrieren (wie zeitliche oder finanzielle Aspekte) verantwortlich, sondern auch die persönliche Einstellung der Therapeuten², wie hoch Partizipation in ihrem Wertesystem gewichtet wird (Korner-Bitensky et al., 2008).

Laut einer Befragung (Métral et al., 2008) von Ergotherapeuten der Centres médico-sociaux (CMS) Vaudois, die mit Personen mit Hemiplegie aufgrund eines Schlaganfalls arbeiten, beziehen 87% der Therapeuten bei 71% ihrer Klienten das Thema Partizipation in Freizeitaktivitäten mit ein. Obwohl ein grosser Teil der Ergotherapeuten der CMS das Thema Freizeit mit ihren Klienten ansprechen, werden die vorhandenen Ressourcen, um Ziele in diesem Bereich zu erreichen, wenig genutzt (Métral et al., 2008).

1 Lähmung einer Körperhälfte (Pschyrembel, 2004)

2 In der vorliegenden Arbeit werden der Verständlichkeit halber sämtliche Begriffe nur in der männlichen Form verwendet. Es sind jedoch immer beide Geschlechter gemeint.

Da in der ergotherapeutischen Theorie der Bereich Freizeit ebenfalls als wichtig angesehen wird, setzt sich diese Bachelorarbeit mit dem Einfluss von freizeitbezogenen ergotherapeutischen Interventionen auf die Lebensqualität von Klienten nach Schlaganfall in der chronischen Phase auseinander.

Im Folgenden werden zuerst die Betätigungsbereiche der ergotherapeutischen Theorie genauer erläutert und einige Hintergrundinformationen zur Thematik gegeben. Im Hauptteil werden das methodische Vorgehen und fünf Studien zum Thema vorgestellt und analysiert. Anschliessend werden im Diskussionsteil die Ergebnisse miteinander verglichen und kritisch diskutiert.

1.1 Betätigungsbereiche in der ergotherapeutischen Theorie

Menschen handeln in verschiedenen Lebensbereichen (Mosthaf et al., 2007), auch Betätigungsbereiche (AOTA, 2002, Übers. Reichel, 2005) genannt. Dazu gibt es in ergotherapeutischen Modellen unterschiedliche Einteilungen und Verwendungen von Begriffen.

In dieser Arbeit wurden zwei Modelle und ein Framework berücksichtigt: Das Bieler Modell aus der Schweiz, das CMOP-E aus Kanada und das OTPF aus Amerika. Im Folgenden werden die in den Modellen bzw. im Framework beschriebenen Bereiche kurz dargestellt und die Stellung des Bereichs Freizeit aufgezeigt. Die grafischen Darstellungen der Modelle / Framework sind im Anhang ersichtlich (Anhang 1 – Anhang 3).

Lebensbereiche im Bieler Modell (Mosthaf et al., 2007)

Im Bieler Modell werden drei Lebensbereiche des Menschen unterschieden: *Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL)*, *Arbeit / Beruf bzw. Schule / Ausbildung* und *Freizeit / Spiel*.

Der Bereich *ADL* umfasst Handlungen „für die persönliche Selbständigkeit in Haus, Familie und Öffentlichkeit“ (Mosthaf et al., 2007, S.8). Dazu zählt die Selbstversorgung wie auch die Versorgung Dritter.

Zu *Arbeit / Beruf* gehört das Ausüben einer Tätigkeit, die meist als materielle Grundlage für den Lebensunterhalt dient. *Schule / Ausbildung* wird ebenfalls diesem Bereich zugeordnet.

In den Bereich *Freizeit / Spiel* fallen Handlungen, die weder dem ersten noch dem zweiten Bereich zugeordnet werden können. Sie zeichnen sich aus durch größere Wahlmöglichkeiten und dienen häufig der „Erholung von den Erfahrungen und Anforderungen der beiden anderen Lebensbereiche“ (Mosthaf et al., 2007, S.9).

Betätigungsbereiche im CMOP-E (Townsend & Polatajko, 2007)

Ähnlich wie im Bieler Modell werden im CMOP-E drei Betätigungsbereiche genannt. Es sind dies *Selbstversorgung*, *Produktivität* und *Freizeit*.

Zum Bereich *Selbstversorgung* gehören Aktivitäten wie „sich anziehen, baden, essen, mobil sein und sich fortbewegen und die eigenen Angelegenheiten im öffentlichen Leben regeln“ (Harth, 2002, S. 108).

Produktivität beinhaltet bezahlte und unbezahlte Arbeit, Haushaltsarbeiten, Besuch der Schule und Erledigen von Hausaufgaben (Canadian Association of Occupational Therapists (CAOT), 2002).

Der Bereich *Freizeit* umfasst Aktivitäten des Vergnügens. Dazu zählen kreative Tätigkeiten, das Pflegen von sozialen Kontakten, Spiele und Sport (CAOT, 2002).

Betätigungsbereiche im OTPF (AOTA, 2002, Übers. Reichel, 2005)

Das OTPF beschreibt folgende Betätigungsbereiche des Menschen: *ADL*, *IADL*, *Bildung*, *Arbeit*, *Spiel*, *Freizeit* und *soziale Partizipation*.

Der Bereich *ADL* beinhaltet Aktivitäten, die darauf abzielen, sich um seinen Körper zu kümmern. Dazu gehört beispielsweise die Körperpflege, Essen, sich Anziehen, funktionelle Mobilität und Schlaf. Die Begriffe Basic Activities of Daily Living (BADL) und Personal Activities of Daily Living (PADL) sind gleichzusetzen mit ADL.

IADL sind Aktivitäten, die auf eine Interaktion mit der Umwelt ausgelegt sind. Beispiele dafür sind die Pflege anderer, die Zubereitung von Mahlzeiten, Haushaltsarbeiten, Einkaufen, der Gebrauch von Kommunikationsmitteln und die Mobilität in der Gesellschaft (z.B. der Gebrauch von Verkehrsmitteln).

Im Gegensatz zum Bieler Modell und zum CMOP-E werden *Bildung* und *Arbeit* als getrennte Bereiche beschrieben. Zum Bereich *Bildung* zählen die berufliche Bildung wie auch ausserschulische Kurse (z.B. Sport- und Musikurse). Unter *Arbeit*

fallen Aktivitäten und Bemühungen im Zusammenhang mit bezahlter Arbeit oder ehrenamtlicher Tätigkeit.

Auch die Bereiche *Spiel* und *Freizeit* werden separat betrachtet. Der Bereich *Spiel* beinhaltet spontane oder organisierte Aktivitäten, die Vergnügen bereiten und Unterhaltung bieten. *Freizeit* steht für intrinsisch motivierte, nicht verpflichtende Aktivitäten in der frei verfügbaren Zeit.

Zum Bereich *soziale Partizipation* gehört die Interaktion eines Menschen mit seiner Familie, Freunden und auf gesellschaftlicher Ebene (z.B. in der Nachbarschaft, Gemeinde, Organisationen, Schule, Arbeit).

Modell	Betätigungsbereiche
Bieler Modell (Mosthaf et al., 2007)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) ▪ Arbeit / Beruf bzw. Schule / Ausbildung ▪ Freizeit / Spiel
CMOP-E (Townsend & Polatajko, 2007)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Selbstversorgung ▪ Produktivität ▪ Freizeit
OTPF (AOTA, 2002, Übers. Reichel, 2005)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ADL ▪ IADL ▪ Bildung ▪ Arbeit ▪ Spiel ▪ Freizeit ▪ Soziale Partizipation

Tabelle 1: Zusammenfassende Darstellung der Betätigungsbereiche im Bieler Modell, im CMOP-E und im OTPF

Die Zuteilung einer Aktivität in einen Betätigungsbereich kann nicht allgemein festgelegt werden (Harth, 2002). Die Lebensbereiche werden kulturell geprägt und die Grenzen zwischen den verschiedenen Bereichen sind subjektiv fließend (Mosthaf et al., 2007). Für eine ältere Frau beispielsweise kann Kochen der Selbstversorgung / IADL zugeschrieben werden, für einen Berufskoch dem Bereich Produktivität / Arbeit und für einen Hobbykoch dem Bereich Freizeit. Die persönliche Zuordnung bestimmt die ausführende Person (Harth, 2002).

Trotz unterschiedlicher Kategorisierung der Betätigungsbereiche im Bieler Modell, im CMOP-E und im OTPF wird der Bereich Freizeit in allen drei Modellen genannt. Er stellt einen eigenständigen, den anderen gleichwertigen Bereich dar.

Ausgeglichene Betätigung in den verschiedenen Bereichen hat einen positiven Einfluss auf die Gesundheit und das Wohlbefinden (Christiansen, 1996; zit. nach Doble & Caron Santha, 2008, S. 185). In der Ergotherapie sollte eine Balance zwischen den Betätigungen in den verschiedenen Bereichen angestrebt werden (Mayers, 2003; zit. nach Götsch, 2007, S. 2).

Es ist somit ersichtlich, dass in der ergotherapeutischen Theorie der Bereich Freizeit eine bedeutsame Rolle einnimmt und als wichtiger in der Therapie zu berücksichtigender Lebensbereich angesehen wird.

1.2 Der Schlaganfall

Der Schlaganfall, auch Apoplexia cerebri, Apoplexie, apoplektischer Insult, Hirn-schlag, Insult oder Stroke (engl.) genannt, ist „ein Symptomenkomplex, der durch eine akute Unterbrechung der Durchblutung eines regional begrenzten Gehirnteils ausgelöst wird“ (Hanser, 2001, S. 216). Es treten verschiedene neurologische Störungen auf, welche länger als 24 Stunden andauern müssen, damit von einem Schlaganfall gesprochen werden kann (Hanser, 2001). Sind die neurologischen Störungen von kürzerer Dauer (meist weniger als eine Stunde), so handelt es sich um eine Transitorische Ischämische Attacke (TIA), welche in 10% der Fälle einen kommenden Schlaganfall ankündigt (Johnston et al., 2000; zit. nach Ringelstein & Nabavi, 2004, S. 2). Eine weitere Bezeichnung für den Schlaganfall ist der englische Begriff Cerebrovascular Accident (Pschyrembel, 2004).

Der Schlaganfall ist in der Schweiz nach Krebs und Herzinfarkt die dritthäufigste Todesursache (Bundesamt für Statistik, 2009). Mit steigendem Alter nimmt die Häufigkeit eines Schlaganfalls zu und verdoppelt sich ab 45 Jahren alle 10 Jahre (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (OBSAN), 2007a) (siehe Abbildung 1).

Die Schlaganfallrate pro 100'000 Einwohner, bezogen auf die ständige Wohnbevölkerung der Schweiz, beträgt für Männer 305.6 Fälle und für Frauen 287.7 Fälle

(OBSAN, 2007a). Mit zunehmendem Alter nimmt die Sterblichkeit³ zu. Bei der hochbetagten Bevölkerung (85+) starben im Jahr 2004 über 50% der Frauen und 40% der Männer, welche einen Schlaganfall erlitten hatten (OBSAN, 2007b). 40% der Schlaganfallbetroffenen sind nach dem Ereignis aufgrund einer bleibenden Behinderung pflegebedürftig (OBSAN, 2007b).

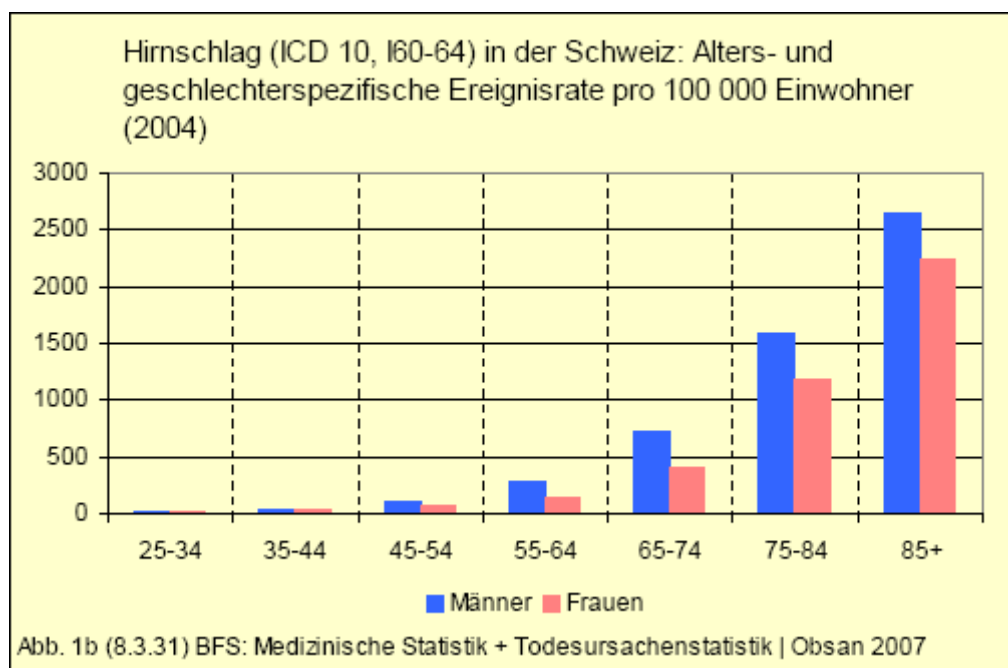


Abbildung 1: Zunehmende Häufigkeit eines Schlaganfalls mit steigendem Alter (OBSAN, 2007, S. 2)

Ein Schlaganfall kann auf zwei unterschiedliche Arten entstehen. In 80% der Fälle ist ein Verschluss eines oder mehrerer Blutgefäße im Gehirn dafür verantwortlich. Durch den Verschluss entsteht eine Minderdurchblutung eines Teils des Gehirns, was zur Folge hat, dass das betroffene Gewebe ganz oder teilweise zerstört wird. In den verbleibenden 20% der Fälle ist eine Gefässruptur ursächlich. Dabei kommt es durch das Zerreißen einer Gefässanomalie (Aneurysma) zu einer Blutung innerhalb des Gehirns. (Laag & Meyer, 2000)

Der Schlaganfall ist demzufolge eine Folgeerscheinung degenerativer Gefässerkrankungen. Wichtige Risikofaktoren dafür sind Hypertonie⁴, Rauchen, Hyper-

³ Verhältnis der Zahl der Todesfälle zur Gesamtzahl der berücksichtigten Personen (Duden, 2005)

⁴ Bluthochdruck (Pschyrembel, 2004)

lipidämie⁵, Adipositas⁶ und Diabetes Mellitus⁷. Diese Krankheitsbilder sind wiederum Erscheinungen der heutigen Wohlstandsgesellschaft sowie der damit verbundenen veränderten Lebensgewohnheiten. Dabei spielen Faktoren wie gestörtes Essverhalten durch das vorhandene Überangebot oder Frustration, Bewegungsmangel sowie übermässiger Alkoholkonsum aufgrund von Stress am Arbeitsplatz oder privaten Problemen eine gewisse Rolle. (Laag & Meyer, 2000)

Die Symptome und Begleiterscheinungen eines Schlaganfalls sind sehr vielfältig und von der Art und Lokalisation der Läsion abhängig. Häufige Symptome sind Parästhesien⁸, hyper- bzw. hypotone Muskulatur, Ataxie⁹, Apraxie¹⁰, Aphasie¹¹, Agnosie¹², Verhaltens- und Wesensveränderungen, Dysphagie¹³ und motorische Ausfälle bis hin zu Halbseitenlähmungen. (Laag & Meyer, 2000)

Abhängig von der Hirnhälfte, die durch das Ereignis betroffen ist, treten die Symptome jeweils auf der gegenüberliegenden Körperseite auf. In Ausnahmefällen können auch beide Körperseiten betroffen sein. (Laag & Meyer, 2000)

Die Rehabilitation eines Schlaganfalls beginnt mit einer medizinischen Akutbehandlung (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 1998) in einem Akutspital (Habermann, 2009). Sind die Klienten medizinisch stabil und ist eine stabile nächtliche Versorgung gewährleistet (Reha Rheinfelden, 2009), folgt an den Aufenthalt im Akutspital meist die Weiterführung interdisziplinärer Therapien im stationären Setting einer Rehabilitationsklinik oder in einer teilstationären Einrichtung (Tagesrehabilitation / Tagesklinik) (Rentsch, 2004; Habermann, 2009; Reha Rheinfelden, 2009). Um anhaltende Erfolge der Rehabilitation zu sichern, ist eine

5 Erhöhung des Fettgehalts im Blutserum (Pschyrembel, 2004)

6 Krankhaftes Übergewicht, das zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen führt; Risikofaktor für Folgeerkrankungen (Pschyrembel, 2004)

7 Zuckerkrankheit; Krankheitsbegriff für verschiedene Formen der Glukosestoffwechselstörung (Pschyrembel, 2004)

8 Veränderte Wahrnehmung von Sinnesreizen, subjektive Missempfindung, z.B. Kribbeln oder taubes, schmerzhaft brennendes Gefühl (Pschyrembel, 2004)

9 Störung der Bewegungskoordination (Laag & Meyer, 2000)

10 Unfähigkeit, die Körperteile zweckmässig zu bewegen und sinnvolle Handlungen vorzunehmen (Laag & Meyer, 2000)

11 Zentrale Sprachstörung nach (weitgehend) abgeschlossener Sprachentwicklung, durch eine zerebrale Schädigung der Sprachregion verursacht (Pschyrembel, 2004)

12 Vertraute und bekannte Gegenstände und Personen können nicht mehr erkannt werden (Laag & Meyer, 2000)

13 Schluckstörung (Pschyrembel, 2004)

langfristige Betreuung im Alltag nötig (Rentsch, 2004). „Ambulante Rehabilitationsmassnahmen basieren entweder auf Angeboten der spezialisierten Zentren oder auf lokalen rehabilitativen Fachangeboten in den Wohnregionen“ (Rentsch, 2004, S. 256). Angebote im ambulanten Bereich werden beispielsweise von ergotherapeutischen Praxen, interdisziplinären Praxen oder ambulanten Diensten geleistet (Habermann, 2009). Abbildung 2 zeigt als Beispiel das Vernetzungsschema des Luzerner Neurorehabilitationskonzepts. Es zeigt mögliche Stationen und Wege auf, welche Klienten nach Schlaganfall und anderen neurologischen Erkrankungen in der Rehabilitation durchlaufen.

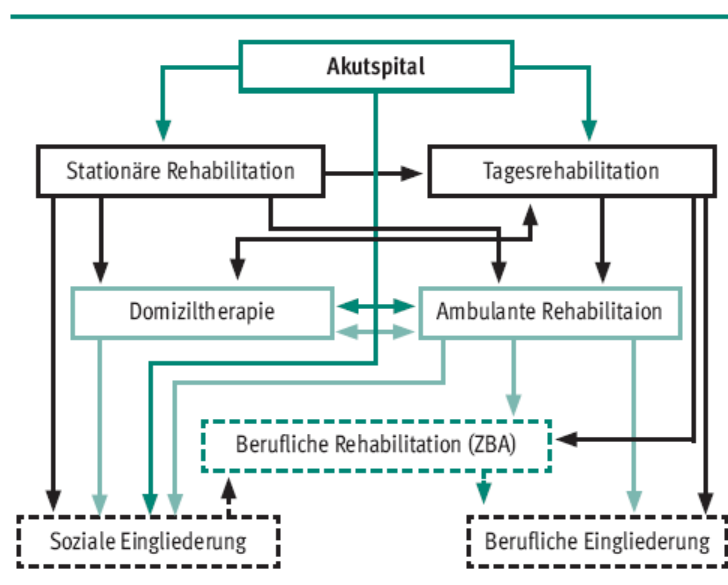


Abbildung 2: Beispiel eines Rehabilitationskonzepts: Vernetzungsschema des Luzerner Neurorehabilitationskonzepts (Rentsch, 2004, S. 257)

1.3 Einschränkungen nach Schlaganfall im Bereich Freizeit und deren Einfluss auf die Lebensqualität

Hartman-Maeir, Soroker, Ring, Avni & Katz (2007) untersuchten in ihrer Arbeit den Zusammenhang der subjektiv empfundenen Lebenszufriedenheit und Aktivität und Partizipation in verschiedenen Betätigungsbereichen bei Klienten nach Schlaganfall. Sie stellten fest, dass die Empfindung von Lebenszufriedenheit mehr vom Ausmass der Partizipation als von der Unabhängigkeit in den ADL abhängt. Da-

raus schlossen Hartman-Maeir, Soroker et al. (2007), dass die Partizipation ein signifikanter Prädiktor für die Lebenszufriedenheit ist.

Von den Studienteilnehmern waren in den ADL nahezu alle selbständig. An den Arbeitsplatz zurückkehren konnte jedoch nur einer von 39, die vor dem Schlaganfall arbeitstätig waren. Beinahe 60% der Freizeit- und IADL-Aktivitäten wurden durch das Schlaganfallereignis aufgegeben, wobei die altersbedingte Aktivitätsreduktion gemäss Katz, Karpin, Lak, Furman und Hartman-Maeir (2003; zit. nach Hartman-Maeir, Soroker et al., 2007, S. 562) bei knapp 30% liegt. Bei der Evaluation der Lebenszufriedenheit waren 39% der 60 Befragten mit ihrem Leben als Ganzes zufrieden. Die geringste Zufriedenheit wurde dabei in der Selbstversorgung, der Freizeit sowie der beruflichen Situation geäussert.

Amarshi, Artero und Reid (2006) führten eine qualitative Befragung durch mit dem Ziel, Erfahrungen von Klienten nach Schlaganfall mit der Partizipation im sozialen und Freizeitbereich zu erforschen. Die befragten Klienten äusserten, dass sie nach dem Ereignis reduzierte Aktivität und Betätigungsverlust erlebten und sich auf andere Personen verlassen mussten, um an sozialen oder Freizeitaktivitäten teilhaben zu können. Als Barrieren identifizierten sie physische und kognitive Einschränkungen, Transportprobleme, finanzielle Belastungen, Angst und Abhängigkeit von anderen. Als Strategien zur Überwindung dieser Barrieren nannten die Befragten das Vorwärtsgen mit dem Leben nach dem Schlaganfall, das Suchen von neuen Aktivitäten, das Anpassen von alten Aktivitäten an die neuen Gegebenheiten, das Beibehalten eines bedeutungsvollen Lebens durch die Aktivität und die Entschlossenheit, trotz gewissen Einschränkungen in der Aktivität erfolgreich zu sein.

Amarshi et al. (2006) kamen zum Schluss, dass die soziale Unterstützung ein Schlüsselfaktor ist, um den Anschluss zu erleichtern und dass Faktoren, welche die Partizipation behindern, schlimmer sind als physische Einschränkungen. Sie unterstützen somit die oben erläuterte Aussage von Hartman-Maeir, Soroker et al. (2007).

Neben dem genannten Betätigungsverlust identifizierten McKenna, Liddle, Brown, Lee und Gustafsson (2009) in ihrer Arbeit einen erheblichen Rollenverlust durch ein Schlaganfallereignis. Sie fanden zwar keinen signifikanten Zusammenhang zwischen der Anzahl der verlorenen Rollen und der Lebenszufriedenheit, aber die

Anzahl gegenwärtiger Rollen hing ausreichend mit der Lebenszufriedenheit zusammen.

Lundgren Nilsson, Aniansson und Grimby (2000) evaluierten die Bedürfnisse bezüglich Rehabilitationsinterventionen von Klienten nach Schlaganfall zwei Jahre nach dem Ereignis und verglichen ihre aktuellen Defizite mit dem Stand bei Austritt aus der stationären Rehabilitation. Ihre Untersuchung ergab, dass die Abhängigkeit in den ADL und IADL seit dem Austritt aus der stationären Rehabilitation grösser geworden war und dass mehr als die Hälfte der Teilnehmer unzufrieden waren mit ihrem Leben. Lundgren Nilsson et al. (2000) identifizierten einen erheblichen Bedarf an Unterstützung in sozialen Aktivitäten, beim Finden neuer Freizeitaktivitäten und Unterstützung der Betreuungspersonen zu Hause.

Sveen, Thommessen, Bautz-Holter, Wyller und Laake (2004) erforschten den Zusammenhang zwischen dem subjektiven Wohlbefinden und den IADL-Fähigkeiten bei Klienten nach Schlaganfall. Sie fanden einen signifikanten Zusammenhang zwischen Zufriedenheit und Freizeitaktivitäten. Die Zufriedenheit der Klienten nach Schlaganfall mit ihrem Leben bezog sich direkt auf den Grad ihrer Beteiligung an Freizeitaktivitäten. Somit kommen Sveen et al. (2004) zu einem ähnlichen Schluss wie Hartman-Maeir, Soroker et al. (2007), nämlich, dass der Faktor Freizeitaktivitäten ein wichtiger Prädiktor für das Wohlbefinden zu sein scheint. Aus diesem Grund empfehlen Sveen et al. (2004), beim Erfassen der Funktionen und beim Planen der Interventionen bei Klienten nach Schlaganfall die Freizeitaktivitäten mit einzubeziehen.

1.4 Begriffsdefinitionen

In diesem Kapitel werden Begriffe, welche in dieser Arbeit von zentraler Bedeutung sind, definiert und die allgemeingültigen Definitionen auf den Rahmen dieser Arbeit begrenzt.

Lebensqualität

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) (1997; zit. nach Böhmer, 2002, S. 349) definiert *Lebensqualität* als:

Die subjektive Wahrnehmung einer Person über ihre Stellung im Leben in Relation zur Kultur und den Wertsystemen, in denen sie lebt, und in Bezug auf ihre Ziele, Erwartungen, Maßstäbe und Anliegen. Es handelt sich um ein breites Konzept, das in komplexer Weise beeinflusst wird durch die körperliche Gesundheit einer Person, den psychischen Zustand, die sozialen Beziehungen, die persönlichen Überzeugungen und ihre Stellung zu den hervorstechenden Eigenschaften der Umwelt.

Die *gesundheitsbezogene Lebensqualität*, wie sie in dieser Arbeit verstanden wird, berücksichtigt vor allem „physische, psychische und soziale Aspekte subjektiv erlebter Gesundheit“ (Böhmer, 2002, S. 350). Darunter fällt auch die Zufriedenheit der Klienten mit ihrer Fähigkeit, die täglichen Aktivitäten auszuführen und der Kontrolle über ihre Krankheit (O'Connor, 2004).

Der in der englischen Literatur häufig verwendete Begriff *Lebenszufriedenheit* (*life satisfaction*) ist in der deutschen Sprache wenig verbreitet und wird im Wörterbuch Public Health von Haisch, Weitkunat und Wildner (1999) mit *Lebensqualität* gleichgesetzt. Da die oben aufgeführte Definition von *Lebensqualität* auch Aspekte der Zufriedenheit beinhaltet, werden die beiden Begriffe im Folgenden als gleichwertig betrachtet.

Freizeit

Der Begriff *Freizeit* wird im OTPF (Parham & Fazio, 1997; zit. nach AOTA, 2002, Übers. Reichel, 2005, S. 109) definiert als „a nonobligatory activity that is intrinsically motivated and engaged in during discretionary time, that is, time not committed to obligatory occupations such as work, self-care, or sleep“. Die CAOT (2002, S. 37) versteht unter *Freizeit* „occupations for enjoyment. Examples include socializing, creative expressions, outdoor activities, games and sports“. In Anlehnung an diese beiden Definitionen wird in dieser Arbeit der Begriff *Freizeit* im Sinne von frei gewählten Aktivitäten, welche Vergnügen bereiten, verwendet. Diese sind im Gegensatz zu Arbeit, Selbstversorgung und Schlaf nicht verpflichtend. Freizeitaktivitäten können in *aktive* und *passive Freizeit* unterteilt werden

(Desrosiers et al., 2007). Zur *aktiven Freizeit* gehören soziale Aktivitäten, sportliche Betätigungen, Spiele, handwerkliche und gestalterische Aktivitäten. Der *passiven Freizeit* werden Aktivitäten zugeordnet, welche keine aktive Beteiligung verlangen, wie beispielsweise Musik hören oder fernsehen (Desrosiers et al., 2007).

Erholung nach Schlaganfall / Beginn der chronischen Phase

Die National Stroke Foundation (2005) beschreibt die *Erholung nach einem Schlaganfall bzw. den Beginn der chronischen Phase* wie folgt:

The major part of physical recovery following stroke occurs within the first six months. There is, however, strong evidence that further improvements in ADL and fitness can occur after this time, and that further rehabilitation input reverses the decline that frequently occurs after stroke. ADL and exercise are equally important in the recovery process while in hospital as well as later in the community. (S. 42)

Gemäss dieser Angaben der National Stroke Foundation (2005) ist die physische Erholung grösstenteils nach sechs Monaten abgeschlossen. Es können jedoch in der darauf folgenden Zeit weitere Verbesserungen auftreten. Es ist deshalb wichtig, dass die Therapie nach dem stationären Rehabilitationsaufenthalt in einer Klinik ambulant weitergeführt wird.

Diese Arbeit bezieht sich auf die Rehabilitation von Klienten nach Schlaganfall in der *chronischen Phase*, da im früheren Rehabilitationsverlauf der Fokus auf dem Wiedererlangen von sensomotorischen und kognitiven Fertigkeiten und der Selbstständigkeit im Bereich ADL liegt und der Bereich Freizeit erst später an Bedeutung gewinnt (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 1998).

Partizipation im Bereich Freizeit / leisure participation

Der englische Begriff *leisure participation* wurde in dieser Arbeit mit dem Ausdruck *Partizipation im Bereich Freizeit* übersetzt. Im OTPF (Parham & Fazio, 1997; zit. nach AOTA, 2002, Übers. Reichel, 2005, S. 109) wird *leisure participation* definiert als „planning and participating in appropriate leisure activities; maintaining a balance of leisure activities with other areas of occupation; and obtaining, using, and maintaining equipment and supplies as appropriate“. Basierend auf dieser Definition wird unter *Partizipation im Bereich Freizeit* die Planung und Teilnahme an

Freizeitaktivitäten sowie das Halten einer Balance zwischen Freizeitaktivitäten und Aktivitäten aus anderen Betätigungsbereichen verstanden.

1.5 Zielsetzung

Das Ziel dieser Bachelorarbeit war, den Einfluss ergotherapeutischer Interventionen im Lebensbereich Freizeit auf die Lebensqualität von Klienten nach Schlaganfall in der chronischen Phase zu untersuchen. Dies soll als Grundlage dienen, den Einsatz freizeitbezogener Interventionen in der Praxis zu begründen.

1.6 Fragestellung

Welchen Einfluss haben ergotherapeutische Interventionen bezogen auf den Lebensbereich Freizeit auf die Lebensqualität von Klienten nach Schlaganfall in der chronischen Phase?

2. Hauptteil

2.1 Methodisches Vorgehen

Mittels Schlag- und Stichwörtern wurde in den Datenbanken Pubmed, Medline, CINAHL, AMED, Cochrane Library und PsychINFO nach geeigneter Literatur gesucht. Dabei wurden die drei Grundbegriffe *occupational therapy*, *leisure OR leisure activities* und *stroke OR cerebrovascular insult OR cerebrovascular accident* miteinander verknüpft. Die Resultate wurden anschliessend mit dem Begriff *quality of life OR life satisfaction* weiter eingegrenzt, um spezifische Literatur in Bezug auf die Lebensqualität zu erhalten. In einem weiteren Schritt wurden die ersten drei Grundbegriffe mit *meaning* bzw. dessen Synonymen *impact*, *importance* und *relevance* verbunden, um mit der Kombination von Bedeutung und Freizeit weitere relevante Literatur bezüglich Lebensqualität zu finden. Durch die Referenzlisten der ausfindig gemachten Studien konnte zusätzlich bedeutsames Material zugezogen werden. Zum Schluss wurden jeweils die letzten zwei Jahrgänge der für relevant gehaltenen Zeitschriften *Stroke*, *American Journal of Occupational Therapy*, *Canadian Journal of Occupational Therapy* und *Scandinavian Journal of Oc-*

cupational Therapy durchgeblättert. Die Literatursuche wurde abgeschlossen, als sich die vorhandene Literatur in den Angaben der Referenzlisten wiederholte. Eine Bestätigung, mit dem gesammelten Material die aktuelle Literatur möglichst umfangreich erfasst zu haben, lieferten die beiden Studien von Desrosiers et al. (2007) und Korner-Bitensky et al. (2008), welche zu Interventionen im Bereich Freizeit in der Rehabilitation von Klienten nach Schlaganfall fünf randomisierte kontrollierte Studien (RCT) ausführten. Zwei dieser Studien wurden in dieser Arbeit verwendet, die verbleibenden drei mussten aufgrund der definierten Einschlusskriterien (Alter der Studien) ausgeschlossen werden.

Bezüglich der relevanten Literatur wurden folgende Einschlusskriterien festgelegt: Es musste sich in den Studien um Interventionen im Bereich Freizeit bei Klienten nach Schlaganfall handeln. Ein weiteres Kriterium war, dass der Schlaganfall der Studienteilnehmer zum untersuchten Zeitpunkt mindestens sechs Monate zurücklag. Aufgrund der Sprachkenntnisse der Autorinnen wurden englisch-, französisch- oder deutschsprachige Studien berücksichtigt. Um eine gewisse Aktualität zu gewährleisten, wurden Studien eingeschlossen, welche nicht älter als zehn Jahre sind.

Die berücksichtigten Studien wurden anhand des Formulars zur kritischen Beurteilung von quantitativen Studien von Law et al. (1998a) beurteilt (siehe Anhang 4).

Nachdem in der Einleitung die Einschränkungen im Bereich Freizeit nach einem Schlaganfall evaluiert und deren Einfluss auf die Lebensqualität aufgezeigt wurden, werden in der folgenden Studienanalyse fünf Arbeiten vorgestellt, welche sich mit verschiedenen Interventionen im Bereich Freizeit bei Klienten nach Schlaganfall befassen. Als Basis für die anschließende Diskussion und die Beantwortung der Fragestellung sollen die analysierten Studien Aufschluss darüber geben, ob es möglich ist, mit ergotherapeutischen Interventionen die Einschränkungen im Bereich Freizeit zu minimieren bzw. den Grad der Aktivität zu steigern und damit eine höhere Lebensqualität zu erreichen.

Nach einer kurzen Zusammenfassung der analysierten Studien werden in der Diskussion die verschiedenen Interventionsarten einander gegenüber gestellt und

diskutiert. Weiter werden die Grenzen der Übertragbarkeit der Studienresultate aufgezeigt und einige Implikationen für die Praxis abgegeben.

2.2 Einfluss der freizeitbezogenen ergotherapeutischen Interventionen auf die Lebensqualität

Im Folgenden werden die fünf analysierten Studien vorgestellt und in Tabelle 2 zusammenfassend dargestellt.

2.2.1 Studie 1

Titel

Impact of a Home Leisure Educational Program for older adults who have had a stroke (Home Leisure Educational Program)

Autoren und Jahr

Nour, K., Desrosiers, J., Gauthier, P. & Carbonneau, H., 2002

Ziel

Das Ziel der Studie war, die Wirkung eines *Home Leisure Educational Program* auf die Depression und Lebensqualität bei älteren Menschen nach Schlaganfall im Anschluss an einen stationären Aufenthalt zu evaluieren.

Design

Bei der Studie von Nour et al. (2002) handelt es sich um eine RCT mit einer Interventions- und einer Kontrollgruppe. Die Einteilung in die Interventions- oder Kontrollgruppe war zufällig und die Teilnehmer wussten nicht, zu welcher Gruppe sie gehörten.

Stichprobe

Die Stichprobe bestand aus 13 Teilnehmern, wovon sechs Personen der Interventions- und sieben Personen der Kontrollgruppe zugeteilt waren. Rekrutiert wurden Personen mit erlittenem Schlaganfall nach Abschluss ihrer aktiven Rehabilitation im Sherbrooke Geriatric University Institute (SGUI) in Quebec, Kanada. Ein-

schlusskriterien waren, dass die Personen älter als 55 Jahre und pensioniert waren und näher als eine Stunde vom SGUI entfernt wohnten. Aus der Studie ausgeschlossen wurden Personen mit Kommunikationsproblemen oder grösseren kognitiven Defiziten. Die Studie wurde von der Ethikkommission des SGUI genehmigt und alle Teilnehmer unterzeichneten eine Einverständniserklärung.

Intervention

Während zehn Wochen wurden sowohl die Teilnehmer der Interventions- als auch diejenigen der Kontrollgruppe eine Stunde pro Woche von einer Masterstudentin in Freizeittherapie zu Hause besucht. Der Inhalt der Domizilbesuche wird im Folgenden beschrieben.

Mit den Teilnehmern der Interventionsgruppe wurde ein *Home Leisure Educational Program* (Carbonneau, Hélie & Quellet, 1994; zit. nach Nour et al., 2002, S. 52) durchgeführt. Dieses besteht aus zwölf Schritten (siehe Abbildung 3) und zielt darauf ab, eine Person zu befähigen, ihre Freizeitgestaltung selbst in die Hand zu nehmen. Anhand von Leitfragen soll sich eine Person schrittweise der persönlichen Bedeutung ihrer Freizeit(aktivitäten) bewusst werden, frühere Aktivitäten wieder ausführen, neue Aktivitäten aufnehmen, Adaptationsstrategien finden oder die Aktivitäten zu modifizieren wissen und so eine grössere Zufriedenheit bezüglich ihrer Freizeit erlangen. Als Hausaufgabe zwischen den wöchentlichen Besuchen galt es, sich zu einem Thema vertieft Gedanken zu machen oder eine diskutierte Idee im Alltag auszuprobieren. Dies wurde beim nächsten Besuch der Therapeutin wieder aufgegriffen. Das *Home Leisure Educational Program* bot allen Teilnehmern eine einheitliche Struktur, die Interventionen waren jedoch individuell.

In der Kontrollgruppe bestanden die wöchentlichen Besuche aus lockeren Gesprächen über verschiedene Themen (Familie, soziale Unterstützung, die im Spital erhaltene Betreuung oder Neuigkeiten).

Zielparameter und Messgrössen

Die Autoren interessierten sich für die Wirkung des *Home Leisure Educational Program* auf die Depression und Lebensqualität von älteren Menschen nach

Schlaganfall. Die abhängigen Variablen Depression und Lebensqualität wurden vor und nach Abschluss der Intervention gemessen.

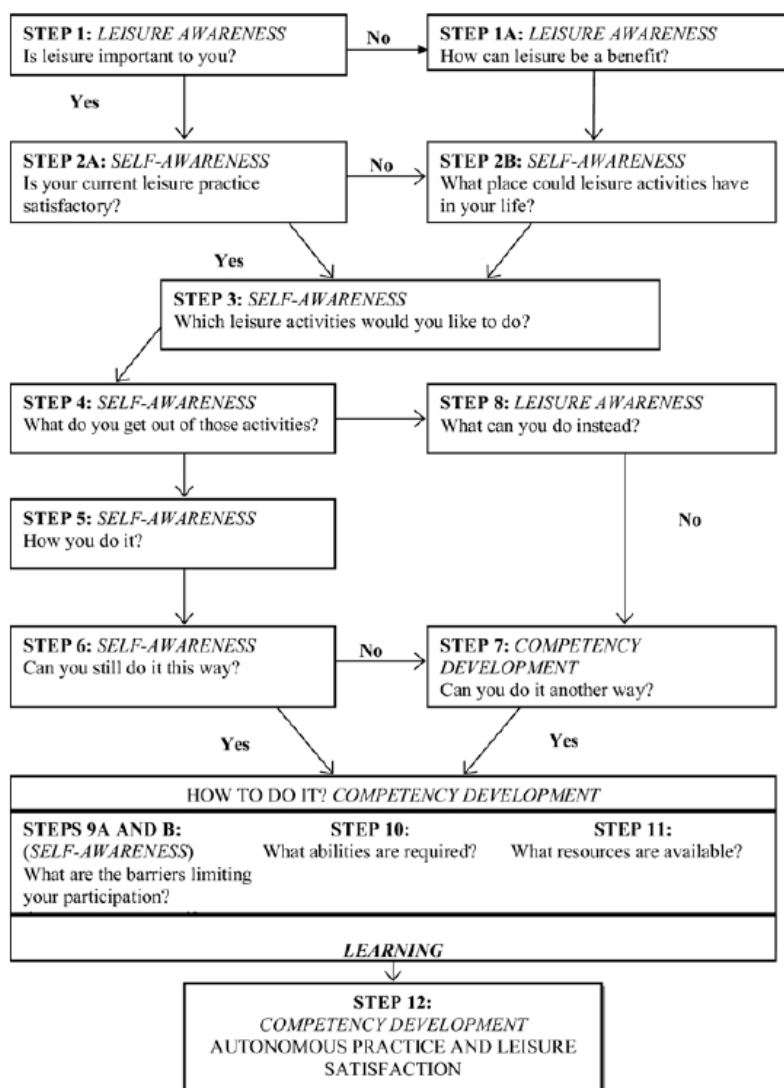


Abbildung 3: Zusammenfassung des *Home Leisure Educational Program* (Übernommen von Carbonneau, 1995; zit. nach Desrosiers et al., 2007, S. 52)

Messinstrument für die Depression war das *Beck Depression Inventory (BDI)* (Beck, Rial & Rickels, 1974; zit. nach Nour et al., 2002, S. 54), ein Selbsteinschätzungsbogen mit 21 Items zu Manifestationsformen von Depression. Die Validität und die Reliabilität des *BDI* wurden von mehreren Studien bestätigt (Beck, Rial & Rickels, 1974; zit. nach Nour et al., 2002, S.54; Reynolds & Gould, 1981). Zur Messung der Lebensqualität wurde das *Stroke Adapted Sickness Impact Profile (SA-SIP30)* (Van Straten et al., 1997) benutzt. Es umfasst 30 Items, unterteilt

in psychologische und physische Komponenten. Das *SA-SIP30* gilt als valides und reliables Messinstrument (Van Straten et al., 1997; Van de Port, Ketelaar, Schepers, Van den Bos & Lindeman, 2004).

Um den Erfolg des *Home Leisure Educational Program* zu messen, wurde in der Interventionsgruppe nach zehn Wochen die Zufriedenheit im Bereich Freizeit und die autonome Ausführung der Freizeitaktivitäten untersucht. Dafür wurden die *Leisure Satisfaction Scale (LSS)* (Ragheb & Griffith, 1982; zit. nach Nour et al. 2002, S. 54) und die *Leisure Diagnostic Battery (LDB)* (Ellis & Witt, 1985; zit. nach Nour et al. 2002, S. 55) angewendet. Die *LSS* besteht aus 24 Fragen, die evaluieren, in welchem Ausmass persönliche Bedürfnisse durch Freizeitaktivitäten befriedigt werden. Die *LSS* wird als valide und reliabel gewertet (Trottier, Brown, Hobson & Miller, 2002). Die *LDB* ermittelt anhand von 17 Items Informationen über die Wahrnehmung von Kontrolle und Unabhängigkeit bezüglich Freizeit. Ellis & Witt (1985; zit. nach Nour et al., S. 55) beschreiben eine hohe Validität und Reliabilität der *LDB*.

Zusätzlich zu den Messinstrumenten wurden Feldnotizen der Therapeutin berücksichtigt.

Resultate und Hauptaussagen

Bei den anfänglichen Messungen zeigten sich die beiden Gruppen bezüglich der demographischen Daten sowie in Bezug auf die abhängigen Variablen als äquivalent.

Bei den tatsächlich durchgeführten Domizilbesuchen bestand zwischen den Gruppen ein durchschnittlicher Zeitunterschied von 20 Minuten (Kontrollgruppe 55 Minuten pro Woche, Interventionsgruppe 75 Minuten pro Woche).

Im Vergleich mit der Kontrollgruppe erreichte die Interventionsgruppe nach zehn Wochen signifikant bessere Werte für die allgemeine, die psychologische und die physische Lebensqualität. In der Kontrollgruppe waren keine statistisch relevanten Veränderungen erkennbar. Das Niveau der Depression blieb in beiden Gruppen in einem ähnlichen Bereich.

Obwohl quantitative Analysen in Bezug auf Depression keine positiven Veränderungen aufzeigten, wurde anhand der Feldnotizen die Aussage gemacht, dass die Teilnehmer des *Home Leisure Educational Program* nach der Interventionsphase

trotz gleichbleibend schlechten körperlichen Voraussetzungen ihr Leben positiver wahrnahmen.

Aus diesen Ergebnissen schliessen Nour et al. (2002), dass Freizeitaktivitäten als wichtiges Ziel in die Rehabilitation mit einbezogen werden sollten. Sie machen darauf aufmerksam, dass das *Home Leisure Educational Program* nicht teurer sei als traditionelle Rehabilitationsangebote und dass für einen maximalen Effekt schon in der aktiven Rehabilitation mit dem *Home Leisure Educational Program* begonnen werden sollte.

Stärken und Schwächen

Das Vorgehen der Autoren und das *Home Leisure Educational Program* sind klar und verständlich beschrieben. Als RCT liegt die Studie auf einer hohen Evidenzstufe (Taylor, 2007). Die Teilnehmer wurden randomisiert den Gruppen zugeteilt und wussten nicht, zu welcher Gruppe sie gehörten. Dadurch wurde eine möglichst gleichmässige Verteilung von bekannten und unbekanntem Einflussgrössen erreicht (Behrens & Langer, 2006).

Die Studie wurde mit einer sehr kleinen Stichprobe durchgeführt. Für die Generalisierbarkeit der Ergebnisse wäre eine grössere Stichprobe aussagekräftiger (Law et al., 1998b).

Nour et al. (2002) erwähnen, dass einerseits die Zeitdifferenz der wöchentlichen Besuche in den beiden Gruppen für ein positiveres Resultat in der Interventionsgruppe verantwortlich sein könnte. Andererseits könnte die Tatsache, dass die Intervention von einer Masterstudentin und nicht von einem erfahrenen Freizeittherapeuten durchgeführt wurde, zu einer langsameren Intervention mit weniger positiven Resultaten geführt haben.

Nour et al. (2002) ziehen in Erwägung, dass der *BDI* nicht das geeignete Messinstrument für ihre Forschungsfrage bzw. Depression nicht die geeignete Messgrösse war und dass es womöglich länger als zehn Wochen dauert, um eine Veränderung bezüglich Depression zu sehen. Hinzu kommt, dass die Teilnehmer zeitgleich an einer anderen Studie teilnahmen. Einige der Klienten füllten den *BDI* innerhalb der zehn Wochen drei Mal aus. Es stellt sich die Frage, ob dies die Resultate beeinflusst hat.

Da nach sechs und zwölf Monaten keine Nachfolgemessungen durchgeführt wurden, kann über eine längerfristige Wirkung des *Home Leisure Educational Program* keine Aussage gemacht werden.

2.2.2 Studie 2

Titel

Effect of a Home Leisure Education Program after stroke: A randomized controlled trial

Autor und Jahr

Desrosiers, J., Noreau, L., Rochette, A., Carbonneau, H., Fontaine, L., Viscogliosi, C. & Bravo, G., 2007

Ziel

Diese Studie untersucht, wie die Arbeit von Nour et al. (2002), den Effekt des *Home Leisure Education Program* bei Klienten nach Schlaganfall.

Design

Desrosiers et al. (2007) führten ihre Studie als RCT mit einer Interventions- und einer Kontrollgruppe durch. Die Messungen zu Beginn und am Ende des Programms wurden von einem nicht ins Programm involvierten und bezüglich der Gruppeneinteilung verblindeten Ergotherapeuten durchgeführt.

Stichprobe

Es nahmen 62 Personen an der Studie teil. 33 Personen gehörten zur Interventionsgruppe, 29 Personen zur Kontrollgruppe. Rekrutiert wurden Personen, die innerhalb von fünf Jahren vor Studienbeginn aufgrund eines Schlaganfalls in der Rehabilitation waren. Zusätzlich zur klinischen Diagnose eines Schlaganfalls galten als Einschlusskriterien, dass die Personen selbständig zu Hause lebten und Probleme bezüglich der Teilnahme an Freizeitaktivitäten oder ihrer Zufriedenheit im Bereich Freizeit im Vergleich zur Zeit vor dem Schlaganfall äusserten. Ausge-

geschlossen wurden Personen mit kognitiven Schwierigkeiten und Sprachverständnisproblemen sowie schwerer Komorbidität.

Die Studie wurde von einer Ethikkommission gutgeheissen und die Teilnehmer gaben ihr schriftliches Einverständnis.

Intervention

Während acht bis zwölf Wochen wurden sowohl die Teilnehmer der Interventions- als auch die der Kontrollgruppe einmal pro Woche besucht.

Mit der Interventionsgruppe wurde dasselbe *Home Leisure Education Program* durchgeführt wie in der bereits beschriebenen Studie von Nour et al. (2002). Ein Freizeittherapeut war verantwortlich für die Intervention und eine Ergotherapeutin unterstützte durch Adaptationen von Material und Umwelt die Partizipation an Freizeitaktivitäten.

Die Kontrollgruppe wurde nur vom Freizeittherapeuten besucht und diskutierte über Themen, die keinen Bezug hatten zur Freizeit (z.B. über die Familie, Kochen, Politik, News).

Die Dauer der Treffen war bei der Interventionsgruppe etwas länger, da ihre Interventionen sowohl zu Hause als auch ausser Haus stattfanden. In der Kontrollgruppe fanden nur Hausbesuche statt.

Zielparameter und Messgrössen

Die Zielparameter wurden in zwei Kategorien eingeteilt: in die primären und die freizeitbezogenen Zielparameter. Zu den primären Zielparametern zählte das subjektive Wohlbefinden, Symptome von Depression und die gesundheitsbezogene Lebensqualität. Freizeitbezogene Zielparameter waren die Partizipation in Freizeitaktivitäten und die Zufriedenheit im Bereich Freizeit.

Zur Messung der verschiedenen Parameter vor und nach der Interventionsphase wurde eine Reihe von Assessments durchgeführt.

Um das subjektive Wohlbefinden der Teilnehmer zu erfassen, wurde der *General Well-Being Schedule (GWB)* (Dupuy, 1978; zit. nach Desrosiers et al., 2007, S. 1097) benutzt. Dieser Fragebogen umfasst 18 Items und erfragt Aspekte zu Angst, Depression, positivem Wohlbefinden, emotionaler Kontrolle, Vitalität und allgemei-

ner Gesundheit. Der Fragebogen hat eine gute Validität und Reliabilität (Fazio, 1977).

Depressive Symptome wurden mit der *Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D)* (Radloff & Teri, 1986) gemessen. Dieses Messinstrument gilt als reliables und valides Testverfahren, um Depression bei Menschen nach Schlaganfall zu messen (Shinar et al., 1986).

Für die Evaluation der gesundheitsbezogenen Lebensqualität wurde das *Stroke Adapted Sickness Impact Profile (SA-SIP30)* (Van Straten et al., 1997) durchgeführt (siehe Kapitel 2.2.1 Studie 1, Zielparameter und Messgrößen)

Die Partizipation in Freizeitaktivitäten wurde anhand der Zeit pro Tag beurteilt, während der eine Aktivität stattfand. Dies wurde in einem Tagebuch festgehalten. Die Freizeitaktivitäten wurden in passive oder aktive Freizeit unterteilt. Zusätzlich wurde die Anzahl verschiedener Freizeitaktivitäten gezählt. Die Reliabilität dieser Methode ist nicht bekannt.

Als Messinstrumente für die Zufriedenheit im Bereich Freizeit wurden zwei Fragebögen benutzt: Die *Leisure Satisfaction Scale (LSS)* (Raghd & Griffith, 1982; zit. nach Desrosiers et al., 2007, S. 1097) (siehe Kapitel 2.2.1 Studie 1, Zielparameter und Messgrößen) und zwei Teile des *Individualized Leisure Profile (ILP)* (Ouellet & Carbonneau, 2002; zit. nach Desrosiers et al., 2007, S. 1097), die sich auf die Zufriedenheit im Bereich Freizeit beziehen. Das *ILP* wird als valide und reliabel eingestuft (Carbonneau & Ouellet, 2002; zit. nach Desrosiers et al., 2007, S. 1097).

Resultate und Hauptaussagen

Bei der Messung vor Beginn der Intervention waren beide Gruppen äquivalent. Einzig die gesundheitsbezogene Lebensqualität war in der Kontrollgruppe tiefer. Die Interventionsgruppe erhielt durchschnittlich mehr (10.1 zu 9.5 Mal) und längere (76.9 Minuten zu 65.8 Minuten) Einheiten als die Kontrollgruppe. Die Drop-outs (vier Teilnehmer der Interventionsgruppe und zwei der Kontrollgruppe) wurden in der Analyse nicht berücksichtigt.

Primäre Outcomes:

Das subjektive Wohlbefinden und die gesundheitsbezogene Lebensqualität hatten sich sowohl in der Interventions- wie auch in der Kontrollgruppe verbessert. Die Unterschiede zwischen den Gruppen waren statistisch nicht relevant. Bei den Symptomen von Depression fand hingegen nur in der Interventionsgruppe eine bedeutsame Reduktion statt. Diese war auch im Vergleich zwischen den beiden Gruppen statistisch signifikant.

Freizeitbezogene Outcomes:

Die tägliche Dauer von aktiven und passiven Freizeitaktivitäten war in beiden Gruppen vor und nach der Intervention ähnlich. Die Interventionsgruppe führte nach der Intervention jedoch bedeutend mehr aktive als passive Freizeitaktivitäten durch. Die Anzahl verschiedener Aktivitäten war im Vergleich zur Kontrollgruppe ebenfalls gestiegen. Zudem waren die Teilnehmer der Interventionsgruppe nach der Intervention signifikant zufriedener mit ihrer Freizeit. In der Kontrollgruppe fand diesbezüglich keine Veränderung statt.

Stärken und Schwächen

Die Studie ist logisch aufgebaut und das Vorgehen nachvollziehbar beschrieben. Als RCT weist sie eine hohe Evidenz auf (Taylor, 2007). Durch den verblindeten Untersucher wird eine mögliche Begünstigung einer Gruppe reduziert (Taylor, 2007). Desrosiers et al. (2007) betonen, dass durch ähnlich viel Aufmerksamkeit der Therapeuten den beiden Gruppen gegenüber die positiven Ergebnisse in der Interventionsgruppe mit grosser Wahrscheinlichkeit dem *Home Leisure Education Program* zuzuschreiben sind.

Da die Reliabilität der Methode, die tägliche Dauer und Anzahl verschiedener Freizeitaktivitäten zu messen, nicht bekannt ist, sind Messfehler möglich. Der kleine Unterschied in der Dauer und Frequenz der Interventionen zwischen den Gruppen könnte die Ergebnisse ebenfalls beeinflusst haben. Da die Drop-outs nicht in der Analyse berücksichtigt wurden, ist ein Drop-out Fehler möglich.

Desrosiers et al. (2007) führten nach sechs Monaten und einem Jahr keine Nachfolgemessungen durch. Daher kann in dieser Studie keine Aussage darüber gemacht werden, ob das Programm eine nachhaltige Wirkung aufweist.

2.2.3 Studie 3

Titel

Evaluation of a long-term community based rehabilitation program for adult stroke survivors

Autoren und Jahr

Hartman-Maeir, A., Eliad, Y., Kizoni, R., Nahaloni, I., Kelberman, H. & Katz, N., 2007

Ziel

Das Ziel dieser Studie war, bei einer Gruppe von erwachsenen Klienten nach Schlaganfall, welche an einem Gemeindetagesprogramm teilnahmen,

- den funktionellen Status und den Einfluss des Schlaganfalls zu evaluieren,
- ihr Freizeitaktivitätenlevel vor und nach der Teilnahme am Programm zu vergleichen und
- ihren funktionellen Status und die Lebenszufriedenheit mit einer Gruppe von Klienten nach Schlaganfall zu vergleichen, die nicht an einem Rehabilitationsprogramm teilgenommen hatten.

Design

Bei dieser Studie handelt es sich um eine kontrollierte klinische Studie (CCT) mit einer Interventionsgruppe, welche an einem speziellen Rehabilitationsprogramm teilnahm und einer Kontrollgruppe, welche keine Intervention bekam. Die Gruppen wurden nicht randomisiert. Betreffend Alter, Geschlecht, Lebensstatus und Läsionsseite waren die beiden Gruppen ausgeglichen. Einzig die Variable Zeit nach Ereignis war bei der Interventionsgruppe signifikant höher als bei der Kontrollgruppe.

Stichprobe

Die Stichprobe bestand aus Klienten nach Schlaganfall, die eine stationäre Rehabilitation absolviert hatten und zum Zeitpunkt der Evaluation zu Hause lebten. Insgesamt nahmen 83 Personen an der Studie teil. Davon gehörten 27 Personen der Interventionsgruppe und 56 Personen der Kontrollgruppe an. Die Teilnehmer

der Interventionsgruppe wurden in der Yad Sara Institution in Jerusalem rekrutiert, die Daten der Kontrollgruppe stammen aus dem Loewenstein Rehabilitation Hospital in Raanana, Israel und wurden von einer früheren Studie der Autorinnen (Hartman-Maeir, Soroker et al., 2007) übernommen. Die Ethikkommissionen beider Institutionen genehmigten die Studie und die Teilnehmer gaben ihr schriftliches Einverständnis. Für die Teilnahme wurden folgende Einschlusskriterien festgelegt: Es musste das erste Schlaganfallereignis eines Klienten sein und das Ereignis musste mindestens ein Jahr zurückliegen. Weiter musste die betreffende Person vor dem Schlaganfall ein unabhängiges Leben geführt haben und mindestens sechs Jahre Schulbildung aufweisen. Zudem mussten zur Erfassung genügend Sprachfähigkeiten vorhanden sein, um die Interviewfragen und Fragebögen verstehen und beantworten zu können.

Intervention

Die Interventionsgruppe nahm an einem gemeindebasierten, multidisziplinären Tagesrehabilitationsprogramm teil, welches in Jerusalem entwickelt wurde. Das Programm verfolgte Ziele wie die Verbesserung bzw. den Erhalt des funktionellen Status, die Schaffung eines anhaltenden Rahmens von bedeutungsvollen Aktivitäten, die Prävention sozialer Isolation, die Erleichterung der Krankheitsbewältigung sowie die Entlastung der Betreuungspersonen aus den Familien. Das Programm war aus Gruppenbehandlungen zusammengesetzt, welche von den verschiedenen Disziplinen (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Kunsttherapie, Sozialarbeit, Pflege) sowie freiwilligen Mitarbeitern an zwei bis vier Tagen pro Woche durchgeführt wurden.

Zielparameter und Messgrößen

Für die Evaluation des Outcomes wurden die BADL, die IADL, die Partizipation im Bereich Freizeit, die Lebenszufriedenheit und der Gesundheitszustand gemessen. Im Folgenden werden die dafür benutzten Assessments beschrieben.

Zum Erfassen der BADL wurde die Motor Scale des *Functional Independence Measure (FIM)* (Hamilton, Granger, Sherwin, Zielezny & Tashman, 1987) verwendet. Gemäss Ottenbacher, Hsu, Granger und Fiedler (1996) hat der *FIM* eine hohe Reliabilität, davon insbesondere die Motor Scale.

Die IADL wurden mit dem *Lawton Instrumental Activities of Daily Living (IADLq)* (Lawton & Brody, 1969) erhoben. Dabei wurde die Performanz in den Aktivitäten Telefonbenützung, Einkaufen, Mahlzeiten zubereiten, Haushaltsführung, Wäsche waschen, Verkehr, Medikamente einnehmen und Finanzen evaluiert. Lawton und Brody (1969) fanden für den *IADLq* eine akzeptable Reliabilität.

Mit dem *Activity Card Sort (ACS)* (Baum & Edwards, 2001; zit. nach Hartman-Maeir, Eliad et al., 2007, S. 297) wurde die Partizipation im Bereich Freizeit aufgezeichnet. Das ACS besteht aus 88 Bildkarten von Erwachsenen, welche verschiedene IADL und Freizeitaktivitäten durchführen. Die Teilnehmer ordnen diese Bilder in vier Kategorien nach der Häufigkeit ihrer persönlichen Durchführung. Die Bilder wurden der israelischen Kultur angepasst. Die Interventionsgruppe sortierte die Bilder einmal in Bezug auf die Zeit vor der Teilnahme am Programm und einmal bezüglich der Zeit danach. Katz et al. (2003) bestätigen eine gute Reliabilität und Validität der israelischen Anpassung des ACS.

Die Lebenszufriedenheit wurde mit dem *Life-Satisfaction-Questionnaire (LiSat-9)* (Fugl-Meyer, Branholm & Fugl-Meyer, 1991) erfasst. Der *LiSat-9* beinhaltet Fragen zur Zufriedenheit mit dem Leben als Ganzes, der Ausführung der Körperpflege, der Situation bezüglich Freizeit, Berufsleben, Finanzen und Sexualität, der Partnerschaftsbeziehung, dem Familienleben und den sozialen Kontakten. Reliabilität und Validität werden von Carlsson und Hamrin (1996) als gut bewertet.

Mit der *Stroke Impact Scale (SIS)* Version 3.0 (Duncan, Lai et al., 1999; zit. nach Hartman-Maeir, Eliad et al., 2007, S. 297) wurde der Gesundheitszustand ermittelt. Die *SIS* besteht aus 59 Items aus den Bereichen Kraft, Handfunktion, ADL / IADL, Mobilität, Kommunikation, Emotion, Gedächtnis / Denken und Partizipation. Sie wurde nur mit der Interventionsgruppe durchgeführt. Die *SIS* verfügt über eine gute Reliabilität und Validität (Duncan, Wallace et al., 1999; Duncan, Bode, Lai & Perera, 2003).

Resultate und Hauptaussagen

In Bezug auf den funktionellen Bereich konnten die vorhandenen schwerwiegenden Defizite (vor allem in der Handfunktion und Kraft) mit der Teilnahme am Rehabilitationsprogramm nicht verbessert werden. Die Teilnehmer der Interventionsgruppe konnten jedoch ihr Aktivitätenlevel um 15% steigern. Trotz bedeutend tie-

ferem funktionellem Status war die Lebenszufriedenheit der Interventionsgruppe in den beiden Bereichen Leben als Ganzes und Freizeitsituation signifikant höher als in der Kontrollgruppe. In diesem Zusammenhang machten die Teilnehmer Aussagen wie *ich habe eine Grund, morgens aufzustehen, das Haus zu verlassen verbessert meine Stimmung, es macht Spass, mit anderen Leuten zusammen zu sein, wir verstehen einander* oder *wir geben uns gegenseitig Kraft*. Diese Äusserungen sowie der Vergleich der Resultate mit denen anderer Studien gaben den Autoren Anlass zur Vermutung, dass die therapeutische Umgebung Einfluss auf eine erhöhte Gesamtzufriedenheit haben könnte.

Stärken und Schwächen

Stärken dieser Studie sind, dass Messinstrumente mit einer hohen Reliabilität und Validität verwendet wurden und dass sich die Arbeit auf zahlreiche, unabhängige Quellen stützte. Gemäss der kritischen Beurteilung nach Law et al. (1998a) konnten zudem keine schwerwiegenden systematischen Fehler ausgemacht werden. Allgemein ist die Studie übersichtlich und klar verständlich.

Eine Schwäche ist, dass die SIS nur mit der Interventionsgruppe durchgeführt wurde und deshalb kein Vergleich zwischen den beiden Gruppen möglich war. Ebenfalls als eine Einschränkung kann betrachtet werden, dass die BADL und IADL vor der Durchführung des Programms nicht erfasst wurden und somit keine Veränderung durch das Programm evaluierbar war. Zudem wurde die Sicht der Betreuungspersonen nicht erfasst, obwohl deren Wohlbefinden zu den Zielen des Programms gehörte.

Eine weitere Schwäche dieser Studie ist, dass die beiden Gruppen nicht randomisiert wurden und sehr unterschiedliche Grössen hatten (die Kontrollgruppe war doppelt so gross wie die Interventionsgruppe). Die Intervention ist zudem sehr vage beschrieben. Das Rehabilitationsprogramm wäre aufgrund der Beschreibung in dieser Studie in der Praxis nicht umsetzbar. Betreffend der Übertragbarkeit der Studienresultate ist zu beachten, dass die Studie in Israel durchgeführt wurde und deshalb der kulturelle Einfluss bedacht werden muss.

2.2.4 Studie 4

Titel

A multicentre randomized controlled trial of leisure therapy and conventional occupational therapy after stroke

Autoren und Jahr

Parker, C. J., Gladman, J. R. F., Drummond, A. E. R., Dewey, M. E., Lincoln, N. B., Barer, D., Logan, P. A. & Radford, K. A., 2001

Ziel

Das Ziel dieser Studie war, zu überprüfen, ob freizeitbasierte Interventionen zur Verbesserung der Gemütsverfassung, der Partizipation im Bereich Freizeit und der Unabhängigkeit in den ADL wirksamer sind als ADL-basierte Interventionen und ob eine der beiden Interventionsarten besser ist als gar keine Therapie.

Design

Bei dieser Studie handelt es sich um eine RCT. Die Teilnehmer wurden in drei Gruppen (Freizeit-, ADL- und Kontrollgruppe) aufgeteilt. Bei der Randomisierung wurde der Schweregrad der Einschränkungen berücksichtigt.

Stichprobe

Die Stichprobe von insgesamt 466 Klienten nach Schlaganfall wurde in fünf verschiedenen Zentren im Vereinigten Königreich (Aintree, Bristol, Edinburgh, Glasgow und Nottingham) rekrutiert und zufällig in drei Gruppen aufgeteilt. Die Freizeit-Interventionsgruppe umfasste 153 Personen, die ADL-Interventionsgruppe 156 Personen und die Kontrollgruppe 157 Personen. Alle teilnehmenden Zentren genehmigten die Studie ethisch und die Klienten gaben ihr schriftliches Einverständnis zur Teilnahme. Ausgeschlossen wurden Klienten, welche ihren Wohnsitz ausserhalb des lokalen Einzugsgebietes hatten, in ein Alters- oder Pflegeheim verlegt werden mussten, ungenügende Englischkenntnisse hatten um schriftliche Fragebögen auszufüllen, vor dem Schlaganfall bereits eine Demenz hatten, keine ergotherapeutischen Interventionen tolerierten (z.B. aufgrund anderer Krankhei-

ten) oder das Schlaganfallereignis zum Zeitpunkt des Klinikaufenthaltes bereits mehr als sechs Monate zurücklag (nur in Glasgow).

Intervention

Für die Teilnehmer der beiden Interventionsgruppen waren zehn Therapieeinheiten zwischen 30 und 60 Minuten vorgesehen. Die Interventionen fanden bei den Teilnehmern zu Hause statt. Bei der Freizeit-Interventionsgruppe bestand die Behandlung aus Freizeitaktivitäten, um freizeitbezogene Ziele zu erreichen. In der ADL-Interventionsgruppe wurden ADL-Aktivitäten durchgeführt, um ADL-bezogene Ziele zu erreichen. Für jeden Teilnehmer wurde durch den behandelnden Ergotherapeuten ein Formular ausgefüllt, welches Auskunft über die Dauer und Anzahl der durchgeführten Therapieeinheiten sowie über die durchgeführten oder besprochenen Aktivitäten gab. Die Kontrollgruppe erhielt keine Ergotherapie. Alle Teilnehmer waren berechtigt, während der Laufzeit der Studie an anderen Rehabilitationsangeboten teilzunehmen.

Zielparameter und Messgrößen

Das Outcome wurde nach sechs und nach zwölf Monaten mittels schriftlichem Fragebogen gemessen. Die Teilnehmer wurden telefonisch und schriftlich an die Rücksendung des Fragebogens erinnert und bei fehlenden oder unklaren Antworten telefonisch durch eine verblindete Sekretärin kontaktiert, um die offenen Fragen zu klären.

Als primäre Messgrößen wurden Gemütszustand, Freizeitaktivitäten und Unabhängigkeit in den ADL verwendet.

Zur Erfassung des Gemütszustandes wurde die 12-Item-Version des *General Health Questionnaire (GHQ)* (Goldberg & Williams, 1992; zit. nach Parker et al., 2001, S. 44) verwendet. Boey und Chiu (1998) sowie Sriram, Chandrashekar, Isaac und Shanmugham (1989) beurteilen diese als reliabel und valide.

Mit dem *Nottingham Leisure Questionnaire (NLQ)* (Drummond & Walker, 1994) wurden die Daten betreffend der Freizeitaktivitäten gesammelt. Die verkürzte 30-Item-Version wurde von Parker, Logan, Gladman und Drummond (1997) untersucht und die Reliabilität als gut befunden.

Die Unabhängigkeit in den ADL wurde mit der *Nottingham Extended Activities of Daily Living Scale (NEADL)* (Nouri & Lincoln, 1987; zit. nach Parker et al., 2001, S. 44) evaluiert. Gemäss Hsueh, Huang, Chen, Jush und Hsieh (2000) ist die *NEADL* valide. Bezüglich der Reliabilität haben Green, Forster und Young (2001) Instrumente gefunden, welche eine bessere Reliabilität aufweisen.

Neben den drei genannten Hauptmessgrössen wurden die *International Stroke Trial questions (IST)*, die *Oxford Handicap Scale*, der *Barthel Index (BI)* und die *London Handicap Scale (LHS)* angewendet, um die funktionellen Einschränkungen der Teilnehmer zu messen.

Resultate und Hauptaussagen

In der Freizeit-Interventionsgruppe erhielten 69% der Klienten die volle Anzahl der vorgesehenen Therapieeinheiten mit einer durchschnittlichen Dauer von 59 Minuten. In der ADL-Interventionsgruppe waren es 62% der Klienten, welche die maximale Anzahl von zehn Therapieeinheiten mit einer durchschnittlichen Dauer von 52 Minuten erhielten. Sieben Teilnehmer der Freizeit-Interventionsgruppe (5%) und sechs Teilnehmer der ADL-Interventionsgruppe (4%) wurden aufgrund von Krankheit, Tod, Ablehnung oder Fehler nicht behandelt. Drei Teilnehmer der Kontrollgruppe erhielten einige Therapieeinheiten ADL-Training und ein Teilnehmer wurde mit elf Therapieeinheiten Freizeittraining behandelt.

Bei der Outcomemessung nach sechs Monaten waren noch 440 Klienten (94%) am Leben, wovon 374 Klienten (85% der Überlebenden) den Fragebogen retournierten. Die Auswertung der Ergebnisse zeigte bei sämtlichen Messungen keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen. Die Freizeit-Interventionsgruppe wies eine leichte Verbesserung in allen Bereichen auf, bei der ADL-Interventionsgruppe konnte in den Bereichen Gemütszustand und ADL eine geringe Steigerung nachgewiesen werden. Nach zwölf Monaten ergab die erneute Outcomemessung dieselben Resultate. Zu diesem Zeitpunkt waren noch 426 Teilnehmer am Leben, wovon 331 Teilnehmer (78% der Überlebenden) den Fragebogen ausfüllten.

Die Studie findet keinen bedeutenden positiven Kurz- oder Langzeiteffekt von zusätzlichen Freizeit- oder ADL-Interventionen auf Gemütszustand, Partizipation im Bereich Freizeit oder Unabhängigkeit in den ADL. Die Autoren der Studie betonen deshalb, dass Ergotherapeuten in der ambulanten Behandlung von Klienten nach

Schlaganfall die routinemässige Anwendung von Freizeit- oder ADL-Aktivitäten gut überdenken sollten. Zudem sollte überprüft werden, ob mit den durchgeführten Interventionen die gesetzten Therapieziele angestrebt werden.

Stärken und Schwächen

Stärken dieser Studie sind die grosse Stichprobe und deren randomisierte Zuteilung in drei gleich grosse Gruppen. Die Forscher blieben bis zuletzt verblindet.

Als Gründe für die Diskrepanzen zwischen den Resultaten dieser und vorangegangenen Studien werden die unterschiedlichen Designs und die verschiedenen Interventionsmöglichkeiten der durchführenden Ergotherapeuten genannt. Zudem ist es möglich, dass sich diese multizentrische Studie in ihrer Qualität von Studien unterscheidet, die ihre Teilnehmer aus nur einem Zentrum rekrutierten. Gemäss den Autoren der Studie sind die Ergebnisse der unizentrischen Studien nicht repräsentativ für die Praxis.

Eine Schwäche dieser Studie ist es, dass die Ergebnisse nicht von allen überlebenden Studienteilnehmern eingeholt werden konnten. Einige durchführende Ergotherapeuten fühlten sich durch die klare Trennung von Freizeit- und ADL-Interventionen eingeschränkt. Zudem wurden sie angehalten, in jedem Fall zehn Therapieeinheiten durchzuführen, egal ob dies indiziert war oder nicht. Weiter wurde von Parker et al. (2001) vermutet, dass der Behandlungserfolg aufgrund zu kleiner Behandlungsintensität ausblieb. Die mangelnde Sensibilität der gewählten Messgrössen für die Outcomemessung wurde ebenfalls als Grund in Betracht gezogen, jedoch wieder verworfen.

Weitere klare Schwächen der Studie sind die unterschiedliche Dauer und Anzahl der Behandlungen der beiden Interventionsgruppen sowie die teilweise Behandlung einiger Mitglieder der Kontrollgruppe (Kontaminierung). Ko-Interventionen können ebenfalls nicht ausgeschlossen werden, da alle Studienteilnehmer während der Laufzeit der Studie die Möglichkeit hatten, an weiteren Rehabilitationsangeboten teilzunehmen. Zudem stammen zahlreiche der zitierten Quellen von den Autoren der Studie selbst und sind deshalb nicht unabhängig.

2.2.5 Studie 5

Titel

A study of interventions and related outcomes in a randomized controlled trial of occupational therapy and leisure therapy for community stroke patients

Autoren und Jahr

Logan, P. A., Gladman, J. R. F., Drummond, A. E. R. & Radford, K. A., 2003

Ziel

Das Ziel dieser Studie war, zu erforschen, ob es einen Zusammenhang zwischen spezifischen ergotherapeutischen Interventionen und einer auf diese Interventionen zurückführbare Verhaltensänderung des Klienten gibt.

Design

Die vorliegende Studie basiert auf der zuvor analysierten RCT von Parker et al. (2001). Es werden in dieser Analyse jedoch nur die Daten der beiden Interventionsgruppen berücksichtigt.

Stichprobe

In dieser Analyse wurden aus der Gesamtstichprobe von 466 Klienten nach Schlaganfall die 309 Teilnehmer der beiden Interventionsgruppen (Freizeit-Interventionsgruppe 153 Personen, ADL-Interventionsgruppe 156 Personen) berücksichtigt. Die Gruppen waren ausgeglichen betreffend Alter, Geschlecht, funktionellen Fähigkeiten, Aufenthaltsdauer in einer Klinik, Einschränkungen vor dem Ereignis und Zivilstand. Bezüglich der Genehmigung der Studie durch eine Ethikkommission sowie der Einschlusskriterien für die Stichprobe wird auf die Arbeit von Parker et al. (2001) verwiesen.

Intervention

In dieser Studie wurden die Daten der Studie von Parker et al. (2001) weiter analysiert. Die Autoren trugen sämtliche durchgeführten Aktivitäten aus beiden Interventionsgruppen zusammen, kodierten diese in 34 Kategorien und versuchten zu ermitteln, welche Aktivitäten signifikant einer Interventionsgruppe (Freizeit oder

ADL) zugeordnet werden können. Bei den zugeordneten Aktivitäten wurde untersucht, mit welchem Messinstrument die betreffenden Daten gesammelt worden waren. Anschliessend wurden diese Resultate zwischen den beiden Interventionsgruppen verglichen.

Zielparameter und Messgrössen

Für die Analyse wurden die mittels *Nottingham Leisure Questionnaire (NLQ)*, *Barthel Index (BI)* und *Nottingham Extended Activities of Daily Living Scale (NEADL)* erfassten Daten von Parker et al. (2001) verwendet.

Resultate und Hauptaussagen

Die sechs Aktivitäten Putzen, sich Kleiden, Kochen, Baden, Transfers und Mobilität konnten signifikant der ADL-Interventionsgruppe zugeordnet werden. Der Freizeit-Interventionsgruppe entsprachen die sieben Aktivitäten Sport, Spielen, Hobbys, kreative Aktivitäten, Gärtnern, Unterhaltung und Shopping.

Die Studie fand keine signifikante Evidenz, dass spezifische ADL- oder Freizeit-Interventionen zu einer Verbesserung im entsprechenden Bereich führen. Das ADL-Outcome der Klienten in der ADL-Interventionsgruppe war nicht besser als dasjenige der Freizeit-Interventionsgruppe und umgekehrt. Die Autoren der Studie schlossen daraus, dass Therapeuten beim Planen und Durchführen von Behandlungen nicht davon ausgehen können, dass all ihre Aktivitäten zu einer dauerhaften Verhaltensänderung bei den Klienten führen.

Stärken und Schwächen

In der Studie wird als Schwäche erwähnt, dass nicht mit allen Klienten beider Interventionsgruppen jede spezifische Aktivität durchgeführt wurde. Zudem wurde das Outcome in *selbständig* oder *nicht selbständig* kategorisiert. Die Häufigkeit der Durchführung einer Aktivität wurde dabei nicht berücksichtigt. Eine weitere Einschränkung ist, dass die Autoren der Studie wenig darüber wissen, wie und von wem die Aktivitäten ausgewählt wurden. Ebenfalls ist nichts darüber bekannt, ob Ziele festgelegt wurden und ob diese erreicht wurden oder nicht.

Sowohl die systematischen Fehler als auch die Stärken der Arbeit von Parker et al. (2001) sind auf diese Studie übertragbar.

Tabelle 2: Übersicht über die analysierten Studien

Autoren und Jahr	Stichprobe	Design	Instrumente	Intervention	Resultate
Nour, K., Desrosiers, J., Gauthier, P., Carbonneau, H., 2002	13 Personen nach Schlag- anfall, älter als 55 Jahre, aus Kanada	RCT	BDI, SA-SIP30, LSS, LDB	Interventionsgruppe: Hausbe- suche mit Durchführung eines <i>Home Leisure Educational Program</i> Kontrollgruppe: Hausbesuche mit lockeren Gesprächen	Beide Gruppen: Depression blieb auf ähnli- chem Niveau Interventionsgruppe: allgemeine, psycholo- gische und physische Lebensqualität ↑
Desrosiers, J., Noreau, L., Rochette, A., Carbonneau, H., Fontaine, L., Viscogliosi, C., Bravo, G., 2007	62 Personen nach Schlag- anfall, aus Kanada	RCT	GWB, CES-D, SA-SIP30, Tagebuch- einträge, LSS, zwei Teile ILP	Interventionsgruppe: Durch- führung eines <i>Home Leisure Education Program</i> zu Hause und ausser Haus Kontrollgruppe: Hausbesuche mit Gesprächen ohne Bezug zur Freizeit	Beide Gruppen: Subjektives Wohlbefinden und gesundheitsbezogene Lebensqualität ↑ Interventionsgruppe: Depression ↓, aktive Freizeitaktivitäten ↑, Zufriedenheit in Bezug auf Freizeit ↑ Kontrollgruppe: Zufriedenheit in Bezug auf Freizeit unverändert
Hartman-Maeir, A., Eliad, Y., Kizoni, R., Nahaloni, I., Kelberman, H., Katz, N., 2007	83 Personen nach Schlag- anfall, aus Israel	CCT	FIM, IADLq, ACS, LiSat-9, SIS	Interventionsgruppe: Teil- nahme an gemeindebasier- tem, multidisziplinärem Tages- rehabilitationsprogramm Kontrollgruppe: keine Inter- vention	Interventionsgruppe: Aktivitätenlevel ↑, Le- benszufriedenheit mit <i>Leben als Ganzes</i> und <i>Freizeitsituation</i> ↑, funktioneller Status un- verändert, Vermutung: therapeutische Um- gebung hat Einfluss auf Gesamtzufrieden- heit

Fortsetzung Tabelle 2: Übersicht über die analysierten Studien

Autoren und Jahr	Stichprobe	Design	Instrumente	Intervention	Resultate
Parker, C. J., Gladman, J. R. F., Drummond, A. E. R., Dewey, M. E., Lincoln, N. B., Barer, D., Logan, P. A., Radford, K. A., 2001	466 Personen nach Schlag- anfall, aus dem Verei- nigten König- reich	RCT	GHQ, NLQ, NEADL, IST, Oxford Handicap Scale, BI, LHS	Interventionsgruppen: ergothe- rapeutische Domizilbehand- lungen mit Schwerpunkt ADL oder Freizeit Kontrollgruppe: keine Inter- vention	Keine signifikanten Veränderungen zwi- schen allen Gruppen, zusätzliche ADL- oder Freizeit-Interventionen haben keinen Effekt auf Gemütszustand, Partizipation im Bereich Freizeit oder Unabhängigkeit in den ADL
Logan, P. A., Gladman, J. R. F., Drummond, A. E. R., Radford, K. A., 2003	309 Personen nach Schlag- anfall, aus dem Verei- nigten König- reich	Weitere Analyse von Daten aus der RCT von Parker et al., 2001	NLQ, BI, NEADL	Analyse der durchgeführten Aktivitäten in den beiden Inter- ventionsgruppen der Studie von Parker et al. (2001)	Keine signifikante Evidenz vorhanden, dass spezifische ADL- oder Freizeitinterventionen zu einer Verbesserung im entsprechenden Bereich führen

3. Diskussion

3.1 Vergleich der Ergebnisse aus den analysierten Studien und Verknüpfung mit der Theorie

Das Ziel dieser Bachelorarbeit war, den Einfluss ergotherapeutischer Interventionen bezogen auf den Lebensbereich Freizeit auf die Lebensqualität von Klienten nach Schlaganfall in der chronischen Phase zu untersuchen.

Die analysierten Studien kamen diesbezüglich auf unterschiedliche Ergebnisse. Das *Home Leisure Education Program* in den Studien von Nour et al. (2002) und Desrosiers et al. (2007) zeigte eine positive Wirkung auf die Lebensqualität und in der Studie von Desrosiers et al. (2007) zusätzlich auf die Depression. Das Tagesrehabilitationsprogramm in der Studie von Hartman-Maeir, Eliad et al. (2007) wirkte sich ebenfalls positiv auf die Lebenszufriedenheit der Teilnehmer aus. Die Studien von Parker et al. (2001) und Logan et al. (2003) deuteten darauf hin, dass das Üben von Freizeitaktivitäten die Performanz und Partizipation im Bereich Freizeit nicht verbesserte.

Desrosiers et al. (2007) gingen in ihrer Studie auf die Resultate früherer Studien ein und nannten als Grund für die unterschiedlichen Ergebnisse die Vielfältigkeit der untersuchten Programminhalte. Die Interventionen in den Studien von Parker et al. (2001) und Logan et al. (2003) basierten auf dem Training von Freizeitaktivitäten. Im *Home Leisure Education Program* (Carbonneau et al., 1994; zit. nach Nour et al., 2002, S. 52) stellte dies jedoch nur einen kleinen Bestandteil dar. Der Fokus des Programms lag auf dem Lernprozess, der Personen befähigen soll, ihre Freizeit zu optimieren (Desrosiers et al., 2007). Desrosiers et al. (2007) nahmen an, dass ihre Studie deshalb positivere Ergebnisse aufzeigte. Die Intervention von Hartman-Maeir, Eliad et al. (2007) wurde nicht klar beschrieben. Mit grosser Wahrscheinlichkeit wurde mit der Intervention sowohl das Training von Freizeitaktivitäten als auch der Umgang mit den wahrgenommenen Einschränkungen angesprochen.

Unter Berücksichtigung dieser Aspekte lässt sich schliessen, dass für die Verbesserung der Lebensqualität ein Ansatz auf kognitiver Ebene wirkungsvoller ist als

reines Üben von Freizeitaktivitäten. Das *Home Leisure Education Program* erwies sich als eine effektvolle Therapiestruktur, die beide Bestandteile mit einbezieht. Zu beachten ist, dass in den Studien von Nour et al. (2002) und Desrosiers et al. (2007) nach sechs und zwölf Monaten keine Nachfolgemessungen durchgeführt wurden. Somit ist die nachhaltige Wirkung des Programms nicht untersucht.

Die oben genannten Ergebnisse und Schlussfolgerungen beziehen sich auf Klienten nach Schlaganfall ohne Aphasie oder schwere kognitive Einschränkungen. In den in dieser Arbeit analysierten Studien galten Aphasie und schwere kognitive Beeinträchtigungen als Ausschlusskriterium. Gemäss Kauhanen et al. (2000) weisen 34% der Klienten nach Schlaganfall in der Akutphase und 23% bleibend eine Aphasie auf (vor allem die schwerer Betroffenen). Die Resultate sind somit nicht auf die Gesamtbreite aller Klienten nach Schlaganfall übertragbar.

Das für wirksam befundene *Home Leisure Education Program* wird im Folgenden anhand der ergotherapeutischen Theorie näher beurteilt und mit dem transtheoretischen Modell der Verhaltensänderung (TTM) (Prochaska & Velicer, 1997) verglichen. Wie in den analysierten Studien wird dabei von Klienten nach Schlaganfall ausgegangen, die nicht an schweren kognitiven Beeinträchtigungen leiden.

Mit dem Fokus auf der Befähigung des Klienten, seine Freizeit bewusst zu gestalten, unterstützt das *Home Leisure Education Program* folgenden Leitgedanken der Ergotherapie: „Ergotherapeuten sollten ihren Klienten Möglichkeiten für eigene Problemlösungen und Planungen zur Verfügung stellen, sodass die Klienten die Regie über ihre Entscheidungen selbst übernehmen können“ (Götsch, 2007, S. 3). Je nach Bewusstsein des Klienten bezüglich seiner Freizeitsituation kann der Startpunkt und das Fortschrittstempo des Programms angepasst werden. Das *Home Leisure Education Program* berücksichtigt die individuelle Lebenssituation des Klienten, den Grad der Akzeptanz seines Schlaganfalls, seine Interessen, die von ihm wahrgenommenen Barrieren und die Umwelt, in welcher die Freizeitaktivitäten stattfinden (Nour et al., 2002). Durch die individuellen Anpassungsmöglichkeiten des Programms auf den jeweiligen Klienten wird es dem in der Ergotherapie bedeutenden Grundsatz der klientenzentrierten Praxis (Götsch, 2007) gerecht. Das *Home Leisure Education Program* scheint gewisse Parallelen zum Transtheoretischen Modell der Verhaltensänderung (TTM) zu haben (Prochaska & Velicer,

1997). „Im Zentrum des [Transtheoretischen] Modells steht die Bereitschaft zur Veränderung von (Risiko-)Verhalten“ (Keller, 2004, S.35). Veränderung von Verhalten ist ein Prozess der zeitlich individuell unterschiedlich verläuft (Keller, 1998). Im TTM werden sechs Stufen der Verhaltensänderung beschrieben (Keller, 1998) (siehe Anhang 5). „Personen in den einzelnen Stufen unterscheiden sich voneinander durch die Ausprägung der wahrgenommenen Vor- und Nachteile sowie durch die Selbstwirksamkeitserwartungen bezüglich einer Verhaltensänderung“ (Keller, 2004, S.35). Um eine erfolgreiche Verhaltensänderung zu erzielen, ist das Durchlaufen aller Stufen wesentlich (Keller, 1998).

Das *Home Leisure Education Program* zielt auf eine Verhaltensänderung im Bereich Freizeit ab. Ähnlich wie im TTM geht es zuerst darum, sich dem Sachverhalt bewusst zu werden, in diesem Falle den persönlichen Interessen und der Bedeutung von Freizeitaktivitäten, dem Angebot und Zugang der Freizeitmöglichkeiten und möglichen Veränderungswünschen bezüglich des Freizeitverhaltens. Danach werden konkrete Lösungsmöglichkeiten erarbeitet, geplant, ausprobiert und schliesslich umgesetzt. Die Klienten werden anhand von Leitfragen durch diesen Prozess geleitet. Im *Home Leisure Education Program* wird nicht wie im TTM Bezug zu einer zeitlichen Einteilung hergestellt. Nour et. al. (2002) betonen jedoch ebenfalls, dass für eine erfolgreiche Verhaltensänderung und Verbesserung der Zufriedenheit im Bereich Freizeit alle Schritte durchlaufen werden müssen.

Das TTM wird in der Forschung häufig als Grundlage für Interventionen in verschiedenen Settings herangezogen. Es wird von einer Generalisierbarkeit des Modells auf vielfältige Verhaltensweisen ausgegangen (Keller, 2004). Die Ähnlichkeit des Ansatzes des *Home Leisure Education Program* mit dem TTM unterstützt möglicherweise die Annahme der Wirksamkeit des *Home Leisure Education Program*.

Im Kapitel *Betätigungsbereiche in der ergotherapeutischen Theorie* wurde aufgezeigt, dass der Bereich Freizeit in der ergotherapeutischen Theorie eine gleichwertige Stellung wie die anderen Betätigungsbereiche hat. Im Kapitel *Einschränkungen nach Schlaganfall im Bereich Freizeit und deren Einfluss auf die Lebensqualität* wurde verdeutlicht, dass ein grosser Teil der Klienten nach Schlaganfall Einschränkungen im Bereich Freizeit erlebt und diese Einschränkungen Einfluss

auf die Lebensqualität haben. Die Ergebnisse der analysierten Studien haben gezeigt, dass ergotherapeutische Interventionen bezogen auf den Bereich Freizeit, im Besonderen das *Home Leisure Education Program*, die Lebensqualität von Klienten nach Schlaganfall verbessern können. Somit wird der Einbezug des Bereichs Freizeit in der Ergotherapie bei Klienten nach Schlaganfall in der chronischen Phase empfohlen. Hierbei gilt es zu beachten, dass die berücksichtigten ergotherapeutischen Modelle / Framework (Bieler Modell, CMOP-E und OTPF) und die analysierten Studien von Nour et al. (2002), Desrosiers et al. (2007), Parker et al. (2001) und Logan et al. (2003) aus verschiedenen Kulturen stammen, welche jedoch alle westlich orientiert sind. Den grössten Unterschied zur westlichen Kultur weist auf den ersten Blick die in Jerusalem / Israel durchgeführte Studie von Hartman-Maeir, Eliad et al. (2007) auf. Da Jerusalem in aktueller Literatur (Gorys & Gorys, 2009) als moderne Grossstadt mit grosser kultureller und historischer Vielfalt dargestellt wird, lassen sich die gemachten Aussagen weitgehend auf den hiesigen Kulturkreis übertragen.

Die Freizeit hat in verschiedenen Kulturen einen unterschiedlichen Stellenwert, da dieser Lebensbereich von vielen kulturellen Einflüssen und Gewohnheiten geprägt ist (Bednarz-Braun & Hess-Meining, 2004). Mitglieder der Wohlstandsgesellschaft sehen in der Freizeit gemäss Osmani (2006, S. 1) eine „kreative Gestaltung der Lebensperspektive“, wohingegen Angehörige von Entwicklungsgesellschaften oder Migranten stärker mit dem Erhalt ihrer Existenz oder Anpassungsbemühungen beschäftigt sind. Die Religionszugehörigkeit kann das Freizeitverhalten durch die kollektivistische Lebensform, die starke familiäre Verbundenheit, das Leben traditioneller Werte, den Anspruch der Bescheidenheit oder das Verbot gewisser Nahrungsmittel und Alkohol ebenfalls massgeblich beeinflussen (Stodolska & Livengood, 2006). In gewissen Kulturen ist der Lebensbereich Freizeit gar etwas Unbekanntes (Bhugra et al., 1999).

In der Therapie arbeiten Ergotherapeuten oft mit Klienten aus anderen Kulturkreisen (Dahinden, 2007). Aufgrund des unterschiedlichen Stellenwerts des Bereichs Freizeit in den verschiedenen Kulturen ist zu beachten, dass die in der Studienanalyse evaluierten ergotherapeutischen Interventionen nicht eins zu eins auf alle Klienten übertragbar sind.

3.2 Implikationen für die ergotherapeutische Praxis

Aus den Ergebnissen dieser Arbeit geht hervor, dass zur Verbesserung der Lebensqualität der Bereich Freizeit als wichtiger Teil in die Rehabilitation nach Schlaganfall mit einbezogen werden sollte. Das *Home Leisure Education Program* von Carbonneau et al. (1994; zit. nach Nour et al., 2002, S. 52) wird als effektiv und in der Praxis gut einsetzbar eingestuft. Es steht in Übereinstimmung mit den Grundsätzen der ergotherapeutischen Theorie und den in dieser Arbeit berücksichtigten Modellen / Framework.

Für die Durchführung des Programms mit Domizilbesuchen, wie es in den Studien von Nour et al. (2002) und Desrosiers et al. (2007) beschrieben wurde, würden in der Schweiz vor allem die im Kanton Waadt verbreiteten Centres médico-sociaux (CMS) einen geeigneten Rahmen bieten. Dort sind Ergotherapeuten regional angestellt und in die Spitexorganisation, welche Hilfe und Pflege zu Hause anbietet, eingebunden (Künzi & Detzel, 2007; Association vaudoise d'aide et de soins à domicile (AVASAD), 2010). Andernorts gibt es ebenfalls vereinzelt Spitexorganisationen, die Ergotherapeuten angestellt haben (Künzi & Detzel, 2007). Für diese oder ähnliche Institutionen ist die Anwendung des Programms gut denkbar.

Nour et al. (2002) betonen, dass das Programm nicht teurer sei als traditionelle Rehabilitationsangebote und dass für einen maximalen Effekt schon in der stationären Rehabilitation mit dem Programm begonnen werden sollte. Aus dieser Empfehlung lässt sich schliessen, dass das Programm im stationären, teilstationären oder ambulanten Setting angewendet werden kann.

Auch Tagesrehabilitationsprogramme, die den Bereich Freizeit berücksichtigen, können die Lebensqualität der Teilnehmer positiv beeinflussen (Hartman-Maeir, Eliad et al., 2007). Es ist zu beachten, dass reines Üben von Freizeitaktivitäten keine Verhaltensänderung und Verbesserung der Lebensqualität erzielt. Parker et al. (2001) und Logan et al. (2003) unterstreichen, dass Ergotherapeuten überprüfen sollen, ob mit ihren Interventionen die gesetzten Ziele erreicht werden.

Aufgrund der unterschiedlichen wissenschaftlichen Resultate bezogen auf spezifische Interventionsformen im Bereich Freizeit könnte die Motivation der Therapeuten gesenkt werden, die wertvollen und begrenzten Ressourcen der Ergotherapie in diesen Aspekt der Rehabilitation nach Schlaganfall zu setzen. Die starke Evidenz, dass ein Schlaganfall die Freizeit beeinträchtigt und dass der Verlust von

bedeutungsvoller Freizeit die Lebensqualität beeinflusst, bestärkt jedoch die Wichtigkeit, diesen Aspekt in die Rehabilitation nach Schlaganfall mit einzubeziehen. (Korner-Bitensky et al., 2008)

4. Schlussteil

4.1 Abschliessendes Statement

Die Autorinnen dieser Arbeit kommen zum Schluss, dass Klienten nach Schlaganfall durch ihre Einschränkungen im Bereich Freizeit eine reduzierte Lebensqualität erfahren und diese durch ergotherapeutische Interventionen positiv beeinflusst werden kann.

Die Studienanalyse hat gezeigt, dass nicht alle Interventionen ein positives Resultat hervorbringen. Mit dem Üben bestimmter Freizeitaktivitäten konnte in der vorhandenen Literatur kein Therapieerfolg nachgewiesen werden. Vielversprechend hingegen ist der kognitive Ansatz des *Home Leisure Education Program* (Carbonneau et al., 1994; zit. nach Nour et al., 2002, S. 52), bei dem es darum geht, die Klienten zu befähigen, ihre Freizeit zu optimieren und Eigenverantwortung zu übernehmen.

In Anbetracht dieser Resultate und dem ergotherapeutischen Gedanken der ganzheitlichen Erfassung der Klienten (AOTA, 2002, Übers. Reichel, 2005) sollten praktizierende Ergotherapeuten dazu ermutigt werden, in der Rehabilitation von Klienten nach Schlaganfall in der chronischen Phase dem Lebensbereich Freizeit vermehrt Beachtung zu schenken und ihn aktiv in die Rehabilitation mit einzubeziehen.

4.2 Offene Fragen

Offen bleibt die Frage nach der Langzeitwirkung der untersuchten Interventionen, insbesondere des als effektiv befundenen *Home Leisure Education Program* (Carbonneau et al., 1994; zit. nach Nour et al., 2002, S. 52). Dazu und zu allfälligen weiteren Interventionsmöglichkeiten ist weitere Forschung nötig. Logan et al. (2003) empfehlen für weitere Studien, die Interventionen detailliert zu beschreiben und auf der Basis eines theoretischen Bezugsrahmens aufzubauen.

Bezüglich der Umsetzbarkeit in der Schweiz wäre es interessant, vertieft zu untersuchen, welche Angebote und institutionellen Rahmenbedingungen bereits bestehen und wie eine Umsetzung aussehen könnte. Dieses Vorhaben hätte jedoch den Rahmen dieser Arbeit gesprengt.

Ein weiteres grosses Thema, das ausgeklammert werden musste, ist die Frage nach den existierenden und in der Praxis angewendeten Assessments im Bereich Freizeit. Zu Forschungszwecken gibt es, wie aus den analysierten Studien ersichtlich ist, sehr viele freizeitbezogene Assessments. Bei einer grossflächigen Befragung von kanadischen Ergotherapeuten stellte sich jedoch heraus, dass diese in der Praxis keine standardisierten Assessments zur Erfassung der Freizeitsituation von Klienten nach Schlaganfall anwenden (Korner-Bitensky et al., 2008). Es ist deshalb zu evaluieren bzw. zu erforschen, welche der existierenden Assessments für den Einsatz in der Praxis geeignet sind und warum momentan der Gebrauch von Erfassungsinstrumenten im Bereich Freizeit in der Ergotherapie nicht verbreitet ist.

5. Danksagung

Wir bedanken uns herzlich bei allen, die uns während dieser Arbeit auf irgendeine Art und Weise unterstützt und motiviert haben. Ein besonderer Dank gilt unserer betreuenden Lehrperson, Frau Andrea Weise, für ihre wertvollen Tipps und Denkanstösse, Mirjam Wallimann und Margrit Wirth für das kritische Korrekturlesen der Arbeit und Daniel Kern für seine Unterstützung bei den Grafiken und technischen Feinessen.

6. Literaturverzeichnis

- Amarshi, F., Artero, L. & Reid, D. (2006). Exploring social and leisure participation among stroke survivors: Part one. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 13, 166-170.
- Amarshi, F., Artero, L. & Reid, D. (2006). Exploring social and leisure participation among stroke survivors: Part two. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 13, 199-208.
- American Psychological Association. (2001). *Publication Manual of the American Psychological Association* (5th ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Association vaudoise d'aide et de soins à domicile. (2009). [On-Line]. Available: <http://www.aide-soins-domicile-vaud.ch> (14.04.2010).
- Bednarz-Braun, I. & Hess-Meining, U. (2004). *Migration, Ethnie und Geschlecht: Theorieansätze – Forschungsstand – Forschungsperspektiven*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Behrens, J. & Langer, G. (2006). *Evidence-based nursing and Caring. Interpretativ hermeneutische und statistische Methoden für tägliche Pflegeentscheidungen, Vertrauensbildende Entzauberung der „Wissenschaft“*. Bern: Huber.
- Bhugra, D., Bhui, K., Mallett, R., Desai, M., Singh, J. & Leff, J. (1999). Cultural identity and its measurement: A questionnaire for Asians. *International Review of Psychiatry*, 11, 244-249.
- Boey, K. W. & Chiu, H. F. K. (1998). Assessing psychological well-being of the old-old: A comparative study of GDS-15 and GHQ-12. *Clinical Gerontologist*, 19, 65-75.
- Böhmer, S. (2002). Lebensqualität. In R. Schwarzer, M. Jerusalem & H. Weber (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie von A bis Z – Ein Handwörterbuch* (S. 349-352). Göttingen: Hogrefe.
- Bundesamt für Statistik. (2009). *Sterbeziffern für 30 wichtige Todesursachen nach Geschlecht* [On-Line]. Available: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/04/key/01.Document.103006.xls> (09.02.2010).

- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. (1998). *Arbeitshilfe für die Rehabilitation von Schlaganfallpatienten* [On-Line]. Available: http://www.bar-frankfurt.de/upload/Arbeitshilfe_Schlaganfall_221.pdf (19.04.2010).
- Canadian Association of Occupational Therapists. (2002). *Enabling Occupation: An Occupational Therapy Perspective* (2. Aufl.). Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Carlsson, M. & Hamrin, E. (1996). Measurement of quality of life in women with breast cancer. Development of a Life Satisfaction Questionnaire (LSQ-32) and a comparison with the EORTC QLQ-C30. *Quality of Life Research*, 5, 265-274.
- Dahinden, J. (2007). Migration und transkulturelle Kompetenz – Migration und Diversität. In P. Saladin (Hrsg.), *Diversität und Chancengleichheit – Grundlagen für erfolgreiches Handeln im Mikrokosmos der Gesundheitsinstitutionen* (S. 23-25). Bern: Bundesamt für Gesundheit BAG.
- Desrosiers, J., Noreau, L., Rochette, A., Carbonneau, H., Fontaine, L., Viscogliosi, C. & Bravo, G. (2007). Effect of a Home Leisure Education Program after stroke: A randomized controlled trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 88, 1095-1100.
- Doble, S. E. & Caron Santha, J. (2008). Occupational well-being: Rethinking occupational therapy outcomes. *Canadian Journal of Occupational Therapy – Revue Canadienne d’Ergothérapie*, 75, 184-190.
- Drummond, A. E. R. & Walker, M. F. (1994). The Nottingham Leisure Questionnaire for stroke patients. *British Journal of Occupational Therapy*, 57, 414-418.
- Duden. (2005). *Das Fremdwörterbuch* (8. Aufl., 5. Band). Mannheim: Dudenverlag.
- Duncan, P. W., Bode, R. K., Lai, S. M. & Perera, S. (2003). Rasch analysis of a new stroke-specific outcome scale: The Stroke Impact Scale. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 84, 950-963.
- Duncan, P. W., Wallace, D., Lai, S. M., Johnson, D., Embretson, S. & Laster, L. J. (1999). The Stroke Impact Scale Version 2.0: Evaluation of reliability, validity and sensitivity to change. *Stroke*, 30, 2131-2140.

- Fazio, A. F. (1977). A concurrent validation study of the NCHS General Well-Being Schedule. *Vital and Health Statistics*, 2, 1-53.
- Fugl-Meyer, A. R., Branholm, I. B. & Fugl-Meyer, K. S. (1991). Happiness and domain-specific life satisfaction in adult northern Swedes. *Clinical Rehabilitation*, 5, 25-33.
- Gorys, E. & Gorys, A. (2009). *Heiliges Land – Ein 10000 Jahre altes Kulturland zwischen Mittelmeer, Rotem Meer und Jordan*. Ostfildern: DuMont Reiseverlag.
- Götsch, K. (2007). Definition, Systematik und Wissenschaft in der Ergotherapie. In C. Scheepers, U. Steding-Albrecht & P. Jehn (Hrsg.), *Ergotherapie – Vom Behandeln zum Handeln* (S. 2-10). Stuttgart: Thieme.
- Green, J., Forster, A. & Young, J. (2001). A test-retest reliability study of the Barthel Index, the Rivermead Mobility Index, the Nottingham Extended Activities of Daily Living Scale and the Frenchay Activities Index in stroke patients. *Disability and Rehabilitation*, 23, 670-676.
- Habermann, C. (2009). Der Gegenstandsbereich der Ergotherapie und seine Elemente. In C. Habermann & F. Kolster (Hrsg.), *Ergotherapie im Arbeitsfeld Neurologie* (S. 2-16). Stuttgart: Thieme.
- Haisch, J., Weitkunat, R. & Wildner, M. (1999). *Wörterbuch Public Health – Gesundheitswissenschaften*. Bern: Hans Huber.
- Hamilton, B. B., Granger, C. V., Sherwin, F. S., Zielezny, M. & Tashman, J. S. (1987). A uniform national data system for medical rehabilitation. In M. J. Fuhrer (Hrsg.), *Rehabilitation Outcomes – Analysis and Measurement* (S. 137-147). Baltimore: Brookes.
- Hanser, H. (2001). *Lexikon der Neurowissenschaft* (3. Band). Heidelberg: Spektrum.
- Harth, A. (2002). Das Canadian Model of Occupational Performance (CMOP). In U. Marotzki (Hrsg.), *Ergotherapeutische Modelle praktisch angewandt* (S. 103-130). Berlin: Springer.
- Hartman-Maeir, A., Eliad, Y., Kizoni, R., Nahaloni, I., Kelberman, H. & Katz, N. (2007). Evaluation of a long-term community based rehabilitation program for adult stroke survivors. *Neurorehabilitation*, 22, 295-301.

- Hartman-Maeir, A., Soroker, N., Ring, H., Avni, N. & Katz, N. (2007). Activities, participation and satisfaction one-year post stroke. *Disability and Rehabilitation*, 29, 559-566.
- Hsueh, I. P., Huang, S. L., Chen, M. H., Jush, S. D. & Hsieh, C. L. (2000). Evaluation of stroke patients with the Extended Activities of Daily Living Scale in Taiwan. *Disability and Rehabilitation*, 22, 495-500.
- Katz, N., Karpin, H., Lak, A., Furman, T. & Hartman-Maeir, A. (2003). Participation in occupational performance: Reliability and validity of the Activity Card Sort. *Occupational Therapy Journal of Research*, 23, 10-17.
- Kauhanen, M. L., Korpelainen, J. T., Hiltunen, P., Maatta, R., Mononen, H., Brusin, E. et al. (2000). Aphasia, depression and non-verbal cognitive impairment in ischaemic stroke. *Cerebrovascular Diseases*, 10, 455-461.
- Keller, S. (1998). *Zur Validität des Transtheoretischen Modells – Eine Untersuchung zur Veränderung des Ernährungsverhaltens. Dissertation* [On-Line]. Available: <http://archiv.ub.uni-marburg.de/diss/z1998/0303/html/frame.htm> (12.04.2010).
- Keller, S. (2004). Motivation zur Verhaltensänderung – Aktuelle deutschsprachige Forschung zum Transtheoretischen Modell. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 12, 35- 38.
- Korner-Bitensky, N., Desrosiers, J. & Rochette, A. (2008). A national survey of occupational therapists' practices related to participation post-stroke. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 40, 291-297.
- Künzi, K. & Detzel, P. (2007). *Innovationen in der ambulanten Grundversorgung durch vermehrten Einbezug nichtärztlicher Berufsleute*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Laag, M. & Meyer, J. (2000). *Stroke Unit*. Bern: Hans Huber.
- Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J. & Westmorland, M. (1998a). *Critical Review Form – Quantitative Studies* [On-Line]. Available: <http://www.srs-mcmaster.ca/Portals/20/pdf/ebp/quanreview.pdf> (26.09.2009).
- Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J. & Westmorland, M. (1998b). *Guidelines for Critical Review Form – Quantitative Studies* [On-Line]. Available: <http://fhs.mcmaster.ca/rehab/ebp/pdf/quanguidelines.pdf> (07.04.2010).

- Lawton, M. P. & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: Selfmaintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 9, 179-186.
- Logan, P. A., Gladman, J. R. F., Drummond, A. E. R. & Radford, K. A. (2003). A study of interventions and related outcomes in a randomized controlled trial of occupational therapy and leisure therapy for community stroke patients. *Clinical Rehabilitation*, 17, 249-255.
- Lundgren Nilsson, A., Aniansson, A. & Grimby, G. (2000). Rehabilitation needs and disability in community living stroke survivors two years after stroke. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 6, 30-47.
- McKenna, K., Liddle, J., Brown, A., Lee, K. & Gustafsson, L. (2009). Comparison of time use, role participation and life satisfaction of older people after stroke with a sample without stroke. *Australian Occupational Therapy Journal*, 56, 177-188.
- Métral, M., Wassmer, L. & Bertrand, M. (2008). Considération des activités de loisirs par des ergothérapeutes suisses dans la réadaptation de personnes présentant une hémiplegie. *Canadian Journal of Occupational Therapy – Revue Canadienne d’Ergothérapie*, 75, 272-281.
- Mosthaf, U., Nieuwesteeg, M.-Th., Béguin, H., Dreier, S., Schüpbach, H., Somazzi, M. & Versümer, G. (2007). *Das Bieler Modell - ein Modell zum Entwickeln und Evaluieren ergotherapeutischer Massnahmen* [On-Line]. Available: http://www.bielermodell.ch/wp/media/bieler_modell-jan2007.pdf (09.02.2010).
- National Stroke Foundation. (2005). *Clinical Guidelines for Stroke Rehabilitation and Recovery* [On-Line]. Available: http://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/file/publications/synopses/cp105.pdf (11.02.2010).
- Nour, K., Desrosiers, J., Gauthier, P. & Carbonneau, H. (2002). Impact of a Home Leisure Educational Program for older adults who have had a stroke (Home Leisure Educational Program). *Therapeutic Recreational Journal*, 36, 48-64.
- O'Connor, R. (2004). *Measuring Quality of Life in Health*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Osmani, O. (2006). *Jugendliche Migrant/innen im Kontext von Freizeit und Beruf* [On-Line]. Available: <http://www.prointegra.net/PDF/Presse/P1.pdf> (12.04.2010).

- Ottenbacher, K. J., Hsu, Y., Granger, C. V. & Fiedler, R. C. (1996). The reliability of the functional independence measure: A quantitative review. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 77, 1226-1232.
- Parker, C. J., Gladman, J. R. F., Drummond, A. E. R., Dewey, M. E., Lincoln, N. B., Barer, D. et al. (2001). A multicentre randomized controlled trial of leisure therapy and conventional occupational therapy after stroke. *Clinical Rehabilitation*, 15, 42-52.
- Parker, C. J., Logan, P. A., Gladman, J. F. R. & Drummond, A. E. R. (1997). A shortened version of the Nottingham Leisure Questionnaire. *Clinical Rehabilitation*, 11, 267-268.
- Prochaska, J. O. & Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12, 38-48.
- Pschyrembel. (2004). *Klinisches Wörterbuch* (260. Aufl.). Berlin: Walter de Gruyter.
- Radloff, L. & Teri, L. (1986). Use of the Center for Epidemiological Studies-Depression Scale with older adults. *Clinical Gerontologist*, 5, 119-136.
- Reha Rheinfelden. (2009). *Neurologisches Tageszentrum der Reha Rheinfelden* [On-Line]. Available: http://www.reha-rheinfelden.ch/documents/NTZ_Info_2009_02.pdf (19.04.2010).
- Reichel, K. (2005). *Ergotherapie systematisch beschreiben und erklären – das AOTA Framework als Beitrag zur Systematisierung der deutschen Ergotherapie*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Rentsch, H. P. (2004). Das "Shared Care Modell" als effizientes und qualitativ hoch stehendes Versorgungsprinzip in der Rehabilitation – Beispiel der Neurorehabilitation des Kantonsspitals Luzern. *Neurologie und Rehabilitation*, 10, 253-260.
- Reynolds, W. M. & Gould, J. W. (1981). A psychometric investigation of the standard and short form Beck Depression Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 306-307.
- Ringelstein, E. B. & Nabavi, D. G. (2004). Der akute Schlaganfall. In H. C. Diener, W. Hacke & M. Forsting (Hrsg.), *Schlaganfall* (S. 1-101). Stuttgart: Thieme.

- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. (2007a). *Häufigkeit des Hirnschlages* [On-Line]. Available: http://www.obsandaten.ch/indikatoren/8_3_31/2004/d/8331.pdf (09.02.2010).
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. (2007b). *Sterblichkeit durch Hirnschlag* [On-Line]. Available: http://www.obsandaten.ch/indikatoren/8_3_33/2004/d/8333.pdf (09.02.2010)
- Shinar, D., Gross, C. R., Price, T. R., Banko, M., Bolduc, P. & Robinson, M. D. (1986). Screening for depression in stroke patients: The reliability and validity of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale. *Stroke*, *17*, 241-245.
- Sriram, T. G., Chandrashekar, C. R., Isaac, M. K. & Shanmugham, V. (1989). The General Health Questionnaire (GHQ). Comparison of the English version and a translated Indian version. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *24*, 317-320.
- Stodolska, M. & Livengood, J. S. (2006). The influence of religion on the leisure behaviour of immigrant Muslims in the United States. *Journal of Leisure Research*, *38*, 293-320.
- Sveen, U., Thommessen, B., Bautz-Holter, E., Wyller, T. B. & Laake, K. (2004). Well-being and instrumental activities of daily living after stroke. *Clinical Rehabilitation*, *18*, 267-274.
- Taylor, M. C. (2007). *Evidence based Practice for Occupational Therapists*. Oxford: Blackwell Publishing Ltd.
- Townsend, E. A. & Polatajko, H. (2007). *Enabling Occupation II. Advancing an occupational therapy vision for health, well-being and justice through occupation*. Ottawa: Canadian Association of Occupational Therapists.
- Trottier, A. N., Brown, G. T., Hobson, S. J. G. & Miller, W. (2002). Reliability and validity of the Leisure Satisfaction Scale (LSS – short form) and the Adolescent Leisure Interest Profile (ALIP). *Occupational Therapy International*, *9*, 131-144.
- Van de Port, I. G. L., Ketelaar, M., Schepers, V. P. M., Van den Bos, G. A. M. & Lindeman, E. (2004). Monitoring the functional health status of stroke patients: The value of the Stroke-Adapted Sickness Impact Profile-30. *Disability and Rehabilitation*, *26*, 635-640.

Van Straten, A., De Haan, R. J., Limburg, M., Schuling, J., Bossuyt, M. & Van den Bos, G. A. M. (1997). A Stroke-Adapted 30-item version of the Sickness Impact Profile to assess quality of life (SA-SIP30). *Stroke*, 28, 2155-2161.

7. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Zunehmende Häufigkeit eines Schlaganfalls mit steigendem Alter
Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. (2007). *Häufigkeit des Hirnschlages* [On-Line]. Available: http://www.obsandaten.ch/indikatoren/8_3_31/2004/d/8331.pdf (09.02.2010).

Abbildung 2: Beispiel eines Rehabilitationskonzepts: Vernetzungsschema des Luzerner Neurorehabilitationskonzepts
Rentsch, H. P. (2004). Das "Shared Care Modell" als effizientes und qualitativ hoch stehendes Versorgungsprinzip in der Rehabilitation – Beispiel der Neurorehabilitation des Kantonsspitals Luzern. *Neurologie und Rehabilitation*, 10, 253-260.

Abbildung 3: Zusammenfassung des *Home Leisure Educational Program*
Desrosiers, J., Noreau, L., Rochette, A., Carbonneau, H., Fontaine, L., Viscogliosi, C. & Bravo, G. (2007). Effect of a Home Leisure Education Program after stroke: A randomized controlled trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 88, 1095-1100.

Abbildung 4: Grafische Darstellung des Bieler Modells
Mosthaf, U., Nieuwesteeg, M.-Th., Béguin, H., Dreier, S., Schüpbach, H., Somazzi, M. & Versümer, G. (2007). *Das Bieler Modell - ein Modell zum Entwickeln und Evaluieren ergotherapeutischer Massnahmen* [On-Line]. Available: http://www.bielermodell.ch/wp/media/bieler_modell-jan2007.pdf (19.04.2010).

Abbildung 5: Grafische Darstellung des Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E)

Townsend, E. A. & Polatajko, H. (2007). *Enabling Occupation II. Advancing an occupational therapy vision for health, well-being and justice through occupation*. Ottawa: Canadian Association of Occupational Therapists.

Abbildung 6: Grafische Darstellung des Occupational Therapy Practice Framework (OTPF)

Reichel, K. (2005). *Ergotherapie systematisch beschreiben und erklären – das AOTA Framework als Beitrag zur Systematisierung der deutschen Ergotherapie*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.

8. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Zusammenfassende Darstellung der Betätigungsbereiche im Bieler Modell, im CMOP-E und im OTPF (eigene Darstellung)

Tabelle 2: Übersicht über die analysierten Studien (eigene Darstellung)

9. Abkürzungsverzeichnis

ACS	Activity Card Sort
ADL	Activities of Daily Living; Aktivitäten des täglichen Lebens
AOTA	American Occupational Therapy Association
AVASAD	Association vaudoise d'aide et de soins à domicile
BADL	Basic Activities of Daily Living
BDI	Beck Depression Inventory
BI	Barthel Index
CAOT	Canadian Association of Occupational Therapists
CCT	Kontrollierte klinische Studie
CES-D	Center for Epidemiological Studies Depression Scale
CMOP-E	Canadian Model of Occupational Performance and Engagement
CMS	Centres médico-sociaux

FIM	Functional Independence Measure
GHQ	General Health Questionnaire
GWB	General Well-Being Schedule
IADL	Instrumental Activities of Daily Living
IADLq	Lawton Instrumental Activities of Daily Living
ILP	Individualized Leisure Profile
IST	International Stroke Trial questions
LDB	Leisure Diagnostic Battery
LHS	London Handicap Scale
LiSat-9	Life-Satisfaction-Questionnaire
LSS	Leisure Satisfaction Scale
NEADL	Nottingham Extended Activities of Daily Living Scale
NLQ	Nottingham Leisure Questionnaire
OBSAN	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
OTPF	Occupational Therapy Practice Framework
PADL	Personal Activities of Daily Living
RCT	Randomisierte kontrollierte Studie
SA-SIP30	Stroke Adapted Sickness Impact Profile
SGUI	Sherbrooke Geriatric University Institute
SIS	Stroke Impact Scale
TIA	Transitorische Ischämische Attacke
TTM	Transtheoretisches Modell
WHO	World Health Organization; Weltgesundheitsorganisation

10. Eigenständigkeitserklärung

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

Ort und Datum: Winterthur, 21. Mai 2010

Carla Wallimann

Manuela Wirth

11. Anhang

Anhang 1: Das Bieler Modell

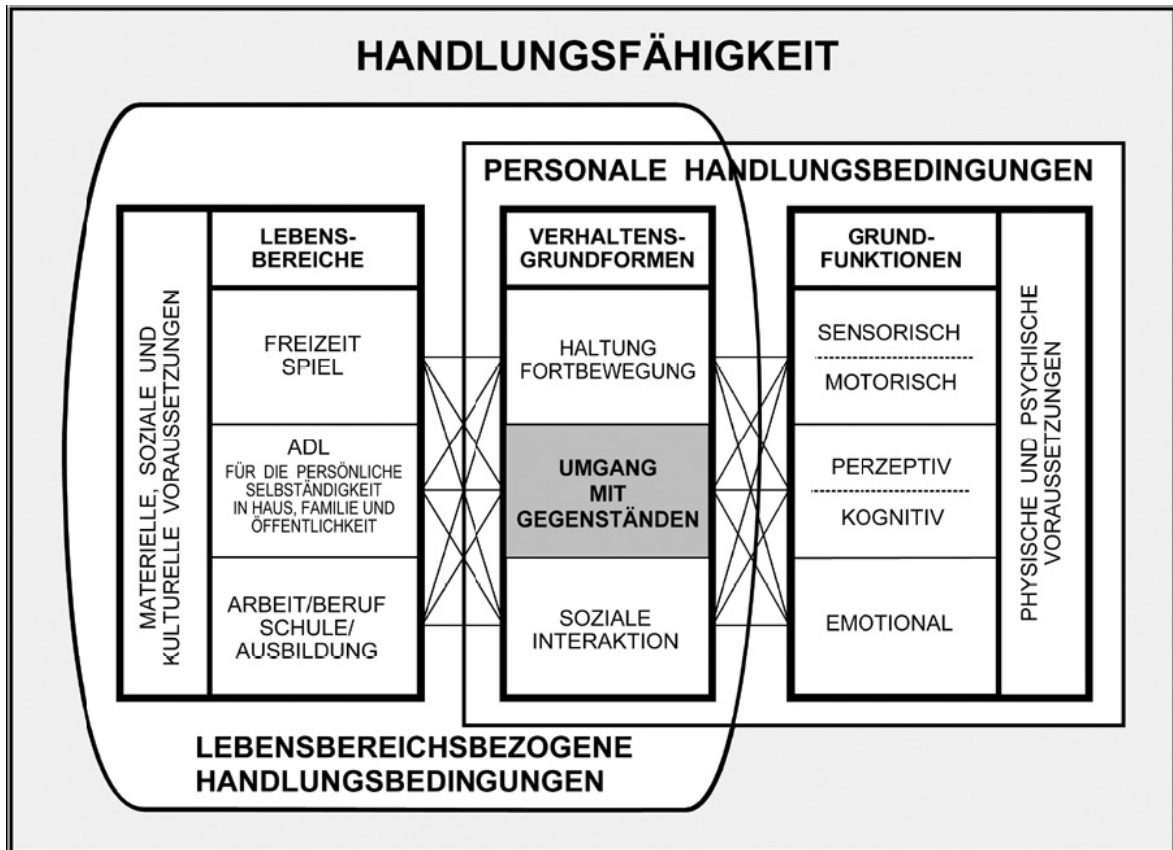
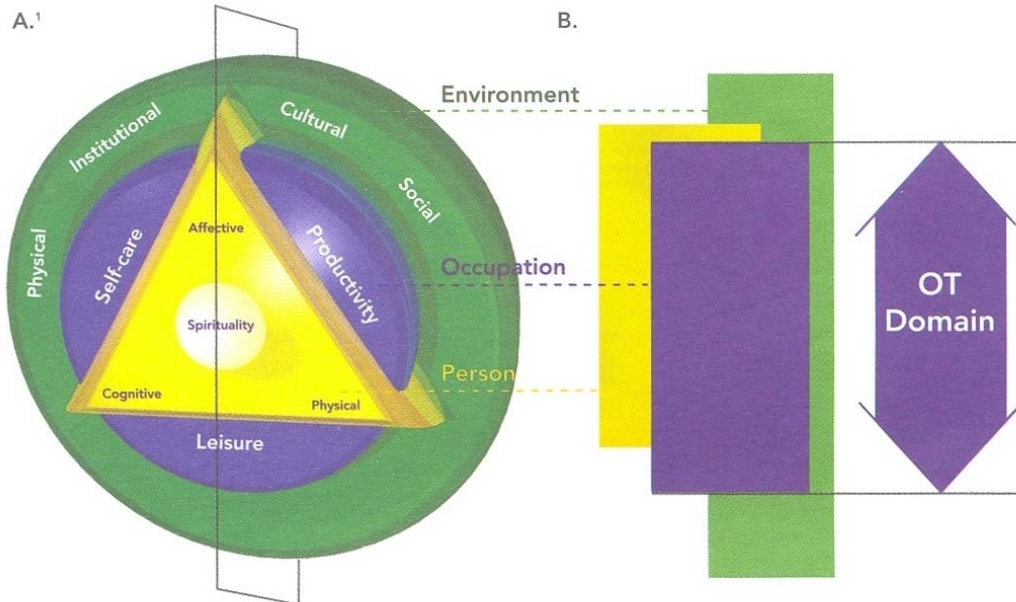


Abbildung 4: Grafische Darstellung des Bieler Modells (Mosthaf et al., 2007)

Anhang 2: Das CMOP-E

Figure 1.3 The CMOP-E¹: Specifying our domain of concern



A.¹ Referred to as the CMOP in *Enabling Occupation* (1997a, 2002) and CMOP-E as of this edition
B. Trans-sectional view

Polatajko, H. J., Townsend, E. A., Craik, J. (2007). *Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E)*. In E. A. Townsend and H. J. Polatajko, *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision of Health, Well-being, & Justice through Occupation*. p.23 Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.

Abbildung 5: Grafische Darstellung des Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E) (Townsend & Polatajko, 2007, S. 23)

Anhang 3: Das OTPF



* Auch bezeichnet als *basic activities of daily living (BADL)* oder *personal activities of daily living (PADL)*.

Abbildung 5: Gegenstandsbereich der Ergotherapie (AOTA, 2002, S. 611; Übersetzung d. Verf.).

Abbildung 6: Grafische Darstellung des Occupational Therapy Practice Framework (OTPF) (Reichel, 2005, S. 39)

Anhang 4: Critical Review Form – Quantitative Studies (Law et al., 1998a)

Critical Review Form - Quantitative Studies

© Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J., & Westmorland, M., 1998
McMaster University

CITATION:

Comments

<p>STUDY PURPOSE: Was the purpose stated clearly? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p>	<p>Outline the purpose of the study. How does the study apply to occupational therapy and/or your research question?</p>
<p>LITERATURE: Was relevant background literature reviewed? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p>	<p>Describe the justification of the need for this study.</p>
<p>DESIGN: <input type="radio"/> randomized (RCT) <input type="radio"/> cohort <input type="radio"/> single case design <input type="radio"/> before and after <input type="radio"/> case-control <input type="radio"/> cross-sectional <input type="radio"/> case study</p>	<p>Describe the study design. Was the design appropriate for the study question? (e.g., for knowledge level about this issue, outcomes, ethical issues, etc.)</p> <p>Specify any biases that may have been operating and the direction of their influence on the results.</p>

Comments

<p>SAMPLE: N =</p> <p>Was the sample described in detail? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p> <p>Was sample size justified? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> N/A</p>	<p>Sampling (who; characteristics; how many; how was sampling done?) If more than one group, was there similarity between the groups?</p> <p>Describe ethics procedures. Was informed consent obtained?</p>					
<p>OUTCOMES:</p> <p>Were the outcome measures reliable? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Not addressed</p> <p>Were the outcome measures valid? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Not addressed</p>	<p>Specify the frequency of outcome measurement (i.e., pre, post, follow-up)</p> <table border="1" data-bbox="486 840 1361 1153"> <thead> <tr> <th data-bbox="486 840 949 862">Outcome areas (e.g., self-care, productivity, leisure).</th> <th data-bbox="949 840 1361 862">List measures used.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="486 862 949 1153"></td> <td data-bbox="949 862 1361 1153"></td> </tr> </tbody> </table>		Outcome areas (e.g., self-care, productivity, leisure).	List measures used.		
Outcome areas (e.g., self-care, productivity, leisure).	List measures used.					
<p>INTERVENTION: Intervention was described in detail? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Not addressed</p> <p>Contamination was avoided? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Not addressed <input type="radio"/> N/A</p> <p>Cointervention was avoided? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Not addressed <input type="radio"/> N/A</p>	<p>Provide a short description of the intervention (focus, who delivered it, how often, setting). Could the intervention be replicated in occupational therapy practice?</p>					

Comments

<p>RESULTS: Results were reported in terms of statistical significance? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> N/A <input type="radio"/> Not addressed</p> <p>Were the analysis method(s) appropriate? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Not addressed</p> <p>Clinical importance was reported? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Not addressed</p>	<p>What were the results? Were they statistically significant (i.e., $p < 0.05$)? If not statistically significant, was study big enough to show an important difference if it should occur? If there were multiple outcomes, was that taken into account for the statistical analysis?</p>
<p>Drop-outs were reported? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p>	<p>Did any participants drop out from the study? Why? (Were reasons given and were drop-outs handled appropriately?)</p>
<p>CONCLUSIONS AND CLINICAL IMPLICATIONS: Conclusions were appropriate given study methods and results <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No</p>	<p>What did the study conclude? What are the implications of these results for occupational therapy practice? What were the main limitations or biases in the study?</p>

Anhang 5: Die sechs Stufen des Transtheoretischen Modells (TTM)

In der Stufe der *Sorglosigkeit (precontemplation)* ist sich eine Person ihres (problematischen) Verhaltens nicht bewusst: Es besteht keine Intention, das Verhalten in den nächsten sechs Monaten zu verändern. Die zweite Stufe wird *Bewusstwerden (contemplation)* genannt. In dieser Phase beginnt eine Person sich mit ihren Problemen auseinander zu setzen. Es wird in Erwägung gezogen, das Verhalten in den nächsten sechs Monaten zu verändern. Zur Stufe der *Vorbereitung (preparation)* kommt es, wenn sich eine Person entschieden hat, ihr Verhalten zu ändern und in den nächsten 30 Tagen konkrete Schritte einleitet. Wenn eine Person ihr Verhalten verändert und das Zielverhalten seit mehr als einem Tag und weniger als sechs Monaten zeigt, befindet sie sich in der Stufe der *Handlung (action)*. Behält sie ihr Verhalten mehr als sechs Monate bei, wird die Stufe *Aufrechterhaltung (maintenance)* genannt. In der letzten Stufe, der *Stabilisierung (termination)*, wird das Zielverhalten ohne Rückfallgefahr weiterhin beibehalten. (Keller, 1998)