

**Bachelorarbeit**

# **Querschnittlähmung: Ein Leben ohne Arbeit!?**

## **Ressourcen und Hindernisse bei der Wiederaufnahme von Arbeit nach einer Querschnittlähmung**

---

**Schneiter Marion, 11-718-905**

**Wolfinger Anna Lena Yvonne, 12-479-259**

<b>Departement:</b>	<b>Gesundheit</b>
<b>Institut:</b>	<b>Institut für Ergotherapie</b>
<b>Studienjahr:</b>	<b>2012</b>
<b>Eingereicht am:</b>	<b>30.04.2015</b>
<b>Betreuende Lehrperson:</b>	<b>Josef Adam, Ergotherapeut HF, MScNR</b>



*In der vorliegenden Arbeit wird zur Vereinfachung die männliche Form von Autor, Klient, Ergotherapeut, Physiotherapeut, Teilnehmer, Sozialarbeiter und Arzt verwendet, wobei beide Geschlechter gleichermassen gemeint sind.*

*Der Begriff Verfasserinnen verweist auf die Autorinnen dieser Bachelorarbeit. Mit Autoren sind die Autoren von Fachliteratur gemeint.*

*Wörter, die mit einem \* gekennzeichnet sind, sind im Glossar im Anhang A genauer erklärt. Englische Begrifflichkeiten sind ebenfalls im Glossar beschrieben.*

*Abkürzungen sind im Abkürzungsverzeichnis erklärt.*

# Inhaltsverzeichnis

---

<b>Abstract</b> .....	7
<b>1 Einleitung</b> .....	8
<b>1.1 Problemstellung</b> .....	9
<b>1.2 Relevanz für die Ergotherapie</b> .....	10
<b>1.3 Abgrenzung</b> .....	11
<b>1.4 Fragestellung</b> .....	12
<b>1.5 Zielsetzung</b> .....	12
<b>2 Theoretischer Hintergrund</b> .....	13
<b>2.1 Querschnittlähmung</b> .....	13
2.1.1 Aufbau der Wirbelsäule.....	13
2.1.2 Krankheitsbild der Querschnittlähmung .....	15
2.1.3 ASIA-Klassifikation .....	16
<b>2.2 Occupational Therapy Practice Framework</b> .....	17
2.2.1 Zuständigkeitsbereich.....	17
2.2.2 Prozess.....	19
<b>2.3 Arbeit</b> .....	20
<b>2.4 Faktoren</b> .....	20
<b>3 Methode</b> .....	21
<b>3.1 Übergeordnetes methodisches Vorgehen</b> .....	21
<b>3.2 Literaturrecherche</b> .....	23
<b>4 Resultate</b> .....	25
<b>4.1 Kritische Studienanalyse</b> .....	25
4.1.1 Understanding Decisions About Work After Spinal Cord Injury (Fadyl & McPherson, 2010).....	26
4.1.2 “ <i>The final piece of the puzzle to fit in</i> ”: an interpretative phenomenological analysis of the return to employment in New Zealand after spinal cord injury (Hay-Smith, Dickson, Nunnerley & Sinnott, 2013).....	28
4.1.3 To work or not to work: labour market participation of people with spinal cord injury living in Switzerland (Marti, Reinhardt, Graf, Escorpizo & Post, 2012) .....	30
4.1.4 Occurrence and predictors of employment after traumatic spinal cord injury: the GISEM Study (Franceschini, Pagliacci, Russo, Felzani, Aito & Marini, 2012) .....	32

4.1.5	Employment participation following spinal cord injury: Relation to selected participant demographic, injury and psychological characteristics (Murphy & Young, 2005) .....	34
4.1.6	Prediction of employment status one year post-discharge from rehabilitation following traumatic spinal cord injury: an exploratory analyses of participation and environmental variables (Murphy, Middleton, Quirk, De Wolf & Cameron, 2009) .....	36
4.1.7	Predicting employment status at 2 years' postdischarge from spinal cord injury rehabilitation (Murphy, Middleton, Quirk, De Wolf & Cameron, 2011) .....	38
<b>4.2</b>	<b>Resultate der Hauptstudien</b> .....	<b>40</b>
4.2.1	Klientenfaktoren .....	40
4.2.1.1	Werte, Glauben und Spiritualität .....	40
4.2.1.2	Körperfunktionen .....	41
4.2.1.3	Körperstrukturen .....	43
4.2.2	Kontext und Umwelt .....	43
4.2.2.1	Kultureller Kontext.....	43
4.2.2.2	Persönlicher Kontext.....	43
4.2.2.3	Zeitlicher Kontext .....	44
4.2.2.4	Virtueller Kontext .....	45
4.2.2.5	Physische Umwelt.....	45
4.2.2.6	Soziale Umwelt .....	45
4.2.3	Einordnung der Resultate ins OTPF.....	47
<b>5</b>	<b>Diskussion</b> .....	<b>48</b>
5.1	<b>Zusammenfassung der Resultate</b> .....	<b>48</b>
5.2	<b>Kritisches Betrachten der Resultate</b> .....	<b>49</b>
<b>6</b>	<b>Theorie-Praxis-Transfer</b> .....	<b>55</b>
<b>7</b>	<b>Schlussfolgerung</b> .....	<b>59</b>
7.1	<b>Wichtigste Erkenntnisse</b> .....	<b>59</b>
7.2	<b>Beantwortung der Fragestellung</b> .....	<b>59</b>
7.3	<b>Offene Fragen</b> .....	<b>59</b>
7.4	<b>Limitierungen</b> .....	<b>60</b>

<b>Verzeichnisse</b> .....	62
<b>Literaturverzeichnis</b> .....	62
<b>Abbildungsverzeichnis</b> .....	68
<b>Tabellenverzeichnis</b> .....	68
<b>Abkürzungsverzeichnis</b> .....	68
<b>Wortzahl</b> .....	69
<b>Danksagung</b> .....	69
<b>Eigenständigkeitserklärung</b> .....	70
<b>Anhang</b> .....	71
<b>A Glossar</b> .....	71
<b>B ASIA-Untersuchungsbogen</b> .....	78
<b>C Klientenfaktoren und Kontext und Umwelt aus dem OTPF</b> .....	79
<b>D Notizen zum Interview mit Stefan Staubli am 04.03.2015 in Nottwil</b> .....	86
<b>E Keywordtabelle</b> .....	89
<b>F Suchprotokoll</b> .....	90
<b>G Kritische Studienanalyse</b> .....	96

# Abstract

---

## **Einleitung**

Die Lebensqualität zu verbessern ist das höchste Ziel der Ergotherapie. Arbeit hat eine positive Auswirkung auf die Lebensqualität von Menschen mit einer Querschnittslähmung. Dennoch sind nur wenige Personen mit einer Querschnittslähmung berufstätig. Die Ursache dessen ist nicht vollständig geklärt. Das Ziel dieser Arbeit ist, für die Ergotherapie relevante Faktoren, welche die Wiederaufnahme einer Arbeit von Menschen mit einer Querschnittslähmung beeinflussen, aufzudecken.

## **Methode**

Zur Beantwortung der Fragestellung wird die Methodik eines Literaturreviews verwendet. Die Hauptstudien werden mittels definierter Kriterien ausgewählt und kritisch beurteilt. Die ermittelten Faktoren werden in die Struktur des Occupational Therapy Practice Framework (OTPF) eingeordnet.

## **Resultate**

Die wichtigsten Faktoren, welche einen Einfluss auf die Wiederaufnahme einer Arbeit von Menschen mit Querschnittslähmung haben, sind: Persönlichkeit, Einstellung zur Arbeit, Verfügbarkeit einer passenden Arbeit, Zugehörigkeitsgefühl zur Gesellschaft, Gesundheitsprobleme, Motivation, funktioneller Status, Mobilität, demografische Variablen, Zeit und Unterstützung. Einige dieser Faktoren werden in der Literatur kontrovers diskutiert.

## **Schlussfolgerungen**

Veränderbare und nicht veränderbare Faktoren wurden eruiert. Beide Arten von Faktoren sollen in die Ergotherapie einbezogen werden, um die Interventionsplanung an den Klienten anzupassen. Um konkrete Aussagen zu ergotherapeutischen Interventionen machen zu können, ist weitere Forschung nötig.

## **Keywords**

*Spinal Cord Injury, Employment, Factors, Occupational Therapy, OTPF*

# 1 Einleitung

---

*„Eine Querschnittlähmung (...) trifft die leidende Person bis ins Mark.*

*Mit einem Schlag ist alles anders (...).“*

(Zäch & Koch, 2006, Die bessere Zukunft)

Jedes Jahr sind in der Schweiz 300 Personen neu von einer Querschnittlähmung betroffen (Jauch, 2012). Davon sind 80% Männer. Laut dem Jahresbericht der Schweizer Paraplegiker-Gruppe (2014) sind Unfälle mit 58% die Hauptursache einer Querschnittlähmung. Eine Querschnittlähmung tritt auf, wenn die Nervenbahnen im Rückenmark verletzt werden (Joss, Wolzt & Horn, 2009). Dadurch wird die Weiterleitung von Informationen unterbrochen und es kommt zu einer Lähmung der unter der Läsionshöhe liegenden Extremitäten. Eine Querschnittlähmung bringt immer Veränderungen in allen Lebensbereichen mit sich (Zäch et al., 2006). Dabei kommt es nicht nur zu den offensichtlichen Einschränkungen in der Mobilität. Das körperliche Wohlbefinden, die persönliche Integrität, die Selbstständigkeit und die Integration in Familie, Gesellschaft und Beruf sind ebenfalls betroffen. Wie Zäch et al. (2006) beschreiben, erfordert das Wiedererlangen der Teilhabe\* an der Gesellschaft eine ganzheitliche Rehabilitation. Diese benötigt interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen diversen Berufsgruppen, wie beispielsweise Ärzte, Pflege, Physiotherapie, Sozialberatung und Ergotherapie\*. Die Rolle\* der Ergotherapeuten im Rehabilitationsprozess wird vom ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz (EVS, 2012) folgendermassen beschrieben: „Ergotherapie\* stellt die Handlungsfähigkeit\* des Menschen in den Mittelpunkt. Sie trägt zur Verbesserung der Gesundheit und zur Steigerung der Lebensqualität\* bei. Sie befähigt Menschen, an den Aktivitäten des täglichen Lebens\* und an der Gesellschaft teilzuhaben.“ In der Ergotherapie\* soll die Lebensqualität\* von Klienten, durch die Befähigung an Aktivitäten\* teilzuhaben, verbessert werden (Bernartz & Kolster, 2009; Hammell, 1995).

Crisp (1992), Hammel (2004), Manns und Chad (2001) und Rothrock (2006) besagen, dass Arbeit einen positiven Einfluss auf die Lebensqualität\* von Menschen mit einer Querschnittlähmung hat. Rothrock (2006) ergänzt, dass Arbeit eine Verbesserung der physischen Gesundheit und der persönlichen Identität zur Folge hat. Trotz diesen positiven Auswirkungen von Arbeit auf die Lebensqualität\*, sind die Beschäftigungsraten gering und in der Literatur nicht einheitlich dargestellt (Lidal, Huynh, & Biering-Sorensen, 2007).



## 1.1 Problemstellung

Im Review von Lidal et al. (2007) wird eine Schwankung der Beschäftigungsrate von Menschen mit einer Querschnittlähmung zwischen 11.5% und 74% angegeben. Diese Diskrepanz kann aufgrund von verschiedenen Populationen, Methoden und Definitionen von Arbeit entstehen (Lidal et al., 2007; Ottomanelli & Lind, 2009). Das aktuellere Review von Ottomanelli et al. (2009) zeigt, dass in Studien, welche eine genaue Definition von bezahlter Arbeit enthalten, durchschnittlich 35% der Befragten nach einer Querschnittlähmung eine Anstellung finden. Diesen teils niedrigen sowie auch sehr unterschiedlichen Prozentzahlen steht die positive Auswirkung von Arbeit auf die Lebensqualität\* von Menschen mit einer Querschnittlähmung gegenüber (Crisp, 1992; Hammel, 2004; Manns et al., 2001; Rothrock, 2006). Die Studie von Manns et al. (2001) zeigt, dass die Lebensqualität\* durch bezahlte Arbeit, freiwilligen Arbeit, Schule oder Haushaltsarbeiten beeinflusst wird. Das Nachgehen einer Arbeit hat einen positiven Effekt auf das Selbstwertgefühl und das Selbstbewusstsein. Ein Teilnehmer in dieser Studie betont, dass Arbeit ein Grund zum Aufstehen ist, etwas worauf er sich freuen kann und die Langeweile vertreibt. Crisp (1992) besagt, dass Arbeit zu einer positiven Selbstwahrnehmung, beruflichen Identität und Lebenszufriedenheit beiträgt. Das Review von Kennedy, Lude & Taylor (2006) erklärt, dass die Lebensqualität von Menschen mit einer Querschnittlähmung in den untersuchten Studien unter anderem mit Arbeit gemessen wurde, wodurch der Zusammenhang zwischen diesen beiden Merkmalen verdeutlicht wird. Hammel (2004) stellt fest, dass sich Arbeitslosigkeit negativ auf die Lebenszufriedenheit und Lebensqualität\* auswirkt.

Die Verbesserung der Lebensqualität\* ist das Hauptziel der Ergotherapie\* (Bernartz et al., 2009; Hammel, 1995). Hammel (1995) beschreibt weiter, dass die Lebensqualität\* von Menschen mit einer Querschnittlähmung nicht zwingend durch die Verbesserung von Körperfunktionen\* beeinflusst wird. Viel wichtiger ist es, bedeutungsvolle Aktivitäten\*, wie soziale Kontakte, Freizeit\* und Arbeit in der Ergotherapie\* zu erlernen (Hammel, 1995, zit. nach Hammel, 1995, S.155). Staubli (2015) unterstützt diese Erkenntnis, indem er sagt, dass das Trainieren von Körperfunktionen\* zweitrangig ist. Der Schwerpunkt der Rehabilitation nach einer Querschnittlähmung liegt auf der Partizipationsebene\*.

Dies wird auch aus der Definition des EVS (2005, S.9) ersichtlich:

„Ergotherapie\* trägt dazu bei, die Handlungsfähigkeit\* des Patienten/Klienten zu bewahren und zu verbessern. Dabei berücksichtigt sie das Zusammenspiel von Funktionen, Strukturen, (materiellen, sozialen, kulturellen) Umweltfaktoren, Aktivitäten\* und Partizipationsmöglichkeiten\* im Hinblick auf die Lebensbereiche Selbstversorgung\*, Produktivität\* und Freizeit\*.“

Das Occupational Therapy Practice Framework (OTPF) umfasst ähnliche Betätigung-en\*, wobei Arbeit eine davon ist. Die Wechselwirkung der Betätigungen\*, Klienten-faktoren\*, Performanzfertigkeiten\*, Performanzmuster\* sowie Kontext und Umwelt\* wird in diesem Framework\* dargestellt (American Occupational Therapy Association, AOTA, 2014). Das OTPF ist ein ergotherapeutisches Framework\* und eignet sich aus diesem Grund besonders gut zur Beantwortung der Fragestellung. Aufgrund der oben beschriebenen Schwankungen der Beschäftigungsraten nach einer Querschnittlähmung gehen die Verfasserinnen davon aus, dass es Faktoren geben muss, welche die Wiederaufnahme von Arbeit nach einer Querschnittlähmung beeinflussen. Zudem sind die beschriebenen Beschäftigungsraten in vielen Studien nach einer Querschnittlähmung sehr tief. Die Verfasserinnen nehmen an, dass es dafür eine Ursache gibt und vermuten eine Erklärung in den Einflussfaktoren zu finden. Diese Faktoren können in die Unterkategorien des OTPF, welches im Kapitel 2.2 genauer erklärt wird, eingeordnet werden.

## **1.2 Relevanz für die Ergotherapie**

Eine Arbeitsstelle zu finden stellt für Menschen mit einer Querschnittlähmung eine besondere Herausforderung dar (Ottomanelli et al., 2009). Eine ganzheitliche Betreuung durch verschiedenste Professionen während des Prozesses der Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt ist von hoher Relevanz (Staubli, 2015; Zäch et al., 2006). Die Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen Ergotherapie\*, Physiotherapie, Sozialdienst, Ernährungsberatung, Psychologie, Pflege und Berufsberatung fokussiert laut Staubli (2015) ein gemeinsames Ziel. Der leitende Arzt koordiniert diese interprofessionelle Zusammenarbeit. Die Massnahmen der jeweiligen Professionen werden aufeinander abgestimmt, so dass jede Berufsgruppe ein Teil des gesamten Puzzles bildet. Die Aufgabe der Ergotherapie\* beinhaltet die Befähigung von Men-

schen „das zu tun, was sie gerne tun und für sie von Bedeutung ist. Arbeit hat in der westlichen Kultur einen hohen Stellenwert“ (Staubli, 2015). Grint (2005) unterstützt diese Aussage und führt weiter aus, dass in der modernen westlichen Gesellschaft Arbeit sehr wichtig ist und zum persönlichen Status, Aufrechterhaltung von Gesundheit, Werten und Wohlfühl beiträgt. Wie bereits ausführlich besprochen, bewirkt Arbeit eine positive Veränderung in der Lebensqualität\* von Menschen mit einer Querschnittlähmung (Crisp, 1992; Hammel, 2004; Manns et al., 2001; Rothrock, 2006). Staubli (2015) erklärt dies dadurch, dass aufgrund von Arbeit Wertschätzung erfahren wird und ein selbstbestimmtes Leben geführt werden kann. Arbeit ermöglicht soziale Kontakte und schafft die Voraussetzung Menschen zu begegnen. Seiner Meinung nach bildet der Beruf der Ergotherapie\* eine gute Basis, um in der beruflichen Rehabilitation zu arbeiten. Dies begründet er damit, dass Ergotherapeuten viel Expertenwissen in Bezug auf einen strukturierten therapeutischen Prozess mitbringen. Dieser beinhaltet die Erhebung, Planung, Durchführung und Evaluation der Interventionen. Staubli (2015) betont die Wichtigkeit eines solchen, gut organisierten Prozesses in der Arbeitsrehabilitation. Auch die Fähigkeit, Handlungen in ihre Teilschritte zu zerlegen und einzelne Teilschritte zu üben, ist seiner Aussage nach eine Kernkompetenz der Ergotherapie\* und elementar für die berufliche Wiedereingliederung. Die Notizen zum Interview mit Stefan Staubli sind im Anhang D zu finden.

### **1.3 Abgrenzung**

Damit das Thema im Rahmen einer Bachelorarbeit bearbeitet werden kann, müssen einige Abgrenzungen festgelegt werden. Die Makroebene wird nicht berücksichtigt, da nur wenige Studien zur Thematik der Politik gefunden wurden. Des Weiteren legen die Verfasserinnen aus Interessensgründen den Fokus auf die Arbeit mit den Klienten. Sie sind sich über die Verbindung zwischen der Makroebene und der Ergotherapie\* und dem damit einhergehenden Wirkungsbereich von Ergotherapeuten durch die Rolle\* des Health Advocate (Hendriks & Kneisner, 2014) jedoch bewusst. Sekundär Diagnosen werden aufgrund von Verzerrungen der Resultate für die Population von Menschen mit einer Querschnittlähmung nicht miteinbezogen. Auch dies würde die Kapazität einer Bachelorarbeit überlasten.

Die Verfasserinnen fokussieren sich auf den stationären Bereich, schliessen den ambulanten Bereich jedoch nicht vollständig aus. Dies beruht auf dem Wissen, dass die Wiedereingliederung ein langwieriger Prozess sein kann (Staubli, 2015). Querschnitt-

lähmungen, die vor mehr als 15 Jahren auftraten, werden ausgeschlossen. Um eine Einheit bilden zu können, schliessen die Verfasserinnen nicht traumatische Ereignisse aus. Diese Überlegungen führen die Verfasserinnen zu folgender Fragestellung.

#### **1.4 Fragestellung**

Welche Faktoren, die in der Ergotherapie\* relevant sind, beeinflussen die Wiederaufnahme einer Arbeit von Menschen mit einer Querschnittlähmung?

#### **1.5 Zielsetzung**

Das Ziel dieser Arbeit ist, Faktoren aufzudecken, welche die Wiederaufnahme einer Arbeit von Menschen mit einer Querschnittlähmung sowohl positiv als auch negativ beeinflussen können. Dabei werden nur Faktoren berücksichtigt, welche für die Ergotherapie\* relevant sind.

Als übergeordnetes Ziel soll der mögliche Einfluss dieser Faktoren auf ergotherapeutische Interventionen diskutiert und Empfehlungen für die Praxis abgegeben werden.

## 2 Theoretischer Hintergrund

---

Um ein einheitliches Theorieverständnis zu schaffen, werden in der Folge die wichtigsten Begriffe erläutert.

### 2.1 Querschnittlähmung

Dieses Kapitel erklärt den Aufbau der Wirbelsäule, das Krankheitsbild der Querschnittlähmung und die ASIA-Klassifikation.

#### 2.1.1 Aufbau der Wirbelsäule

Die Wirbelsäule besteht aus 24 freien und neun bis zehn zusammengewachsenen Wirbeln. Zwischen zwei Wirbelkörpern liegt jeweils eine Bandscheibe (Zervos-Kopp, 2009). Aufgrund ihrer Elastizität ermöglicht sie eine Druckverteilung auf die gesamte Wirbelsäule (Trepel, 2012). Ein Bandapparat stabilisiert die Wirbelsäule zusätzlich (Zervos-Kopp, 2009).

Im Wirbelkanal liegt das Rückenmark, welches ein Bestandteil des Zentralnervensystems ist (Trepel, 2012). Es versorgt über die, sich in weitere Nervenbahnen teilenden, Spinalnerven die Extremitäten, den Rumpf und zum grössten Teil den Hals. Somit gehört der Spinalnerv dem peripheren Nervensystem an. Er bildet sich aus den, am Hinterhorn entspringenden, sensiblen Hinterwurzeln und aus den, dem Vorderhorn entstammenden, motorischen Vorderwurzeln. Auf Höhe des Thorakalsegmentes und des Lumbalsegmentes ist das Seitenhorn zusätzlich vorhanden, welches Neuronen des vegetativen Nervensystems beinhaltet. Hinter-, Vorder- und Seitenhorn gehören zur grauen Substanz, in welcher sich Neuronen der Motorik, Sensorik und Vegetativum befinden. Zusätzlich gliedert sich die graue Substanz in neun verschiedene Schichten, welche je nach Lokalisation für die Schmerzempfindung, Tiefen- oder Hautsensibilität zuständig sind. Die Nervenimpulse werden über die weisse Substanz mittels afferenten (aufsteigenden) oder efferenten (absteigenden) Bahnen vom Gehirn ins Rückenmark und umgekehrt weitergeleitet. Afferenzen beinhalten somatische und viszerale Reize, während Efferenzen motorische und vegetative Reize übermitteln (Zervos-Kopp, 2009). In der Abbildung 1 wird der Aufbau der Wirbelsäule schematisch dargestellt.

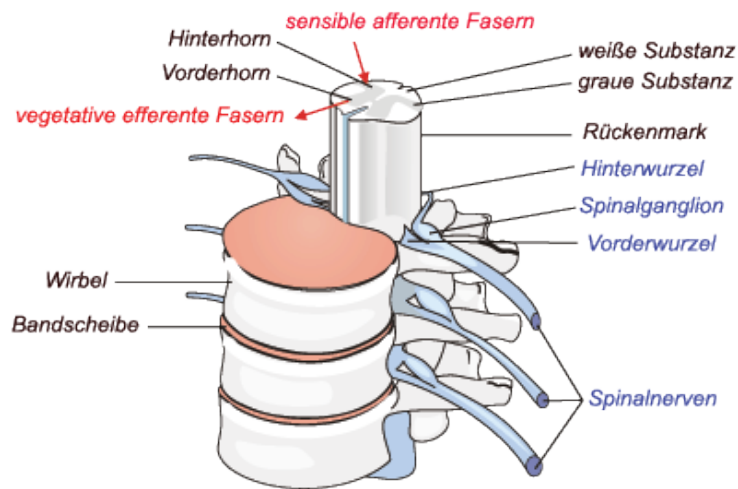


Abbildung 1: Wirbelkanal mit Rückenmark (Lampert, 2015)

Das Rückenmark gliedert sich in fünf Segmente (Trepel, 2012; Zervos-Kopp, 2009). Als Segment wird der Abschnitt bezeichnet, aus welchem rechts und links jeweils eine Spinalnervenfasern austritt. Die Abschnitte heißen: Zervikalsegmente (C1 - C8), Thorakalsegmente (TH1 - TH12), Lumbalsegmente (L1 - L5), Sakralsegmente (S1 - S5) und Kokzygealsegment (Co1). Die Einteilung der Segmente an der Wirbelsäule wird in Abbildung 2 dargestellt.

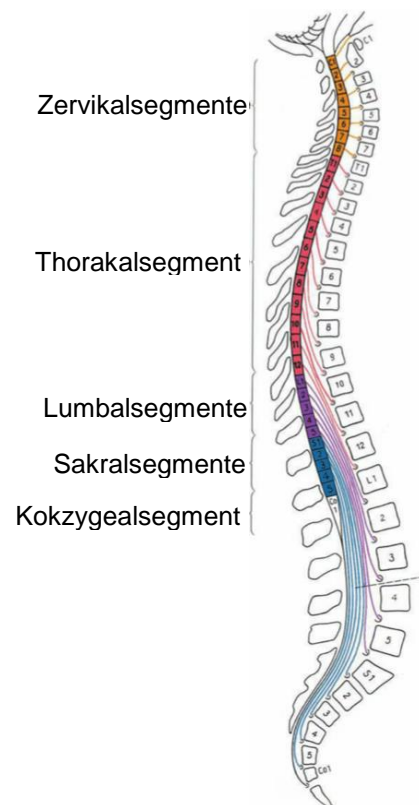


Abbildung 2: Einteilung der Wirbelsäule (angelehnt an Trepel, 2012)

## 2.1.2 Krankheitsbild der Querschnittlähmung

Der Begriff Querschnittlähmung umfasst eine Rückenmarkschädigung bzw. die Schädigung von Nervenwurzeln, welche im Rückenmark verlaufen (Joss et al., 2009). Es kommt dabei zu einer Unterbrechung der auf- und absteigenden Bahnen im Rückenmark. Dies wiederum führt zum Ausfall von sensiblen und vegetativen Funktionen, sowie zu Lähmungen verschiedenen Ausmasses der Extremitäten und des Rumpfes. Eine Querschnittlähmung kann aufgrund von Unfällen (traumatisch) oder Krankheiten (nicht traumatisch) entstehen. Unfälle sind mit 58% die häufigste Ursache (Schweizer Paraplegiker-Gruppe, 2014).

Querschnittlähmung wird aufgrund der Läsionshöhe in Paraplegie und Tetraplegie unterteilt (Joss et al., 2009; Zäch et al., 2006). Bei beiden Typen der Querschnittlähmung stehen die motorischen Störungen im Vordergrund, wobei auch sensorische und vegetative Ausfälle auftreten können. Paraplegie beschreibt eine Lähmung der unteren Extremitäten und Teilen des Abdomens. Die Rückenmarkschädigung befindet sich in diesem Fall im thorakalen, lumbalen oder sakralen Bereich der Wirbelsäule. Tetraplegie bezeichnet die Lähmung aller vier Extremitäten sowie des Rumpfes. Die Schädigung des Rückenmarks liegt auf der Höhe der zervikalen Segmente.

Zu den Funktionsausfällen der Motorik gehören spastische und schlaffe Lähmungen (Joss et al., 2009). Zudem wird zwischen kompletter und inkompletter Lähmung unterschieden. Eine komplette Lähmung bedeutet, dass alle Muskeln gelähmt sind und keine sensible Wahrnehmung möglich ist. Bei einer inkompletten Lähmung hingegen können Teile der Muskeln innerviert und einige sensible Wahrnehmungen vorhanden sein. Es gibt in diesem Zusammenhang verschiedene Variationen, von fast keinem Ausfall bis zu beinahe vollkommenem Ausfall. In Bezug auf die Sensibilität können Temperatur-, Berührungs-, Lage-, Schmerz- und Vibrationsempfinden beeinträchtigt sein. Die vegetativen Symptome umfassen Blasen- und Darmfunktionsstörungen, Einschränkungen der Sexualfunktionen, Beeinträchtigungen des Kreislaufes, Veränderungen des Temperaturempfindens und der Atmung, sowie Muskelhypertonus und Spastik.

### 2.1.3 ASIA-Klassifikation

Zur Beurteilung und Einteilung des neurologischen Schädigungsausmasses wird eine Untersuchung nach American Spinal Injury Association (ASIA) durchgeführt. Dabei werden sensorische und motorische Funktionen getestet, mit deren Ergebnissen Aussagen zur Lokalisation und zum Ausmass der Schädigung gemacht werden können (Zäch et al., 2006). Der Untersuchungsbogen nach ASIA ist im Anhang B zu finden.

Die Einteilung nach ASIA ist aktuell die gültige Klassifikation von kompletten oder inkompletten Lähmungen (Joss et al., 2009). Anhand verschiedener Testungen wird die Querschnittlähmung in fünf Kategorien eingeteilt:

**Tabelle 1: Kategorien der ASIA-Klassifikation**

<b>Kategorien</b>	
<b>A - komplett</b>	In den sakralen Segmenten S4 - S5 sind keine motorischen oder sensiblen Funktionen vorhanden
<b>B – inkomplett</b>	Unterhalb des neurologischen Niveaus sind keine motorischen, aber sensible Funktionen vorhanden.
<b>C – inkomplett</b>	Unterhalb des neurologischen Niveaus sind motorische Funktionen vorhanden. Die Muskelkraft unterhalb der Läsionshöhe beträgt bei mehr als der Hälfte der Kennmuskeln weniger als drei.
<b>D – inkomplett</b>	Unterhalb des neurologischen Niveaus sind motorische Funktionen, wie in Kategorie C, vorhanden. Die Kennmuskeln unterhalb der Läsionshöhe weisen eine Muskelkraft von mehr als drei auf.
<b>E – normal</b>	Die motorischen und sensiblen Funktionen haben keine Einschränkung.

Anmerkung: Angelehnt an Zäch et al. (2006)



## 2.2 Occupational Therapy Practice Framework

Das Occupational Therapy Practice Framework (OTPF) ist ein offizielles Dokument der AOTA. In dieser Arbeit wird Bezug zur dritten Edition aus dem Jahr 2014 genommen. Das OTPF beschreibt zentrale Konzepte, die der ergotherapeutischen Praxis zugrunde liegen und soll ein gemeinsames Verständnis für einige Grundsätze und Begrifflichkeiten der Ergotherapie\* bilden. Diesem Framework\* liegt die Annahme zu Grunde, dass Betätigung\* und Gesundheit in einem positiven Zusammenhang stehen und Betätigung\* ein Grundbedürfnis des Menschen ist. Das OTPF beschreibt den Klienten als Person, Gruppe oder Population, die von den Leistungen der Ergotherapie\* profitieren kann.

Das Framework\* ist in zwei Bereiche aufgeteilt: den Zuständigkeitsbereich (Domain\*) und den ergotherapeutischen Prozess. Diese zwei Bereiche sind eng miteinander verlinkt und können nicht isoliert voneinander betrachtet werden. „Achieving health\*, well-being\*, and participation\* in life through engagement\* in occupation\*“ (AOTA, 2014, S.4). Dies ist eine allumfassende Beschreibung des Zuständigkeitsbereiches und des Prozesses für die Ergotherapie\* im OTPF, welche in den folgenden zwei Kapiteln nach AOTA (2014) definiert werden.

### 2.2.1 Zuständigkeitsbereich

Der Zuständigkeitsbereich beinhaltet Betätigungen\*, Klientenfaktoren\*, Performanzfertigkeiten\*, Performanzmuster\* sowie Kontext und Umwelt\*. Alle diese Bereiche interagieren miteinander und beeinflussen gleichermassen die Betätigungsidentität\* des Klienten. Abbildung 3 zeigt die Wechselwirkung der Aspekte des Zuständigkeitsbereiches. Ergotherapeuten sind ausgebildet, alle Bereiche wahrzunehmen und in den persönlichen Kontext\* und die Umwelt\* des Klienten zu setzen.

Betätigungen\*: Unter Betätigungen\* werden im OTPF alltägliche Aktivitäten\* verstanden, die für den Klienten eine Bedeutung haben und dessen Identität beeinflussen. Somit wird deutlich, dass Betätigungen\* für jeden Klienten unterschiedlich sind. Betätigungen\* können in Interaktion mit anderen oder individuell ausgeführt werden. Das OTPF definiert verschiedene Betätigungen\*: Aktivitäten des täglichen Lebens\*, instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens\*, Ruhe und Schlaf\*, Bildung\*, Arbeit, Spiel\*, Freizeit\* und soziale Partizipation\*. Anhängig von der individuellen Wahrnehmung des Klienten, werden Betätigungen\* in verschiedene Kategorie eingeordnet.

Klientenfaktoren\*: Persönliche Fähigkeiten, Charakteristiken und Glauben gehören zu den Klientenfaktoren\*. Diese beeinflussen die Betätigungsperformanz\*. Die Klientenfaktoren\* werden in drei Unterkategorien eingeteilt. Die erste Unterkategorie, Werte, Glauben und Spiritualität\*, beinhaltet die persönliche Einstellung und Wahrnehmung. Weiter werden Körperfunktionen\* zu den Klientenfaktoren\* gezählt. Dabei sind sowohl physische als auch psychische Funktionen eingeschlossen. Die letzte Unterkategorie bilden die Körperstrukturen\*.

Performanzfertigkeiten\*: Performanzfertigkeiten\* sind zielorientierte Aktionen, die als kleiner Bestandteil einer Betätigung\* beobachtet werden können. Das Framework\* unterscheidet zwischen motorischen\* und prozesshaften\* Fertigkeiten sowie sozialen Interaktionsfertigkeiten\*.

Performanzmuster\*: Die Performanzmuster\* setzen sich zusammen aus Gewohnheiten\*, Routinen\*, Rollen\* und Ritualen\*. Sie entstehen über Zeit und festigen sich dabei. Diese Muster unterstützen oder verhindern Betätigungen\*.

Kontext und Umwelt\*: Häufig werden Kontext und Umwelt\* in der Literatur synonym verwendet. Im OTPF wird ein klarer Unterschied gemacht, um die Vielfältigkeit der sich gegenseitig beeinflussenden Variablen zu verdeutlichen. Der Kontext beinhaltet Elemente, die innerhalb des Klienten und um den Klienten herum sind. Es wird unterschieden zwischen kulturellem\*, persönlichem\*, zeitlichem\* und virtuellem\* Kontext. Der kulturelle Kontext\* beinhaltet Gewohnheiten\*, Glauben und Verhaltensstandards, die von der Gesellschaft erwartet und akzeptiert werden. Mit dem persönlichen Kontext\* sind Faktoren, wie Alter, Geschlecht, sozialer Status und Weitere gemeint. Unter zeitlichem Kontext\* werden Lebensabschnitt, Tages- und Jahreszeit, sowie der Rhythmus einer Aktivität\* verstanden. Wenn kein physischer Kontakt zwischen zwei Personen besteht und zum Beispiel über Internet kommuniziert wird, ist vom virtuellen Kontext\* die Rede.

Die Umwelt\* wird unterteilt in die physische\* und die soziale\* Umwelt. Die physische Umwelt\* besteht beispielsweise aus der geographischen Umgebung, Gebäuden und Hilfsmitteln. Unter sozialer Umwelt\* werden die Beziehungen zwischen Personen oder Personengruppen verstanden.

Eine genaue Einteilung der Klientenfaktoren\* und Kontext und Umwelt\* nach OTPF ist im Anhang C zu finden.

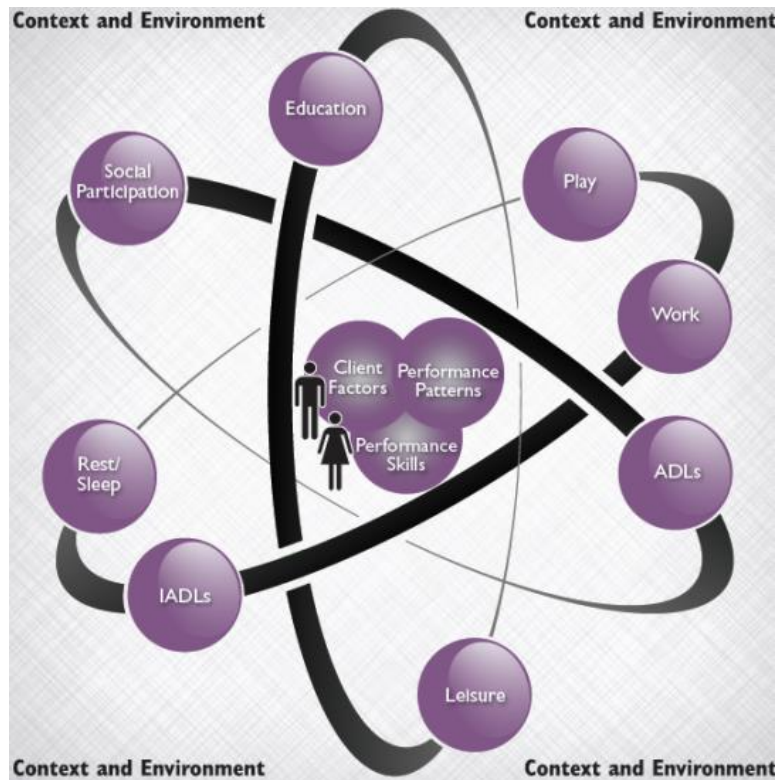


Abbildung 3: Zuständigkeitsbereich der Ergotherapie (AOTA, 2014)

## 2.2.2 Prozess

Der ergotherapeutische Prozess ist klientenzentriert\* und beinhaltet die Evaluation, die Intervention und die Überprüfung der geplanten Ziele. Dabei muss die komplexe und dynamische Interaktion der Aspekte des Zuständigkeitsbereiches berücksichtigt werden.

Evaluationsprozess: Der Evaluationsprozess zielt darauf ab herauszufinden, was ein Klient tun muss und tun möchte. Dieser Prozess findet bei dem ersten und allen darauffolgenden Kontakten mit dem Klienten statt. Somit ist er erst abgeschlossen, wenn die Therapie beendet ist. Der Evaluationsprozess setzt sich zusammen aus dem Betätigungsprofil und der Analyse der Betätigungsperformanz\*. Es werden Informationen über die Probleme, Bedenken, Wünsche, Hoffnungen und Interessen des Klienten gesammelt und in einem Betätigungsprofil zusammengefasst. Die Erfassung fokussiert darauf, Ressourcen und Barrieren in Bezug auf die Betätigungsperformanz\* herauszufinden und daraus Ziele abzuleiten.

Interventionsprozess: Im Interventionsprozess werden die zuvor gesammelten Informationen sowie theoretisches Wissen angewandt, um betätigungsbasierte Interventionen durchzuführen. Dadurch soll Gesundheit, Wohlbefinden und Partizipation\*

ermöglicht werden. Zunächst müssen Ziele gesetzt und die Interventionen geplant werden. Darauf folgt die Implementierung der Interventionen, wobei diese immer wieder auf ihre Effektivität überprüft werden.

Überprüfung der Zielsetzung: Die Zielsetzungen können sich auf alle Untergruppen des Zuständigkeitsbereiches beziehen. In diesem letzten Schritt wird überprüft, ob die zu Beginn gesetzten Ziele erreicht wurden. Dies kann auf der subjektiven Wahrnehmung des Klienten basieren. Die Ziele werden über den gesamten Prozess immer wieder überprüft, wodurch eine Anpassung der Zielsetzung möglich wird.

### **2.3 Arbeit**

Arbeit wird im OTPF (AOTA, 2014) den Betätigungen\* zugeordnet. Im Framework\* werden darunter verschiedene Aspekte von Arbeit zusammengefasst. Dazu zählen das Interesse an einer Anstellung, die Jobsuche, die Ausführung der Arbeit sowie die Vorbereitung auf die Pensionierung. Unter Arbeit wird sowohl bezahlte, als auch freiwillige Arbeit verstanden.

### **2.4 Faktoren**

Der Begriff Faktoren bedeutet laut dem Bibliographischen Institut (2013): „etwas, was in einem bestimmten Zusammenhang bestimmte Auswirkungen hat.“ In dieser Bachelorarbeit werden die Faktoren den Klientenfaktoren\* und Kontext und Umwelt\* mit deren Unterkategorien nach den Definitionen des OTPF (AOTA, 2014) zugeordnet. Diese sind im Kapitel 2.2.1 und im Anhang C ausführlicher beschrieben.

## 3 Methode

---

In diesem Abschnitt werden das übergeordnete methodische Vorgehen, die Literaturrecherche und die Ein- und Ausschlusskriterien beschrieben.

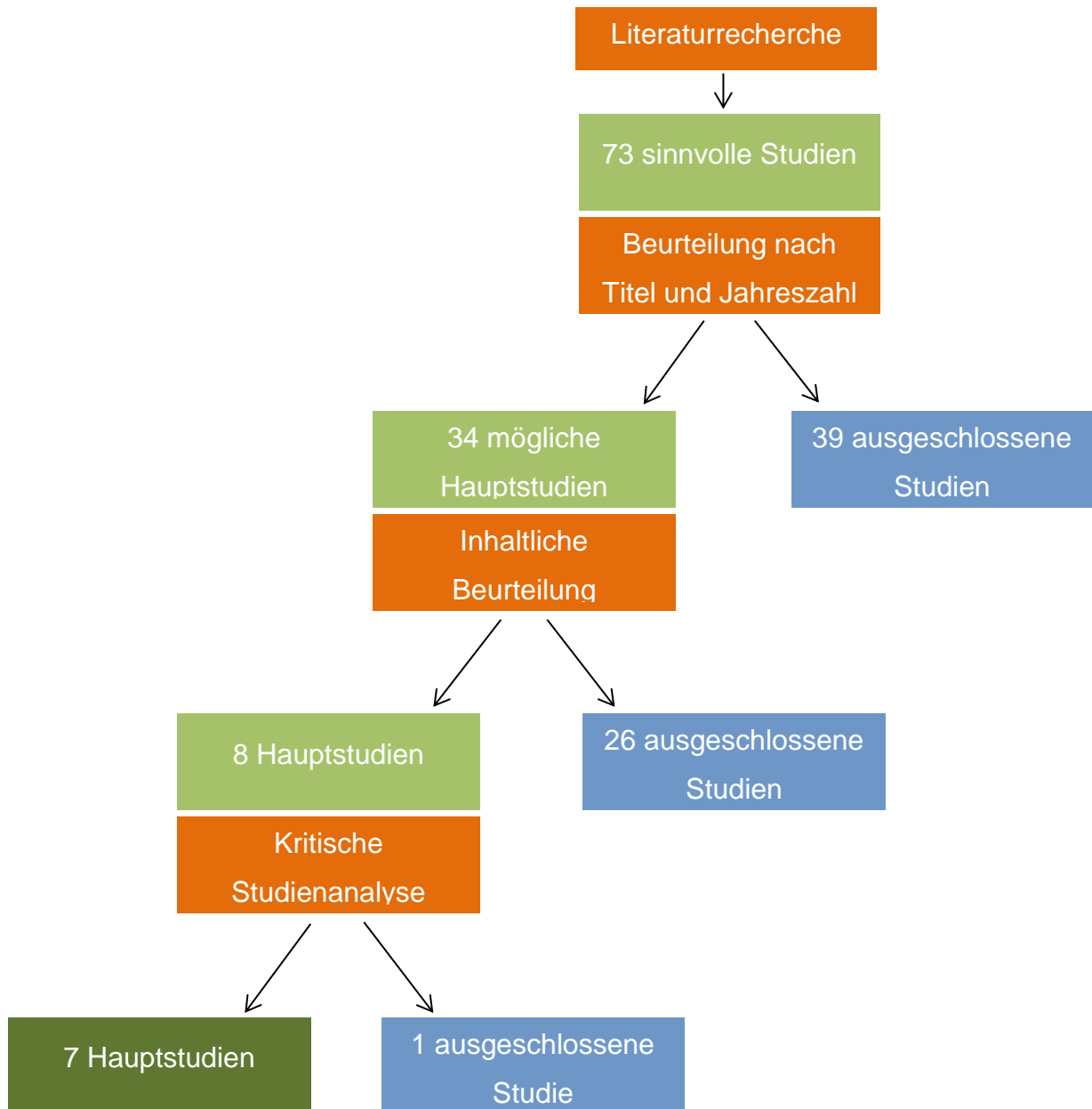
### 3.1 Übergeordnetes methodisches Vorgehen

Die Einleitung und der theoretische Hintergrund werden auf Primär- und Sekundärliteratur basierend verfasst. Diese Literatur wird im Nebis-Verbundskatalog und in Datenbanken gesucht. Die Literatur wird ergänzt mit Aussagen von Stefan Staubli, Ergotherapeut und Leiter der beruflichen Wiedereingliederung im Schweizerischen Paraplegiker Zentrum Nottwil.

Zur Beantwortung der Fragestellung wird die Methodik des Literaturreviews verwendet. Mittels der Literaturrecherche, welche im Kapitel 3.2 genauer beschrieben wird, ergeben sich acht Hauptstudien. Zur Beurteilung der qualitativen Studien wird das Evaluationsinstrument von Letts, Wilkins, Law, Stewart, Bosch & Westmorland (2007) verwendet. Die quantitativen Studien werden mit dem Evaluationsinstrument von Law, Stewart, Pollock, Letts, Bosch & Westmorland (1998) beurteilt. Während des Prozesses der kritischen Beurteilung haben sich die Verfasserinnen entschieden, eine der acht Hauptstudien auszuschliessen. Die Studie von Hills und Cullen (2007) ist eine Mixed-Method-Studie, in welcher im quantitativen Teil weder Analyseverfahren noch Signifikanzen angegeben werden. Zudem ist keine Trennung zwischen dem quantitativen und qualitativen Teil ersichtlich. Es kann nicht nachvollzogen werden, welche Tabelle zu welchem Design gehört. Ausserdem stimmen die Schlussfolgerungen nur teilweise mit den Resultaten überein. Der genaue Prozess zur Auswahl der Hauptstudien ist in Abbildung 4 ersichtlich.

Die Resultate der Hauptstudien werden in die Struktur des OTPF eingeordnet. So kann der Bezug zwischen den Ergebnissen und deren Bedeutung für die Ergotherapie\* verdeutlicht werden.

Die Diskussion und der Theorie-Praxis Transfer werden mit den Hauptstudien und durch den Einbezug der Expertenmeinung von Stefan Staubli gemacht. Zudem werden weitere Nebenstudien einbezogen, um die Argumentationen zu untermauern. Um die ergotherapeutischen Interventionen besser einordnen zu können, wird ein Bezug zum Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM)\* hergestellt.



- Understanding Decisions About Work After Spinal Cord Injury
  - “*The final piece of the puzzle to fit in*”: an interpretative phenomenological analysis of the return to employment in New Zealand after spinal cord injury
  - To work or not to work: labour market participation of people with spinal cord injury living in Switzerland
  - Occurrence and predictors of employment after traumatic spinal cord injury: the GISEM Study
  - Employment participation following spinal cord injury: Relation to selected participant demographic, injury and psychological characteristics
  - Prediction of employment status one year post-discharge from rehabilitation following traumatic spinal cord injury: an exploratory analyses of participation and environmental variables
  - Predicting employment status at 2 years’ postdischarge from spinal cord injury rehabilitation
- Details siehe Kapitel 4.1

Abbildung 4: Grafische Darstellung zur Auswahl der Hauptstudien

### 3.2 Literaturrecherche

Die Literaturrecherche für die Hauptstudien wurde vom 11.08.14 bis 04.02.15 in den Datenbanken MEDLINE, CINAHL, OTDBase und OTseeker durchgeführt. Die wichtigsten Keywords wurden aus der Fragestellung abgeleitet und ins Englische übersetzt. Dies führte zu folgenden Hauptsuchbegriffen: spinal cord injury, employment, work, vocational rehabilitation und factors. Eine detaillierte Auflistung der Keywords ist im Anhang E zu finden. Für die systematische Suche wurden die Keywords in verschiedenen Kombinationen verwendet. Hauptsächlich wurde die Bool'sche Operation AND dazu eingesetzt. Auf den entsprechenden Datenbanken wurde mit den Mesh-Terms oder den CINAHL Headings gesucht. Aufgrund von hohen Trefferzahlen wurden hauptsächlich Verknüpfungen mit drei Suchbegriffen angewandt.

Die Hauptstudien wurden auf Medline mit folgenden Kombinationen gefunden: spinal cord injury AND employment AND resources, spinal cord injury AND employment AND barriers und spinal cord injury AND employment AND predictors. Weitere Hauptstudien wurden auf CINAHL durch die Eingaben „spinal cord injury“ AND employment AND factors influencing und „spinal cord injury“ AND employment AND variables gefunden. Die Hauptstudien wurden aufgrund der in Tabelle 2 beschriebenen Ein- und Ausschlusskriterien ausgewählt. Die Suche wurde so lange durchgeführt bis die Verfasserinnen keine neuen Studien mehr fanden. Das vollständige Suchprotokoll ist dem Anhang F zu entnehmen.

## **Tabelle 2: Ein- und Ausschlusskriterien**

---

- Die Studien thematisieren Faktoren, welche die Wiederaufnahme von Arbeit nach einer Querschnittlähmung beeinflussen.
  - Die Studienteilnehmer sind zwischen 16 und 65 Jahre alt.
  - Männer und Frauen sind in der Stichprobe vertreten. Mehr Männer werden aufgrund der höheren Prävalenz akzeptiert.
  - Menschen mit einer Paraplegie und Menschen mit einer Tetraplegie werden einbezogen.
  - Die Zeit seit der Verletzung beträgt maximal 15 Jahre.
  - Die Ursache der Querschnittlähmung ist traumatisch.
  - Das Alter der Studien beträgt maximal zehn Jahre.
  - Bezahlte und nicht bezahlte Arbeit wird eingeschlossen.
  - Aufgrund von kulturellen Unterschieden werden östliche Länder nicht inkludiert.
  - Studien, die Sekundärdiagnosen und Vergleiche zwischen Diagnosen aufzeigen, werden ausgeschlossen.
  - Die Themen Politik und Gesellschaft werden nicht berücksichtigt.
-



## **4 Resultate**

---

Dieses Kapitel beinhaltet die kritische Studienanalyse, welche in eine Zusammenfassung und Beurteilung der jeweiligen Studie unterteilt ist. Anschliessend werden die Faktoren ins OTPF eingeordnet.

### **4.1 Kritische Studienanalyse**

Im folgenden Abschnitt werden die Hauptstudien in Form von Tabellen zusammengefasst. Darauf folgt die kritische Beurteilung jeder Studie. Die ausführlichen Studienanalysen sind im Anhang G zu finden.

#### 4.1.1 Understanding Decisions About Work After Spinal Cord Injury (Fadyl & McPherson, 2010)

**Tabelle 3: Zusammenfassung der Studie von Fadyl et al. (2010)**

<b>Ziel</b>	Die Studie untersucht, welche Faktoren einen Einfluss darauf haben, ob sich Menschen mit einer Querschnittlähmung dazu entscheiden, wieder eine Arbeit zu suchen und in den Arbeitsmarkt zurückzukehren oder nicht.
<b>Stichprobe</b>	13 Personen nahmen an der Studie teil. Die Teilnehmer wurden inkludiert, wenn die Querschnittlähmung innerhalb der letzten zwei Jahre eingetreten ist und langfristige neurologische Defizite zur Folge hatte. Ausserdem mussten die Teilnehmer bereits die Entscheidung getroffen haben, ob sie Arbeit suchen werden oder nicht. Sie mussten fähig sein, mit den Forschern zu kommunizieren. Personen mit zusätzlichen kognitiven Einschränkungen wurden ausgeschlossen. Um eine Variation in der Stichprobe zu erhalten, wurden die Teilnehmer gezielt ausgewählt.
<b>Design/ Methode</b>	Für diese qualitative Studie wurde das Grounded Theory Design verwendet. Unstrukturierte Interviews wurden durchgeführt, aufgenommen und transkribiert. Die Transkripte wurden anschliessend kodiert und in Kategorien und Unterkategorien eingeordnet. Daraus entwickelten die Autoren im letzten Schritt ein Modell, welches die Einflussfaktoren auf die Entscheidung Arbeit zu suchen oder nicht, aufzeigt. Es wurden so viele Interviews durchgeführt, bis eine Datensättigung erreicht wurde.
<b>Resultate</b>	Die Studie fand vier Hauptkategorien von Faktoren, welche die Entscheidung Arbeit zu suchen oder nicht, beeinflussen: die Fähigkeit einer betroffenen Person, zu arbeiten, in Bezug auf Arbeitsanforderungen und momentan vorhandenen Ressourcen; Anwesenheit von Verantwortung oder Druck, die mit dem Suchen von Arbeit konkurrieren; Zugang zu einem passenden Job zu haben; sind die Vorteile der Arbeit gross genug, um dieses Ziel zu verfolgen.
<b>Relevanz</b>	Diese Studie behandelt Faktoren, welche die Entscheidung zur Wiederaufnahme von Arbeit von Menschen mit einer Querschnittlähmung beeinflussen. Mit Hilfe der benannten Faktoren kann die Fragestellung dieser Bachelorarbeit zum Teil beantwortet werden. Die Studie deckt viele veränderbare Faktoren auf, wodurch die Relevanz für die Ergotherapie* verdeutlicht wird.

## **Studienanalyse**

Die Studie hat eine klare und gut strukturierte Einleitung in die Thematik. Das Ziel ist verständlich beschrieben und sinnvoll begründet. Ausserdem werden die für dieses Fachgebiet relevanten Autoren zitiert. Das Studiendesign, die verwendeten Methoden und Vorgehensweisen passen gut zusammen. Es wurde ein induktiver Ansatz verfolgt. Dies ist ersichtlich, da Interviews durchgeführt wurden, um die Meinungen und Ansichten der Teilnehmer zu erfassen. Ein visuelles Modell wurde daraus abgeleitet. Eine theoretische Perspektive wird in der Studie nicht beschrieben, was dem induktiven Verfahren entspricht.

Die Anzahl der Teilnehmer wird so begründet, dass eine Datensättigung erreicht wurde. Allerdings wird nicht beschrieben, ob die Querschnittlähmung der Teilnehmenden eine traumatische oder nicht traumatische Ursache hat. Ansonsten stimmt die Stichprobe sehr gut mit den, von den Verfasserinnen formulierten, Ein- und Ausschlusskriterien überein. Durch die Zusammenarbeit von mehreren Forschern steigt die Glaubwürdigkeit dieser Studie. Sie wird aber wiederum eingeschränkt, da kein member checking durchgeführt wurde.

Die Autoren untersuchten hauptsächlich städtische Gegenden. In der Stadt gibt es bessere Möglichkeiten einen Job zu finden, der physisch weniger anstrengend ist, als in ländlichen Gebieten. Dies hat möglicherweise einen Einfluss auf die Resultate. Das Rehabilitationsangebot für die einzelnen Personen ist unterschiedlich und die Übertragbarkeit auf andere Populationen ist nicht gewährleistet. Dies sind die, von den Autoren beschriebenen, Limitierungen der Studie.

#### 4.1.2 “*The final piece of the puzzle to fit in*”: an interpretative phenomenological analysis of the return to employment in New Zealand after spinal cord injury (Hay-Smith, Dickson, Nunnerley & Sinnott, 2013)

**Tabelle 4: Zusammenfassung der Studie von Hay-Smith et al. (2013)**

<b>Ziel</b>	Die Autoren möchten mehr über die Bedeutung von Arbeit im Leben von Menschen mit einer Querschnittlähmung herausfinden. Weiter sollen die Auffassungen von Menschen mit einer Querschnittlähmung sowie dem Arbeitsintegrationspersonal in Bezug auf Barrieren und Ressourcen von Arbeit erforscht werden.
<b>Stichprobe</b>	Zwölf Personen mit Querschnittlähmung, die vor der Verletzung angestellt waren und in einer vorherigen Studie teilnahmen, wurden in diese Studie einbezogen. Sie mussten eine traumatische Querschnittlähmung haben, 18 Jahre und älter sein, in Neuseeland wohnhaft sein und eine Rehabilitation nach der Verletzung erhalten haben. Zum Zeitpunkt der Studie waren zwei bis drei Jahre vergangen seit dem Eintritt der Querschnittlähmung. Menschen, die auch eine traumatische Hirnverletzung oder vorher psychische Probleme hatten, wurden ausgeschlossen. Die sechs Angestellten der beruflichen Rehabilitation arbeiteten seit mindestens einem Jahr für Kaleidoscope (Initiative, um die Arbeitsrate nach einer Querschnittlähmung zu verbessern) und begleiteten einen oder mehrere Teilnehmer dieser Studie. Die Angestellten der beruflichen Rehabilitation setzten sich zusammen aus zwei Personen mit einer Querschnittlähmung, einem Ergotherapeuten, einem Physiotherapeuten, einem Berater und einer Person mit einem beruflichen Hintergrund im Personalwesen.
<b>Design/ Methode</b>	Als Design wurde die interpretative phänomenologische Analyse angewandt. Alle halbstrukturierten Interviews wurden von demselben Interviewer, nach Möglichkeit bei den Teilnehmern zu Hause, durchgeführt. Eine Befragung dauerte zwischen 45 - 90 Minuten und wurde digital aufgezeichnet und transkribiert.
<b>Resultate</b>	Es wurden drei Überthemen evaluiert: ein normales Leben führen, Barrieren und Ressourcen und die Aufgaben der Angestellten der beruflichen Rehabilitation. Die Überthemen wurden jeweils in Unterkategorien eingeteilt. Beschreibung der Teilnehmer: es wurde kein klares Schema erkennbar bezüglich der Art von Arbeit vor der Verletzung, Zeit seit der Verletzung oder dem Zeitintervall zwischen Verletzung und Rückkehr zur Arbeit.
<b>Relevanz</b>	Diese Studie ist für die vorliegende Bachelorarbeit relevant, da sie Barrieren und Ressourcen bezüglich Arbeit nach einer Querschnittlähmung thematisiert. Es wurden auch Angestellte der beruflichen Rehabilitation zu ihren Aufgaben befragt. Eine dieser Personen ist ein Ergotherapeut, wodurch die Wichtigkeit dieses Themas für unsere Profession unterstrichen wird. Die Studie ist zudem sehr aktuell.

## **Studienanalyse**

Das Studiendesign passt mit der Forschungsfrage zusammen, da es sich um die gelebte Erfahrung des Phänomens, in dieser Studie die Querschnittslähmung, handelt. Die Autoren führten mit den Interviews eine gängige Methode der Datensammlung durch. Die Hermeneutik wurde gegeben, indem die Autoren durch die Analyse und Interpretation der Aussagen der Teilnehmer ein Verständnis suchten. Sie starteten induktiv und suchten die Bedeutung in den Daten. Sie begannen mit der Analyse von nur einem Fall, um den idiografischen Anspruch der interpretativen phänomenologischen Analyse zu erfüllen. Die Themen und ihre Bedeutung wurden neben den Ergebnissen mit bestehender Forschung verglichen, um die Interpretation zu hinterfragen und zu unterstützen. Dies dient dem interrogativen Anteil dieser Methode. Hay-Smith et al. (2013) beschreiben nicht, dass sie die Befragung fortsetzten, bis sie eine Datensättigung erlangten. Sie erklären bei der Datenanalyse, was sie gemacht haben. Ihre Gedankengänge und Entscheidungen werden nicht transparent dargestellt. Die Glaubwürdigkeit und Nachvollziehbarkeit werden durch das Verwenden eines Forschungsteams und das Gegenlesen der Themen durch die Person, welche die Teilnehmer interviewte, teilweise erreicht. Die Übertragbarkeit ist hoch, da die Stichprobe durch die Ein- und Ausschlusskriterien und die genaue Beschreibung der Teilnehmer im Resultatenteil nachvollziehbar ist. Die Zuverlässigkeit ist gering, da die Entscheidungen der Autoren nicht erkennbar sind. Die Vorgehensweise ist hingegen gut beschrieben. Als Einschränkung sehen die Verfasserinnen, dass keine Limitierungen von den Autoren beschrieben werden.

### 4.1.3 To work or not to work: labour market participation of people with spinal cord injury living in Switzerland (Marti, Reinhardt, Graf, Escorpizo & Post, 2012)

**Tabelle 5: Zusammenfassung der Studie von Marti et al. (2012)**

<b>Ziel</b>	Die Studie hat zum Ziel aufzuzeigen, wie viel Menschen mit einer Querschnittlähmung am Schweizer Arbeitsmarkt teilhaben*. Weiter sollen Faktoren und Konsequenzen einer bezahlten Arbeit für Menschen mit einer Querschnittlähmung ermittelt werden.
<b>Stichprobe</b>	In die Studie wurden 495 Teilnehmer eingeschlossen. Mitglieder der Swiss Paraplegic Association mit einer traumatischen oder nicht traumatischen Paraplegie oder Tetraplegie wurden inkludiert. Sie mussten mindestens 18 Jahre alt sein und seit mindestens einem Jahr in der Gesellschaft leben. Personen, die in spezialisierten Institutionen oder freiwillig beziehungsweise ohne Bezahlung arbeiteten, wurden nicht einbezogen.
<b>Design/ Methode</b>	Dies ist eine quantitative Studie, welcher ein Querschnittsdesign zugrunde liegt. Die Messungen wurden mittels eines selbstentwickelten Online-Fragebogens durchgeführt. Er erfragt demografische, verletzungsbezogene, soziale und arbeitsbezogene Informationen vor und nach der ersten Rehabilitation und auch Informationen über die Rehabilitation.
<b>Resultate</b>	Sechs Monate nach der Rehabilitation betrug die Angestelltenrate 36.8%, welche sich in den folgenden Jahren deutlich erhöhte. In der bivariaten Analyse zeigte die Teilhabe* im Arbeitsmarkt einen signifikanten Zusammenhang mit folgenden Kriterien: männliches Geschlecht, Erhalten einer Berufsberatung, zwei Jahre nach der Erstrehabilitation eine Arbeit haben, Wichtigkeit von Arbeit, Schmerzen und höhere Bildung. Die logistische Regression zeigte, dass das Alter, Erhalten einer Berufsberatung, zwei Jahre nach der Erstrehabilitation eine Arbeit haben, Zeit seit der Verletzung, Wichtigkeit von Arbeit, Schmerzen und höhere Bildung mit der Teilhabe* im Arbeitsmarkt verbunden ist. Motivation wieder zu arbeiten war: Zufriedenheit, sozialer Kontakt, Geld, Langeweile, Ablenkung, Pflichtgefühl und Erwartungen vom Umfeld. Gründe warum nicht gearbeitet wurde: zu viele gesundheitliche Probleme, Schmerzen und keinen passenden Job.
<b>Relevanz</b>	Diese Studie ist besonders relevant, da sie sich auf die Schweizerische Bevölkerung bezieht und der zweite Teil der Fragestellung zur Frage der Verfasserinnen passt. Aus diesen Gründen wird diese Studie in die Arbeit einbezogen, obwohl sie nicht traumatische Querschnittlähmungen, Menschen über 65 Jahre und eine höhere Anzahl an Jahren nach einer Querschnittlähmung inkludiert.

## **Studienanalyse**

Die gewählte Hintergrundliteratur zeichnet sich durch Aktualität und Relevanz für die Thematik aus. Die Einleitung ist im Vergleich zu anderen Studien kurz ausgefallen. Das Studiendesign ist stimmig, da es einen Einblick bezüglich der Arbeitsmarktdaten der Schweiz zu einem bestimmten Zeitpunkt generiert, eine Gruppe beinhaltet und in der Schweiz wenig Wissen zu diesem Thema vorhanden ist. Mit diesem Studiendesign kann nicht mit Sicherheit davon ausgegangen werden, dass alle Faktoren eruiert wurden. Die Tests, welche in der Datenanalyse verwendet wurden, stimmen mit den Skalenniveaus der Variablen überein. Der Fragebogen ist augenscheinlich invalide. Es werden keine Aussagen bezüglich der Validität in der Studie gemacht, die Autoren informierten sich bei der Entwicklung des Fragebogens ausführlich. Er scheint das zu messen, was er soll. Die Reliabilität dieses Messinstrumentes ist nicht erforscht. Die optimale Stichprobengröße wurde nicht errechnet. Da die Resultate der Studie oft signifikant sind, drängt sich die Vermutung auf, dass die Stichprobe zu groß war. Die Autoren beziehen in ihre Studie nicht vollständig ausgefüllte Fragebogen mit ein. Sie zeigen diese Werte immer an und erklären, dass die Gesamtproportion von fehlenden Werten (2.1%) klein ist. Der Fragebogen beruht auf einer Selbsteinschätzung, wodurch keine objektiven Angaben gemacht werden können.

Die Autoren geben in der Studie Limitierungen an. Sie besagen, dass weniger Menschen mit einer Tetraplegie teilnahmen und das Durchschnittsalter höher als in anderen Studien war. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass Menschen in einer schwierigen Situation weniger oft antworteten. Zudem wendeten die Autoren für die Rekrutierung von Menschen mit einer nicht traumatischen Querschnittslähmung eine Eigenselektionierung an. Die externe Validität ist gering, da aufgrund der niedrigen Antwortrate eine Generalisierung limitiert ist.

#### 4.1.4 Occurrence and predictors of employment after traumatic spinal cord injury: the GISEM Study (Franceschini, Pagliacci, Russo, Felzani, Aito & Marini, 2012)

Tabelle 6: Zusammenfassung der Studie von Franceschini et al. (2012)

<b>Ziel</b>	Das Ziel der Studie ist, die Faktoren, welche die Wiederaufnahme von Arbeit von Menschen mit einer Querschnittslähmung beeinflussen, festzustellen und zu evaluieren, wie sich Arbeit auf die Lebensqualität* auswirkt.
<b>Stichprobe</b>	Es wurden 403 Personen in die Untersuchung einbezogen. Einschlusskriterien waren, dass ein traumatisches Ereignis die Ursache für die Querschnittslähmung war und die Teilnehmer zwischen 1997 und 1999 aus einem der italienischen Rehabilitationszentren ausgetreten sind. Der Arbeitsstatus spielte keine Rolle.
<b>Design/ Methode</b>	Es wurde eine Kohortenstudie durchgeführt. Ein standardisierter Fragebogen wurde telefonisch durchgeführt und eine zweite Messung fand nach ca. vier Jahren statt. Es wurden ein Chi <sup>2</sup> -Test und eine logistische Regressionsanalyse angewandt um herauszufinden, welchen Einfluss die unabhängigen Variablen auf den Arbeitsstatus haben.
<b>Resultate</b>	Bei der Messung nach vier Jahren war knapp die Hälfte der Teilnehmer angestellt. Folgende Faktoren hatten einen positiven Einfluss auf das Finden von Arbeit: jüngeres Alter, Ausbildung von mindestens acht Jahren, nicht verheiratet, besserer funktioneller Status, Unabhängigkeit in der Mobilität, Fahrfähigkeit, Teilhabe* in der Gesellschaft, Fähigkeit alleine zu leben, Zugang zum vorherigen Job. Medizinische Probleme, Rehospitalisation in den letzten sechs Monaten, architektonische Barrieren, Tetraplegie und Subventionen hatten einen negativen Einfluss. Menschen mit einer Arbeit beschrieben eine bessere subjektive Lebensqualität*, zufriedenstellenderes Sexualleben, verliessen das Haus öfter für Freizeitaktivitäten, hatten mehr Hobbies, machten mehr Sport und pflegten weniger soziale Kontakte in der Freizeit.
<b>Relevanz</b>	Die Erhebung von Faktoren, welche die Wiederaufnahme von Arbeit nach einer Querschnittslähmung beeinflussen, entspricht der Fragestellung dieser Bachelorarbeit. Die Studie thematisiert persönliche und soziale Faktoren, die teilweise mit Hilfe von Therapien verbessert werden können.



## **Studienanalyse**

Das Ziel der Studie wird klar beschrieben, obwohl die Einleitung sehr kurz ist. Das Studiendesign stimmt mit den angewandten Methoden überein. Es wird eine Gruppe von Menschen mit ähnlicher Diagnose, in diesem Fall die Querschnittlähmung, untersucht. Dies stimmt mit dem Kohortendesign überein. Die Stichprobengröße wird nicht begründet. Dadurch, dass sehr viele signifikante Resultate gefunden wurden, stellt sich die Frage, ob die Stichprobe zu gross ausgewählt wurde. Die Teilnehmer hatten alle bereits bei einer anderen Studie teilgenommen. Dies hat möglicherweise eine Verzerrung der Resultate zur Folge. Die Teilnahme an der Studie war freiwillig und eine Einverständniserklärung wurde ausgefüllt. Der verwendete standardisierte Fragebogen weist eine gute Reliabilität auf. Über die Validität wird keine Aussage gemacht, die Verfasserinnen erachten ihn aber als augenscheinlich valide. Die Autoren geben an, dass der Vergleich von Italien mit anderen europäischen Ländern schwierig ist, da die Arbeitsmärkte sehr verschieden sind. Ausserdem ist das Durchschnittsalter in der Studie hoch und die meisten Teilnehmer sind von einer zervikalen Läsion betroffen. Dies erschwert den Übertrag auf andere Populationen. Die klinische Bedeutung der Ergebnisse wird beschrieben und kann gut mit der Ergotherapie\* verknüpft werden.

#### 4.1.5 Employment participation following spinal cord injury: Relation to selected participant demographic, injury and psychological characteristics (Murphy & Young, 2005)

Tabelle 7: Zusammenfassung der Studie von Murphy et al. (2005)

<b>Ziel</b>	Die Beziehung zwischen ausgewählten demografischen, verletzungsbezogenen und psychologische Variablen und der Arbeitsrate nach einer Querschnittlähmung soll untersucht werden. Zudem möchten die Autoren ermitteln, ob die psychologischen Variablen die Varianz erklären können.
<b>Stichprobe</b>	289 Personen wurden inkludiert. Sie bildeten eine Untergruppe aus einer grösseren Studie. An der Studie durften Personen teilnehmen, wenn seit der Querschnittlähmung mindestens 18 Monate vergangen sind und sie zwischen 16 und 65 Jahre alt waren. Die Querschnittlähmung musste aufgrund eines traumatischen Ereignisses entstanden sein. Die Teilnehmer mussten aufgrund langfristiger neurologischer Einschränkungen in einem Rehabilitationszentrum in Australien behandelt worden sein und zu einem Zeitpunkt nach der Querschnittlähmung gearbeitet haben.
<b>Design/ Methode</b>	Es wurde ein Querschnittsdesign angewandt. Es gab eine Befragung der Teilnehmer. Dabei wurden FIM*-Werte (Functional Independence Measure) ermittelt, drei verschiedene RLOC* (Rehabilitation Locus of Control) und Kanungo's Work Involvement Scale* durchgeführt. Die Daten wurden mit Hilfe von multiplen Regressionsanalysen ausgewertet.
<b>Resultate</b>	Die Arbeitsrate zum Messzeitpunkt betrug 62%. Die multiple Regressionsanalyse ergab signifikante Korrelationen zwischen der workrate* und den Variablen Geschlecht, Art der Beeinträchtigung, Alter bei der Befragung, Chance RLOC*, Internal RLOC* und Arbeitseinstellung. Mittels hierarchischer multipler Regression wurden 47% der Varianz erklärt. Die wichtigsten psychologischen Variablen waren dabei der Internal RLOC* und die Arbeitseinstellung.
<b>Relevanz</b>	Die Studie befasst sich mit Faktoren, welche die Wiederaufnahme von Arbeit beeinflussen, wodurch sie für die Fragestellung dieser Bachelorarbeit relevant ist. Die Autoren gehen davon aus, dass Interventionen, die den psychologischen Status verbessern, sinnvoll sind. Solche Ziele können in der Ergotherapie* verfolgt werden, allerdings muss der positive Einfluss noch bestätigt werden.

## **Studienanalyse**

Die Einleitung ist fundiert geschrieben und die für das Gebiet relevanten Autoren werden zitiert. Allerdings ist die Einleitung und auch die gesamte Studie recht lang und wiederholt sich mehrmals. Das Studiendesign wurde so ausgewählt, dass es sehr gut zu der Fragestellung und den ausgewählten Methoden passt. Es werden neue Variablen und outcome Messungen verwendet, über die noch wenig bekannt ist. Daher bietet sich ein Querschnittsdesign an. Die abhängige Variable ist intervallskaliert, was mit den verwendeten Analysemethoden übereinstimmt. Es gibt einige Umstände, welche die Studienresultate allenfalls beeinflusst haben: die Studienteilnehmer mussten sich an ihre Arbeitsgeschichte erinnern, wobei möglicherweise relevante Informationen vergessen wurden; die Stichprobe wurde aus einer anderen Studie zusammengestellt; es wurde ein Selbstbeurteilungsfragebogen verwendet, wodurch keine objektiven Daten erfasst werden konnten.

RLOC\* und Kanungo's Work Involvement Scale\* sowie Teile des FIM\* sind reliable Messinstrumente. Ausserdem wurde die Test-retest Reliabilität für den Teil des Fragebogens, welcher das Thema Arbeit erfragt, überprüft. Über die Reliabilität des gesamten Fragebogens kann keine Aussage gemacht werden. Die Validität des RLOC\* ist gegeben, wobei die restlichen Messinstrumente augenscheinlich invalide sind. Der Einfluss der psychologischen Variablen wurde noch nicht bestätigt, weshalb mehr Forschung benötigt wird. Da die Varianz nur limitiert erklärt werden konnte, sollten in weiteren Untersuchungen Umweltvariablen miteinbezogen werden. Die Autoren geben folgende Limitierungen an: durch das Studiendesign fehlt die Kontrolle über zeitlich bedingte Merkmale der Querschnittlähmung; die Stichprobe ist möglicherweise nicht repräsentativ für die ganze Querschnittlähmungspopulation; der Vergleich zu anderen Ländern ist schwierig, da es unterschiedliche Gesetze bezüglich der sozialen Sicherheit gibt; es wurden keine Umweltfaktoren einbezogen.

#### 4.1.6 Prediction of employment status one year post-discharge from rehabilitation following traumatic spinal cord injury: an exploratory analyses of participation and environmental variables (Murphy, Middleton, Quirk, De Wolf & Cameron, 2009)

**Tabelle 8: Zusammenfassung der Studie von Murphy et al. (2009)**

<b>Ziel</b>	Die Studie identifiziert, in welchem Ausmass frühe Teilhabe* und Umweltfaktoren, hinzugefügt zu verletzungsbezogenen und demografischen Variablen, die Wiederaufnahme von Arbeit von Menschen mit einer Querschnittlähmung beeinflussen können.
<b>Stichprobe</b>	In diese Studie wurden 72 Teilnehmer eingeschlossen. Sie wurden inkludiert, wenn sie 16 - 65 Jahre alt waren, eine traumatische Querschnittlähmung hatten, medizinisch stabil waren, neurologische Einschränkungen und die australische Staatsbürgerschaft hatten. Die Ausschlusskriterien umfassten: eine 24-Stunden Beatmung und kognitive oder psychische Einschränkungen zu haben.
<b>Design/ Methode</b>	Die Autoren führten in einem Kohortendesign zu zwei verschiedenen Messzeitpunkten Interviews durch. Inhaltlich bestand die Befragung aus Variablen bezüglich der Verletzung, der Funktion und Demografie. Die Messungen wurden mit dem FIM*, CIM* (Community Integration Measure) und CHART* (Craig Handicap Assessment and Reporting Technique) durchgeführt.
<b>Resultate</b>	Ein Jahr nach der Verletzung einer bezahlten Arbeit nachzugehen, korreliert mit unabhängiger Mobilität, den Werten des CHART*, gelernter Arbeit und funktioneller Unabhängigkeit (FIM*). Die Ergebnisse der logistischen Regressionsanalyse besagen, dass FIM*, gelernte Arbeit, CIM* und Kompensationsstatus in Zusammenhang mit Arbeit signifikant sind. Durch das Einbeziehen von demografischen, verletzungsbezogenen, Teilhabe*- und Umweltvariablen konnten 45% der Varianz erklärt werden.
<b>Relevanz</b>	Das Erfassen von Faktoren, welche die Wiederaufnahme von Arbeit bei Menschen mit einer Querschnittlähmung beeinflussen, entspricht der Fragestellung dieser Bachelorarbeit. Es werden Faktoren in Bezug auf die Teilhabe* und die Umwelt aufgedeckt, die in der Rehabilitation beeinflusst werden können. Somit ist eine Verbindung zur ergotherapeutischen Arbeit ersichtlich.

## **Studienanalyse**

Das Studiendesign ist in sich schlüssig, da es eine Gruppe von Personen mit derselben Diagnose (Querschnittlähmung) untersucht. Die durchgeführten Methoden der Datenanalyse benötigen jeweils ordinalskalierte Daten. Dieses Kriterium war bei den meisten Variablen gegeben. Ansonsten wurde ihnen eine Zahlenfolge unterlegt, wodurch auch diese Variablen ein Ordinalniveau erreichten. Der FIM\* zeichnet sich durch Reliabilität aus, bezüglich der anderen Messungen kann keine Aussage gemacht werden. Die Validität des CIM\* ist gegeben. Auch die anderen Variablen scheinen das zu messen was sie sollen, weshalb sie augenscheinlich valide sind. Die Autoren der Studie führten keine Berechnungen bezüglich der angemessenen Stichprobengröße durch. Kohortenstudien haben üblicherweise eine Kontrollgruppe. Da dies bei dieser Thematik nicht möglich war, fand eine Unterteilung in Menschen mit einer Arbeit und Menschen ohne eine Arbeit statt. Um einen Vergleich mit der gesamten Population zu ermöglichen, versuchten die Autoren die Verteilung von Menschen mit einer Paraplegie und Menschen mit einer Tetraplegie der Population entsprechend zu wählen.

Als Limitierung geben die Autoren an, dass wenige Teilnehmer im Verhältnis zu den vorhandenen Variablen befragt wurden. In der Gruppe von Personen mit schwachen Beeinträchtigungen wurden Menschen mit einer Tetraplegie, klassifiziert nach ASIA D, und Menschen mit einer Paraplegie eingeschlossen. Dies geschah, obwohl die Autoren um den Einfluss von unterschiedlichen Funktionen und Einschränkungen in der Mobilität auf die Arbeit wussten. Neurologische Schmerzen und das Ausmass von Spastik sind in dieser Studie nicht untersucht worden. Zudem denken die Autoren, dass ein Jahr nach dem Austritt aus der Rehabilitation ein zu früher Messzeitpunkt sein könnte und die Stabilität der beschriebenen Faktoren zu späteren Zeitpunkten in weiteren Studien erforscht werden muss.

#### 4.1.7 Predicting employment status at 2 years' postdischarge from spinal cord injury rehabilitation (Murphy, Middleton, Quirk, De Wolf & Cameron, 2011)

**Tabelle 9: Zusammenfassung der Studie von Murphy et al. (2011)**

<b>Ziel</b>	Die Studie hat zum Ziel, Faktoren zu erfassen, welche die Rückkehr zur Arbeit zwei Jahre nach dem Rehabilitationsabschluss vorhersagen. Der Fokus dieser Studie liegt auf Faktoren, welche in der Rehabilitation beeinflusst werden können.
<b>Stichprobe</b>	Die Studie beinhaltet 72 Teilnehmer, die zwischen 16 - 65 Jahre alt sind, eine traumatische Querschnittlähmung haben, medizinisch stabil sind, unter langfristigen neurologischen Einschränkungen leiden und eine australische Staatsbürgerschaft haben. Es wurde dieselbe Stichprobe wie in Murphy et al. (2009) verwendet.
<b>Design/ Methode</b>	Es wurde ein mixed-method Design verwendet. Der quantitative Teil der Studie wurde mit einem Explorationsdesign durchgeführt, wobei es sich beim qualitativen Teil um eine Inhaltsanalyse handelt. Es wurden zwei Messungen gemacht, die erste beim Spitalaustritt und die zweite 24 Monate danach. Als Messinstrument wurde ein Interview oder Fragebogen verwendet. Darin enthalten waren folgende Tests: FIM*, CIM*, Moorong Self-Efficacy Scale*, SPRS* (Sydney Psychosocial Reintegration Scale). Es wurden Korrelationen berechnet, sowie eine discriminant function analysis durchgeführt.
<b>Resultate</b>	Beide quantitativen Berechnungen ergaben einen signifikanten Zusammenhang zwischen Arbeit und FIM* –Werten, CIM*-Werten, Arbeit vor der Verletzung, Wichtigkeit der Arbeit und Mobilität. Die Kontrollüberzeugung zeigte nur bei den Korrelationen einen signifikanten Einfluss. Arbeit vor der Verletzung, FIM* und CIM* sind laut den Autoren die wichtigsten Faktoren für die Wiederaufnahme von Arbeit. Die qualitative Untersuchung ergab, dass soziale Unterstützung, die persönliche Motivation und die Arbeitscharakteristiken die Wiederaufnahme von Arbeit positiv beeinflussten. Als Barrieren wurden keine Übereinstimmung zwischen Job und Person, Gesundheitsprobleme, kein physischer Zugang, keine Arbeit wegen Weiterbildung oder Trainingsprogramm, Verantwortung zu Hause, finanziell nicht notwendig, negative Haltung des Arbeitgebers und Suche nach einem besseren Job, identifiziert.
<b>Relevanz</b>	Der Fokus dieser Studie liegt auf Faktoren, welche in der Rehabilitation beeinflusst werden können. Dies passt einerseits zu der Fragestellung und bringt andererseits eine wichtige Bedeutung für die Ergotherapie* mit sich.

## **Studienanalyse**

Die Einleitung gibt eine gute Übersicht über das Thema. Bei den ersten Analysen wird von 72 Studienteilnehmern gesprochen, die den Fragebogen ausgefüllt und eine Einverständniserklärung unterschrieben haben. Bei der discriminant function analysis werden nur noch 60 Teilnehmer aufgeführt. Es wird weder aus den Beschreibungen, noch aus den Tabellen klar, was mit den restlichen zwölf Personen passiert ist und weshalb sie nicht in die Analyse miteinbezogen wurden. Die Veränderung der Stichprobe hat vermutlich keinen grossen Einfluss auf die Resultate. Die Stichprobengrösse wird nicht begründet und ist klein. Die Autoren geben aber an, dass die Stichprobe mit der australischen Bevölkerung vergleichbar ist. Das Studiendesign und das methodische Vorgehen stimmen überein. Die Korrelationen zwischen den einzelnen Variablen wurden berechnet. Es wird nicht angegeben, ob eine Spearman's Korrelation berechnet wurde, was aufgrund des Datenniveaus passend wäre. Die Verfasserinnen nehmen an, dass es sich um diese Art von Korrelation handelt.

Für die Datensammlung wurden einige reliable (FIM\*, SPRS\* und Moorong Self-Efficacy Scale\*) und valide (CIM\*) Messinstrumente verwendet. Über die Reliabilität und Validität des gesamten Fragebogens wird keine Aussage gemacht. Bei den Analyseverfahren beschreiben die Autoren, dass eine discriminant function analysis streng genommen nicht durchgeführt werden darf, da einige Kriterien nicht erfüllt sind. Die Berechnungen sind laut Autoren aber dennoch vertretbar. Es wird beschrieben, dass die Studienergebnisse durch die niedrige Beschäftigungsrate der Stichprobe limitiert werden. Als weitere Limitierungen gelten eine geringe Teilnehmeranzahl im Vergleich zu den untersuchten Variablen und der Gebrauch von Messinstrumenten mit unbekannter Reliabilität.

## **4.2 Resultate der Hauptstudien**

Nachfolgend werden die Resultate der Hauptstudien in die verschiedenen Aspekte des Zuständigkeitsbereiches des OTPF beziehungsweise in deren Unterkategorien eingeordnet. Arbeit ist der thematische Mittelpunkt dieser Bachelorarbeit, gehört zu dem Bereich *Betätigung\** im OTPF und steht in enger Wechselwirkung mit den anderen Bereichen (AOTA, 2014).

Da es darum geht, ergotherapierelevante Faktoren zu identifizieren, liegt der Fokus auf den Bereichen *Klientenfaktoren\** und *Kontext und Umwelt\** im Zusammenhang mit der *Betätigung\** Arbeit. Die restlichen Aspekte des Zuständigkeitsbereiches werden nicht berücksichtigt. Die Einordnung der Resultate in die Grafik des OTPF ist in Abbildung 5 zu finden.

### **4.2.1 Klientenfaktoren**

*Klientenfaktoren\** beinhalten die Unterthemen *Werte, Glauben und Spiritualität\**, *Körperfunktionen\** und *Körperstrukturen\**.

#### **4.2.1.1 Werte, Glauben und Spiritualität**

Aus den Studien von Marti et al. (2012) und Murphy et al. (2011) geht hervor, dass die *Teilhabe\** im Arbeitsmarkt mit der Einschätzung der Wichtigkeit von Arbeit für Menschen mit einer Querschnittlähmung signifikant zusammenhängt. Laut Hay-Smith et al. (2013) und Murphy et al. (2005) geht es nicht allein um die Wichtigkeit von Arbeit, sondern darum, dass die Arbeitshaltung von Menschen mit einer Querschnittlähmung einen Einfluss auf das Finden von Arbeit hat. Zudem fanden Marti et al. (2012) heraus, dass Betroffene, die das Gefühl hatten, keinen passenden Job zu finden, auch keiner Arbeit nachgingen. Auch die Studie von Murphy et al. (2011) beschreibt einen Mangel an Übereinstimmung zwischen Person und Arbeit als Barriere. Die Arbeitssuche wird vereinfacht, wenn ein Job verfügbar ist, den die betroffene Person als passend erachtet (Fadyl et al., 2010). Hay-Smith et al. (2013) sagen aus, dass der eigene Wunsch wieder zu arbeiten sowie auch die Hoffnung eine Arbeit zu finden, wichtige Ressourcen für eine Wiederaufnahme von Arbeit sind. Die Anpassung an das Leben mit einer Querschnittlähmung wird von einigen Teilnehmern, die nicht arbeiten oder einen Job suchen, als noch nicht abgeschlossen beschrieben. Dies stellt sich als Barriere heraus. Zudem setzen die Teilnehmer in bestimmten Situationen andere Prioritäten als die Wiederaufnahme der Arbeit (Hay-Smith et al.,



2013). Fadyl et al. (2010) betonen, dass aufgrund von vorhandener Verantwortung und Druck die Arbeit zweitrangig wird. Weiter haben Menschen mit einer Querschnittlähmung, welche in ihrem Leben eigene Ziele erreicht haben, für Personen in einer ähnlichen Situation eine Vorbildfunktion [aussagekräftiger: „seeing others in a similar situation achieve“ (Fadyl et al., 2010, S. 73)]. Dies führt zu einer Veränderung des Selbstbildes der betroffenen Personen. Sie glauben daran, trotz ihrer Einschränkung persönliche Ziele erreichen zu können. Fadyl et al. (2010) sprechen in diesem Zusammenhang auch vom Selbstbewusstsein. Des Weiteren ist der Wille eine wichtige Voraussetzung, um wieder zu arbeiten. Menschen mit einer Querschnittlähmung wägen ab, ob die Vorteile einer Arbeit gross genug sind, um dieses Ziel zu verfolgen. Verschiedene Komponenten beeinflussen diese Entscheidung: passende Arbeitsmöglichkeiten, zurück zur Normalität, Karrierestatus, positiver oder negativer Einfluss auf die Lebensqualität\*, Arbeitsanforderungen, finanzielle Überlegungen, wie Mitmenschen die Person mit Querschnittlähmung sehen, persönliche Werte gegenüber der Arbeit, das subjektive Empfinden, dass Arbeit gesund ist und Autonomie. Franceschini et al. (2012) fanden heraus, dass es einfacher ist eine Arbeit zu finden, wenn ein Mensch mit einer Querschnittlähmung das Gefühl hat, zur Gesellschaft dazuzugehören und am gesellschaftlichen Leben teilhaben kann. Dieses Zugehörigkeitsgefühl haben Murphy et al. (2009) und Murphy et al. (2011) mit Hilfe des CIM\* untersucht. Ein signifikanter Einfluss auf das Finden von Arbeit wurde in beiden Studien festgestellt.

Murphy et al. (2011) beschreiben einen Zusammenhang zwischen dem subjektiv empfundenen Locus of control\* und dem Finden von Arbeit. Murphy et al. (2005) unterscheiden drei verschiedene Typen von locus of control\*: Internal RLOC\*, Powerful Others RLOC\* und Chance RLOC\*. Ein signifikanter Einfluss zeigte sich beim Internal RLOC\* und beim Chance RLOC\*.

#### **4.2.1.2 Körperfunktionen**

Im Bereich der Körperfunktionen\* wurde in der Studie von Marti et al. (2012) ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Teilhabe\* im Arbeitsmarkt und den Schmerzen der Stichprobenteilnehmer gefunden. Ebenfalls arbeiten Menschen mit einer Paraplegie signifikant mehr Stunden pro Woche und erhalten weniger oft berufsorientiertes Training als Menschen mit einer Tetraplegie. Das Level und die Ursache der Querschnittlähmung zeigen in beiden Berechnungsverfahren keine

Signifikanz. Im Gegensatz dazu fanden Murphy et al. (2005) heraus, dass sowohl die Läsionshöhe, als auch die Verletzungsart (komplett oder inkomplett) einen Einfluss haben, ob eine Person mit Querschnittlähmung eine Arbeit findet oder nicht. Franceschini et al. (2012) bestätigen, dass das Verletzungsniveau einen signifikanten Einfluss auf das Finden einer Arbeit hat. Menschen mit einer Tetraplegie sind deutlich weniger angestellt, als Menschen mit einer Paraplegie. In der Studie wird weiter beschrieben, dass der funktionelle Status relevant für eine Anstellung ist. Mit funktionellem Status meinen Franceschini et al. (2012) unter anderem die Fähigkeit alleine zu leben, die Fahrfähigkeit und Blasenkontinenz.

Keine Arbeit zu finden nach einer Querschnittlähmung hängt laut Marti et al. (2012) mit gesundheitlichen Problemen zusammen. Auch Hay-Smith et al. (2013) und Murphy et al. (2011) fanden heraus, dass ein negativer Zusammenhang zwischen Gesundheitsproblemen und der Wiederaufnahme von Arbeit besteht. Fadyl et al. (2010) beschreiben, dass Gesundheit verschiedene Komponenten wie Schmerzen, Müdigkeit, Probleme mit den Medikamenten und weitere Gesundheitszustände beinhaltet. In der Studie von Franceschini et al. (2012) werden ausserdem medizinische Probleme und Rehospitalisation innerhalb der letzten sechs Monaten mit Arbeitslosigkeit in Verbindung gebracht.

Die persönliche Motivation hat laut Murphy et al. (2011) einen wichtigen Einfluss, ob eine Person mit Querschnittlähmung wieder in den Arbeitsalltag integriert werden kann. Das Denken, dass Arbeit ein normales Leben führen bedeutet, kann motivierend wirken (Hay-Smith et al., 2013). Die Motivation, wieder einer Arbeit nachzugehen, wird von der Zufriedenheit, dem sozialen Kontakt, Geld, Langeweile, Ablenkung, Pflichtgefühl und Erwartungen vom Umfeld gesteuert (Marti et al., 2012). In der Studie von Murphy et al. (2011) wird weiter beschrieben, dass es einfacher ist eine Arbeit zu finden, wenn die Arbeitsanforderungen den körperlichen und mentalen Fähigkeiten einer betroffenen Person entsprechen. Die physische und mentale Leistungsfähigkeit hat ausserdem einen grossen Einfluss darauf, ob Menschen mit einer Querschnittlähmung Arbeit suchen wollen oder nicht (Fadyl et al., 2010). Dies beinhaltet sowohl die eigene Erwartung einer Arbeit nachzugehen, als auch die Fähigkeit, Alltagsaktivitäten effizient auszuführen. In diesem Zusammenhang sind auch die zur Verfügung stehenden emotionalen Ressourcen von grosser Wichtigkeit. Damit ist laut Fadyl et al. (2010) gemeint, dass die Wiederaufnahme von Arbeit erst thematisiert werden kann, wenn die grössten emotionalen Hürden überwunden sind.

### **4.2.1.3 Körperstrukturen**

In den behandelten Hauptstudien wurden auf der Ebene der Körperstrukturen\* keine Faktoren untersucht, die einen Einfluss auf das Finden von Arbeit haben könnten.

## **4.2.2 Kontext und Umwelt**

Der Bereich Kontext und Umwelt\* setzt sich aus dem kulturellen\*, persönlichen\*, zeitlichen\* und virtuellen\* Kontext, sowie aus der physischen\* und sozialen\* Umwelt zusammen.

### **4.2.2.1 Kultureller Kontext**

Nach einer Querschnittlähmung finanzielle Unterstützung, durch gesellschaftliche Systeme, zu erhalten, kann laut Hay-Smith et al. (2013) als Ressource, aber auch als Barriere wirken. Für Menschen mit einer Querschnittlähmung, die einer Teilzeitarbeit nachgehen, ist es eine sinnvolle Ergänzung zum Lohn. Die finanzielle Unterstützung bietet nicht arbeitenden Personen genug Geld zum Leben, wodurch die Wiederaufnahme einer Arbeit als zu grossen Aufwand angesehen werden kann. Franceschini et al. (2012) fanden heraus, dass der Erhalt von Subventionen und Unfallversicherungen die Arbeitslosigkeit begünstigen. In einer weiteren Studie wurde von den Teilnehmern das Nachgehen einer bezahlten Arbeit in Bezug auf die finanziellen Mittel als nicht notwendig angesehen (Murphy et al., 2011).

### **4.2.2.2 Persönlicher Kontext**

Die Teilhabe\* im Arbeitsmarkt hat in der bivariaten Analyse laut Marti et al. (2012) eine signifikante Verbindung zum männlichen Geschlecht, wogegen die Ergebnisse der logistischen Regression damit nicht übereinstimmen. Murphy et al. (2005) decken einen Zusammenhang zwischen dem Geschlecht und der workrate\* auf. Mit der Methode der logistischen Regression wird ein signifikanter Zusammenhang zwischen Teilhabe\* im Arbeitsmarkt und dem Alter der Teilnehmer beschrieben (Marti et al., 2012). Franceschini et al. (2012) entdeckten, dass angestellte Menschen mit einer Querschnittlähmung jünger sind als Menschen, die nicht arbeiten. Auch bei Murphy et al. (2005) ergab sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Alter der Befragten und der workrate\*. In Bezug auf die Signifikanz eines höheren Bildungsniveaus stimmen beide Berechnungsarten überein (Marti et al., 2012). Franceschini et al. (2012) fanden heraus, dass angestellte Menschen mit einer Querschnittlähmung eine längere Schulausbildung nachweisen. Das Niveau der Sekun-

darschule und die Universitätsqualifikationen zeigen einen Zusammenhang zur workrate\* (Murphy et al., 2005). Eigene Kinder und der Zivilstand ergeben in beiden Berechnungen von Marti et al. (2012) keine Auswirkungen auf die Arbeit. Franceschini et al. (2012) hingegen beschreiben, dass angestellte Menschen mit einer Querschnittlähmung weniger oft verheiratet sind und Auto fahren können. Murphy et al. (2009) fand mittels bivariater Analyse und logistischer Regression heraus, dass das Ausführen einer bezahlten Arbeit ein Jahr nach der Querschnittlähmung mit der Wiederaufnahme der gelernten Arbeit zusammenhängt. Arbeiten, welche Fähigkeiten oder Wissen auf einem hohen Bildungsniveau verlangen, können von Menschen mit einer Querschnittlähmung öfter wieder aufgenommen werden. Die Folgestudie von Murphy et al. (2011), welche den Status zwei Jahre nach dem Spitalaustritt untersucht, kommt zum selben Resultat. Hay-Smith et al. (2013) fanden kein klares Schema zwischen den Teilnehmern mit einer Arbeit, ohne eine Arbeit und denen, die auf Jobsuche waren, bezüglich der Arbeit vor der Verletzung [aussagekräftiger: „Comparing the three groups of participants with SCI we did not see any clear patterns with regard to type of pre-injury work (...)“ (Hay-Smith et al., 2013, S. 1439)]. Murphy et al. (2005) hingegen identifizieren einen Zusammenhang zwischen der workrate\* und der Arbeitssituation vor der Querschnittlähmung.

#### **4.2.2.3 Zeitlicher Kontext**

Allgemein wird beobachtet, dass mit dem Vergehen von Zeit die Rate von angestellten Menschen mit einer Querschnittlähmung ansteigt (Marti et al., 2012). Mittels der logistischen Regression wurde berechnet, dass die Zeit seit der Verletzung signifikant mit der Teilhabe\* im Arbeitsmarkt korreliert. Es wurde keine Einheit bezüglich der Zeit seit der Verletzung oder dem Zeitabstand zwischen Verletzung und Rückkehr zur Arbeit zwischen den drei verschiedenen Gruppen, arbeitend, arbeitssuchend und nicht arbeitend, gefunden [aussagekräftiger: „Comparing the three groups of participants with SCI we did not see any clear patterns with regard to (...) time since injury (all were within 3 years of injury), or the time interval between injury and return to work“ (Hay-Smith et al., 2013, S. 1439)]. Als wichtig stellte sich heraus, dass kurz nach dem Eintritt der Querschnittlähmung durch die Angestellten der beruflichen Rehabilitation ein Gedankenanstoss bezüglich der Wiederaufnahme von Arbeit stattfindet. Zudem zeigte sich bei den angestellten Personen mit einer Querschnittlähmung, dass sie kurz nach dem Spitalaustritt wieder mit der Arbeit begannen.

Fadyl et al. (2010) beschreiben eine zeitnahe Integration als hilfreich. Murphy et al. (2011) fanden heraus, dass keine Arbeit aufgenommen wird aufgrund von Weiterbildungen oder Trainingsprogrammen, wodurch die betroffenen Personen keine Zeit für eine Arbeit haben.

#### **4.2.2.4 Virtueller Kontext**

In keiner Hauptstudie werden Faktoren aufgezählt, die dem virtuellen Kontext\* angehören.

#### **4.2.2.5 Physische Umwelt**

Ein Jahr nach der Verletzung einer bezahlten Arbeit nachzugehen, ergibt in der Berechnung der bivariaten Zusammenhänge von Murphy et al. (2009) eine Verbindung zu unabhängiger Mobilität. Auch in der Folgestudie von Murphy et al. (2011) wurde die Beziehung zwischen dem Nachgehen einer Arbeit zwei Jahre nach dem Spitalaustritt und der Unabhängigkeit in der Mobilität aufgedeckt. Franceschini et al. (2012) beschreiben, dass architektonische Barrieren und Abhängigkeit in der Mobilität die Arbeitslosigkeit unterstützen. Die Ausrüstung, die Mobilität, die Erreichbarkeit und die Anpassungen der Arbeitsumwelt beeinflussen die Wiederaufnahme von Arbeit (Hay-Smith et al., 2013) [aussagekräftiger: „(...) comprises the external and physical supports of employment such as equipment, transport and accessibility and adaptation of work environments“ (Hay-Smith et al., 2013, S. 1442)]. Umweltfaktoren, wie Anpassungen und Veränderungen des Arbeitsplatzes oder des häuslichen Umfeldes, sind ausschlaggebend für das Nachgehen einer Arbeit nach einer Querschnittlähmung (Fadyl et al. 2010). Die Erreichbarkeit der Arbeitsstelle und die Bewältigung des Arbeitsweges sind ebenfalls entscheidend.

#### **4.2.2.6 Soziale Umwelt**

In der logistischen Regression sowie in der bivariaten Analyse zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Teilhabe\* im Arbeitsmarkt und dem Erhalten einer Berufsberatung (Marti et al., 2012). Hay-Smith et al. (2013) beschreiben, dass das Erhalten von Unterstützung als Förderfaktor und im Vergleich dazu das Fehlen von Hilfe als Hindernis wahrgenommen wird. Eine weitere Barriere sind Missverständnisse und Fehleinschätzungen von anderen Personen, vor allem der Arbeitgeber, bezüglich der Arbeitsfähigkeit von Menschen mit einer Querschnittlähmung. Betroffene Personen berichten, dass ihnen die Arbeit abgenommen wird, obwohl sie

im Stande sind, diese selber zu erledigen und selbstständig ausüben wollen (Hay-Smith et al., 2013). Murphy et al. (2011) erwähnen, dass eine negative Haltung des Arbeitgebers als eine Barriere wirken kann. Hay-Smith et al. (2013) stellten fest, dass die Rückkehr zum vorherigen Arbeitgeber den Prozess der Wiedereingliederung vereinfacht. Einen Zusammenhang zwischen einer Anstellung und der vorherige Arbeit stellen auch Franceschini et al. (2012) fest. Fadyl et al. (2010) berichten, dass formelle und informelle Unterstützung sehr wichtig für die betroffene Person ist. Menschen mit einer Querschnittlähmung fühlen sich bei der Arbeitssuche überfordert, wenn sie ungewohnte Situationen antreffen. Das hängt damit zusammen, dass ihnen das Wissen fehlt, um mit solchen Situationen umzugehen. In diesem Fall kann eine Fachperson wichtige Unterstützung anbieten. Die Unterstützung von Familie und Freunden ist besonders hilfreich, um zuversichtlich zu bleiben. Auch Murphy et al. (2011) benennen die soziale Unterstützung von Familie, Freunden und Arbeitgeber als wichtige Ressource.

### 4.2.3 Einordnung der Resultate ins OTPF

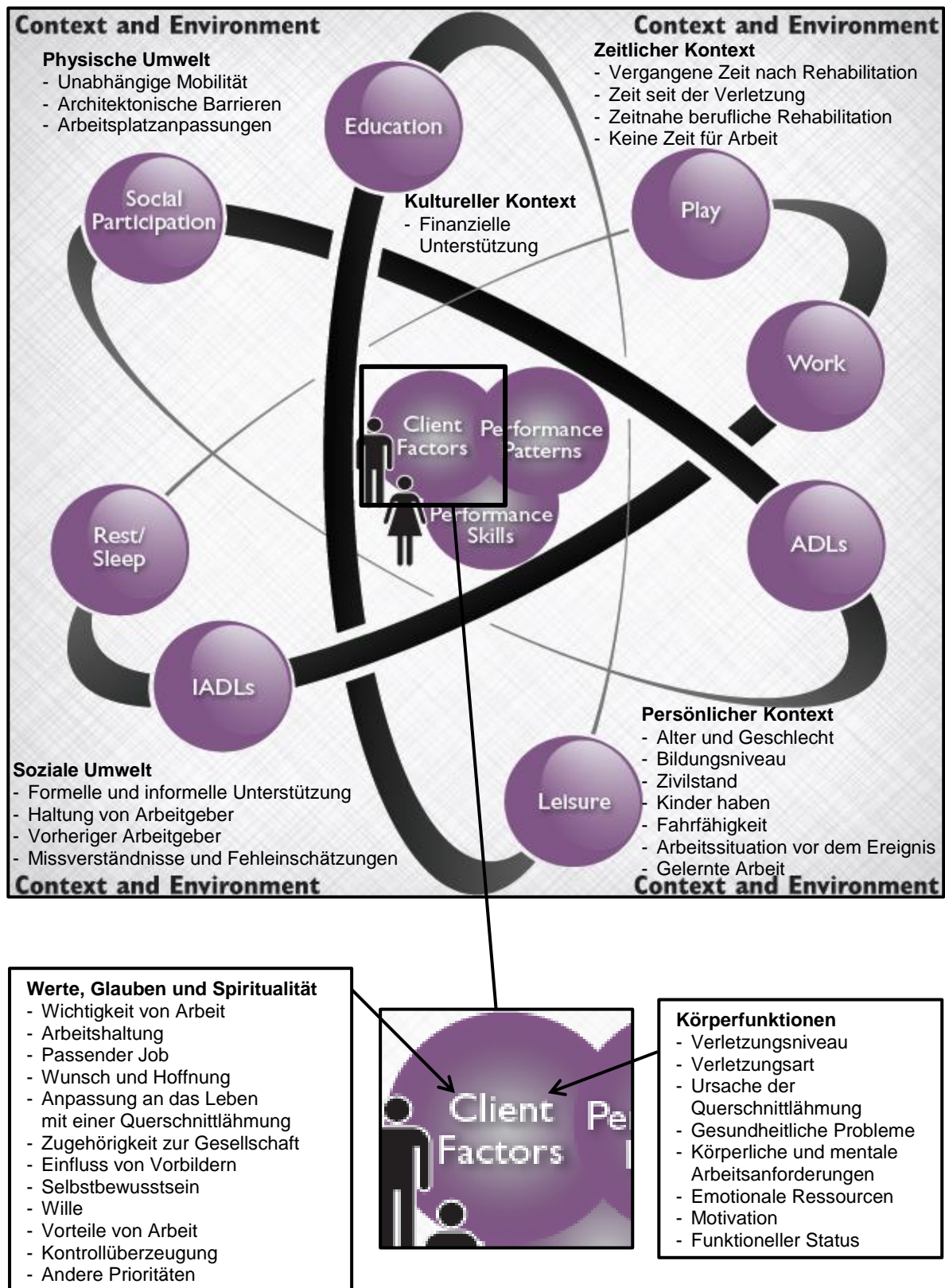


Abbildung 5: Schematische Einordnung der Resultate ins OTPF (AOTA, 2014)

## 5 Diskussion

---

In der Diskussion werden die Resultate zusammengefasst und unter Einbezug weiterer Literatur kritisch diskutiert.

### 5.1 Zusammenfassung der Resultate

Das Ziel dieser Arbeit ist, ergotherapierelevante Faktoren aufzudecken, welche die Wiederaufnahme von Arbeit eines Menschen mit einer Querschnittlähmung beeinflussen. Eine Vielzahl von Faktoren konnte identifiziert werden.

Teilnehmer der Studien beschreiben, dass sich die Persönlichkeit und die Einstellung zur Arbeit positiv oder negativ auf die Arbeitssuche auswirken können. Dies beinhaltet, wie wichtig die Arbeit für die betroffene Person ist, ob ein passender Job verfügbar ist, wie sehr sich eine Person zur Gesellschaft zugehörig fühlt und wie die Prioritäten gesetzt werden (Fadyl et al., 2010; Hay-Smith et al., 2013; Marti et al., 2012; Murphy et al., 2005; Murphy et al., 2009; Murphy et al., 2011). Gesundheitsprobleme, Schmerzen und Müdigkeit werden als Barrieren angegeben. Die Motivation vereinfacht die Wiederaufnahme von Arbeit. In Bezug auf die Läsionshöhe, die Verletzungsart und den funktionellen Status sind kontroverse Resultate vorhanden (Fadyl et al., 2010; Franceschini et al., 2012; Hay-Smith et al., 2013; Marti et al., 2012; Murphy et al., 2005; Murphy et al., 2009; Murphy et al., 2011). Diese Faktoren werden im OTPF in die Kategorie Klientenfaktoren\* eingeordnet (AOTA, 2014).

In der Unterkategorie Kontext und Umwelt\* (AOTA, 2014) werden Unabhängigkeit in der Mobilität, junges Alter, höhere Ausbildung und das Erhalten von formeller und informeller Unterstützung als positive Einflussfaktoren auf das Finden von Arbeit beschrieben. Der Einfluss des Geschlechtes ist umstritten. Eine zeitnahe berufliche Rehabilitation wird als wichtig erachtet. Finanzielle Unterstützung zu erhalten kann sowohl einen positiven, als auch negativen Einfluss haben (Fadyl et al., 2010; Franceschini et al., 2012; Hay-Smith et al., 2013; Marti et al., 2012; Murphy et al., 2005; Murphy et al., 2009; Murphy et al., 2011).



## 5.2 Kritisches Betrachten der Resultate

Die Ergebnisse der Studien sind sich in vielen Faktoren bezüglich des Einflusses auf die Wiederaufnahme von Arbeit einig. Einzelne Faktoren ergeben jedoch unterschiedliche Resultate.

Ein Vergleich zwischen verschiedenen Studien lässt erkennen, dass Wert, Haltung, Einstellung, Persönlichkeit und Kontrollüberzeugung eine wichtige Rolle in der Wiederaufnahme von Arbeit spielen (Fadyl et al., 2010; Hay-Smith et al., 2013; Marti et al., 2012; Krause & Broderick, 2006; Murphy, Young, Brown & King, 2003; Murphy et al., 2005; Murphy et al., 2011). Das Review von Anderson, Dumont, Azzaria, Le Bourdais und Noreau (2007) fand fünf weitere Studien, welche die Ergebnisse der Hauptstudien unterstützen. Das Review inkludiert die Studie von Murphy et al. (2003), welche die psychologischen Variablen Kontrollüberzeugung, Persönlichkeit und Arbeitshaltung untersucht. Wenig Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl erschweren das Beibehalten einer Arbeit (Srivastava & Chamberlain, 2005). Die Rückkehr zu Arbeit führt laut Chapin und Kewman (2001) und Fadyl et al. (2010) dazu, dass das Selbstvertrauen gestärkt wird. Die Haltung der angestellten Person ist entscheidend, um die subjektiv wahrgenommenen Schwierigkeiten bei der Arbeitssuche zu ermitteln (Srivastava et al., 2005). Teilnehmer der Studien von Fadyl et al. (2010), Marti et al. (2012) und Murphy et al. (2011) betonen, dass ein Gefühl der Übereinstimmung zwischen der Arbeit und der Person vorhanden sein muss. Ergänzend zu den in den Hauptstudien evaluierten Klientenfaktoren\* eruierten Chan und Man (2005) die Angst. Studienteilnehmer äusserten die Angst, den Arbeitgeber aufgrund mangelnder Arbeitsleistung zu enttäuschen. Die Studien, welche die zuvor genannten Klientenfaktoren untersuchten, erzielten dieselben Resultate, obwohl qualitative und quantitative Studiendesigns verwendet wurden. Die Verfasserinnen fanden keine Studien, die gegenteilige Resultate erlangen.

Die Wiederaufnahme von Arbeit wird durch die Rückkehr zum gleichen Arbeitgeber, wie vor dem Ereignis, vereinfacht (Chapin et al., 2001; Franceschini et al., 2012; Hay-Smith et al., 2013; Staubli, 2015). „Employers can play a key facilitating role in the RTW of persons who experience a disability such as SCI“ (Anderson et al., 2007, S.62). Staubli (2015), Ergotherapeut und Leiter der beruflichen Wiedereingliederung im Schweizerischen Paraplegiker Zentrum Nottwil, sagt, dass die Wiedereingliederung einer betroffenen Person einfacher wird, wenn der frühere Arbeitgeber bereit ist,

den verunfallten Menschen wieder anzustellen. Die Verfasserinnen erkennen die Wichtigkeit dieses Faktors.

Der von den Teilnehmern ausgehenden Angst, zu wenig leisten zu können (Chan et al., 2005), stehen die noch geringeren Erwartungen des Arbeitgebers gegenüber (Hay-Smith et al., 2013). Dies führt zu Missverständnissen und Fehleinschätzungen. Trieschman (1988 zit. nach Anderson et al., 2007) beschreibt ebenfalls, dass die Arbeitgeber teilweise unrealistische Vorstellungen bezüglich der Arbeitsfähigkeit der betroffenen Person haben. Der Begriff unrealistische Vorstellungen impliziert nicht, ob die Erwartungen zu hoch oder zu tief sind. Eine negative Einstellung des Arbeitgebers stellt eine weitere Barriere für die Wiederaufnahme einer Arbeit dar (Chan et al., 2005; Murphy et al., 2011). Menschen mit einer Querschnittlähmung fühlen sich aufgrund ihrer physischen Beeinträchtigung von den Arbeitgebern diskriminiert (Chan et al., 2005). Anderson et al. (2007) stellen beim Arbeitgeber einen Mangel an Kenntnissen und Verständnis für die Beeinträchtigung fest. Daraus schliessen sie, dass Interventionen darauf abzielen sollen, das Verständnis und das Wissen über externe Unterstützung und Ressourcen zu erweitern. Unterstützung jeder Art ist in Bezug auf die Wiederaufnahme von Arbeit essentiell (Fadyl et al., 2010; Hay-Smith et al., 2013; Murphy et al., 2011). Fadyl et al. (2010) und Staubli (2015) unterscheiden zwischen formeller und informeller Unterstützung. Zu der formellen Unterstützung zählt die Berufsberatung, welche in den Studien von Hay-Smith et al. (2013) und Marti et al. (2012) erwähnt wird. Mackenzie, Shapiro, Smith, Siegel, Moody und Pitt (1987) und Noreau, Fougeyrollas, Post und Asano (2005) sprechen in diesem Zusammenhang von sozialer Unterstützung, wobei Mackenzie et al. (1987) ein starkes soziales Netzwerk als essentiell erachten. Die Verfasserinnen sind der Ansicht, dass das Erhalten von formeller und informeller Unterstützung im Interesse der betroffenen Personen ist. Das Angebot an formeller Unterstützung ist in der Schweiz bereits gut ausgebaut. Die subjektive Zugehörigkeit zur Gesellschaft zeigt in den Studien von Franceschini et al. (2012) und Murphy et al. (2011) einen Zusammenhang mit der Arbeitsaufnahme. Murphy et al. (2009) führten zwei Berechnungsverfahren durch, wobei sich widersprüchliche Aussagen in Bezug auf diesen Faktor ergaben. Den Verfasserinnen fällt auf, dass sich die aktuelleren Studien in Bezug auf die Zugehörigkeit zur Gesellschaft einig sind. Die Studie von Anderson, Krajci und Vogel (2003) beschreibt ebenfalls eine Verbindung zwischen Arbeit und der individuellen Zugehörigkeit zur Gesellschaft. Sie führen weiter aus, dass das Nachgehen einer Arbeit das Zugehörigkeits-

gefühl zur Gesellschaft erhöht. Somit ist eine Richtung des Zusammenhanges erkennbar, welche in den vorher genannten Studien nicht spezifiziert wird. Die Verfasserinnen gehen davon aus, dass ein Zusammenhang in beide Richtungen möglich ist. Dies begründen sie damit, dass Zugehörigkeit zur Gesellschaft stark mit sozialer Unterstützung verbunden ist. Die Studie von Boschen, Tonack und Gargaro (2003) bestätigt diese Annahme. Die Verfasserinnen sind der Meinung, dass ein ausgeweitetes soziales Netzwerk mehr Unterstützung im Bereich der beruflichen Wiedereingliederung bieten kann. Die entgegengesetzte Richtung dieses Zusammenhanges ist ihres Erachtens ebenfalls möglich.

Uneingeschränkte Mobilität ist eine entscheidende Komponente der Zugehörigkeit zur Gesellschaft (Wehman, Wilson, Targett, West, Bricout & McKinley, 1999). Menschen ohne eine Beeinträchtigung nehmen dies als selbstverständlich wahr. Der Unabhängigkeit in der Mobilität wird ein hoher Stellenwert zugesprochen (Franceschini et al., 2012; Hay-Smith et al., 2013; Murphy et al., 2009; Murphy et al., 2011). Die drei Reviews von Anderson et al. (2007), Lidal et al. (2007) und Ottomanelli et al. (2009) inkludieren Studien, welche unabhängige Mobilität als Ressource eruierten. Fiedler (2002, zit. nach Lidal et al., 2007, S.1345) identifiziert Schwierigkeiten in der Mobilität als „the number one barrier“ in Verbindung mit Arbeit. Zur Mobilität zählen die Fahrfähigkeit, Benutzung der öffentlichen Verkehrsmittel und architektonische Barrieren (Franceschini et al., 2012; Hay-Smith et al., 2013; Kiyono, Hashizume, Matsui, Ohtsuka & Takaoka, 2001; Wehman et al., 1999). Staubli (2015) thematisiert die Wichtigkeit dieses Faktors ebenfalls. Die Quellen benennen nicht nur die Erreichbarkeit des Arbeitsplatzes als Faktor, sondern beschreiben auch die Wichtigkeit, diesen anzupassen (Anderson et al., 2007; Fadyl et al., 2010; Hay-Smith et al., 2013; Lidal et al., 2007).

Hay-Smith et al. (2013) erklären, dass kurz nach dem Eintritt der Querschnittlähmung die Arbeit durch einen Angestellten der beruflichen Rehabilitation thematisiert werden soll. Staubli (2015) und Zäch et al. (2006) beschreiben, dass bereits auf der Intensivpflegestation die berufliche Eingliederung in Interventionen aufgenommen werden soll. Das Rehabilitationsprogramm soll bereits in der Akutphase beginnen (Chan et al., 2005). Diesen Aussagen gegenüber steht die Erkenntnis aus der Studie von Fadyl et al. (2010). Arbeitsintegration ist erst möglich, wenn die emotionalen Hürden, welche im Zusammenhang mit der neuen Lebenssituation auftreten, überwunden sind. Dies bedeutet für die Verfasserinnen, dass ein Gedankenanstoss so früh wie

möglich wichtig ist, aber der Prozess der beruflichen Wiedereingliederung nur erfolgreich sein kann, wenn die betroffene Person dazu bereit ist.

Hay-Smith et al. (2013) erkennen keinen Unterschied in Bezug auf die vergangene Zeit seit der Querschnittlähmung zwischen angestellten, nicht angestellten und arbeitssuchenden Teilnehmern. Marti et al. (2012) hingegen fanden einen Einfluss der vergangenen Zeit seit der Querschnittlähmung auf die Arbeitssuche. Staubli (2015) beschreibt widersprüchliche Aspekte des Zeitfaktors. Er sagt einerseits, dass durch längeres Fernbleiben vom Arbeitsplatz die berufliche Eingliederung erschwert wird. Andererseits erklärt er, sowie auch Anderson et al. (2007) und Ottomanelli et al. (2009), dass mit dem Vergehen von Zeit mehr Personen wieder eingegliedert werden können. Ab einem gewissen Alter stimmt dies laut Staubli (2015) nicht mehr. Durch die widersprüchlichen Resultate können die Verfasserinnen keine abschliessende Stellungnahme dazu geben.

Es zeigt sich, dass sowohl das Alter als auch der Bildungsstatus einer betroffenen Person einen Einfluss auf die Wiederaufnahme von Arbeit haben (Franceschini et al., 2012; Marti et al., 2012; Murphy et al., 2005). Marti et al. (2012) konkretisieren, dass sich jüngeres Alter sowie höhere Bildung positiv auf die Arbeit nach einer Querschnittlähmung auswirken. Jüngeres Alter zum Zeitpunkt der Querschnittlähmung ist mit den besten Arbeitsraten verbunden (Lidal et al., 2007; Ottomanelli et al., 2009; Tomassen, Post & van Asbeck, 2000). In Bezug auf die Bildung präzisieren Tomassen et al. (2000), dass Personen mit einem Collegeabschluss am ehesten eine Arbeit finden. Benachteiligt sind Menschen mit weniger als zwölf Jahren Ausbildung. Zudem übernehmen Arbeitende nach einer Querschnittlähmung häufiger eine professionelle, administrative oder leitende Aufgabe (Anderson et al., 2007). Dies stimmt überein mit den Erkenntnissen von Fadyl et al. (2010) und Murphy et al. (2009), dass Arbeiten, welche weniger physische Anstrengung, dafür aber höhere kognitive Fähigkeiten erfordern, öfter wieder aufgenommen werden können. Zu den Faktoren Bildung und Alter, welche zum persönlichen Kontext des OTPF gehören, fanden die Verfasserinnen keine gegenteiligen Ergebnisse, weshalb sie den Einfluss dieser Faktoren als bestehend erachten.

Ein weiterer Faktor des persönlichen Kontextes ist das Geschlecht, welches in der Literatur widersprüchlich diskutiert wird. Marti et al. (2012) und Murphy et al. (2005) besagen, dass prozentual mehr Männer angestellt sind als Frauen. Dem gegenüber steht die Aussage von Watson (1983), dass Frauen vermehrt in Bereichen des

Unterrichtens und der Büroarbeit tätig sind als Männer. Diese Berufsgruppen erfordern mehr kognitive und weniger körperliche Funktionen, was die Rückkehr zur Arbeit vereinfacht. Diesen Widerspruch zeigt das Review von Ottomanelli et al. (2009) ebenfalls auf. Die Unklarheit über den Einfluss des Geschlechtes wird weiter verstärkt, da Anderson et al. (2007), Franceschini et al. (2012), Marti et al. (2012) und Murphy et al. (2009) keine Verbindung zwischen Geschlecht und der Wiederaufnahme von Arbeit feststellten. Den Verfasserinnen erscheint es logisch, dass mehr Männer in die Arbeitswelt integriert werden können, da laut Bundesamt für Statistik (BFS, 2015) auch in der Gesamtbevölkerung mehr Männer angestellt sind. Aus den Studien von Marit et al. (2012) und Ottomanelli et al. (2009) geht hervor, dass Frauen nach einer Querschnittlähmung häufig Aufgaben der Kindererziehung und Haushaltsführung übernehmen. Dies kann dadurch erklärt werden, dass in der Gesellschaft die Ansicht, Männer gehen häufiger bezahlter Arbeit nach, immer noch gängig ist. Hier findet jedoch ein grundlegender sozialer Wandel statt (BFS, 2015). Frauen werden vermehrt erwerbstätig und verbinden Familie und Beruf.

Franceschini et al. (2012) besagen, dass verheiratete Personen weniger oft Arbeit finden. Das genaue Gegenteil beschreiben Pflaum, McCollister, Strauss, Shavelle und DeVivo (2006). Marti et al. (2012) unterstützen keines dieser Ergebnisse, da sie keinen signifikanten Zusammenhang fanden. Aufgrund der widersprüchlichen Resultate aus den Studien kann diese Thematik nicht abschliessend diskutiert werden. In diesem Bereich müssen noch weitere Untersuchungen erfolgen.

Weitere umstrittene Faktoren bestehen in Bezug auf die Körperfunktionen\*. Das Verletzungsniveau zeigt in den Studien von Franceschini et al. (2012), Krause und Terza (2006) und Wang, Yang, Yen und Lieu (2002) einen signifikanten Zusammenhang zum Arbeitsstatus. Menschen mit einer Tetraplegie sind öfter arbeitslos. Marti et al. (2012) bestätigen diese Erkenntnis nicht. Dennoch fanden sie heraus, dass Menschen mit einer Paraplegie mehr Stunden arbeiten und weniger berufsorientiertes Training erhalten, als Menschen mit einer Tetraplegie. Sie geben in ihrer Studie jedoch an, dass ihre Ergebnisse verfälscht sein könnten, da sie nur wenige Menschen mit einer Tetraplegie untersuchten. Murphy et al. (2005), Murphy et al. (2009), Tomassen et al. (2000) und Valtonen, Karlsson, Alaranta und Viikari-Juntura (2006) untermauern die Aussage, dass ein hohes Verletzungsniveau und die Art der Verletzung keine Auswirkungen zeigen. Im Zusammenhang zum Verletzungsniveau steht der funktionelle Status, welcher zwischen den Autoren ebenfalls kontrovers

diskutiert wird. Franceschini et al. (2012) und Lidal et al. (2007) erkennen, dass Menschen mit einem besseren funktionellen Status vermehrt angestellt sind. Staubli (2015) hingegen legt aus seinen Erfahrungen dar, dass Körperfunktionen\* keine ausschlaggebenden Faktoren zur Wiederaufnahme von Arbeit sind. Dennoch soll der Aspekt der Körperfunktionen\* in den Augen der Verfasserinnen nicht gänzlich ausgeschlossen werden, da einige Studien dies als relevante Faktoren identifizieren (Franceschini et al., 2012; Krause & Terza, 2006; Lidal et al., 2007; Murphy et al., 2009; Murphy et al., 2011; Wang et al., 2002). Franceschini et al. (2012) heben die Wichtigkeit der physischen Rehabilitation hervor. Die Verfasserinnen sind jedoch der Meinung, dass der Hauptfokus der ergotherapeutischen Rehabilitation auf Betätigungen\* liegen soll. Die Durchführung von Betätigungen oder Aktivitäten kann mit dem FIM\* gemessen werden (Murphy et al., 2009). Murphy et al. (2005) beschreiben keinen Zusammenhang zwischen den FIM\*-Werten und der Arbeit. Diese Aussage widerlegen Murphy et al. (2009) und Murphy et al. (2011). Sie fanden mit der Verwendung von unterschiedlichen Berechnungsverfahren in beiden Studien heraus, dass die FIM\*-Werte einen Einfluss auf die Arbeit haben. Relativierend anzumerken ist diesbezüglich, dass dieselbe Stichprobe untersucht wurde. Somit ist der Einfluss, der im FIM\* enthaltenen Betätigungen, auf die Arbeit nicht eindeutig geklärt und weitere Untersuchungen sind notwendig.

Fadyl et al. (2010), Franceschini et al. (2012), Hay-Smith et al. (2013), Marti et al. (2012) und Murphy et al. (2011) beschreiben gesundheitliche Probleme als Barriere. Dazu zählen Schmerzen, Druckstellen, Blasen- und Darmprobleme und Müdigkeit (Fadyl et al., 2010; Hay-Smith et al., 2013; Marti et al., 2012). Mehrere Studien der Reviews von Anderson et al. (2007), Lidal et al. (2007) und Ottomanelli et al. (2009) eruierten die gleichen Resultate. Der negative Einfluss der Gesundheitsprobleme kann daher nicht bestritten werden.

## 6 Theorie-Praxis-Transfer

---

Im folgenden Kapitel werden die Resultate in Verbindung zur Praxis gesetzt. Die Verfasserinnen entdeckten nicht beeinflussbare und veränderbare Faktoren. Sie kommen zum Schluss, dass es wichtig ist, über die nicht beeinflussbaren Faktoren, wie beispielsweise Alter, Geschlecht, Verletzungsniveau und Arbeit vor der Verletzung, Bescheid zu wissen und diese im Hinterkopf zu behalten. Die ergotherapeutischen Interventionen können dadurch besser an den Klienten angepasst werden. Diese Faktoren werden im ersten Schritt des ergotherapeutischen Prozesses, indem ein klientenzentrierter Performanzkontext\* hergestellt wird, in Erfahrung gebracht (Fisher, 2009).

Franceschini et al. (2012), Hay-Smith et al. (2013), Staubli (2015) und Zäch et al. (2006) berichten von einem interprofessionellen Team in der Rehabilitation und der beruflichen Integration. Aus diesem Grund können einige Vorschläge zur Praxisanwendung auch auf andere Professionen übertragen werden.

Fadyl et al. (2010) und Murphy et al. (2009) beschreiben, dass veränderbare Faktoren in die Interventionsplanung einbezogen werden sollen, um bessere Ergebnisse in Bezug auf die Wiederaufnahme von Arbeit zu erzielen. Franceschini et al. (2012) betonen, dass Ergotherapeuten und Sozialarbeiter eine wichtige Rolle spielen und im Rehabilitationsprozess vermehrt eingesetzt werden sollen. Die Schweiz verwirklicht dies bereits. Im Schweizerischen Paraplegiker Zentrum übernimmt die Ergotherapie\* zentrale Massnahmen bei der Integration in Alltag und Beruf (Zäch et al., 2006). Die Ergotherapie\* verfügt über spezifisches Wissen und Fertigkeiten, welche die berufliche Wiedereingliederung verbessern (Kanellos, 1985; Staubli, 2015).

Kontextfaktoren haben laut Staubli (2015) in der Ergotherapie\* einen grossen Stellenwert. Die Inklusion von Kontextvariablen ist auch Murphy et al. (2005) zufolge sinnvoll, da mittels demografischer, verletzungsbezogener und psychologischer Variablen nur 22% der Personen dem entsprechenden Arbeitsstatus zugeordnet werden konnten. Ergotherapeuten unterstützen das Ziel der beruflichen Rehabilitation dahingehend, dass sie Arbeitsplatzanpassungen, Hilfsmittel- und Kostenabklärungen tätigen (Kanellos, 1985; Staubli, 2015; Zäch et al., 2006). Diese Interventionen zielen darauf ab, die Umwelt anzupassen. Weitere Aufgaben der Ergotherapeuten beinhalten das Training zur Benutzung der öffentlichen Verkehrsmittel, den Umgang mit Hilfsmitteln und das Lernen von Strategien (Hay-Smith et al., 2013;

Staubli, 2015). Laut Kanellos (1985) ist das Erlernen von kreativen Problemlösungsstrategien wichtig, damit der Klient lernt, Hindernisse in der Umwelt zu umgehen und selber Lösungen entwickeln kann. Alle diese ergotherapeutischen Interventionen können dem kompensatorischen Modell zugeordnet werden (Fisher, 2009). Fisher (2014, S.28) beschreibt das kompensatorische Modell folgendermassen: „Adaptive\* Betätigung\* planen und umsetzen, um verminderte Betätigungsfertigkeiten zu kompensieren.“ Staubli (2015) und Zäch et al. (2006) äussern, dass der Fokus der Rehabilitation nach einer Querschnittlähmung auf dem kompensatorischen Training liegt, da die Körperstrukturen\* irreparabel verletzt sind.

Unabhängigkeit in der Mobilität ist ein wichtiger Einflussfaktor für das Finden von Arbeit (Franceschini et al., 2012; Hay-Smith et al., 2013; Murphy et al., 2009; Murphy et al., 2011). Franceschini et al. (2012) und Zäch et al. (2006) berichten, dass im Rehabilitationsprogramm die Fahrfähigkeit und der Gebrauch von öffentlichen Verkehrsmitteln trainiert werden soll. Massnahmen, die hilfreich sind, um jegliche Art von Hindernissen zu überwinden, sollen instruiert werden (Franceschini et al., 2012). Architektonische Barrieren gelten als Hindernis (Franceschini et al., 2012; Hay-Smith et al., 2013). In der Rolle\* des Health Advocate gehört es zur Aufgabe der Ergotherapie\*, Betätigungsmöglichkeiten zur gesellschaftlichen Teilhabe\* des Klienten zu fördern (Hendriks et al., 2014). Die Verfasserinnen sehen eine Veränderungsmöglichkeit dazu im Generieren von hindernisfreien Einrichtungen.

Eine weitere Barriere können Missverständnisse und Fehleinschätzungen des Arbeitgebers in Bezug auf die Leistungsfähigkeit der betroffenen Person sein (Hay-Smith et al., 2013). Um Missverständnisse zu vermeiden, beschreiben diese Autoren die Aufgaben von Angestellten der beruflichen Integration wie folgt: die Erwartungen der betroffenen Person sollen auf die vorhandenen Arbeitsoptionen abgestimmt werden. Des Weiteren sollen die Ansichten und Wünsche von Arbeitgeber und Arbeitnehmer auf einen gemeinsamen Konsens gebracht werden. Dies fördert laut den Verfasserinnen das gegenseitige Verständnis der unterschiedlichen Perspektiven. Während der Ausführung dieser Aufgaben ist für Hay-Smith et al. (2013) eine klientenzentrierte\* Haltung entscheidend. Diese ist im ergotherapeutischen Denken und Handeln fest verankert (EVS, 2005).

Angestellte der beruflichen Rehabilitation werden der formellen Unterstützung innerhalb des sozialen Kontextes zugeordnet (AOTA, 2014). Sowohl formelle als auch informelle Unterstützung wird von verschiedenen Autoren als Ressource erkannt



(Fadyl et al., 2010; Hay-Smith et al., 2013; Marti et al., 2012; Murphy et al., 2011). Die informelle Unterstützung kann in der Ergotherapie\* aufgenommen werden, indem die Angehörigen aufgeklärt und in den Therapieprozess einbezogen werden (Bernartz & Kolster, 2009). Angehörige übernehmen laut Bernartz et al. (2009) im Rehabilitationsprozess wichtige Aufgaben und tragen die Verantwortung für den Klienten. Daher sollen auch ihre Bedürfnisse und Anliegen berücksichtigt werden. Fisher (2009) beschreibt dies als Klientenkonstellation\*. Ein klares Verständnis des Klienten kann nur durch eine direkte Zusammenarbeit mit den Angehörigen gewährleistet werden (Kanellos, 1985).

Die funktionelle Unabhängigkeit tritt in den Studien immer wieder als Einflussfaktor auf (Franceschini et al., 2012; Murphy et al., 2009; Murphy et al., 2011). Dieser wurde teilweise mit dem FIM\* gemessen, welcher Selbstversorgung\*, Schliessmuskelkontrolle, Transfer, Fortbewegung, Kommunikation und soziale Fertigkeiten beinhaltet (Murphy et al., 2009). Diese Inhalte des FIM\* sind für die Ergotherapie\* relevant, da sie den Betätigungen\* des OTPF (AOTA, 2014) zugeordnet werden können. Diese Betätigungen\* können in der Ergotherapie\* geübt werden, wodurch sich die FIM\*-Werte verbessern. Für jeden zusätzlichen Punkt im FIM\* steigt die Chance eine Arbeit zu finden um sieben Prozent (Murphy et al., 2009). Kanellos (1985) betont die Wichtigkeit, ergotherapeutische Interventionen auf Betätigungen\* aufzubauen. Laut Fisher (2009) werden nur diese Interventionen dem ergotherapeutischen Grundgedanken gerecht. Funktionelles Training dient ausschliesslich der Vorbereitung und kann von anderen Berufsgruppen übernommen werden.

Eine Wiedereingliederung in die Arbeitswelt setzt die Überzeugung der betroffenen Person voraus, dass die Arbeit wichtig ist und sie die Anforderungen bewältigen kann (Hay-Smith et al., 2013; Marti et al., 2012; Murphy et al., 2005; Murphy et al., 2011). Kontrollüberzeugung und Selbstvertrauen sind ebenfalls von Bedeutung (Fadyl et al., 2010; Murphy et al., 2005; Murphy et al., 2011). Kanellos (1985) sagt aus, dass Ergotherapeuten die Kontrollüberzeugung stärken können. Die Verfasserinnen sind der Meinung, dass in der Ergotherapie\* Erfolgserlebnisse generiert werden können, wodurch sich die Selbstwirksamkeitserwartung steigert.

Das Zugehörigkeitsgefühl zur Gesellschaft wurde von Franceschini et al. (2012), Murphy et al. (2009) und Murphy et al. (2011) als wichtiger Einflussfaktor identifiziert. Murphy et al. (2011) heben die Wichtigkeit hervor, während der Rehabilitation Informationen bezüglich des Zugehörigkeitsgefühls zur Gesellschaft zu sammeln. Ergo-

therapeuten verfolgen laut EVS (2012) das Ziel, Menschen zu befähigen an der Gesellschaft teilzuhaben. Die Ergotherapie\* zeichnet sich durch eine ganzheitliche Denkweise aus, was im Erstgespräch nach OTIPM\* durch die Erfragung der zehn Dimensionen\* verdeutlicht wird (Fisher, 2009). Die soziale Dimension des OTIPM\* fragt gezielt nach dem Zugehörigkeitsgefühl zur Gesellschaft und den sozialen Kontakten.

Gemäss Fadyl et al. (2010), Hay-Smith et al. (2013), Marti et al. (2012), Murphy et al. (2011) und Staubli (2015) ist in der Arbeitsrehabilitation der Zeitfaktor von grosser Bedeutung. Staubli (2015) spricht in diesem Zusammenhang von einem „window of opportunity“. Er beschreibt, dass Menschen schockiert sind, wenn nahestehende oder berühmte Personen einen schweren Unfall erleiden. Diese Betroffenheit ist auch beim Arbeitgeber präsent. Wird der Arbeitgeber während dieser Phase kontaktiert, stellt er die verunfallte Person aufgrund seiner Betroffenheit häufiger wieder ein.

Die Arbeitsintegration ist ein langwieriger Prozess (Fadyl et al., 2010; Hay-Smith et al., 2013; Staubli, 2015). Staubli (2015) betont, dass der Beziehungsaufbau für die berufliche Wiedereingliederung wichtig ist. Eine gute therapeutische Beziehung vermittelt dem Klienten Sicherheit und ist eine bedeutende Voraussetzung für eine erfolgreiche Intervention. Eine optimale Vertrauensbasis kann gewährleistet werden, indem stets die gleichen Therapeuten die Interventionen durchführen. Besonders Umbruchsituationen führen zu Unsicherheit bei den Betroffenen. Eine Begleitung durch den Therapeuten am ersten Arbeitstag kann diese Unsicherheit minimieren. Eine konstante Betreuung über den gesamten Rehabilitationsprozess kann das Gefühl der Unsicherheit gleichermassen reduzieren. Auch Fisher (2009) beschreibt den Beziehungsaufbau als ein zentrales Element der ergotherapeutischen Arbeit. Im OTIPM\* stellt der Beziehungsaufbau während des gesamten Prozesses eine wichtige Rolle dar.

Da viele ergotherapeutische Interventionsmöglichkeiten aus den Faktoren abgeleitet werden können, sind die Verfasserinnen der Meinung, dass Ergotherapeuten einen wichtigen Beitrag zur Rehabilitation und beruflichen Integration von Menschen mit einer Querschnittlähmung beitragen. Laut Désiron, de Rijk, Van Hoof und Donceel (2011) ist die Ergotherapie\* im Prozess der beruflichen Rehabilitation fest verankert. Spezifische ergotherapeutische Interventionen gehen aus der aktuellen Literatur allerdings nicht hervor.

## 7 Schlussfolgerung

---

Dieser Abschnitt besteht aus den wichtigsten Erkenntnissen, der Beantwortung der Fragestellung, offenen Fragen und Limitierungen.

### 7.1 Wichtigste Erkenntnisse

Auf der Grundlage der beschriebenen Untersuchungen lassen sich die folgenden Erkenntnisse ableiten. Im Vergleich zu anderen Ländern ist die relativ hohe Beschäftigungsrate von Menschen mit einer Querschnittlähmung in der Schweiz auffallend. Studien sind sich einig, dass Klientenfaktoren\* und Faktoren aus dem Bereich Kontext und Umwelt\* bei der Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt eine wichtige Rolle spielen. Eine Vielzahl von Faktoren beeinflusst die Wiederaufnahme von Arbeit. Die Wechselwirkung dieser ist sehr komplex und kann nicht vollständig geklärt werden. Der Einbezug aller identifizierten Faktoren in die ergotherapeutische Interventionsplanung ist notwendig, um die Wiedereingliederung positiv zu beeinflussen und somit die Lebensqualität\* der betroffenen Personen zu verbessern. Die Verbesserung der Lebensqualität\* ist das Hauptziel der Ergotherapie\*. Um eine ganzheitliche Betreuung zu gewährleisten, wird in der Rehabilitation ein interprofessionelles Team eingesetzt. Wichtig ist, dass dieses Team ein gemeinsames Ziel verfolgt.

### 7.2 Beantwortung der Fragestellung

Mit Hilfe der sieben Hauptstudien wurden Faktoren identifiziert, welche einen Einfluss auf die Wiederaufnahme von Arbeit nach einer Querschnittlähmung haben. Die evaluierten Faktoren können im OTPF in die Unterkategorien Klientenfaktoren\* und Kontext und Umwelt\* eingeordnet werden. Durch die Einordnung ins OTPF wird die Relevanz der Faktoren für die Ergotherapie\* deutlich. Eine übersichtliche Darstellung der Faktoren ist im Kapitel 4.2.3 zu finden.

### 7.3 Offene Fragen

Im Theorie-Praxis-Transfer werden einige Implikationen der Resultate für die Ergotherapie\* aufgezeigt. Es gibt keine aktuelle Evidenz, wie in der Ergotherapie\* die identifizierten Faktoren beeinflusst werden können. Interventionsstudien zum ergotherapeutischen Vorgehen bei der Wiederaufnahme von Arbeit sollten durchgeführt werden. Es wird beschrieben, dass sich berufliche Wiedereingliederungsmassnah-

men auf das Finden von Arbeit auswirken. Der genaue Nutzen davon ist aber unklar und sollte weiter untersucht werden.

In der Studie von Murphy et al. (2009) wird beschrieben, dass bei 55% der untersuchten Personen der Arbeitsstatus nicht erklärt werden kann. Dies lässt vermuten, dass es weitere Faktoren geben muss, die einen Einfluss auf die Wiederaufnahme von Arbeit haben. Die Faktoren auf gesellschaftlicher Ebene wurden in dieser Bachelorarbeit ausgeschlossen und sollten in einer weiterführenden Arbeit eingeschlossen werden. Aus dem Gespräch mit Stefan Staubli (2015) gehen einige Variablen hervor, die in keiner der inkludierten Studien untersucht wurden: Wirtschaftslage, Haltung der Gesellschaft, technische Entwicklung und Teamfähigkeit des Klienten. Die Signifikanz dieser Faktoren sollte in weiteren Studien untersucht werden.

## **7.4 Limitierungen**

Die Verfasserinnen sehen die uneinheitliche Definition von Arbeit in den Hauptstudien als Einschränkung ihrer Bachelorarbeit. Die Beschäftigungsraten zeigen grosse Unterschiede, da die Autoren verschiedene Definitionen von Arbeit verwenden.

Es wurden Studien aus verschiedenen Ländern (Neuseeland, Italien, Australien, Schweiz) mit verschiedenen Gesundheitssystemen und unterschiedlichen Situationen des Arbeitsmarktes einbezogen, wodurch der Übertrag in die Schweiz nur bedingt möglich ist. Der Einschluss der Schweizer Studie ermöglicht einen Vergleich und zeigt, dass sich die Faktoren und eruierten Zahlen zwischen den verschiedenen Ländern überschneiden.

Die Faktoren werden in den Studien häufig nicht genau definiert, wodurch das detaillierte Verständnis eingeschränkt wird. Zudem wird in vielen Studien der Zusammenhang der Faktoren untereinander beschrieben, woraus nicht hervorgeht was jeder einzelne Faktor aussagt.

Die Resultate wurden von den Verfasserinnen aus dem Englischen ins Deutsche übersetzt. Sie stellten dabei fest, dass eine wörtliche Übersetzung nicht immer verständlich und dem deutschen Sprachraum angemessen war. Aus diesem Grund kann es zu Verzerrungen der Resultate kommen.

Aufgrund von viel vorhandener Literatur wurden strenge Ein- und Ausschlusskriterien gesetzt, wodurch Faktoren möglicherweise verloren gingen. Die Verfasserinnen sind sich bewusst, dass die Faktoren nicht vollumfänglich aufgedeckt wurden. Dies wird

dadurch ersichtlich, dass die Reviews von Anderson et al. (2007), Lidal et al. (2007) und Ottomanelli et al. (2009) weitere Faktoren diskutieren.

Es ist anzumerken, dass die erzielten Ergebnisse ausschliesslich für Menschen mit einer Querschnittlähmung ohne Sekundär Diagnosen gültig sind. Die hohe Komorbidität zwischen Schädelhirntrauma und Querschnittlähmung (Ottomanelli et al., 2009) wurde nicht berücksichtigt.

Drei der sieben Hauptstudien wurden unter der Leitung des gleichen Autors verfasst. Somit kann angenommen werden, dass in diesen Studien ähnliche Ergebnisse erzielt wurden.

# Verzeichnisse

---

## Literaturverzeichnis

- American Occupational Therapy Association. (2014). Occupational Therapy Process Framework: Domain and process (3rd edition). *American Journal of Occupational Therapy*, 68, 1-48.
- Anderson, C., Krajci, K. & Vogel, L. (2003). Community integration among adults with spinal cord injuries sustained as children or adolescents. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 45, 129-134.
- Anderson, D., Dumont, S., Azzaria, L., Le Bourdais, M. & Noreau, L. (2007). Determinants of return to work among spinal cord injury patients: a literature review. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 27, 57-68.
- Bernartz, S. & Kolster, F. (2009). Angehörigenarbeit und Angehörigenintegration. In C. Habermann & F. Kolster (Hrsg.), *Ergotherapie im Arbeitsfeld Neurologie* (S. 176-186). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Bernartz, S. & Kolster, F. (2009). Prinzipien der Arbeit mit Menschen mit fortschreitenden Erkrankungen. In C. Habermann & F. Kolster, *Ergotherapie im Arbeitsfeld Neurologie* (S. 113-116). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Bibliographisches Institut. (2013). adaptiv. Heruntergeladen von <http://www.duden.de/rechtschreibung/adaptiv> am 09.04.2015
- Bibliographisches Institut. (2013). Faktor. Heruntergeladen von <http://www.duden.de/rechtschreibung/Faktor#Bedeutung1> am 08.04.2015
- Boschen, K., Tonack, M. & Gargaro, J. (2003). Long-term adjustment and community reintegration following spinal cord injury. *Journal of Rehabilitation Research*, 26, 157-164.
- Bundesamt für Statistik. (2015). Arbeit und Erwerb. Heruntergeladen von <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/03/01/pan.html> am 03.04.2015
- Canadian Association of Occupational Therapists. (2002). *Enabling occupation: an occupational therapy perspective*. Ontario: CAOT Publications ACE.
- Chan, S. & Man, D. (2005). Barriers to returning to work for people with spinal cord injuries: a focus group study. *Work*, 25, 325-332.
- Chapin, M. & Kewman, D. (2001). Factors affecting employment following spinal cord injury: a qualitative study. *Rehabilitation Psychology*, 46, 400-416.

- Crisp, R. (1992). Vocational decision making by sixty spinal cord injury patients. *Paraplegie*, 30, 420-424.
- Désiron, H., de Rijk, A., Van Hoof, E. & Donceel, P. (2011). Occupational therapy and return to work: a systematic literature review. *Public Health*, 11, 1-14.
- ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz. (2005). Berufsprofil Ergotherapie 2005. Heruntergeladen von [http://www.ergotherapie.ch/resources/uploads/Berufsprofil\\_2005\\_d.pdf](http://www.ergotherapie.ch/resources/uploads/Berufsprofil_2005_d.pdf) am 03.04.2015
- ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz. (2012). Definitionen der Ergotherapie. Heruntergeladen von <http://www.ergotherapie.ch/index.cfm?Nav=13> am 03.09.2014
- Fadyl, J. & McPherson, K. (2010). Understanding decisions about work after spinal cord injury. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 20, 69-80.
- Fisher, A. (2009). *Occupational Therapy Intervention Process Model*. Colorado: Three Star Press.
- Fisher, A. (2014). *OTIPM Occupational Therapy Intervention Process Model*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Franceschini, M., Pagliacci, M., Russo, T., Felzani, G., Aito, S. & Marini, C. (2012). Occurrence and predictors of employment after traumatic spinal cord injury: the GISEM study. *Spinal Cord*, 50, 238-242.
- Grint, K. (2005). *The sociology of work: introduction. 3rd edition*. Cambridge: Polity Press.
- Hammell, K. (1995). Spinal cord injury; quality of life; occupational therapy: is there a connection?. *British Journal of Occupational Therapy*, 58, 151-157.
- Hammell, K. (2004). Exploring quality of life following high spinal cord injury: a review and critique. *Spinal Cord*, 42, 491-502.
- Hay-Smith, E., Dickson, B., Nunnerley, J. & Sinnott, K. (2013). "The final piece of the puzzle to fit in": an interpretative phenomenological analysis of the return to employment in New Zealand after spinal cord injury. *Disability and Rehabilitation*, 35, 1436-1446.
- Hendriks, S. & Kneisner, M. (2014). *Rollen-Kompetenz-Profil 2014 - Darstellung der Abschlusskompetenzen als Arbeitsversion im Rahmen der Studierendenbegleitung und aller Module im Bsc Ergotherapie*. Winterthur: ZHAW.

- Hills, L. & Cullen, E. (2007). A study into the employment trends of individuals treated at a spinal cord injury centre. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 14, 350-355.
- Jauch, P. (2012). Querschnittlähmung. Heruntergeladen von <http://www.myhandicap.de/querschnittlaehmung.html> am 03.09.2014
- Joss, R., Wolzt, B. & Horn, M. (2009). Querschnittlähmung. In C. Habermann & F. Kolster (Hrsg.), *Ergotherapie im Arbeitsfeld Neurologie* (S. 363-396). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Kanellos, C. (1985). Enhancing vocational outcomes of spinal cord-injured persons: the occupational therapist's role. *The American Journal of Occupational Therapy*, 39, 726-733.
- Kennedy, P., Lude, P. & Taylor, N. (2006). Quality of life, social participation, appraisals and coping post spinal cord injury: a review of four community samples. *Spinal Cord*, 44, 95-105.
- Kiyono, Y., Hashizume, C., Matsui, N., Ohtsuka, K. & Takaoka, K. (2001). Car-driving abilities of people with tetraplegia. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 82, 1389-1392.
- Krause, J. & Broderick, L. (2006). Relationship of personality and locus of control with employment outcomes among participants with spinal cord injury. *Rehabilitation Counselling Bulletin*, 49, 111-114.
- Krause, J. & Terza, J. (2006). Injury and demographic factors predictive of disparities in earnings after spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 87, 1318-1326.
- Lampert, G. (2015). Zentralnervensystem-Rückenmark. Heruntergeladen von <http://www.dr-gabriele-lampert.de/Quelltext/Nervensystem/Nerv12.html> am 09.04.2015
- Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J. & Westmorland, M. (1998). Critical Review Form - Quantitative Studies. Heruntergeladen von [http://www.canchild.ca/en/canchildresources/resources/quantreview\\_form1.doc](http://www.canchild.ca/en/canchildresources/resources/quantreview_form1.doc) am 09.09.2014
- Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J. & Westmorland, M. (2007). Critical Review Form - Qualitative Studies (Version 2.0). Heruntergeladen von [http://www.srs-mcmaster.ca/Portals/20/pdf/ebp/qualreview\\_version2.0.pdf](http://www.srs-mcmaster.ca/Portals/20/pdf/ebp/qualreview_version2.0.pdf) am 09.09.2014



- Lidal, I., Huynh, T. & Biering-Sorensen, F. (2007). Return to work following spinal cord injury: a review. *Disability and Rehabilitation*, 29, 1341-1375.
- Mackenzie, E., Shapiro, S., Smith, R., Siegel, J., Moody, M. & Pitt, A. (1987). Factors influencing return to work following hospitalization for traumatic injury. *American Journal of Public Health*, 77, 329-334.
- Manns, P. & Chad, K. (2001). Components of quality of life for persons with a quadriplegic and paraplegic spinal cord injury. *Qualitative Health Research*, 11, 795-811.
- Marti, A., Reinhardt, J., Graf, S., Escorpizo, R. & Post, M. (2012). To work or not to work: labour market participation of people with spinal cord injury living in Switzerland. *Spinal Cord*, 50, 521-526.
- Murphy, G. & Young, A. (2005). Employment participation following spinal cord injury: relation to selected participant demographic, injury and psychological characteristics. *Disability and Rehabilitation*, 27, 1297-1306.
- Murphy, G., Middleton, J., Quirk, R., De Wolf, A. & Cameron, I. (2009). Prediction of employment status one year post-discharge from rehabilitation following traumatic spinal cord injury: an exploratory analysis of participation and environmental variables. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 41, 1074-1079.
- Murphy, G., Middleton, J., Quirk, R., De Wolf, A. & Cameron, I. (2011). Predicting employment status at 2 year's postdischarge from spinal cord injury rehabilitation. *Rehabilitation Psychology*, 56, 251-256.
- Murphy, G., Young, A., Brown, D. & King, N. (2003). Explaining labor force status following spinal cord injury: the contribution of psychological variables. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 35, 276-283.
- Nieuwesteeg-Gutzwiller, M. & Somazzi, M. (2009). *Handlungsorientierte Ergotherapie. Das Bieler Modell als Grundlage für Ausbildung und Praxis*. Bern: Hans Huber.
- Noreau, L., Fougereyrollas, P., Post, M. & Asano, M. (2005). Participation after spinal cord injury: the evolution of conceptualization and measurement. *Journal of Neurological Physical Therapy*, 29, 147-156.
- Ottomanelli, L. & Lind, L. (2009). Review of critical factors related to employment after spinal cord injury: implications for research and vocational services. *Journal of Spinal Cord Medicine*, 32, 503-531.

- Pflaum, C., McCollister, G., Strauss, D., Shavelle, R. & DeVivo, M. (2006). Worklife after traumatic spinal cord injury. *Journal of Spinal Cord Medicine*, 29, 377-386.
- Rothrock, J. (2006). Spinal cord injury and vocational rehabilitation. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 25, 1-2.
- Schweizer Paraplegiker-Gruppe. (2014). Solides Fundament für die Weiterentwicklung. Heruntergeladen von [http://www.paraplegiker-stiftung.ch/files/pdf4/MM\\_Jahresbericht\\_2013\\_D.pdf](http://www.paraplegiker-stiftung.ch/files/pdf4/MM_Jahresbericht_2013_D.pdf) am 03.09.2014
- Srivastava, S. & Chamberlain, M. (2005). Factors determining job retention and return to work for disabled employees: a questionnaire study of opinions of disabled people's organizations in the UK. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 37, 17-22.
- Staubli, S. (2015). Interview vom 04.03.2015 mit Marion Schneiter und Anna Lena Wolfinger. Nottwil.
- Tomassen, P., Post, M. & van Asbeck, F. (2000). Return to work after spinal cord injury. *Spinal Cord*, 38, 51-55.
- Trepel, M. (2012). *Neuroanatomie Struktur und Funktion*. München: Urban & Fischer.
- Valtonen, K., Karlsson, A., Alaranta, H. & Viikari-Juntura, E. (2006). Work participation among persons with traumatic spinal cord injury and meningomyelocele. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 38, 192-200.
- Wang, R., Yang, Y., Yen, L. & Lieu, F. (2002). Functional ability, perceived exertion and employment of the individuals with spinal cord lesion in Taiwan. *Spinal Cord*, 40, 69-76.
- Watson, N. (1983). Spinal cord injury in the female. *Paraplegia*, 21, 143-148.
- Wehman, P., Wilson, K., Targett, P., West, M., Bricout, J. & McKinley, W. (1999). Removing transportation barriers for persons with spinal cord injuries: An ongoing challenge to community reintegration. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 13, 21-30.
- World Federation of Occupational Therapists. (2011). Definition of Occupational Therapy. Heruntergeladen von <http://www.wfot.org/aboutus/aboutoccupationaltherapy/definitionofoccupationaltherapy.aspx> am 10.04.2015
- World Health Organization. (2005). *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. Genf.

Zäch, G. & Koch, H. (2006). *Paraplegie*. Basel: Karger.

Zervos-Kopp, J. (2009). *Anatomie, Biologie und Physiologie: Ergotherapie Prüfungswissen*. Stuttgart: Thieme.

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Wirbelkanal mit Rückenmark (Lampert, 2015).....	14
Abbildung 2: Einteilung der Wirbelsäule (angelehnt an Trepel, 2012) .....	14
Abbildung 3: Zuständigkeitsbereich der Ergotherapie (AOTA, 2014) .....	19
Abbildung 4: Grafische Darstellung zur Auswahl der Hauptstudien.....	22
Abbildung 5: Schematische Einordnung der Resultate ins OTPF (AOTA, 2014).....	47

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Kategorien der ASIA-Klassifikation .....	16
Tabelle 2: Ein- und Ausschlusskriterien.....	24
Tabelle 3: Zusammenfassung der Studie von Fadyl et al. (2010).....	26
Tabelle 4: Zusammenfassung der Studie von Hay-Smith et al. (2013).....	28
Tabelle 5: Zusammenfassung der Studie von Marti et al. (2012) .....	30
Tabelle 6: Zusammenfassung der Studie von Franceschini et al. (2012) .....	32
Tabelle 7: Zusammenfassung der Studie von Murphy et al. (2005) .....	34
Tabelle 8: Zusammenfassung der Studie von Murphy et al. (2009) .....	36
Tabelle 9: Zusammenfassung der Studie von Murphy et al. (2011) .....	38

## **Abkürzungsverzeichnis**

<b>AOTA</b>	American Occupational Therapy Association
<b>ASIA</b>	American Spinal Injury Association
<b>BFS</b>	Bundesamt für Statistik
<b>CHART</b>	Craig Handicap Assessment and Reporting Technique
<b>CIM</b>	Community Integration Measure
<b>EVS</b>	ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz
<b>FIM</b>	Functional Independence Measure
<b>OTIPM</b>	Occupational Therapy Intervention Process Model
<b>OTPF</b>	Occupational Therapy Process Framework
<b>RLOC</b>	Rehabilitation Locus of Control
<b>RTW</b>	Return to Work
<b>SPRS</b>	Sydney Psychosocial Reintegration Scale

## Wortzahl

---

Abstract inklusiv Keywords:	193 Wörter
Bachelorarbeit:	11'702 Wörter

## Danksagung

---

Wir bedanken uns ganz herzlich bei Josef Adam für seine engagierte und motivierende Begleitung durch den Prozess der Bachelorarbeit. Auf unsere endlosen Fragen erhielten wir stets ausführliche Antworten und konnten auf seine Unterstützung zählen.

Stefan Staubli war für uns in Bezug auf den Austausch und das Erhalten von Expertenwissen von grosser Wichtigkeit. Vielen Dank für die bereitwillige Hilfe! Ruth Mahlkecht und Hanni Schneiter danken wir ganz herzlich für das Gegenlesen und das Korrigieren der Rechtschreibfehler in unserer Bachelorarbeit. Für inhaltliches Feedback und weitere Ideenanstösse sind wir Stephanie Meier, Nadia Eugster und Andrea Mannale sehr dankbar.

Ein weiteres Dankeschön geht an Marion Huber für die Beantwortung der Fragen zur Studienanalyse.

Auch unseren Familien und Freunden gehört ein grosser Dank für die emotionale Unterstützung, das entgegengebrachte Verständnis, die motivierenden Worte und den Rückhalt während der intensiven Zeit.

## Eigenständigkeitserklärung

---

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

Winterthur, 30.04.2015

---

Marion Schneider

Anna Lena Wolfinger

# Anhang

---

## A Glossar

<b>Aktivitäten des täglichen Lebens</b>	Dies sind Aktivitäten, die darauf abzielen, sich um den eigenen Körper zu kümmern. Diese Aktivitäten sind grundlegend, um in einer sozialen Welt zurechtzukommen. Dazu zählen unter anderem Körperhygiene, Anziehen und Mobilität (Rogers & Holm, 1994; Christiansen & Hammecker, 2001 zit. nach AOTA, 2014, S.19).
<b>adaptiv</b>	Fachsprache für "sich anpassend" (Bibliographisches Institut, 2013)
<b>Aktivität</b>	Aktivitäten sind Handlungen, welche entworfen und ausgewählt wurden, um die Entwicklung von Performanzfertigkeiten und Performanzmuster zu verbessern. Dies dient der Steigerung von Eingebundensein in Betätigungen (AOTA, 2014).
<b>Betätigung (occupation)</b>	Betätigungen sind alltägliche Aktivitäten, die eine Person tut um die Zeit auszufüllen. Sie tragen dazu bei, eine Betätigungsidentität zu bilden, ein Kompetenzgefühl zu erleben und haben eine Bedeutung und einen Wert für die Person. Betätigungen sind für jede Person individuell und bringen Zufriedenheit und Erfüllung mit sich (Boyt Schell, Gillen & Scaffa, 2014; AOTA, 2002; Pierce 2001; Hinojosa & Blount, 2009 zit. nach AOTA, 2014, S.5). Betätigungen sind Dinge, die eine Person machen will, muss, oder von ihr erwartet werden (World Federation of Occupational Therapists, 2011).
<b>Betätigungsidentität</b>	Die Betätigungsidentität ist das subjektive Empfinden, wer jemand ist oder gerne sein würde. Sie bildet sich aus der eigenen Betätigungsgeschichte (Boyt Shell et al., 2014 zit. nach AOTA, 2014, S.43).
<b>Betätigungsperformanz</b>	Die Betätigungsperformanz beschreibt das Ausführen einer Aktion, Aktivität oder Betätigung, welche in einer dynamischen Transaktion zwischen dem Klient, der Umwelt und der Aktivität resultiert (Fisher, 2009; Fisher & Griswold, 2014; Kielhofner, 2008 zit. nach AOTA, 2014, S.43). Verbesserungen oder Befähigungen der Fertigkeiten und Mustern in der Betätigungsperformanz führen zum Eingebundensein in Betätigungen oder Aktivitäten (adaptiert von Law et al., 1996 zit. nach AOTA, 2014, S.43).
<b>Bildung</b>	Bildung beinhaltet Aktivitäten, die gebraucht werden zum Lernen und in einer Bildungsumgebung teilzunehmen (AOTA, 2014).

<b>CHART</b>	CHART steht für Craig Handicap Assessment and Reporting Technique. Er wurde entwickelt, um die Schwierigkeiten einer, in der Gemeinschaft lebenden, Person mit einer Querschnittlähmung nach der Rehabilitation zu messen. Dazu werden Daten zur physischen Unabhängigkeit, Mobilität, Betätigung, sozialen Integration, ökonomischen Selbstversorgung und kognitiven Unabhängigkeit erhoben. Er fokussiert auf beobachtbare und objektive Informationen (Murphy et al., 2009).
<b>CIM</b>	CIM ist die Abkürzung für Community Integration Measure. Er misst das subjektive Zugehörigkeitsgefühl einer Person zur Gesellschaft. Es können 10 bis 50 Punkte erreicht werden, wobei eine höhere Punktzahl eine bessere Integration bedeutet (Murphy et al., 2009).
<b>Domain</b>	Das Domain beschreibt den Zuständigkeitsbereich der Ergotherapie im OTPF (AOTA, 2014).
<b>Engagement</b>	Engagement ist das Eingebundensein in Betätigungen, resultierend aus einer persönlichen Entscheidung, Motivation und Bedeutung. Dies beinhaltet objektive und subjektive Aspekte der Erlebnisse eines Klienten als Interaktion von Körper, Geist und Seele (AOTA, 2008 zit. nach AOTA, 2014, S.4).
<b>Ergotherapie</b>	„Ergotherapie stellt die Handlungsfähigkeit des Menschen in den Mittelpunkt. Sie trägt zur Verbesserung der Gesundheit und zur Steigerung der Lebensqualität bei. Sie befähigt Menschen, an den Aktivitäten des täglichen Lebens und an der Gesellschaft teilzuhaben“ (ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz, 2012).
<b>FIM</b>	FIM bedeutet Functional Independence Measure. Er besteht aus 18 Fragen, welche jeweils mit einer sieben Punkteskala beantwortet werden können. Er dient der Erhebung des funktionellen Fortschrittes oder Rückschrittes während der Rehabilitation. Die Themen Selbstversorgung, Schliessmuskelkontrolle, Transfer, Fortbewegung, Kommunikation und soziale Kognition werden bewertet, wobei eins auf Hilfe angewiesen und sieben komplett selbstständig bedeutet (Murphy et al., 2009).
<b>Framework</b>	Wenn vom Framework gesprochen wird, ist das OTPF gemeint. Framework bedeutet Rahmenkonzept, Gerüst, System. Allgemein kann ein Framework als ein gedankliches Konstrukt angeschaut werden, welches zur Unterstützung und Wegleitung für den Übertrag von der strukturierten Theorie in die Praxis dient (AOTA, 2014).
<b>Freizeit</b>	Freizeit umfasst Betätigungen, die Freude bereiten. Dazu gehören Geselligkeit, Kreativität, Aktivitäten im Freien, Spiel und Sport (Canadian Association of Occupational Therapists, 2002).



<b>Gewohnheit</b>	Spezifische, automatische Verhaltensweisen, die in einem bekannten Umfeld oder in einer bekannten Situation immer wieder gleich auftreten, werden als Gewohnheiten bezeichnet. Sie können nützlich, dominierend oder dürftig sein. Sie unterstützen oder hemmen Betätigungen (Boyt Schell et al., 2014; Dunn, 2002 zit. nach AOTA, 2014, S.27).
<b>Handlungsfähigkeit</b>	„(...) Fähigkeit einer Person, zielgerichtete, sozial bedeutsame und persönlich sinnvolle Handlungen in den verschiedenen Lebensbereichen allein und/oder in Kooperation mit Mitmenschen planen, durchführen und kriterienorientiert bewerten zu können. Handlungsfähigkeit ist für uns situationsbezogen“ (Nieuwesteeg-Gutzwiller & Somazzi, 2009).
<b>Health</b>	Health wird als Gesundheit übersetzt und beinhaltet ein Zustand des vollkommenen physischen, mentalen und sozialen Wohlbefindens (WHO, 2006 zit. nach AOTA, 2014, S.4).
<b>Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens</b>	Diese Aktivitäten helfen, das Leben zu Hause und in der Gesellschaft zu meistern. Sie erfordern komplexere Interaktionen, als die Aktivitäten des täglichen Lebens. Dies beinhaltet beispielsweise Haushaltsarbeiten und Kindererziehung (AOTA, 2014).
<b>Kanungo's Work Involvement Scale</b>	Diese Skala wird zur Messung der Arbeitseinstellung eingesetzt. Eine Beispielfrage ist: „Arbeit sollte im Leben zentral sein.“ Eine Punktezahl zwischen sechs und 36 zu erreichen ist möglich, wobei eine höhere Zahl grösseren Wert der Arbeit bedeutet (Murphy et al., 2005).
<b>Klientenfaktoren</b>	Klientenfaktoren sind spezifische Fertigkeiten, Charakteristiken und Glauben einer Person, welche die Betätigungsperformanz beeinflussen (AOTA, 2014).
<b>Klientenkonstellation</b>	Sie beinhaltet die Person, die Ergotherapie erhält und weitere Personen, die mit ihr leben, arbeiten oder auf eine andere Art verbunden sind. Als Voraussetzung gilt, dass die nahestehenden Personen, durch die Einschränkungen in der Betätigungsperformanz der Person mit der Ergotherapieverordnung, beeinflusst werden. Ein Beispiel ist: ein Mann, der einen Schlaganfall erlitten hat und seine nahestehenden Familienangehörigen, die mit ihm leben (Fisher, 2009).
<b>Klientenzentrierter Performanzkontext</b>	Den klientenzentrierten Performanzkontext zu erstellen beginnt mit der Erstverordnung. Es geht darum, den Klienten kennenzulernen und ein allgemeines Bild der Person zu erhalten. Dies geschieht mittels eines Interviews und Beobachtungen. Es gibt zehn Dimensionen, die während des Interviews im Hinterkopf behalten werden sollen (Fisher, 2014).

<b>Klientenzentrierung</b>	Die Klientenzentrierung ist ein Ansatz, welcher Respekt und Partnerschaft mit den Klienten und deren aktive Teilnahme am Therapieprozess erzielen möchte. Dieser Ansatz betont das Wissen, die Erfahrungen, die Stärken, die Kapazität auszuwählen und die Autonomie des Klienten (Boyt Schell et al., 2014 zit. nach AOTA, 2014, S.41).
<b>Kontext und Umwelt</b>	Betätigungen werden immer in einem bestimmten Kontext ausgeführt. Damit ist eine Vielfalt an zusammenhängenden Umständen gemeint, welche in der Umgebung des Klienten auftreten. Mit Umwelt sind physische und soziale Gegebenheiten, welche den Klienten umgeben, gemeint (AOTA, 2014).
<b>Körperfunktionen</b>	Alle physiologischen Funktionen des Körpersystems gehören laut International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) zu den Körperfunktionen. Darin sind psychologische Funktionen ebenfalls eingeschlossen (WHO, 2005). Das OTPF verwendet dieselbe Definition (AOTA, 2014).
<b>Körperstrukturen</b>	Die Körperstrukturen sind die anatomischen Teile des Körpers, was die Organe, Gliedmassen und deren Komponenten beinhaltet. Sie unterstützen die Körperfunktionen (WHO, 2001 zit. nach AOTA, 2014, S.24).
<b>Kultureller Kontext</b>	Er beinhaltet Gewohnheiten, Glauben, Aktivitätsmuster, Verhaltensstandards und Erwartungen, welche in der Gesellschaft, der ein Klient angehört, akzeptiert sind. Der kulturelle Kontext beeinflusst die Identität des Klienten und die ausgewählten Aktivitäten (AOTA, 2014).
<b>Lebensqualität</b>	Lebensqualität bedeutet das Auswählen und Teilhaben an Betätigungen, die Hoffnung, Motivation, Bedeutung und Zufriedenheit mit sich bringen. Betätigungen kreieren eine antreibende Vision des Lebens, fördern die Gesundheit, ermöglichen die Befähigung (Empowerment) und beeinflussen die Lebensqualität im Allgemeinen (Canadian Association of Occupational Therapists, 2002).
<b>Moorong Self-Efficacy Scale</b>	Diese Skala wird zur Erhebung der individuellen Aspekte der Selbstwirksamkeit angewandt. Themen der persönlichen Hygiene, Aktivitäten des täglichen Lebens, Lebensstil und Integration in die Gesellschaft werden mit diesem Instrument gemessen (Murphy et al., 2011).
<b>Motorische Performanzfertigkeiten</b>	Die motorischen Performanzfertigkeiten können beobachtet werden bei Betätigungen, in denen eine Person interagiert und Objekte der Aufgabe und sich selbst um die Umwelt der Aufgabe bewegt (Boyt Schell et al., 2014 zit. nach AOTA, 2014, S.43).

<b>Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM)</b>	Das OTIPM ist ein ergotherapeutisches Prozessmodell und bildet in einer schematischen Grafik die Vorgehensweise während des ergotherapeutischen Prozesses ab. Es wird erklärt, wie Betätigung und Ergotherapie verstanden werden und hebt die Betätigung als Mittelpunkt der Ergotherapie hervor. Das OTIPM bildet für Ergotherapeuten eine Struktur, um die Gedanken in der Planung und Umsetzung von ergotherapeutischen Interventionen zu unterstützen (Fisher, 2014).
<b>Partizipation (participation)</b>	Teilhabe wird als Synonym für Partizipation verwendet. Sie bedeutet das „Einbezogenensein in eine Lebenssituation“ (WHO, 2005). Partizipation ist das Teilhaben an gewünschten Aktivitäten in der Gesellschaft und Familie. Dies findet in einer sozialen Situation statt und fördert die soziale Wechselbeziehung. Partizipation kann in persönlichen Treffen, per Telefon oder Computer stattfinden (Gillen & Boyt Schell, 2014; Bedell, 2012; Magasi & Hammel, 2004 zit. nach AOTA, 2014 S.21).
<b>Performanzfertigkeiten</b>	Performanzfertigkeiten sind zielorientierte Aktionen, die als kleiner Bestandteil einer Betätigung beobachtet werden können. Das OTPF unterscheidet zwischen motorischen und prozesshaften Fertigkeiten sowie sozialen Interaktionsfertigkeiten (AOTA, 2014).
<b>Performanzmuster</b>	Die Performanzmuster setzen sich zusammen aus Gewohnheiten, Routinen, Rollen und Ritualen. Sie entstehen über Zeit und festigen sich dabei. Diese Muster unterstützen oder verhindern Betätigungen (AOTA, 2014).
<b>Persönlicher Kontext</b>	Dazu gehören Merkmale eines Individuum, die nicht im Gesundheitsstatus und in den Gesundheitsbedingungen inkludiert sind (WHO, 2001 zit. nach AOTA, 2014, S.44). Dazu zählen beispielsweise Alter, Geschlecht, sozioökonomischer Status und Ausbildungsstand. Der persönliche Kontext kann auch die Zugehörigkeit zu einer Gruppe oder Bevölkerung beinhalten (AOTA, 2014).
<b>Physische Umwelt</b>	Die natürliche und gebildete aber nicht menschliche Umgebung und ihre enthaltenen Objekte sind mit der physischen Umwelt gemeint. Die natürliche Umwelt inkludiert das geografische Gelände, Pflanzen und Tiere. Die gebildete Umgebung beinhaltet Gebäude, Möbel, Werkzeuge und Hilfsmittel (AOTA, 2014).
<b>Produktivität</b>	Produktivität beinhaltet Betätigungen, die einen sozialen oder ökonomischen Beitrag leisten oder die den ökonomischen Unterhalt generieren. Beispiele sind das Spiel von Kindern, Schularbeit, Arbeit, Haushalt, Elternsein und Freiwilligenarbeit in der Gemeinschaft (Canadian Association of Occupational Therapists, 2002).

<b>Prozesshafte Performanzfertigkeiten</b>	Diese beinhalten Beobachtungen bezüglich der Art wie eine Person etwas auswählt, mit etwas interagiert und Aufgabentools und Material benutzt. Dazu gehört auch, wie jemand Aktionen und Schritte ausführt und wie die Durchführung beim Auftauchen von Problemen angepasst wird (AOTA, 2014).
<b>Rituale</b>	Symbolische Aktivitäten mit spiritueller, kultureller oder sozialer Bedeutung. Rituale beeinflussen die Identität, Werte und Glauben einer Person. Sie haben eine starke affektive Komponente und bestehen aus mehreren Ereignissen (Fiese, 2007; Fiese et al., 2002; Segal, 2004 zit. nach AOTA, 2014, S.27).
<b>Rehabilitation Locus Of Control (RLOC)</b>	Übersetzt bedeutet Locus of Control Kontrollüberzeugung. RLOC wird als Abkürzung von Rehabilitation Locus of Control verwendet. Dieser ist in drei Untergruppen, Internal RLOC, Powerful Others RLOC und Chance RLOC, unterteilt. Der Internal RLOC misst das Ausmass, bis zu welchem jemand denkt, die Rehabilitation basiert auf inneren Faktoren. Der Powerful Others RLOC misst den Glauben bis zu welchem Grad angenommen wird, dass die Rehabilitation von einem einflussreichen Dritten gesteuert wird. Der Chance RLOC nimmt auf, inwiefern jemand der Ansicht ist, dass die Rehabilitation Glück, Schicksal oder Zufall ist (Murphy et al., 2005).
<b>Rolle</b>	Eine Rolle ist definiert durch Verhaltensweisen, welche von der Gesellschaft erwartet werden. Kultur und Kontext beeinflussen diese Verhaltensweisen (AOTA, 2014).
<b>Routine</b>	Routinen sind Verhaltensmuster, welche beobachtbar, regelmässig und repetitiv sind und eine Struktur in den Alltag bringen. Routinen sind in einen kulturellen und ökologischen Kontext eingebettet (Fiese, 2007; Segal, 2004 zit. nach AOTA, 2014, S.27).
<b>Ruhe und Schlaf</b>	Ruhe und Schlaf sind Aktivitäten, die mit Erholung in Zusammenhang stehen. Dies ermöglicht eine gesunde und aktive Teilnahme an Betätigungen (AOTA, 2014).
<b>Selbstversorgung</b>	Zur Selbstversorgung zählen Betätigungen, die das Kümmern um sich selbst beinhalten. Dies inkludiert Körperpflege, Eigenverantwortung, Mobilität sowie zeitliche und räumliche Organisation (Canadian Association of Occupational Therapists, 2002).
<b>Soziale Interaktionsfertigkeiten</b>	Soziale Interaktionsfertigkeiten werden während des sozialen Austausches beobachtbar (AOTA, 2014).
<b>Soziale Umwelt</b>	Die Anwesenheit von Freundschaften und Erwartungen von Personen, Gruppen und Bevölkerung, mit welcher der Klient Kontakt hat, zählt zur sozialen Umwelt. Beispiele dazu sind Freunde und Ehepartner (AOTA, 2014).

<b>Spiel</b>	Das Spiel ist jegliche spontane oder organisierte Aktivität, die Vergnügen, Unterhaltung, Freude und Abwechslung mit sich bringt (Parham & Fazio, 1997 zit. nach AOTA, 2014, S.21).
<b>Sidney Psychosocial Reintegration Scale (SPRS)</b>	Der SPRS kann genutzt werden, um eine reliable Erhebung bezüglich der Erreichbarkeit von geeigneten Transportmöglichkeiten zu erhalten. Er bietet ein Punktesystem von eins („Ich bin nicht fähig ein Transportsystem zu benutzen“) bis sechs („Ich kann Transportmittel sehr gut benutzen“) an (Murphy et al., 2011).
<b>Teilhabe</b>	siehe Partizipation
<b>Virtueller Kontext</b>	Dazu gehört die Umwelt, in welcher Kommunikation über Computer und ohne physikalischen Kontakt auftritt. Er inkludiert simulierte, echtzeit und nahzeit Umwelten, wie Chaträume, E-Mails, Videokonferenzen und Radioübertragungen (AOTA, 2014).
<b>Well-being</b>	Well-being wird als Wohlbefinden übersetzt. Damit ist Wohlbefinden, welches physische, mentale und soziale Aspekte einschliesst, gemeint (WHO, 2006 zit. nach AOTA, 2014, S.4).
<b>Werte, Glauben und Spiritualität</b>	Diese Kategorie der Klientenfaktoren beinhalten die Wahrnehmung, Einstellung und Motivation des Klienten. Diese beeinflussen die Teilhabe an Betätigungen und werden wiederum von diesen beeinflusst (AOTA, 2014).
<b>Workrate</b>	Workrate dient der Messung der Teilhabe im Arbeitsmarkt. Diese Variable wird folgendermassen errechnet: gearbeitete Monate nach der Verletzung werden durch die Monate nach der Verletzung, in welchen gearbeitet hätte werden können, geteilt. Die Zeit im Training, während Weiterbildungsprogrammen, Pensionierung oder Rehabilitationsprogrammen wurde als nicht frei für Arbeit deklariert (Murphy et al., 2005).
<b>Zehn Dimensionen</b>	Die zehn Dimensionen gelten als thematischen Inhalt bei der Erstellung des klientenzentrierten Performanzkontextes. Sie setzen sich aus der Umwelt-, Rollen-, Motivations-, Aufgaben-, kulturellen, sozialen, gesellschaftlichen, zeitlichen, adaptiven Dimension und der Dimension der Körperfunktionen zusammen (Fisher, 2014).
<b>Zeitlicher Kontext</b>	Er inkludiert Lebensabschnitte, Tageszeit, Dauer, Rhythmus der Aktivität und die Geschichte. Die Erfahrung von Zeit, welche aufgrund von Teilnahme in Betätigungen geprägt ist, wird darunter verstanden (AOTA, 2014).

# B ASIA-Untersuchungsbogen

Patient Name \_\_\_\_\_

Examiner Name \_\_\_\_\_ Date/Time of Exam \_\_\_\_\_



## INTERNATIONAL STANDARDS FOR NEUROLOGICAL CLASSIFICATION OF SPINAL CORD INJURY



**MOTOR**  
KEY MUSCLES  
(scoring on reverse side)

	R	L	
C5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Elbow flexors
C6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wrist extensors
C7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Elbow extensors
C8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Finger flexors (distal phalanx of middle finger)
T1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Finger abductors (little finger)

UPPER LIMB TOTAL (MAXIMUM)  +  =   
(25) (25) (50)

Comments:

L2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hip flexors
L3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Knee extensors
L4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ankle dorsiflexors
L5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Long toe extensors
S1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ankle plantar flexors

(VAC) Voluntary anal contraction (Yes/No)

LOWER LIMB TOTAL (MAXIMUM)  +  =   
(25) (25) (50)

**SENSORY**  
KEY SENSORY POINTS

	LIGHT TOUCH		PIN PRICK	
	R	L	R	L

0 = absent  
1 = altered  
2 = normal  
NT = not testable

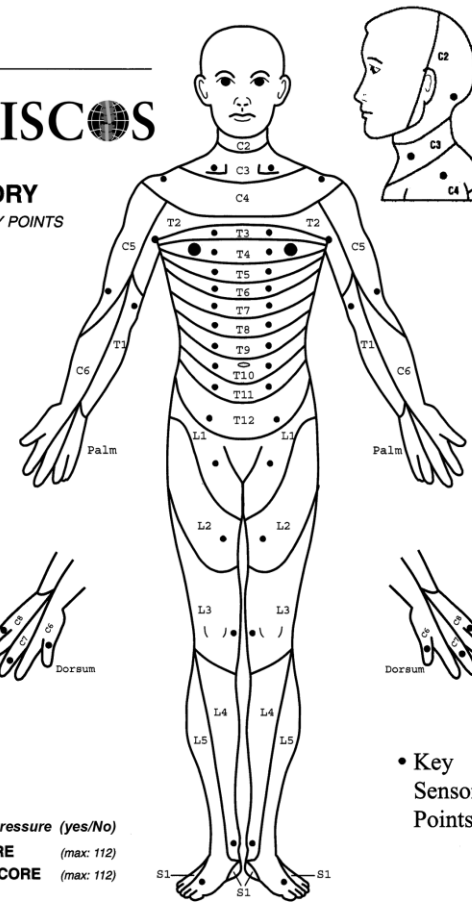
C2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S4-5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TOTALS {  +  =  (MAXIMUM) (56) (56)      +  =  (MAXIMUM) (56) (56)

(DAP) Deep anal pressure (yes/No)

PIN PRICK SCORE (max: 112)

LIGHT TOUCH SCORE (max: 112)



• Key Sensory Points

<p><b>NEUROLOGICAL LEVEL</b> The most caudal segment with normal function</p> <p>SENSORY <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L</p> <p>MOTOR <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L</p>	<p><b>SINGLE NEUROLOGICAL LEVEL</b> <input type="checkbox"/></p>	<p><b>COMPLETE OR INCOMPLETE?</b> <input type="checkbox"/></p> <p><small>Incomplete = Any sensory or motor function in S4-S5</small></p> <p><b>ASIA IMPAIRMENT SCALE (AIS)</b> <input type="checkbox"/></p>	<p><small>(In complete injuries only)</small></p> <p><b>ZONE OF PARTIAL PRESERVATION</b> Most caudal level with any innervation</p> <p>SENSORY <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L</p> <p>MOTOR <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L</p>
---	--	---	---

This form may be copied freely but should not be altered without permission from the American Spinal Injury Association.

REV 04/11

Zäch et al. (2006)

## C Klientenfaktoren und Kontext und Umwelt aus dem OTPF

**TABLE 2. CLIENT FACTORS**

Client factors include (1) values, beliefs, and spirituality; (2) body functions; and (3) body structures that reside within the client that influence the client's performance in occupations.

■ **VALUES, BELIEFS, AND SPIRITUALITY**—Clients' perceptions, motivations, and related meaning that influence or are influenced by engagement in occupations.

Category and Definition	Examples
<b>Values</b> —Acquired beliefs and commitments, derived from culture, about what is good, right, and important to do (Kielhofner, 2008)	<p><i>Person:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Honesty with self and others</li> <li>• Commitment to family</li> </ul> <p><i>Group:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Obligation to provide a service</li> <li>• Fairness</li> </ul> <p><i>Population:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Freedom of speech</li> <li>• Equal opportunities for all</li> <li>• Tolerance toward others</li> </ul>
<b>Beliefs</b> —Cognitive content held as true by or about the client	<p><i>Person:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• One is powerless to influence others.</li> <li>• Hard work pays off.</li> </ul> <p><i>Group and population:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Some personal rights are worth fighting for.</li> <li>• A new health care policy, as yet untried, will positively affect society.</li> </ul>
<b>Spirituality</b> —"The aspect of humanity that refers to the way individuals seek and express meaning and purpose and the way they experience their connectedness to the moment, to self, to others, to nature, and to the significant or sacred" (Puchalski et al., 2009, p. 887)	<p><i>Person:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Daily search for purpose and meaning in one's life</li> <li>• Guidance of actions by a sense of value beyond the personal acquisition of wealth or fame</li> </ul> <p><i>Group and population:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Common search for purpose and meaning in life</li> <li>• Guidance of actions by values agreed on by the collective</li> </ul>

■ **BODY FUNCTIONS**—“The physiological functions of body systems (including psychological functions)” (WHO, 2001, p. 10). This section of the table is organized according to the classifications of the *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*; for fuller descriptions and definitions, refer to WHO (2001).

Category	Description (not an all-inclusive list)
<b>Mental functions</b> (affective, cognitive, perceptual)	
<b>Specific mental functions</b>	
Higher-level cognitive	Judgment, concept formation, metacognition, executive functions, praxis, cognitive flexibility, insight
Attention	Sustained shifting and divided attention, concentration, distractibility
Memory	Short-term, long-term, and working memory
Perception	Discrimination of sensations (e.g., auditory, tactile, visual, olfactory, gustatory, vestibular, proprioceptive)
Thought	Control and content of thought, awareness of reality vs. delusions, logical and coherent thought
Mental functions of sequencing complex movement	Mental functions that regulate the speed, response, quality, and time of motor production, such as restlessness, toe tapping, or hand wringing, in response to inner tension
Emotional	Regulation and range of emotions; appropriateness of emotions, including anger, love, tension, and anxiety; lability of emotions
Experience of self and time	Awareness of one's identity, body, and position in the reality of one's environment and of time
<b>Global mental functions</b>	
Consciousness	State of awareness and alertness, including the clarity and continuity of the wakeful state
Orientation	Orientation to person, place, time, self, and others
Temperament and personality	Extroversion, introversion, agreeableness, conscientiousness, emotional stability, openness to experience, self-control, self-expression, confidence, motivation, impulse control, appetite



**TABLE 2. CLIENT FACTORS***(Continued)*

<b>Category</b>	<b>Description (not an all-inclusive list)</b>
Energy and drive	Energy level, motivation, appetite, craving, impulse control
Sleep	Physiological process, quality of sleep
<b>Sensory functions</b>	
Visual functions	Quality of vision, visual acuity, visual stability, and visual field functions to promote visual awareness of environment at various distances for functioning
Hearing functions	Sound detection and discrimination; awareness of location and distance of sounds
Vestibular functions	Sensation related to position, balance, and secure movement against gravity
Taste functions	Association of taste qualities of bitterness, sweetness, sourness, and saltiness
Smell functions	Sensing odors and smells
Proprioceptive functions	Awareness of body position and space
Touch functions	Feeling of being touched by others or touching various textures, such as those of food; presence of numbness, paresthesia, hyperesthesia
Pain (e.g., diffuse, dull, sharp, phantom)	Unpleasant feeling indicating potential or actual damage to some body structure; sensations of generalized or localized pain (e.g., diffuse, dull, sharp, phantom)
Sensitivity to temperature and pressure	Thermal awareness (hot and cold), sense of force applied to skin
<b>Neuromusculoskeletal and movement-related functions</b>	
Functions of joints and bones	
Joint mobility	Joint range of motion
Joint stability	Maintenance of structural integrity of joints throughout the body; physiological stability of joints related to structural integrity

<b>Muscle functions</b>	
Muscle power	Strength
Muscle tone	Degree of muscle tension (e.g., flaccidity, spasticity, fluctuation)
Muscle endurance	Sustaining muscle contraction
<b>Movement functions</b>	
Motor reflexes	Involuntary contraction of muscles automatically induced by specific stimuli (e.g., stretch, asymmetrical tonic neck, symmetrical tonic neck)
Involuntary movement reactions	Postural reactions, body adjustment reactions, supporting reactions
Control of voluntary movement	Eye–hand and eye–foot coordination, bilateral integration, crossing of the mid-line, fine and gross motor control, and oculomotor function (e.g., saccades, pursuits, accommodation, binocularity)
Gait patterns	Gait and mobility considered in relation to how they affect ability to engage in occupations in daily life activities; for example, walking patterns and impairments, asymmetric gait, stiff gait
<b>Cardiovascular, hematological, immunological, and respiratory system functions</b>	
<i>(Note. Occupational therapy practitioners have knowledge of these body functions and understand broadly the interaction that occurs among these functions to support health, well-being, and participation in life through engagement in occupation.)</i>	
Cardiovascular system functions Hematological and immunological system functions	Maintenance of blood pressure functions (hypertension, hypotension, postural hypotension), heart rate and rhythm
Respiratory system functions	Rate, rhythm, and depth of respiration
Additional functions and sensations of the cardiovascular and respiratory systems	Physical endurance, aerobic capacity, stamina, fatigability
<b>Voice and speech functions; digestive, metabolic, and endocrine system functions; genitourinary and reproductive functions</b>	
<i>(Note. Occupational therapy practitioners have knowledge of these body functions and understand broadly the interaction that occurs among these functions to support health, well-being, and participation in life through engagement in occupation.)</i>	
Voice and speech functions	Fluency and rhythm, alternative vocalization functions

**TABLE 2. CLIENT FACTORS***(Continued)*

<b>Category</b>	<b>Description (not an all-inclusive list)</b>
Digestive, metabolic, and endocrine system functions	Digestive system functions, metabolic system and endocrine system functions
Genitourinary and reproductive functions	Urinary functions, genital and reproductive functions
<b>Skin and related structure functions</b> <i>(Note. Occupational therapy practitioners have knowledge of these body functions and understand broadly the interaction that occurs among these functions to support health, well-being, and participation in life through engagement in occupation.)</i>	
Skin functions Hair and nail functions	Protection (presence or absence of wounds, cuts, or abrasions), repair (wound healing)
<b>■ BODY STRUCTURES:</b> "Anatomical parts of the body, such as organs, limbs, and their components" that support body function (WHO, 2001, p. 10). The "Body Structures" section of the table is organized according to the <i>ICF</i> classifications; for fuller descriptions and definitions, refer to WHO (2001).	
<b>Category</b>	<b>Examples not delineated in the "Body Structure" section of this table</b>
<b>Structure of the nervous system</b> <b>Eyes, ear, and related structures</b> <b>Structures involved in voice and speech</b> <b>Structures of the cardiovascular, immunological, and respiratory systems</b> <b>Structures related to the digestive, metabolic, and endocrine systems</b> <b>Structures related to the genitourinary and reproductive systems</b> <b>Structures related to movement</b> <b>Skin and related structures</b>	<i>(Note. Occupational therapy practitioners have knowledge of body structures and understand broadly the interaction that occurs between these structures to support health, well-being, and participation in life through engagement in occupation.)</i>

*Note.* The categorization of body function and body structure client factors outlined in Table 2 is based on the *ICF* proposed by WHO (2001). The classification was selected because it has received wide exposure and presents a language that is understood by external audiences. WHO = World Health Organization.



**TABLE 5. CONTEXT AND ENVIRONMENT**

Context refers to a variety of interrelated conditions that are within and surrounding the client. Contexts include cultural, personal, temporal, and virtual. The term environment refers to the external physical and social conditions that surround the client and in which the client's daily life occupations occur.

Category	Definition	Examples
<b>CONTEXTS</b>		
<b>Cultural</b>	Customs, beliefs, activity patterns, behavioral standards, and expectations accepted by the society of which a client is a member. The cultural context influences the client's identity and activity choices.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Person:</i> A person delivering Thanksgiving meals to home-bound individuals</li> <li>• <i>Group:</i> Employees marking the end of the work week with casual dress on Friday</li> <li>• <i>Population:</i> People engaging in an afternoon siesta or high tea</li> </ul>
<b>Personal</b>	"Features of the individual that are not part of a health condition or health status" (WHO, 2001, p. 17). The personal context includes age, gender, socioeconomic status, and educational status and can also include group membership (e.g., volunteers, employees) and population membership (e.g., members of society).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Person:</i> A 25-year-old unemployed man with a high school diploma</li> <li>• <i>Group:</i> Volunteers working in a homeless shelter</li> <li>• <i>Population:</i> Older drivers learning about community mobility options</li> </ul>
<b>Temporal</b>	The experience of time as shaped by engagement in occupations; the temporal aspects of occupation that "contribute to the patterns of daily occupations" include "rhythm . . . tempo . . . synchronization . . . duration . . . and sequence" (Larson & Zemke, 2003, p. 82; Zemke, 2004, p. 610). The temporal context includes stage of life, time of day or year, duration and rhythm of activity, and history.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Person:</i> A person retired from work for 10 years</li> <li>• <i>Group:</i> A community organization's annual fundraising campaign</li> <li>• <i>Population:</i> People celebrating Independence Day on July 4</li> </ul>
<b>Virtual</b>	Environment in which communication occurs by means of airwaves or computers and in the absence of physical contact. The virtual context includes simulated, real-time, or near-time environments such as chat rooms, email, video conferencing, or radio transmissions; remote monitoring via wireless sensors; or computer-based data collection	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Person:</i> Friends who text message each other</li> <li>• <i>Group:</i> Members who participate in a video conference, telephone conference call, instant message, or interactive white board use</li> <li>• <i>Population:</i> Virtual community of gamers</li> </ul>

---

## ■ ENVIRONMENTS

---

### Physical

Natural and built nonhuman surroundings and the objects in them. The natural environment includes geographic terrain, plants, and animals, as well as the sensory qualities of the surroundings. The built environment includes buildings, furniture, tools, and devices.

- *Person:* Individual's house or apartment
- *Group:* Office building or factory
- *Population:* Transportation system

---

### Social

Presence of, relationships with, and expectations of persons, groups, or populations with whom clients have contact. The social environment includes availability and expectations of significant individuals, such as spouse, friends, and caregivers; relationships with individuals, groups, or populations; and relationships with systems (e.g., political, legal, economic, institutional) that influence norms, role expectations, and social routines.

- *Person:* Friends, colleagues
  - *Group:* Occupational therapy students conducting a class get-together
  - *Population:* People influenced by a city government
- 

*Note.* WHO = World Health Organization.

AOTA (2014)

## **D Notizen zum Interview mit Stefan Staubli am 04.03.2015 in Nottwil**

- Wie sehen Sie den Zusammenhang zwischen Ergotherapie und Arbeit?

Ergein = tätig sein; Ergotherapeuten befähigen Tätigkeiten auszuführen; Handlungen in Teilschritte zerlegen und üben/kompensieren → Job Coach

Verbesserung der Partizipation: geschieht viel bei der Arbeit, um Wertschätzung zu erfahren, ein selbstbestimmtes Leben zu führen, Menschen zu treffen (Interaktion)

Ergotherapeuten befähigen Menschen das zu tun, was sie gerne tun und für sie von Bedeutung ist. Arbeit hat in der westlichen Kultur einen hohen Stellenwert.

- Arbeiten ET's in der beruflichen Rehabilitation? Was sind die Aufgaben der ET bei der Arbeitsrehabilitation?

Ergotherapeuten machen Arbeitsplatzabklärungen (Ergonomie, Hilfsmittel, IV-Anträge); Berufsfindung und Ergotherapeuten arbeiten eng zusammen; Ergotherapie ist eine gute Basis für die Arbeit in der beruflichen Rehabilitation; die Ergotherapie legt einen grossen Fokus auf Kontextfaktoren (beinhaltet Betroffenheit des Arbeitgebers); Ergotherapeuten können im Lerncoaching arbeiten; Assessments um Ressourcen zu entdecken → ergotherapeutisches Denken in der beruflichen Rehabilitation; gute Organisation und Ausgangslage ist wichtig → bessere Ergebnisse.

- Wie sieht die interprofessionelle Zusammenarbeit in der Reha aus?

Es werden Ziele gesetzt wovon jede Profession Massnahmen ableitet; Ergotherapie, Physiotherapie, Sozialdienst, Ernährungsberatung, berufliche Eingliederung, Psychiater, Pflege arbeiten zusammen und werden von Ärzten in der Zusammenarbeit gemanagt (case manager). Ärzte, Ergotherapeuten und Paraworker sind die Hauptakteure; es findet eine zeitgemässe Reha statt, die auf das Ziel abgestimmt ist und sich daran orientiert; eine einheitliche Sprache ist in der interprofessionellen Zusammenarbeit elementar und befähigt uns kognitiv zu agieren (Gerald Hütter); ICF = Gedankenmodell um komplexe Geschichten darzustellen; interprofessionelle Zusammenarbeit ist sehr wichtig.

- Wann beginnt die Arbeitsreha in Nottwil? Gleich mit dem Eintritt des Klienten?

Berufliche Wiedereingliederung beginnt auf der IPS/ Unfallort, das gibt es nur in Nottwil; Schüler werden in Nottwil unterrichtet und können auch den Lehrabschluss dort machen → berufliche Perspektive wird verbessert und IV ist nach erster beruflichen Ausbildung eher bereit zu bezahlen, wodurch von einer besseren Basis gestartet werden kann.

- Wie läuft sie ab?

Struktur des Prozesses → ergotherapeutisches Verständnis: erfassen, planen, durchführen, evaluieren

- Auf welchen Alltagsbereichen liegt der Fokus in der ET in der Reha?

-

- Sind Ihnen Faktoren aufgefallen, die die Wiederaufnahme von Arbeit beeinflussen?

**Zeit:** Beginn auf IPS; langwieriger Prozess, Leute werden oft über Jahre betreut, wenn möglich immer von denselben Therapeuten → Sicherheit vermitteln; je länger jemand von der Arbeit weg ist desto weniger wahrscheinlich ist die berufliche Wiedereingliederung; zeitnahe Integration hilft; die Erstreha beträgt 5-6 Monate oder bei höher gelähmten Personen 1 Jahr (medizinisch-therapeutische Reha); berufliche Rehabilitation: Je länger die Verletzung her ist, desto höher sind die Prozentzahlen der Eingegliederten Personen, Pensum sinkt mit dem Alter, wie bei der gesamten Bevölkerung, Arbeit steigert Lebensqualität → Symposium Parawork 2014

**Gleiches Unternehmen** wie vor der Verletzung vereinfacht die Wiedereingliederung; nach einem Ereignis verspüren nahestehende Personen eine Betroffenheit (z.B. Schuhmacher): Window of opportunity → Einwilligung des Arbeitgebers für berufliche Rehabilitation vereinfacht; IV soll einbezogen werden; Möglichkeiten aufzeigen; Betroffenheit des Arbeitgebers „ausnutzen“ und „dran bleiben“

### **IV integrieren**

**Umgebungsfaktoren:** Wirtschaftslage, Haltung der Gesellschaft gegenüber Menschen mit einer Behinderung (Ausgrenzung/Integration/Inklusion), Technische Entwicklung, Teamfähigkeit des Klienten (Partizipation); Kontextfaktoren haben einen hohen Stellenwert, früher lag der Fokus mehr auf Körperfunktionen und –strukturen, diese seien bei Wiedereingliederung nicht von Bedeutung; Aktivität hat für Ergotherapie eher Bedeutung, Partizipation ist noch wichtiger; eingeschränkte Partizipation ist sehr einschränkend (bsp. Aphasiker werden depressiv)

**Personelle Faktoren** (ICF) sind am wichtigsten (die eigene Einstellung macht den Mensch interessant, bringt Chancen, Situation annehmen und das Beste daraus machen, Selbstwirksamkeitsüberzeugung & Leistungsbereitschaft); Umweltfaktoren haben auch einen hohen Stellenwert; starke Wechselwirkung zwischen Umwelt und Person; gesamtheitliche Betrachtung: Kognition wird höher bewertet als physische Fähigkeiten in unserer Gesellschaft (geistige Flexibilität); zwischen Paraplegie und Tetraplegie gibt es keinen signifikanten Unterschied bezüglich beruflicher Wiedereingliederung; Kompensationsstrategien.

### **Mobilität / Barrierefreiheit**

- Können ermittelte Faktoren wirklich in die Reha mit einbezogen werden?

Ergotherapie: kompensatorisches Training; üben auf Aktivitätsebene trotz Beeinträchtigung: öffentliches Verkehrsmittel Training, Hilfsmittel, Anpassung der Umwelt an die Person, Strategien erlernen (innere und äussere Hilfe), Job Coaching.

- Weitere Informationen:

Nottwil: 140 Betten; spezialisiert auf Querschnittlähmung, behandeln auch Schmerzen und Rückenprobleme; ICF wird seit 10 Jahren umgesetzt; partizipationsorientierter Rehaansatz – Top-Down



## E Keywordtabelle

Schlüsselwörter	Keywords	Synonyme	Schlagwörter
Querschnitt- lähmung	Spinal cord injury	Tetraplegia Paraplegia Spinal cord injuries Quadriplegia	Mesh-Terms: Spinal cord injuries Paraplegia Spinal injuries Quadriplegia  CINAHL Headings: Spinal cord injuries Quadriplegia
Arbeit	Employment	Work Work integration Work reintegration Vocational rehabilitation Job re-entry	Mesh-Terms: Employment Work Rehabilitation, Vocational  CINAHL Headings: Employment Work Rehabilitation, Vocational
Faktoren	Factors	Influencing variable Resources Barriers Influence Variables Influencing factors Determinants Predictors	

## F Suchprotokoll

Datum	Datenbank	Keywords	Anzahl Studien	Sinnvoll
23.12.2014	OTDBase	spinal cord injury OR injuries	100	2
		tetraplegia	13	1
		paraplegia	6	1
		paralysed	4	0
		"spinal cord injury" AND employment	2	0
		"spinal cord injury" AND work	4	0
		"spinal cord injury" AND vocational rehabilitation	1	0
		"spinal cord injury" AND work integration	4	0
		"spinal cord injury" AND factors	11	2
		"spinal cord injury" AND resources	0	0
		"spinal cord injury" AND barriers	6	1
		"spinal cord injury" AND "work barriers"	0	0
06.01.2015	CINAHL	"spinal cord injury" AND employment	355	?
		"spinal cord injury" AND employment AND factors	222	?
		"spinal cord injury" AND employment AND factors influencing	10	5
		"spinal cord injury" AND employment AND factors influence	7	1
		"spinal cord injury" AND employment AND influencing variables	1	1
		"spinal cord injury" AND employment AND resources	29	6
		"spinal cord injury" AND employment AND barriers	35	13
07.01.2015	Medline	spinal cord injury AND employment	319	?
		spinal cord injury AND employment AND factor	19	3
		spinal cord injury AND employment AND influence	24	10
		spinal cord injury AND employment AND influencing variables	0	0
		spinal cord injury AND employment AND resources	19	4
		spinal cord injury AND employment AND barriers	29	11

11.01.2015	Medline	spinal cord injury AND employment AND predictors	34	15
		spinal cord injury AND employment AND determinants	5	2
		spinal cord injury AND vocational rehabilitation	41	7
12.01.2015	CINAHL	"spinal cord injury" AND employment AND influence	25	5
		"spinal cord injury" AND employment AND variables	62	19
		"spinal cord injury" AND employment AND determinants	8	3
		"spinal cord injury" AND employment AND predictors	44	14
		"spinal cord injury" AND work AND factors	157	32
		"spinal cord injury" AND work AND influencing variable	0	0
		"spinal cord injury" AND work AND resources	21	6
		"spinal cord injury" AND work AND influencing factors	7	4
		"spinal cord injury" AND work AND barriers	25	8
		"spinal cord injury" AND work AND influence	24	6
		"spinal cord injury" AND work AND variables	45	13
		"spinal cord injury" AND work AND determinants	6	3
		"spinal cord injury" AND work AND predictors	26	12
14.01.2015	CINAHL	"spinal cord injury" AND work integration(s) AND factors	0	0
		"spinal cord injury" AND work integration AND influencing variable	0	0
		"spinal cord injury" AND work integration AND resources	0	0
		"spinal cord injury" AND work integration AND factors influencing	0	0
		"spinal cord injury" AND work integration AND barriers	0	0
		"spinal cord injury" AND work reintegration AND barriers	1	1
		"spinal cord injury" AND work reintegration AND factors	1	0
		"spinal cord injury" AND work reintegration AND influencing variable	0	0
		"spinal cord injury" AND work reintegration AND resources	0	0
		"spinal cord injury" AND work reintegration AND factors influencing	0	0
		"spinal cord injury" AND work reintegration AND influence	0	0
		"spinal cord injury" AND work reintegration AND variables	0	0

		"spinal cord injury" AND work reintegration AND determinants	0	0
		"spinal cord injury" AND work reintegration AND predictors	0	0
		"spinal cord injury" AND vocational rehabilitation AND factors	46	15
		"spinal cord injury" AND vocational rehabilitation AND influencing variable	0	0
		"spinal cord injury" AND vocational rehabilitation AND resources	8	2
		"spinal cord injury" AND vocational rehabilitation AND factors influencing	3	2
		"spinal cord injury" AND vocational rehabilitation AND barriers	14	7
		"spinal cord injury" AND vocational rehabilitation AND influence	6	1
		"spinal cord injury" AND vocational rehabilitation AND variables	19	10
		"spinal cord injury" AND vocational rehabilitation AND determinants	4	1
		"spinal cord injury" AND vocational rehabilitation AND predictors	17	10
		"spinal cord injury" AND job re-entry AND factors	34	18
		"spinal cord injury" AND job re-entry AND influencing variable	0	0
		"spinal cord injury" AND job re-entry AND resources	4	3
		"spinal cord injury" AND job re-entry AND influencing factors	3	2
		"spinal cord injury" AND job re-entry AND barriers	10	7
		"spinal cord injury" AND job re-entry AND influence	5	2
		"spinal cord injury" AND job re-entry AND variables	13	8
		"spinal cord injury" AND job re-entry AND determinants	3	2
		"spinal cord injury" AND job re-entry AND predictors	8	6
22.01.2015	Medline	spinal cord injury AND work AND factors	226	
		spinal cord injury AND work AND influence	44	9
		spinal cord injury AND work AND influencing variable	0	0
		spinal cord injury AND work AND variables	44	14
		spinal cord injury AND work AND resources	16	3
		spinal cord injury AND work AND barriers	23	10
		spinal cord injury AND work AND predictors	34	13
		spinal cord injury AND work AND determinants	10	3

		spinal cord injury AND work integration	1	0
		spinal cord injury AND work reintegration	1	0
		spinal cord injury AND job re-entry	0	0
		spinal cord injury AND vocational rehabilitation	38	7
03.02.2015	Medline	paraplegia AND employment AND factors	44	3
		paraplegia AND employment AND influencing variable	0	0
		paraplegia AND employment AND resources	4	0
		paraplegia AND employment AND barriers	5	0
		paraplegia AND employment AND influence	4	0
		paraplegia AND employment AND variables	12	2
		paraplegia AND employment AND influencing factors	0	0
		paraplegia AND employment AND predictors	9	3
		paraplegia AND employment AND determinants	0	0
		paraplegia AND work AND factors	66	3
		paraplegia AND work AND influencing variable	0	0
		paraplegia AND work AND resources	8	1
		paraplegia AND work AND barriers	1	0
		paraplegia AND work AND influence	20	2
		paraplegia AND work AND variables	14	2
		paraplegia AND work AND influencing factors	0	0
		paraplegia AND work AND predictors	7	2
		paraplegia AND work AND determinants	1	0
		paraplegia AND vocational rehabilitation	15	2
		paraplegia AND work integration	0	0
		paraplegia AND work reintegration	0	0
		paraplegia AND job re-entry	0	0
		tetraplegia AND employment	32	5
		tetraplegia AND work	70	3

		tetraplegia AND vocational rehabilitation	2	1
		tetraplegia AND work integration	0	0
		tetraplegia AND work reintegration	0	0
		tetraplegia AND job re-entry	0	0
		quadriplegia AND employment	69	2
		quadriplegia AND work	128	5
		quadriplegia AND vocational rehabilitation	5	1
		quadriplegia AND work integration	0	0
		quadriplegia AND work reintegration	0	0
		quadriplegia AND job re-entry	0	0
03.02.2015	CINAHL	quadriplegia AND job re-entry	2	1
		quadriplegia AND work reintegration	0	0
		quadriplegia AND vocational rehabilitation	6	1
		quadriplegia AND work (2005)	43	1
		quadriplegia AND employment	58	7
		tetraplegia AND employment	33	3
		tetraplegia AND work	43	3
		tetraplegia AND work reintegration	0	0
		tetraplegia AND vocational rehabilitation	5	1
		tetraplegia AND job re-entry	1	0
		(MH "rehabilitation, vocational) AND (MH "spinal cord injuries" ) AND factors (2005)	23	10
		paraplegia AND work AND factors	29	2
		paraplegia AND work AND influencing variable	0	0
		paraplegia AND work AND resources	3	0
		paraplegia AND work AND barriers	2	1
		paraplegia AND work AND influence	6	0
		paraplegia AND work AND variables	8	0

		paraplegia AND work AND influencing factors	2	2
		paraplegia AND work AND predictors	6	1
		paraplegia AND work AND determinants	0	0
		paraplegia AND employment AND factors	38	6
		paraplegia AND employment AND influencing variable	0	0
		paraplegia AND employment AND resources	4	0
		paraplegia AND employment AND barriers	3	2
		paraplegia AND employment AND influence	5	0
		paraplegia AND employment AND variables	7	2
		paraplegia AND employment AND influencing factors	3	2
		paraplegia AND employment AND predictors	5	1
		paraplegia AND employment AND determinants	2	0
04.02.2015	OTseeker	spinal cord injury AND employment	5	0
		spinal cord injuries AND employment	1	0
		spinal cord injury AND work	3	0
		spinal cord injuries AND work	0	0
		spinal cord injury AND factors	6	0
04.02.2015	Medline	(MH "rehabilitation, vocational) AND (MH "spinal cord injuries" ) AND factors	40	15
		(MH "spinal cord injuries") AND (MH "employment") AND factors	79	20

## G Kritische Studienanalyse

Fadyl, J., K. & McPherson, K., M. (2010). **Understanding Decisions About Work After Spinal Cord Injury.** *Journal of Occupational Rehabilitation.* 20, S. 69-80.

	<b>Comments</b>
<p><b>STUDY PURPOSE:</b></p> <p><i>Was the purpose and/or research question stated clearly?</i></p> <p> <input checked="" type="checkbox"/> <i>yes</i>  <input type="checkbox"/> <i>no</i> </p>	<p><i>Outline the purpose of the study and/or research question.</i></p> <p>Die Studie untersucht die Erfahrungen von Menschen mit einer QL dahingehend, wie ihre Entscheidung beeinflusst worden ist bezüglich der Rückkehr zur Arbeit oder der Suche nach Arbeit. Es wurde eine konkrete Frage gestellt, der Grund für die Studie ausführlicher erklärt. Frage: Was beeinflusst die Entscheidungen ob wieder Arbeit gesucht werden soll oder nicht bzw. ob sie zur Arbeit zurückkehren sollen?</p>
<p><b>LITERATURE:</b></p> <p><i>Was relevant background literature reviewed?</i></p> <p> <input checked="" type="checkbox"/> <i>yes</i>  <input type="checkbox"/> <i>no</i> </p>	<p><i>Describe the justification of the need for this study. Was it clear and compelling?</i></p> <p>Krause ein sehr weit verbreiteter Autor in der Thematik der QL, sowie auch mehrere Autoren qualitativer Studien wurden zitiert. So wurde vor allem dargestellt, wieso es diese Studie noch braucht. Aber auch zur Sammlung von Hintergrundinformationen wurden viele Primärquellen verwendet.</p> <p>Es gibt bis jetzt wenige Untersuchungen die Menschen nach QL unterscheiden, die nach einer QL Arbeit suchten oder nicht. Bisher untersuchte Faktoren können in der Reha nicht beeinflusst werden. Wollen beeinflussbare Faktoren aufdecken. Niedrige Beschäftigungsrate ist auch ein Grund für die Studie. (JA)</p>
	<p><i>How does the study apply to your practice and/or to your research question? Is it worth continuing this review?<sup>1</sup></i></p> <p>Diese Studie behandelt Faktoren, welche die Wiederaufnahme von Arbeit von Menschen mit einer QL beeinflussen. Passt zu unserer Fragestellung</p>
<p><b>STUDY DESIGN:</b></p> <p><i>What was the design?</i></p> <p> <input type="checkbox"/> <i>phenomenology</i>  <input type="checkbox"/> <i>ethnography</i>  <input checked="" type="checkbox"/> <i>grounded theory</i> </p>	<p><i>Was the design appropriate for the study question? (i.e., rationale) Explain.</i></p> <p>Das Studiendesign war auf einer symbolischen interaktionistischen Methode aufgebaut. Die Handlungen eines Individuums werden von der Meinung von dem Gespräch mit Menschen und Strukturen der Gesellschaft abgeleitet. Es wurde so</p>

<sup>1</sup> When doing critical reviews, there are strategic points in the process at which you may decide the research is not applicable to your practice and question. You may decide then that it is not worthwhile to continue with the review.



<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> <i>participatory</i></li> <li><input type="radio"/> <i>action research</i></li> <li><input type="radio"/> <i>other</i></li> </ul> <hr/>	<p>angesehen, dass die Entscheidungen von Menschen mit QL bezüglich Arbeit und Anstellung durch ihre Interaktionen beeinflusst und modifiziert wurden. Das Design der Grounded Theory, welches entworfen wurde um Interaktionen aufzudecken und wie Menschen Schlüsse daraus ziehen, wurde angewandt um diese Studie durchzuführen. JA stimmt überein.</p>
<p><i>Was a theoretical perspective identified?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> <i>yes</i></li> <li><input checked="" type="radio"/> <i>no</i></li> </ul>	<p><i>Describe the theoretical or philosophical perspective for this study e.g., researcher's perspective.</i>          War eine induktive Studie und somit ist dies gut.</p>
<p><i>Method(s) used:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> <i>participant observation</i></li> <li><input checked="" type="radio"/> <i>interviews</i></li> <li><input type="radio"/> <i>document review</i></li> <li><input type="radio"/> <i>focus groups</i></li> <li><input type="radio"/> <i>other</i></li> </ul> <hr/>	<p><i>Describe the method(s) used to answer the research question. Are the methods congruent with the philosophical underpinnings and purpose?</i>          Es wurden 5 Interviews gemacht und anschliessend evaluiert ob noch mehr nötig sind, es wurden so lange Interviews geführt, bis keine neuen Erkenntnisse mehr auftraten und alle Fragen gesättigt waren. Unstrukturierte Interviews, wurden audiotaped und transkribiert.</p>
<p><b>SAMPLING:</b></p> <p><i>Was the process of purposeful selection described?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="radio"/> <i>yes</i></li> <li><input type="radio"/> <i>no</i></li> </ul>	<p><i>Describe sampling methods used. Was the sampling method appropriate to the study purpose or research question?</i>          Um eine Variation in der Stichprobe zu erhalten, wurden die Teilnehmer zweckmässig gesammelt. Es wurde vor allem auf die prognostizierenden Faktoren (für das erste Interview wurden Personen mit unterschiedlichen Schweregrade der Verletzung, Typen der Beeinträchtigung, Art der Arbeit vor der Verletzung, Alter als die QL passierte, Rasse und Ausbildung), welche im Hintergrundteil in Bezug auf die Rückkehr zur Arbeit besprochen wurde, geachtet. Teilnehmer von lokalen Rehasentren und berufliche Unterstützungsprogramme.</p>
<p><i>Was sampling done until redundancy in data was reached?<sup>2</sup></i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="radio"/> <i>yes</i></li> <li><input type="radio"/> <i>no</i></li> <li><input type="radio"/> <i>not addressed</i></li> </ul>	<p><i>Are the participants described in adequate detail? How is the sample applicable to your practice or research question? Is it worth continuing?</i>          Es wurden Einschlusskriterien formuliert. QL in letzten 2 Jahren mit langfristigen Einschränkungen, Entscheidung bezüglich Arbeit wurde bereits getroffen, Kommunikation auf Englisch. Das Sampling wird sehr genau beschrieben: 13 Personen (6 Frauen, 7 Männer), Alter 22-58,</p>

<sup>2</sup> Throughout the form, "no" means the authors explicitly state reasons for not doing it; "not addressed" should be ticked if there is no mention of the issue.

	<p>Median-Alter 44, Median Zeit seit Verletzung 8 Monate, kürzeste 2 Monate, älteste 24 ausser jemand welcher seit 10 Jahren QL ist und als Vergleich inkludiert wurde, 9 von 13 in den letzten 12 Monaten; Tabelle 1 zu Info über Identität, Arbeit vor Verletzung und Art der Mobilität, Sie inkludiert Menschen die angestellt sind, nicht angestellt sind oder irgendwann einmal waren. Einige konnten wieder zu ihrer vorhergehenden Arbeit zurückkehren, andere nicht.</p>
<p><i>Was informed consent obtained?</i></p> <p><input checked="" type="radio"/> <i>yes</i>  <input type="radio"/> <i>no</i>  <input type="radio"/> <i>not addressed</i></p>	
<p><b>DATA COLLECTION:</b></p> <p><b><i>Descriptive Clarity</i></b>  <i>Clear &amp; complete description of site:</i></p> <p><input checked="" type="radio"/> <i>yes</i>  <input type="radio"/> <i>no</i></p> <p><i>participants:</i></p> <p><input checked="" type="radio"/> <i>yes</i>  <input type="radio"/> <i>no</i></p> <p><i>Role of researcher &amp; relationship with participants:</i></p> <p><input checked="" type="radio"/> <i>yes</i>  <input type="radio"/> <i>no</i></p> <p><i>Identification of assumptions and biases of researcher:</i></p> <p><input type="radio"/> <i>yes</i>  <input checked="" type="radio"/> <i>no</i></p>	<p><i>Describe the context of the study. Was it sufficient for understanding of the “whole” picture?</i></p> <p>Die Interviews wurden je nach Wunsch der Klienten zu Hause oder an anderen Orten durchgeführt, die Teilnehmer wurden in lokalen Rehazentren oder in beruflichen Unterstützungsprogrammen angefragt. Den Teilnehmern wurde viel Information angeboten, alle Interviews wurden vom ersten Autor gemacht.</p> <p><i>What was missing and how does that influence your understanding of the research?</i></p> <p>Keine Beschreibung, wie die QL entstand (traumatisch oder nicht)</p>
<p><b>Procedural Rigour</b></p> <p><i>Procedural rigor was used in data collection strategies?</i></p> <p><input checked="" type="radio"/> <i>yes</i>  <input type="radio"/> <i>no</i></p>	<p><i>Do the researchers provide adequate information about data collection procedures e.g., gaining access to the site, field notes, training data gatherers? Describe any flexibility in the design &amp; data collection methods.</i></p> <p>Das Prozedere der Datensammlung ist in einem eigenen Abschnitt beschrieben. Es wird keine</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <i>not addressed</i></li> </ul>	<p>Flexibilität im Design und der Datensammlung erwähnt. Sie beschreiben die Durchführung eines persönlichen Interviews, welches zwischen 1 und 1.5 h dauerte. Es war sehr unstrukturiert um den Teilnehmer freies Sprechen zu erlauben. Sie wurden aufgenommen und transkribiert. Allgemeine Diskussion über QL zu Beginn des Interviews und anschliessend Leitfrage (Was hat deine Entscheidung beeinflusst wieder zu arbeiten? ansonsten Gegenteil)</p>
<p><b>DATA ANALYSES:</b></p> <p><b>Analytical Rigour</b>  <i>Data analyses were inductive?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✗ <i>yes</i></li> <li>○ <i>no</i></li> <li>○ <i>not addressed</i></li> </ul> <p><i>Findings were consistent with &amp; reflective of data?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✗ <i>yes</i></li> <li>○ <i>no</i></li> </ul>	<p><i>Describe method(s) of data analysis. Were the methods appropriate? What were the findings?</i>          Sie wendeten bewusst eine strenge Methode an. Die Transkripte wurden kodiert, in Kategorien mit Unterkategorien gebracht und in Model geordnet. Die Überlegungen für die Kategorienbildung wurden nicht transparent gemacht.</p> <p>Ergebnisse: Fähigkeit zu arbeiten in Bezug auf Arbeitsanforderungen und momentane Ressourcen, Anwesenheit von konkurrierenden Verantwortungen oder Druck, ein passender Job zu finden, sind die Vorteile der Arbeit gross genug um dieses Ziel zu verfolgen?</p>
<p><b>Auditability</b></p> <p><i>Decision trail developed?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✗ <i>yes</i></li> <li>✗ <i>no</i></li> <li>○ <i>not addressed</i></li> </ul> <p><i>Process of analyzing the data was described adequately?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✗ <i>yes</i></li> <li>○ <i>no</i></li> <li>○ <i>not addressed</i></li> </ul>	<p><i>Describe the decisions of the researcher re: transformation of data to codes/themes. Outline the rationale given for development of themes.</i>          Sie beschreiben den Weg, wie sie vorgegangen sind aber nicht wieso sie welche Entscheidungen gemacht haben. Zuerst kodierten sie die Linien in den Transkripten in thematische Codes, welche in Kategorien geordnet wurden auf der Basis ihrer Zusammenhänge. QSR NVivo 7 wurde angewandt um die Daten zu speichern. Die Kategorien wurden nochmals überprüft, Unterkategorien wurden gebildet und ein Model zwischen den beiden Kategorien wurde erstellt. Ein dritter Forscher überprüfte alles und auch sonst holten sie sich Feedback ein.</p>
<p><b>Theoretical Connections</b></p> <p><i>Did a meaningful picture of the phenomenon under study emerge?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✗ <i>yes</i></li> <li>○ <i>no</i></li> </ul>	<p><i>How were concepts under study clarified &amp; refined, and relationships made clear? Describe any conceptual frameworks that emerged.</i>          Sie zeigten ein Diagramm, welches den Zusammenhang zwischen allen beschriebenen Faktoren erläutert. Beschreibungen und Aussagen passen zueinander, Vergleich mit anderen Populationen wird gemacht, es wurden keine anderen Konzepte ersichtlich. Dies schränkt die Aussagekraft der Studie jedoch nicht ein, da sie ein selbstentwickeltes Konzept machten.</p>

<p><b>OVERALL RIGOUR</b></p> <p><i>Was there evidence of the four components of trustworthiness?</i></p> <p><i>Credibility</i></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <i>yes</i> <input checked="" type="checkbox"/> <i>no</i></p> <p><i>Transferability</i></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <i>yes</i> <input type="checkbox"/> <i>no</i></p> <p><i>Dependability</i></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <i>yes</i> <input checked="" type="checkbox"/> <i>no</i></p> <p><i>Comfirmability</i></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <i>yes</i> <input type="checkbox"/> <i>no</i></p>	<p><i>For each of the components of trustworthiness, identify what the researcher used to ensure each.</i></p> <p><i>Credibility:</i> Sind 3 Forscher, Peerfeedback und Consumerfeedback, nicht so genau beschrieben und somit nicht genau beurteilbar</p> <p><i>Transferability:</i> Diskussion: beschreiben, dass es eingeschränkt ist. Ziehen Vergleiche zu anderen Populationen</p> <p><i>Dependability:</i> Gut wegen gute Beschreibung der Vorgehensweise, Entscheidungen fehlen etwas (audit trail), Peerfeedback positiv</p> <p><i>Comfirmability:</i> Peerfeedback, Consumer feedback (nur Model), Team von Autoren, dritter Forscher entgegengelesen.</p> <p><i>What meaning and relevance does this study have for your practice or research question?</i></p> <p>Sehr relevant!</p>
<p><b>CONCLUSIONS &amp; IMPLICATIONS</b></p> <p><i>Conclusions were appropriate given the study findings?</i></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <i>yes</i> <input type="checkbox"/> <i>no</i></p> <p><i>The findings contributed to theory development &amp; future OT practice/ research?</i></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <i>yes</i> <input type="checkbox"/> <i>no</i></p>	<p><i>What did the study conclude? What were the implications of the findings for occupational therapy (practice &amp; research)? What were the main limitations in the study?</i></p> <p>Limitierung: Eine Population, unterstützendes Einkommen welches evtl. die Entscheidungen beeinflusste, in der Stadt besser möglich einen physischen leicht anstrengenden Job zu finden, Asiaten wurden nicht einbezogen, gar nicht interessierte in Arbeit wurden ausgeschlossen (Anmerkung von mir: sehr vergleichbar mit der Schweiz) Einfluss von Rehaangebot.</p> <p>Zusammenfassung: vier Hauptfaktoren: Fähigkeit zu arbeiten in Bezug auf Arbeitsanforderungen und momentane Ressourcen, Anwesenheit von konkurrierenden Verantwortungen oder Druck, einen passenden Job zu finden, sind die Vorteile der Arbeit gross genug um dieses Ziel zu verfolgen? Vergleich mit anderen Populationen</p> <p>ET: Gesundheitsangestellte können durch diese Faktoren Interventionen besser planen und die Klienten gezielter unterstützen. Einfluss auf Forschung bezüglich Interventionen, die bei der Entscheidungsfindung helfen.</p>

Hay-Smith, E., J., C., Dickson, B., Nunnerley, J. & Sinnott, K., A. (2013). **“The final piece of the puzzle to fit in”**: an interpretative phenomenological analysis of the return to employment in New Zealand after spinal cord injury. *Disability & Rehabilitation*, 35, S. 1436-1446.

	Comments
<p><b>STUDY PURPOSE:</b></p> <p><i>Was the purpose and/or research question stated clearly?</i></p> <p> <input checked="" type="radio"/> yes  <input type="radio"/> no         </p>	<p><i>Outline the purpose of the study and/or research question.</i></p> <p>Die Autoren möchten mehr über die Bedeutung von Arbeit im Leben von Menschen mit einer QL in Neuseeland herausfinden und die Auffassungen von Menschen mit einer QL aber auch dem Arbeitsintegrationspersonal in Bezug auf Barrieren und Vermittler von Arbeit erforschen.</p>
<p><b>LITERATURE:</b></p> <p><i>Was relevant background literature reviewed?</i></p> <p> <input checked="" type="radio"/> yes  <input type="radio"/> no         </p>	<p><i>Describe the justification of the need for this study. Was it clear and compelling?</i></p> <p>Als diese Studie geplant wurde, gab es noch keine andere qualitative Studie über dieses Thema. Die Erfahrungen von Menschen mit QL und Angestellte in der Arbeitsintegration sind bis jetzt noch wenig erforscht. Sie zeigen die Wichtigkeit von Arbeit nach einer QL auf und beschreiben ein Rehabilitationsprogramm namens Kaleidoscope, welches die Erforschung dieses Themas rechtfertigt.</p>
	<p><i>How does the study apply to your practice and/or to your research question? Is it worth continuing this review?<sup>3</sup></i></p> <p>Besonders der zweite Teil der Fragestellung entspricht genau unserer Fragestellung. Zudem ist es eine sehr aktuelle Studie.</p>
<p><b>STUDY DESIGN:</b></p> <p> <input type="radio"/> <i>What was the design?</i>  <input checked="" type="radio"/> <i>phenomenology</i>  <input type="radio"/> <i>ethnography</i>  <input type="radio"/> <i>grounded theory</i>  <input type="radio"/> <i>participatory</i>  <input type="radio"/> <i>action research</i>  <input type="radio"/> <i>other</i> </p> <p>Interpretative phänomenologische Analyse</p>	<p><i>Was the design appropriate for the study question? (i.e., rationale) Explain.</i></p> <p>Ja. Es wurden, wie in der Phänomenologie vorgesehen, Interviews durchgeführt. Es handelt sich bei der Forschungsfrage um ein Thema, dass die gelebte Erfahrung des Phänomens (QL) erforscht. Konkret geht es um die gelebte Erfahrung von Menschen mit einer QL und Menschen, die in einer beruflichen Rehabilitation angestellt sind in Bezug auf das Ermöglichen von Arbeit. Die Hermeneutik wurde gegeben, indem die Autoren durch die Analyse und Interpretation der Aussagen der Teilnehmer ein Verständnis suchten.</p> <p>Sie starteten induktiv und suchten die Bedeutung in den Daten. Sie begannen mit der Analyse von nur einem Fall bevor sie die anderen Fälle analysierten,</p>

<sup>3</sup> When doing critical reviews, there are strategic points in the process at which you may decide the research is not applicable to your practice and question. You may decide then that it is not worthwhile to continue with the review.

	um den idiografischen Anspruch der IPA zu erfüllen. Die Themen und ihre Bedeutung wurden neben den Ergebnissen mit bestehender Forschung verglichen, um die Interpretation zu hinterfragen und zu unterstützen. Dies diente dem interrogativen Anteil der IPA.
<p><i>Was a theoretical perspective identified?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> yes</li> <li><input checked="" type="radio"/> no</li> </ul>	<p><i>Describe the theoretical or philosophical perspective for this study e.g., researcher's perspective.</i></p> <p>Die Studie wurde induktiv durchgeführt, was bedeutet, dass sie theoriebildend ist und somit keine vorgefasste Meinung bestehen soll.</p>
<p><i>Method(s) used:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> participant observation</li> <li><input checked="" type="radio"/> interviews</li> <li><input type="radio"/> document review</li> <li><input type="radio"/> focus groups</li> <li><input type="radio"/> other</li> </ul> <hr/>	<p><i>Describe the method(s) used to answer the research question. Are the methods congruent with the philosophical underpinnings and purpose?</i></p> <p>Eine halb-strukturierter Interviewübersicht wurde auf der Basis von gesichteter Literatur und vorhergehenden Studienresultate festgelegt und von erfahrenen Arbeitern in der Berufsrehabilitation und Repräsentanten einer QL-Gruppe gegengelesen. Die Übersicht galt als Hilfe für den Interviewer aber die Fragen wurden nicht genau danach gestellt. Dieselbe Person (Forscher mit Erfahrung in QL) interviewte alle Teilnehmer, meistens bei ihnen zu Hause. Sie dauerten 45-90 Min. und wurden digital aufgezeichnet und transkribiert.</p>
<p><b>SAMPLING:</b></p> <p><i>Was the process of purposeful selection described?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="radio"/> yes</li> <li><input type="radio"/> no</li> </ul>	<p><i>Describe sampling methods used. Was the sampling method appropriate to the study purpose or research question?</i></p> <p>Die Teilnehmer wurden aufgrund der Arbeit (angestellt, arbeitssuchend, nicht angestellt), der Darstellung von kompletten und nicht kompletten Verletzungen und beiden spezialisierten Spitälern ausgewählt. Von jeder der oben beschriebenen Gruppen wollten sie 4 Personen haben. Aufgrund von Selbstidentifizierung des Angestelltenstatus ergab sich eine Verteilung von 4, 3 und 5 Personen. Auch die 6 Angestellten der beruflichen Rehabilitation (4 Frauen und 2 Männer) wurden begründet in Zusammenarbeit mit dem Kaleidoscope Programmmanager um alle geografischen Gebiete abzudecken ausgewählt.</p>
<p><i>Was sampling done until redundancy in data was</i></p>	<p><i>Are the participants described in adequate detail?</i></p> <p><i>How is the sample applicable to your practice or</i></p>

<p>reached? <sup>4</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> <i>yes</i></li> <li><input type="radio"/> <i>no</i></li> <li><input checked="" type="radio"/> <i>not addressed</i></li> </ul>	<p><i>research question? Is it worth continuing?</i></p> <p>Sie rekrutierten 12 Personen mit QL, die vor der Verletzung angestellt waren und in einer vorherigen Studie teilnahmen. Die Kriterien für die vorherige Studie waren: traumatische QL, 18 Jahre und älter, ein 1 nach der Verletzung, wohnhaft in NZ und erhalten von akuter Rehabilitation nach der Verletzung. Menschen, die auch eine traumatische Hirnverletzung hatten oder vorher psychische Probleme hatten wurden ausgeschlossen. Zur Zeit dieser Studie war die QL-Verletzungen 2-3 Jahre her. Tabelle 1 gibt zusätzliche demografische Informationen.</p> <p>4 Personen der beruflichen Rehabilitation waren über Kaleidoscope angestellt bei zwei unterschiedlichen Spitälern und 2 arbeiteten vertraglich im Süden für Kaleidoscope. Sie arbeiteten für dieses Programm mindestens seit einem Jahr und unterstützten einen oder mehrere Teilnehmer dieser Studie. Eine dieser Personen war eine ET, jemand war PT, 2 hatten selber eine QL, jemand war Berater, einer hatte einen Hintergrund in der Entwicklung von Humanressourcen.</p> <p>Keine Sekundär Diagnosen, Alter: 16 + (Arbeitsfähig) entspricht unseren Kriterien.</p>
<p><i>Was informed consent obtained?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="radio"/> <i>yes</i></li> <li><input type="radio"/> <i>no</i></li> <li><input type="radio"/> <i>not addressed</i></li> </ul>	
<p><b>DATA COLLECTION:</b></p> <p><b><i>Descriptive Clarity</i></b>  <i>Clear &amp; complete description of site:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="radio"/> <i>yes</i></li> <li><input type="radio"/> <i>no</i></li> </ul> <p><i>participants:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="radio"/> <i>yes</i></li> <li><input type="radio"/> <i>no</i></li> </ul> <p><i>Role of researcher &amp; relationship with</i></p>	<p><i>Describe the context of the study. Was it sufficient for understanding of the "whole" picture?</i></p> <p>Die Interviews wurden meist bei den Klienten zu Hause durchgeführt. Die Teilnehmer wurden aus beiden Rehazentren angefragt und machten bei einer anderen Studie bereits mit. Den Teilnehmer wurde viel Information angeboten. Alle Interviews wurden vom ersten Autor gemacht. Dauer der Interviews 45-90 Min.</p> <p><i>What was missing and how does that influence your understanding of the research?</i></p>

<sup>4</sup> Throughout the form, "no" means the authors explicitly state reasons for not doing it; "not addressed" should be ticked if there is no mention of the issue.

<p><i>participants:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> <i>yes</i></li> <li><input type="checkbox"/> <i>no</i></li> </ul> <p>Ein Forscher, der in der Reha nicht involviert war, machte die Interviews und dies nach Möglichkeit bei den Teilnehmern zu Hause.</p> <p><i>Identification of assumptions and biases of researcher:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <i>yes</i></li> <li><input checked="" type="checkbox"/> <i>no</i></li> </ul> <p>Sie wendeten eine induktive Methode an, wodurch sie keine Vermutungen haben sollten.</p>	
<p><b>Procedural Rigour</b></p> <p><i>Procedural rigor was used in data collection strategies?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> <i>yes</i></li> <li><input type="checkbox"/> <i>no</i></li> <li><input type="checkbox"/> <i>not addressed</i></li> </ul>	<p><i>Do the researchers provide adequate information about data collection procedures e.g., gaining access to the site, field notes, training data gatherers? Describe any flexibility in the design &amp; data collection methods.</i></p> <p>Zuerst wurde ein Informationsbrief verschickt, danach wurden mittels eines Telefonates Fragen bezüglich der Forschung geklärt. Daraufhin wurde eine Einverständniserklärung eingeholt und anschliessend telefonisch einen Termin vereinbart. Ein halbstrukturiertes Interview wurde durchgeführt, vom gleichen Forscher, welcher Erfahrung in der Reha hatte. Es dauerte 45 -90 Minuten und wurde elektronisch festgehalten. Es wird keine Flexibilität im Design und der Datensammlung erwähnt.</p>
<p><b>DATA ANALYSES:</b></p> <p><b>Analytical Rigour</b></p> <p><i>Data analyses were inductive?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> <i>yes</i></li> <li><input type="checkbox"/> <i>no</i></li> <li><input type="checkbox"/> <i>not addressed</i></li> </ul> <p><i>Findings were consistent with &amp; reflective of data?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> <i>yes</i></li> </ul>	<p><i>Describe method(s) of data analysis. Were the methods appropriate? What were the findings?</i></p> <p>Auf der linken Seite wurde die erste Analyse aufgeführt und alle Fragen des Analytikers bezüglich der Bedeutung wurden aufgelistet während mehrfachem Lesen der Transkripte. Die ersten Notizen wurden zusammengefasst und rechts von zwei unabhängig arbeitenden Forschern als Themen hingeschrieben. Diese Themen wurden untereinander verglichen und zu Oberthemen zusammengefasst. Für jedes Thema wurden eigene Arbeitsdokumente verwendet. Ein dritter Forscher wurde hinzugezogen, um Übereinstimmung zu erlangen. Die Ergebnisse wurden mit dem Interviewer rückbesprochen und von</p>



<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <i>no</i></li> </ul>	<p>allen vier Forschern mit bestehender Literatur verglichen.</p> <p>Ergebnisse: Es wurden drei Überthemen evaluiert, leben eines normalen Lebens, Barrieren und Vermittler und Rolle der Angestellten der beruflichen Rehabilitation.</p> <p>Beschreibung der Teilnehmer: Es wurde kein klares Schema erkennbar bezüglich der Art von Arbeit vor der Verletzung, Zeit seit der Verletzung oder dem Zeitintervall zwischen Verletzung und Rückkehr zur Arbeit.</p> <p>Leben eines normalen Lebens: Unterscheidung zwischen innerem und äusserem Zeichen von „normalem“ Leben, Rückkehr zur Arbeit war nicht die erste Priorität, Teilnehmer öffneten den Begriff der Arbeit obwohl die Definition erklärt wurde davor, Vorteile der Arbeit: sozial Eingebunden, Gefühl etwas wert zu sein, Lebensunterhalt verdienen und beschäftigt sein</p> <p>Barrieren und Vermittler: Vermittler→ Wunsch zu arbeiten, Rückkehr zum vorherigen Job, Hoffnung; Barrieren→ Gesundheitsprobleme, Schwierigkeiten mit dem Angewöhnen an QL, Missverständnisse von anderen bezüglich Arbeit nach QL; Unterstützung und ERC (geldliche Unterstützung) konnte beides sein.</p> <p>Rolle der Angestellten der beruflichen Rehabilitation: Sie sind dazu da die Samen zu sähen (günstige Bedingungen schaffen und vorbereiten) und Partnerschaften anzunähern.</p>
<p><b>Auditability</b></p> <p><i>Decision trail developed?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <i>yes</i></li> <li>○ <i>no</i></li> <li>✗ <i>not addressed</i></li> </ul> <p>Es wurde nur erklärt was gemacht wird aber der Gedankengang.</p> <p><i>Process of analyzing the data was described adequately?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✗ <i>yes</i></li> <li>○ <i>no</i></li> <li>○ <i>not addressed</i></li> </ul> <p>Sie beschreiben, wie sie</p>	<p><i>Describe the decisions of the researcher re: transformation of data to codes/themes. Outline the rationale given for development of themes.</i></p> <p>Dies haben die Autoren nicht beschrieben.</p>

<p>vorgegangen sind mit den drei Hauptkomponenten: induktiv, idiografisch und interrogativ.</p>	
<p><b>Theoretical Connections</b></p> <p><i>Did a meaningful picture of the phenomenon under study emerge?</i></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p>	<p><i>How were concepts under study clarified &amp; refined, and relationships made clear? Describe any conceptual frameworks that emerged.</i></p> <p>Sie kreierten ein Puzzle welches den Zusammenhang zwischen den Themen Person mit QL, Arbeitsumgebung und soziales Kontext und Netzwerk aufzeigt.</p>
<p><b>OVERALL RIGOUR</b></p> <p><i>Was there evidence of the four components of trustworthiness?</i></p> <p><b>Credibility</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/> no</p> <p><b>Transferability</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p> <p><b>Dependability</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/> no</p> <p><b>Confirmability</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p>	<p><i>For each of the components of trustworthiness, identify what the researcher used to ensure each.</i></p> <p><b>Credibility:</b> Es war ein Team von 3 Forschern und einer Person, die die Interviews durchführte. Die Person, die interviewte las die Ergebnisse gegen. Streng genommen wurde nur eine Möglichkeit durchgeführt wodurch ein volles Ja nicht gerechtfertigt ist.</p> <p><b>Transferability:</b> Die Stichprobe ist sehr genau beschrieben (Ein- &amp; Ausschlusskriterien und Resultatenteil: Beschreibung der Teilnehmer).</p> <p><b>Dependability:</b> Die Entscheidungen der Autoren sind nicht ersichtlich. Die Vorgehensweise ist klar beschrieben.</p> <p><b>Confirmability:</b> Es war ein Forschungsteam und die Resultate wurden vom Interviewer gegengelesen.</p> <p><i>What meaning and relevance does this study have for your practice or research question?</i></p> <p>Diese Studie ist sehr relevant, da sie Barrieren und Vermittler bezüglich Arbeit nach einer QL thematisiert. Zudem wurden auch Angestellte der beruflichen Rehabilitation zu ihren Aufgaben befragt. Eine dieser Personen ist eine ET, wodurch die Wichtigkeit dieses Themas für unsere Profession unterstrichen wird.</p>
<p><b>CONCLUSIONS &amp; IMPLICATIONS</b></p> <p><i>Conclusions were appropriate given the study findings?</i></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p> <p><i>The findings contributed to theory development &amp; future</i></p>	<p><i>What did the study conclude? What were the implications of the findings for occupational therapy (practice &amp; research)? What were the main limitations in the study?</i></p> <p>Die Resultate zeigen auf, wie die Rückkehr zur Arbeit erreicht werden kann wenn Personen mit QL eine Arbeitsidentität (Erkennen von sich selbst als entlohnter Arbeiter) entwickelt haben, die übereinstimmt mit der Sozialen- und Arbeitsumwelt und der vorhandenen Arbeit. Eine Arbeitsidentität zu haben ist wichtig für die Rückkehr zur Arbeit. Angestellte der beruflichen Rehabilitation können</p>

<p><i>OT practice/ research?</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input checked="" type="radio"/> <i>yes</i></li><li><input type="radio"/> <i>no</i></li></ul>	<p>Menschen mit QL bei der Rückkehr in die Arbeitswelt unterstützen durch das Verständnis und fördern von Adaptationen in der Arbeitsidentität und dies mit Arbeit zusammenfügen. Es werden keine Limitierungen in der Studie benannt.</p>
--	--

Marti, A., Reinhardt, J.,D., Graf, S., Escorpizo, R. & Post, M.,W.,M. (2012). **To work or not to work: labour market participation of people with spinal cord injury living in Switzerland.** *Spinal Cord.* 50, S. 521-526.

### Kommentare

<p><b>ZWECK DER STUDIE</b></p> <p>Wurde der Zweck klar angegeben?</p> <p><input checked="" type="radio"/> ja  <input type="radio"/> nein</p>	<p><i>Skizzieren Sie den Zweck der Studie. Inwiefern bezieht sich die Studie auf Ergotherapie und/oder Ihre Forschungsfrage?</i></p> <p>Zweck der Studie ist aufzuzeigen, wie die Zahlen der Menschen nach einer QL in Bezug auf den Arbeitsmarkt in der Schweiz sind und Faktoren und Konsequenzen einer bezahlten Arbeit herauszufinden. Besonders der zweite Teil des Zwecks bezieht sich auf unsere Fragenstellung, da es um Konsequenzen und Faktoren in Bezug auf Arbeit geht und die Studie in der Schweiz handelt.</p>
<p><b>LITERATUR</b></p> <p>Wurde die relevante Hintergrund- Literatur gesichtet?</p> <p><input checked="" type="radio"/> ja  <input type="radio"/> nein</p>	<p><i>Geben Sie an, wie die Notwendigkeit der Studie gerechtfertigt wurde.</i></p> <p>Sie beschreiben, dass keine Zahlen in Bezug auf die Schweiz bekannt sind und im Allgemeinen die Arbeitsrate sehr schwankt.</p> <p>Anmerkung zur Hintergrundliteratur: Es wurden aktuelle Reviews verwendet und passend argumentiert. Kurz.</p>
<p><b>DESIGN</b></p> <p><input type="radio"/> randomisierte kontrollierte Studie (RCT)  <input type="radio"/> Kohortenstudie  <input type="radio"/> Einzelfall-Design  <input type="radio"/> Vorher-Nachher-Design  <input type="radio"/> Fall-Kontroll-Studie  <input checked="" type="radio"/> Querschnittsstudie  <input type="radio"/> Fallstudie</p>	<p><i>Beschreiben Sie das Studiendesign. Entsprech das Design der Studienfrage (z.B. im Hinblick auf den Wissensstand zur betreffenden Frage, auf Ergebnisse (outcomes), auf ethische Aspekte)?</i></p> <p>Das Studiendesign stimmt mit der Methode überein. Es ist eine Gruppe vorhanden. Das Studiendesign generiert einen Einblick bezüglich der Arbeitsmarktdaten der Schweiz zu einem bestimmten Zeitpunkt. Diesbezüglich ist in der Schweiz wenig Wissen vorhanden. Es wird nicht explizit erwähnt, dass nur zu einem Zeitpunkt gemessen wurde aber auch nicht beschrieben, dass mehrere Messungen vorgenommen wurden. Kann davon ausgehen. Es wurde ein selbst entwickelter Fragebogen angewandt. Für Messung von Faktoren gibt es bereits Infos aber es passt zum Design. Allerdings kann man nicht sicher sein, ob alle Faktoren erkannt werden konnten. Es wurde wenig erklärt und begründet.</p> <p><i>Spezifizieren Sie alle systematischen Fehler (Verzerrungen, bias), die vielleicht aufgetreten sein könnten, und in welche Richtung sie die Ergebnisse beeinflussen.</i></p> <p>Freiwillige Teilnehmer evtl. eher mitgemacht</p>

	(einheitlich), gut informierte Teilnehmer-> begünstigende Antworten? Eher nein weil Fakten gesammelt wurden, Erinnerung: Fakten, wahrscheinlich nachschaubar.		
<p><b>STICHPROBE</b></p> <p>N= 495 Wurde die Stichprobe detailliert beschrieben?</p> <p><input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> <p>Wurde die Stichprobengröße begründet?</p> <p><input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein <input type="radio"/> entfällt</p>	<p><i>Stichprobenauswahl (wer, Merkmale, wie viele, wie wurde die Stichprobe zusammengestellt?). Bei mehr als einer Gruppe: Waren die Gruppen ähnlich?</i> Es wurden Ein- bzw. Ausschlusskriterien festgehalten und eine Tabelle (1) mit einer Übersicht zu den soziodemografischen und QL relevanten Daten dargestellt. Auch eine Tabelle zum Arbeitsmarkt ist ersichtlich. Dies sind jedoch bereits Ergebnisse der Studie. Es wurden 495 Personen einbezogen. Die Teilnahme ist freiwillig, diejenigen, die den Fragebogen retournierten und den Kriterien entsprachen wurden eingeschlossen.</p> <p><i>Beschreiben Sie die Ethik-Verfahren. Wurde wohlinformierte Zustimmung eingeholt?</i> Sie beschreiben, dass diese Art von Studie in der Schweiz keine ethische Zustimmung benötigt. SPA (Swiss Paraplegic Association) stimmte der Studie zu. Es wurde viel Werbung gemacht und zwei Briefe/Mails (eines nur der Erinnerung wegen) verschickt, kann davon ausgehen, dass Teilnehmer mit Teilnahme ihre Zustimmung einreichten aber wird nicht explizit erwähnt. Anmerkung zu Stichprobe: Stichprobe ergibt signifikante Ergebnis weshalb sie gross genug oder eher zu gross ist.</p>		
<p><b>Ergebnisse (outcomes)</b></p> <p>Waren die outcome Messungen zuverlässig (reliabel)?</p> <p><input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input checked="" type="radio"/> nicht angegeben</p> <p>Waren die outcome Messungen gültig (valide)?</p> <p><input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input checked="" type="radio"/> nicht angegeben</p> <p>Augenscheininvalid. Sie hatten sich gut informiert (S. 2 Measurements)</p>	<p><i>Geben Sie an, wie oft outcome Messungen durchgeführt wurden (also vorher, nachher, bei Nachbeobachtung (pre-, post- follow up)).</i> Keine Beschreibung im Text, Vermutung einmal.</p> <p><i>Outcome Bereiche (z.B. Selbstversorgung (self care), Freizeit)</i>      <i>Listen Sie die verwendeten Messungen auf</i></p> <table border="1"> <tr> <td>Produktivität: Arbeit und Einflussfaktoren Soziodemografische und QL-Variablen: Region, Geschlecht, Zivilstand, Jahre der formellen Ausbildung, Alter in 2008, Alter beim QL, Zeit seit QL, Personen im Arbeitsalter in 2008, QL Level, Beeinträchtigung, Rollstuhlabhängigkeit,</td> <td>Fragebogen, welcher demografische, verletzungsbezogene, soziale und arbeitsbezogene Informationen vor und nach der ersten Reha und auch Informationen über die Reha abfragte.</td> </tr> </table>	Produktivität: Arbeit und Einflussfaktoren Soziodemografische und QL-Variablen: Region, Geschlecht, Zivilstand, Jahre der formellen Ausbildung, Alter in 2008, Alter beim QL, Zeit seit QL, Personen im Arbeitsalter in 2008, QL Level, Beeinträchtigung, Rollstuhlabhängigkeit,	Fragebogen, welcher demografische, verletzungsbezogene, soziale und arbeitsbezogene Informationen vor und nach der ersten Reha und auch Informationen über die Reha abfragte.
Produktivität: Arbeit und Einflussfaktoren Soziodemografische und QL-Variablen: Region, Geschlecht, Zivilstand, Jahre der formellen Ausbildung, Alter in 2008, Alter beim QL, Zeit seit QL, Personen im Arbeitsalter in 2008, QL Level, Beeinträchtigung, Rollstuhlabhängigkeit,	Fragebogen, welcher demografische, verletzungsbezogene, soziale und arbeitsbezogene Informationen vor und nach der ersten Reha und auch Informationen über die Reha abfragte.		

	<p>Grund von QL Arbeitsmarktvariablen: Arbeitsstatus am Beginn der QL, Arbeit seit QL, bezahlte Arbeit 6 Monate nach der Reha, bezahlte Arbeit 2 Jahre nach der Reha, bezahlte Arbeit seit 2008. Teilhabe im Arbeitsmarkt: Geschlecht, Zivilstand, Alter, Level von QL, Grund von QL, Berufsberatung, Arbeit 2 Jahre nach Reha, Zeit, Wichtigkeit der Arbeit, Schmerz, Kinder, formelle und professionelle Ausbildung.</p>	
<p><b>MASSNAHMEN</b></p> <p><i>Wurden die Maßnahmen detailliert beschrieben?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> ja</li> <li><input type="radio"/> nein</li> <li><input checked="" type="radio"/> nicht angegeben</li> </ul> <p><i>Wurde Kontaminierung vermieden?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> ja</li> <li><input type="radio"/> nein</li> <li><input type="radio"/> nicht angegeben</li> <li><input checked="" type="radio"/> entfällt</li> </ul> <p><i>Wurden gleichzeitige weitere Maßnahmen (Ko-Intervention) vermieden?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> ja</li> <li><input type="radio"/> nein</li> <li><input type="radio"/> nicht angegeben</li> <li><input checked="" type="radio"/> entfällt</li> </ul>	<p><i>Beschreiben Sie kurz die Maßnahmen (Schwerpunkt, wer führte sie aus, wie oft, in welchem Rahmen). Könnten die Maßnahmen in der ergotherapeutischen Praxis wiederholt werden?</i></p> <p>Sie beschreiben nur, dass ein eigens entwickelter Fragebogen verwendet wurde, welcher aus einer multiple-choice Fragen, einer Likert-Skala und einer visuellen Schmerz-skala besteht.</p>	
<p><b>ERGEBNISSE</b></p> <p><i>Wurde die statistische Signifikanz der Ergebnisse angegeben?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="radio"/> ja</li> </ul>	<p><i>Welches waren die Ergebnisse? Waren sie statistisch signifikant (d.h. <math>p &lt; 0.05</math>)? Falls nicht statistisch signifikant: War die Studie groß genug, um einen eventuell auftretenden wichtigen Unterschied anzuzeigen? Falls es um viele Ergebnisse ging: Wurde dies bei der statistischen Analyse berücksichtigt?</i></p>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <i>nein</i></li> <li>○ <i>entfällt</i></li> <li>○ <i>nicht angegeben</i></li> </ul> <p><i>War(en) die Analysemethode(n) geeignet?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✗ <i>ja</i></li> <li>○ <i>nein</i></li> <li>○ <i>nicht angegeben</i></li> </ul> <p>Richtige Skalenniveaus zu Tests.</p> <p><i>Wurde die klinische Bedeutung angegeben?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✗ <i>ja</i></li> <li>✗ <i>nein</i></li> <li>○ <i>nicht angegeben</i></li> </ul>	<p>Siehe Tabelle 3.</p> <p>Bivariate Analyse: + Männer, Berufsberatung erhalten, zwei Jahre nach Erstreha gearbeitet, Wichtigkeit von Arbeit, Schmerzen, höhere Bildung (Einfluss), Paras arbeiten mehr als Tetras</p> <p>- QL Level, Zivilstand, SCI Ursache, Kinder haben (keinen Einfluss)</p> <p>Logistische Regression: + Alter, Zeit seit QL, - Geschlecht, QL Level, Zivilstand, Ursache von QL, Kinder</p> <p>Motivation zum Arbeiten: Zufriedenheit, Sozialer Kontakt, Geld, Langeweile, Ablenkung (physische und mentale Probleme), Pflichtgefühl, Erwartungen vom Umfeld.</p> <p>Gründe warum nicht gearbeitet: Zu viele gesundheitliche Probleme, Schmerzen, kein passender Job.</p> <p><i>Welches war die klinische Bedeutung der Ergebnisse? Waren die Unterschiede zwischen Gruppen (falls es Gruppen gab) klinisch von Bedeutung?</i></p> <p>Während Reha soll der Fokus auf Arbeitsmotivation grösser sein.</p>
<p><i>Wurden Fälle von Ausscheiden aus der Studie angegeben?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✗ <i>ja</i></li> <li>○ <i>nein</i></li> </ul>	<p><i>Schieden Teilnehmer aus der Studie aus? Warum? (Wurden Gründe angegeben, und wurden Fälle von Ausscheiden angemessen gehandhabt?)</i></p> <p>Sie beschreiben, dass 495 Personen den Kriterien entsprachen und zeigen an, wenn Teilnehmer eine Frage nicht beantwortet haben. Die Autoren beschreiben, dass fehlende Angaben gering waren, wodurch wenig Einfluss vermutet wird.</p>
<p><b>SCHLUSSFOLGERUNGEN UND KLINISCHE IMPLIKATIONEN</b></p> <p><i>Waren die Schlussfolgerungen angemessen im Hinblick auf Methoden und Ergebnisse der Studie?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✗ <i>ja</i></li> <li>○ <i>nein</i></li> </ul>	<p><i>Zu welchem Schluss kam die Studie? Welche Implikationen haben die Ergebnisse für die ergotherapeutische Praxis? Welches waren die hauptsächlichsten Begrenzungen oder systematischen Fehler der Studie?</i></p> <p>In der Schweiz arbeiten relativ viele Menschen mit QL. Ergebnisse werden mit der Literatur verglichen. Einige Punkte werden kontrovers diskutiert. Es werden einige Faktoren beschrieben, die verändert werden können oder auch wichtig sind, darüber Bescheid zu wissen als ET. Der Fokus in der Reha soll auf die Arbeitsmotivation gelegt werden, was in der ET umsetzbar ist.</p> <p>Limitierungen: wenige Teilnehmer, wenige Tetras, Eigenselektionierung von Menschen mit QL aufgrund von nicht traumatischen Ereignissen. Vergleich mit anderen Studien schwierig wegen hohem Durchschnittsalter und wenigen Tetras. Es kann nicht</p>

	ausgeschlossen werden, dass Menschen mit QL und schwierigeren Situationen weniger oft geantwortet haben.
--	--



Franceschini, M., Pagliacci, M.,C., Russo, T., Felzani, G., Aito, S. & Marini, C. (2012). **Occurrence and predictors of employment after traumatic spinal cord injury: the GISEM Study.** *Spinal Cord*, 50, S. 238-242.

### Kommentare

<p><b>ZWECK DER STUDIE</b></p> <p>Wurde der Zweck klar angegeben?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="radio"/> ja</li> <li><input type="radio"/> nein</li> </ul>	<p><i>Skizzieren Sie den Zweck der Studie. Inwiefern bezieht sich die Studie auf Ergotherapie und/oder Ihre Forschungsfrage?</i></p> <p>Das Ziel der Studie ist Ereignisse und Anzeichen, welche die Wiederaufnahme von Arbeit zwischen Menschen mit einer QL beeinflussen und wie sich dies auf die Lebensqualität auswirkt. Eine Frage wurde nicht verfasst.</p> <p>Es werden persönliche und soziale Faktoren in Bezug auf die Arbeit thematisiert. → Passt zu unserer Fragestellung. Ergotherapie sollte aktiver durchgeführt werden, da dies die soziale Integration verbessert und gesundheitliche Probleme reduziert.</p>
<p><b>LITERATUR</b></p> <p>Wurde die relevante Hintergrund- Literatur gesichtet?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="radio"/> ja</li> <li><input type="radio"/> nein</li> </ul>	<p><i>Geben Sie an, wie die Notwendigkeit der Studie gerechtfertigt wurde.</i></p> <p>Sie beschreiben den positiven Aspekt von Arbeit auf die Lebensqualität und dass dennoch wenige QL arbeiten. Zudem beschreiben sie, dass die Aufdeckung von Faktoren in der Planung der Interventionen relevant sind und so eventuell die Arbeitsrate erhöht werden kann. Mittels Arbeit soll einen wenig aktiven Lifestyle der Menschen mit einer QL vermieden werden, um negative Effekte zu vermindern. Es gibt noch keine entsprechenden Daten für Italien. Sehr kurze Einleitung.</p>
<p><b>DESIGN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> randomisierte kontrollierte Studie (RCT)</li> <li><input checked="" type="radio"/> Kohortenstudie</li> <li><input type="radio"/> Einzelfall-Design</li> <li><input type="radio"/> Vorher-Nachher-Design</li> <li><input type="radio"/> Fall-Kontroll-Studie</li> <li><input type="radio"/> Querschnittsstudie</li> <li><input type="radio"/> Fallstudie</li> </ul>	<p><i>Beschreiben Sie das Studiendesign. Entsprech das Design der Studienfrage (z.B. im Hinblick auf den Wissensstand zur betreffenden Frage, auf Ergebnisse (outcomes), auf ethische Aspekte)?</i></p> <p>Es handelt sich in der Studie, wie im Studiendesign gedacht ist, um eine Gruppe von Menschen mit einer ähnlichen Diagnose (QL). Der Verlauf der Arbeitsaufnahme oder nicht wird im Durchschnitt nach 3.8 Jahren erfasst. Es gibt einen Vergleich zwischen angestellten und nicht angestellten Personen, jedoch keine explizit erwähnte Kontrollgruppe, wie es für dieses Studiendesign eigentlich üblicher ist. Dies passt jedoch zur Fragestellung, da es keine Interventionen gibt, die zwischen Gruppen verglichen werden könnten.</p> <p><i>Spezifizieren Sie alle systematischen Fehler (Verzerrungen, bias), die vielleicht aufgetreten sein könnten, und in welche Richtung sie die Ergebnisse</i></p>

	<p><i>beeinflussen.</i> Freiwillig, über Jahre -&gt; keine Auswirkung der Jahreszeit, Wissen der Teilnehmer über Studie unbekannt, Teilnehmer wurden von einer anderen Studie verwendet.</p>	
<p><b>STICHPROBE</b></p> <p>N= 403 Wurde die Stichprobe detailliert beschrieben?</p> <p><input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> <p>Nicht direkt angegeben aber an den Werten erkennbar. Sehr viel Signifikant -&gt; zu grosse Stichproben?</p> <p>Wurde die Stichprobengröße begründet?</p> <p><input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein <input type="radio"/> entfällt</p>	<p><i>Stichprobenauswahl (wer, Merkmale, wie viele, wie wurde die Stichprobe zusammengestellt?). Bei mehr als einer Gruppe: Waren die Gruppen ähnlich?</i> Es wurden 403 Personen untersucht, sie waren 41.8 +/- 16.3 Jahre alt, nahmen alle davor an einer Vorläuferstudie teil, hatten alle eine traumatische QL, wurden zwischen 1997 und 1999 aus der Reha entlassen. Tabelle 1 genaue Beschreibung. Es bestand eine angestellte Gruppe mit 170 Personen und eine nicht angestellte Gruppe mit 233 Personen. Weitere Aufteilungen der Charakteristiken zwischen den beiden Gruppen gehen nicht hervor.</p> <p><i>Beschreiben Sie die Ethik-Verfahren. Wurde wohlinformierte Zustimmung eingeholt?</i> Ja, nach European Community Good Clinical Practice guidelines und lokalen Bestimmungen.</p>	
<p><b>Ergebnisse (outcomes)</b></p> <p>Waren die outcome Messungen zuverlässig (reliabel)?</p> <p><input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> nicht angegeben</p> <p>Fragebogen ist reliabel.</p> <p>Waren die outcome Messungen gültig (valide)?</p> <p><input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input checked="" type="radio"/> nicht angegeben</p> <p>Augenscheinvalide, Autoren empfinden den Fragebogen als sinnvoll.</p>	<p><i>Geben Sie an, wie oft outcome Messungen durchgeführt wurden (also vorher, nachher, bei Nachbeobachtung(pre-, post- follow up)).</i> Nach durchschnittlich 3.8 Jahren wurde ein Follow-up gemacht.</p> <p><i>Outcome Bereiche (z.B. Selbstversorgung (self care), Freizeit)</i></p>	<p><i>Listen Sie die verwendeten Messungen auf</i></p> <p>24-Item, standardisierten telefonischen Fragebogen</p>
	<p>Produktivität: Arbeit, soziale Faktoren und Klientencharakteristiken, welche die Arbeit beeinflussen. Populationsvariablen: Geschlecht, Alter, ASIA Skala, Läsionshöhe, Arbeitsstatus zum Zeitpunkt der QL. Arbeitsstatus: Arbeitslos, Student, Arbeiter, Student und Arbeiter, Arbeitsveränderungen, Studienveränderungen.</p>	

	<p>Univariate Analyse: Alter, Männer, Ausbildung, Verheiratet, Tetra, ASIA A+B, Blasenkontinenz, Darmkontinenz, Unabhängigkeit in Mobilität, Fahrfähigkeit, Teilhabe in der Gesellschaft, Fähigkeit alleine zu leben, medizinische Probleme in den letzten 6 Monaten, Wiederaufnahme in Spital, Frequenz von Nachkontrollen, architektonische Barrieren, Zusatzgeld, vorherige Arbeit.</p> <p>Multivariate Analyse: Alter, Ausbildung 8-13 Jahre, Ausbildung mehr als 13 Jahre, Tetraplegie, Fähigkeit alleine zu leben, Fahrfähigkeit, Zusatzgelder, vorherige Arbeit.</p> <p>Korrelationen: Lebensqualität, positive Familienstatusveränderungen, soziale Kontakte in der Freizeit, Zufriedenheit mit dem Liebesleben, Zufriedenheit mit dem Sexualleben, aus dem Haus gehen, Sport.</p>	
<p><b>MASSNAHMEN</b></p> <p><i>Wurden die Maßnahmen detailliert beschrieben?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="radio"/> ja</li> <li><input type="radio"/> nein</li> <li><input type="radio"/> nicht angegeben</li> </ul> <p><i>Wurde Kontaminierung vermieden?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> ja</li> <li><input type="radio"/> nein</li> <li><input type="radio"/> nicht angegeben</li> <li><input checked="" type="radio"/> entfällt</li> </ul> <p><i>Wurden gleichzeitige weitere Maßnahmen (Ko-</i></p>	<p><i>Beschreiben Sie kurz die Maßnahmen (Schwerpunkt, wer führte sie aus, wie oft, in welchem Rahmen). Könnten die Maßnahmen in der ergotherapeutischen Praxis wiederholt werden?</i></p> <p>Ein standardisiertes telefonisches Interview wurde mit jedem Teilnehmenden persönlich durchgeführt. Es gab keine Intervention.</p>	

<p><i>Intervention) vermieden?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> ja</li> <li><input type="radio"/> nein</li> <li><input type="radio"/> nicht angegeben</li> <li><input checked="" type="radio"/> entfällt</li> </ul>	
<p><b>ERGEBNISSE</b></p> <p><i>Wurde die statistische Signifikanz der Ergebnisse angegeben?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="radio"/> ja</li> <li><input type="radio"/> nein</li> <li><input type="radio"/> entfällt</li> <li><input type="radio"/> nicht angegeben</li> </ul> <p><i>War(en) die Analysemethode(n) geeignet?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="radio"/> ja</li> <li><input type="radio"/> nein</li> <li><input type="radio"/> nicht angegeben</li> </ul> <p>Nicht sicher ob Varianzanalyse zulässig ist, andere Tests sind passend.</p> <p><i>Wurde die klinische Bedeutung angegeben?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="radio"/> ja</li> <li><input type="radio"/> nein</li> <li><input type="radio"/> nicht angegeben</li> </ul>	<p><i>Welches waren die Ergebnisse? Waren sie statistisch signifikant (d.h. <math>p &lt; 0.05</math>)? Falls nicht statistisch signifikant: War die Studie groß genug, um einen eventuell auftretenden wichtigen Unterschied anzuzeigen? Falls es um viele Ergebnisse ging: Wurde dies bei der statistischen Analyse berücksichtigt?</i></p> <p>Personen, die angestellt waren, waren jünger, hatten eine Ausbildung von 8-13 Jahren oder mehr als 13 Jahren und waren weniger oft verheiratet als nicht angestellte Personen. Tetraplegiker waren weniger oft angestellt als höhere Levels. Auch der funktionelle Status war ausschlaggebend, vor allem Darmkontinenz, Unabhängigkeit in Mobilität, Fahrfähigkeit, Teilhabe in der Gemeinschaft und Fähigkeit alleine zu leben zeigten Signifikanzen. Auch medizinische Probleme in den letzten 6 Monaten und Rehospitalisierung beeinflussten die Arbeit. Architektonische Barrieren aber auch Zusatzgelder unterstützten die Arbeitslosigkeit, während die Wiederaufnahme der vorherigen Arbeit die Rückkehr unterstützte.</p> <p>Menschen mit einer Arbeit beschrieben eine bessere subjektive Lebensqualität, zufriedenstellenderes Sexualleben, verliessen das Haus öfter für Freizeitaktivitäten, mehr Hobbies, Sport und weniger soziale Kontakte in der Freizeit.</p> <p>Kritik: In Tabelle 3 sind nur noch Männer aufgeführt, obwohl Frauen in der Studie auch einbezogen wären. Likert-skalen verwendet, genau genommen Ordinalniveau, wird aber gerne in der Forschung als intervallskaliert verwendet und somit genau genommen nicht zulässige Tests durchgeführt.</p> <p><i>Welches war die klinische Bedeutung der Ergebnisse? Waren die Unterschiede zwischen Gruppen (falls es Gruppen gab) klinisch von Bedeutung?</i></p> <p>Medizinische Routen sollen abgeändert werden um den Zeitaufwand zu minimieren, Regelungen bezüglich Zusatzgelder sollen verändert und mehr Vorbereitungsprogramme etabliert werden,</p>

	<p>Rehaprogramme sollten die Fahrfähigkeit, Gebrauch von ÖV und jeglichen Rat zur Überwindung von Barrieren einbeziehen um Unabhängigkeit in Mobilität zu generieren, Reha soll ET beinhalten und soziale Integration. Sie raten zur Prävention.</p>
<p><i>Wurden Fälle von Ausscheiden aus der Studie angegeben?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> ja</li> <li><input checked="" type="radio"/> nein</li> </ul> <p>Nicht direktes Drop-out sondern die Stichprobe wurde zu Beginn kleiner.</p>	<p><i>Schieden Teilnehmer aus der Studie aus? Warum? (Wurden Gründe angegeben, und wurden Fälle von Ausscheiden angemessen gehandhabt?)</i></p> <p>Ausser die Personen füllten den Bogen nicht aus. 72 verweigerten sich, 36 starben und 97 nicht auffindbar.</p>
<p><b>SCHLUSSFOLGERUNGEN UND KLINISCHE IMPLIKATIONEN</b></p> <p><i>Waren die Schlussfolgerungen angemessen im Hinblick auf Methoden und Ergebnisse der Studie?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="radio"/> ja</li> <li><input type="radio"/> nein</li> </ul>	<p><i>Zu welchem Schluss kam die Studie? Welche Implikationen haben die Ergebnisse für die ergotherapeutische Praxis? Welches waren die hauptsächlichsten Begrenzungen oder systematischen Fehler der Studie?</i></p> <p>Nach den vier Jahren war die Hälfte der Teilnehmer angestellt. Es gab jedoch Veränderungen in den Jobanforderungen. Die Zahlen sind mit anderen Studien vergleichbar. Sie entdeckten einige Faktoren, die nicht veränderbar sind weshalb Prävention angeraten wird. Aber auch solche, die gerade in der ET thematisiert werden könnten. Einige Faktoren können mit Politik andere mit Therapie verändert werden. Rehaprogramme sollten die Fahrfähigkeit, Gebrauch von ÖV und jeglichen Rat zur Überwindung von Barrieren einbeziehen um Unabhängigkeit in der Mobilität zu generieren. Rehaprogramme sollen weiter hinausdenken als der bisherige Ansatz und mit ET und sozialer Integration zusammenarbeiten. Limitierungen werden nicht explizit genannt ausser, dass Italien nicht mit anderen europäischen Staaten verglichen werden kann, weil der Arbeitsmarkt sehr unterschiedlich ist. Eher hohes Alter und zervikale Läsionshöhe der Teilnehmer → Stichprobe mit QL-Population von Italien wenig vergleichbar.</p>

Murphy, G., C. & Young, A., E. (2005). **Employment participation following spinal cord injury: Relation to selected participant demographic, injury and psychological characteristics.** *Disability and Rehabilitation*, 27, S. 1297-1306.

### Kommentare

<p><b>ZWECK DER STUDIE</b></p> <p>Wurde der Zweck klar angegeben?</p> <p><input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p>	<p><i>Skizzieren Sie den Zweck der Studie. Inwiefern bezieht sich die Studie auf Ergotherapie und/oder Ihre Forschungsfrage?</i></p> <p>Sie möchten die Beziehung zwischen ausgewählten demografischen, verletzungsbezogenen und psychologischen Charakteren und das Ausmass (Arbeitsrate) der Arbeit nach einer QL bestimmen. Zudem möchten die Autoren herausfinden, ob die psychologischen Variablen die Varianz erklären können.</p> <p>Die Studie befasst sich mit Faktoren, welche die Arbeit beeinflussen, wodurch sie für unsere Fragestellung relevant ist.</p>
<p><b>LITERATUR</b></p> <p>Wurde die relevante Hintergrund-Literatur gesichtet?</p> <p><input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p>	<p><i>Geben Sie an, wie die Notwendigkeit der Studie gerechtfertigt wurde.</i></p> <p>Es gibt wenig Forschung bezüglich der Charakteristik der Arbeit von Menschen mit einer QL. Die Autoren beschreiben, dass nur eine geringe Abweichung reliabel erklärbar ist bei den statistischen signifikanten Prädiktoren und dass sie neue psychologische Variablen untersuchen möchten für die Vorhersage der Arbeit.</p>
<p><b>DESIGN</b></p> <p><input type="radio"/> randomisierte kontrollierte Studie (RCT) <input type="radio"/> Kohortenstudie <input type="radio"/> Einzelfall-Design <input type="radio"/> Vorher-Nachher-Design <input type="radio"/> Fall-Kontroll-Studie <input checked="" type="radio"/> Querschnittsstudie <input type="radio"/> Fallstudie</p>	<p><i>Beschreiben Sie das Studiendesign. Entsprech das Design der Studienfrage (z.B. im Hinblick auf den Wissensstand zur betreffenden Frage, auf Ergebnisse (outcomes), auf ethische Aspekte)?</i></p> <p>Es geht um Menschen mit einer Querschnittlähmung, deren Daten zu einem Zeitpunkt erhoben wurden. Wie im Design gedacht, erforschte die Studie Faktoren, welche sich auf Menschen mit einer QL auswirkten. Es wurde bisher noch nie mit den beschriebenen Outcome – Messungen gearbeitet und der Einfluss von psychologischen Variablen wurde bisher kaum erforscht, wodurch dieses Design angemessen ist.</p> <p><i>Spezifizieren Sie alle systematischen Fehler (Verzerrungen, bias), die vielleicht aufgetreten sein könnten, und in welche Richtung sie die Ergebnisse beeinflussen.</i></p> <p>Erinnern, freiwillig, Stichprobe aus anderer Studie, Selbstbeurteilungsfragebogen (FIM teilweise per Telefon)</p>
<p><b>STICHPROBE</b></p> <p>N= 289</p>	<p><i>Stichprobenauswahl (wer, Merkmale, wie viele, wie wurde die Stichprobe zusammengestellt?). Bei mehr als einer Gruppe: Waren die Gruppen ähnlich?</i></p>

<p><i>Wurde die Stichprobe detailliert beschrieben?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> ja</li> <li><input type="checkbox"/> nein</li> </ul> <p><i>Wurde die Stichprobengröße begründet?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> ja</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> nein</li> <li><input type="checkbox"/> entfällt</li> </ul> <p>Für eine multivariate Analyse hatten sie eine genug grosse Stichprobe.</p>	<p>Es war eine Untergruppe einer grösseren Studie. Es mussten mindestens 18 Monate seit der QL vergangen sein, zwischen 16-65 Jahre alt sein, aufgrund einer traumatische QL in eine Reha kommen und sie mit anhaltenden neurologischen Schädigungen verlassen, irgendwann nach QL gearbeitet haben. Das Durchschnittsalter betrug 41.2 Jahre und das Durchschnittsalter bei der QL war 27.8 Jahre. 59% hatten eine Paraplegie, 51% aller QL waren komplett. 86% waren Männer und nur eine Minderheit (30%) haben die Highschool abgeschlossen. 85% waren nach der QL angestellt und 37% waren für entweder Arbeitskompensation oder Transportunfallversicherung berechtigt.</p> <p><i>Beschreiben Sie die Ethik-Verfahren. Wurde wohlinformierte Zustimmung eingeholt?</i> Ja. Das Studiendesign wurde von relevanten Spital und Forschungskomitee der Universität überprüft.</p>	
<p><b>Ergebnisse (outcomes)</b></p> <p><i>Waren die outcome Messungen zuverlässig (reliabel)?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> ja</li> <li><input type="checkbox"/> nein</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> nicht angegeben</li> </ul> <p>Die Messung von Kontrollüberzeugung nach Levenson ist reliabel. Die Kanungo's Work Involvement Scale ist reliabel. Test-retest Reliabilität für den Arbeitsbereich der Population wurde durchgeführt. FIM ist reliabel. Der gesamte Fragebogen ist nicht auf seine Reliabilität überprüft.</p> <p><i>Waren die outcome Messungen gültig (valide)?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> ja</li> <li><input type="checkbox"/> nein</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> nicht angegeben</li> </ul> <p>Augenscheinvalide, die</p>	<p>Geben Sie an, wie oft outcome Messungen durchgeführt wurden (also vorher, nachher, bei Nachbeobachtung(pre-, post- follow up)). Es wurde eine Messung ausgeführt.</p> <p><i>Outcome Bereiche (z.B. Selbstversorgung (self care), Freizeit)</i></p> <p>Produktivität: Arbeit Variablen: Arbeitsrate Prädiktorvariable: (demografisch) Geschlecht, Grad des Sekundarschulabschlusses, Qualifikation an einer Universität, Arbeitssituation bei Verletzung, Ausbildung nach der Verletzung, Alter bei der Befragung, Zeit seit Verletzung. (Verletzungsbezogene) Funktion der QL, Art der Beeinträchtigung, funktionelle Unabhängigkeit (FIM) (psychologisch) Internal RLOC, Powerful Others RLOC, Chance RLOC, Arbeitseinstellung</p>	<p><i>Listen Sie die verwendeten Messungen auf</i></p> <p>Befragung der Teilnehmer, FIM Werte, drei RLOC, Kanungo's Work Involvement Scale</p>

<p>Messung von Kontrollüberzeugung ist valide. FIM Werte gewisse Validität.</p>		
<p><b>MASSNAHMEN</b></p> <p><i>Wurden die Maßnahmen detailliert beschrieben?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="radio"/> ja</li> <li><input type="radio"/> nein</li> <li><input type="radio"/> nicht angegeben</li> </ul> <p><i>Wurde Kontaminierung vermieden?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> ja</li> <li><input type="radio"/> nein</li> <li><input type="radio"/> nicht angegeben</li> <li><input checked="" type="radio"/> entfällt</li> </ul> <p><i>Wurden gleichzeitige weitere Maßnahmen (Ko-Intervention) vermieden?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> ja</li> <li><input type="radio"/> nein</li> <li><input type="radio"/> nicht angegeben</li> <li><input checked="" type="radio"/> entfällt</li> </ul>		<p><i>Beschreiben Sie kurz die Maßnahmen (Schwerpunkt, wer führte sie aus, wie oft, in welchem Rahmen). Könnten die Maßnahmen in der ergotherapeutischen Praxis wiederholt werden?</i></p> <p>Es wurde eine Befragung der Teilnehmer durchgeführt und wurden von ihnen selbstständig während 15-20 Min. ausgefüllt. FIM –Werte wurden entweder von den Spitalern übernommen oder von einer Rehapflegende basierend auf den Antworten der Teilnehmenden ausgefüllt.</p>
<p><b>ERGEBNISSE</b></p> <p><i>Wurde die statistische Signifikanz der Ergebnisse angegeben?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="radio"/> ja</li> <li><input type="radio"/> nein</li> <li><input type="radio"/> entfällt</li> <li><input type="radio"/> nicht angegeben</li> </ul> <p><i>War(en) die Analyse(n) geeignet?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="radio"/> ja</li> <li><input type="radio"/> nein</li> <li><input type="radio"/> nicht angegeben</li> </ul> <p>Abhängige Variable ist intervallskaliert und stimmt</p>		<p><i>Welches waren die Ergebnisse? Waren sie statistisch signifikant (d.h. <math>p &lt; 0.05</math>)? Falls nicht statistisch signifikant: War die Studie groß genug, um einen eventuell auftretenden wichtigen Unterschied anzuzeigen? Falls es um viele Ergebnisse ging: Wurde dies bei der statistischen Analyse berücksichtigt?</i></p> <p>Die Arbeitsrate beträgt 62%.</p> <p>Multiple Regressionsanalyse: Geschlecht, Art der Beeinträchtigung, Alter bei der Befragung, Chance Rehabilitation Locus of Control, Internal Rehabilitation Locus of Control und Arbeitseinstellung korrelieren signifikant mit der Arbeitsrate.</p> <p>Hierarchische multiple Regression: Im ersten Schritt wurde eine kleine aber signifikante Korrelation zwischen den sieben demografischen Variablen erzielt. Geschlecht und das Level der Sekundarschule waren die einzigen Prädiktoren, um signifikante Aussagen zu treffen. Im Schritt 2 wurden die verletzungsbezogenen Variablen mit eingerechnet wodurch eine leichte Erhöhung der erklärten Varianz</p>



<p>somit mit den Methoden (Multiple Regression und hierarchische Regression) überein.</p> <p><i>Wurde die klinische Bedeutung angegeben?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> ja</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> nein</li> <li><input type="checkbox"/> nicht angegeben</li> </ul>	<p>erzielt wurde. Die psychologischen Variablen wurden im dritten Schritt hinzugefügt, wodurch die erklärte Varianz anstieg. Der internal RLOC und die Arbeitseinstellung sind signifikant.</p> <p><i>Welches war die klinische Bedeutung der Ergebnisse? Waren die Unterschiede zwischen Gruppen (falls es Gruppen gab) klinisch von Bedeutung?</i></p> <p>Sie beschreiben, dass eine Verbesserung der Arbeitsergebnisse durch das Einbeziehen der entdeckten Faktoren in Interventionen, eventuell mit Umweltveränderungen, erreicht werden könnte. Es benötigt in Bezug auf psychologische Variablen noch mehr Forschung bevor deren Einfluss richtig beurteilt werden kann. Interventionen, die den psychologischen Status verbessern können sinnvoll sein.</p>
<p><i>Wurden Fälle von Ausscheiden aus der Studie angegeben?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> ja</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> nein</li> </ul>	<p><i>Schieden Teilnehmer aus der Studie aus? Warum? (Wurden Gründe angegeben, und wurden Fälle von Ausscheiden angemessen gehandhabt?)</i></p>
<p><b>SCHLUSSFOLGERUNGEN UND KLINISCHE IMPLIKATIONEN</b></p> <p><i>Waren die Schlussfolgerungen angemessen im Hinblick auf Methoden und Ergebnisse der Studie?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> ja</li> <li><input type="checkbox"/> nein</li> </ul>	<p><i>Zu welchem Schluss kam die Studie? Welche Implikationen haben die Ergebnisse für die ergotherapeutische Praxis? Welches waren die hauptsächlichsten Begrenzungen oder systematischen Fehler der Studie?</i></p> <p>Die Studie zeigt auf, dass charakteristische, demografischen und psychologische Variablen den grösseren Einfluss haben als verletzungsbezogenen Variablen. Es muss jedoch mehr Forschung betrieben werden und dabei zusätzliche Messungen (z.B. Umweltfaktoren) hinzugefügt werden. Geschlecht und Arbeitseinstellung sind die wichtigsten Faktoren. Der Einfluss von Geschlecht und die Einstellung von Arbeit kann in der ET berücksichtigt werden, diese Forschung muss jedoch noch bestätigt werden. Limitierung: Die Abweichung (Varianz) der Kriterien kann nur limitiert erklärt werden in dieser Studie. Eventuell hätten andere und zusätzliche Variablen verwendet werden sollen. Durch das Studiendesign fehlte den Autoren die Kontrolle über zeitlich bedingte Merkmale der QL. Zudem wurden die Teilnehmer aufgefordert sich an ihre Arbeitsgeschichte zu erinnern, was teilweise lange her war. Es könnte sein, dass die Stichprobe nicht repräsentativ für die ganze QL- Population ist. Der Vergleich zu anderen Länder</p>

	ist wahrscheinlich schwierig zu machen, wegen unterschiedlichen Gesetzen bezüglich der sozialen Sicherheit. Es wurden keine Umweltfaktoren miteinbezogen.
--	---

Murphy, G., Middleton, J., Quirk, R., De Wolf, A. & Cameron, I., D. (2009).  
**Prediction of employment status one year post-discharge from rehabilitation following traumatic spinal cord injury: an exploratory analyses of participation and environmental variables.** *J Rehabil Med*, 41, S. 1074-1079.

### Kommentare

<p><b>ZWECK DER STUDIE</b></p> <p><i>Wurde der Zweck klar angegeben?</i></p> <p> <input checked="" type="checkbox"/> ja  <input type="checkbox"/> nein         </p>	<p><i>Skizzieren Sie den Zweck der Studie. Inwiefern bezieht sich die Studie auf Ergotherapie und/oder Ihre Forschungsfrage?</i></p> <p>Die Studie identifiziert das Ausmass mit welchem frühe Teilnahme und Umweltfaktoren hinzugefügt zu Verletzungs- und demografischen Variablen die Vorhersage der Arbeitswiederaufnahme nach einer QL beeinflusst, gemessen beim Spitalaustritt . ET: Auf diese Faktoren kann in der Rehabilitation Einfluss genommen werden. Faktoren identifizieren entspricht unserer Fragestellung.</p>
<p><b>LITERATUR</b></p> <p><i>Wurde die relevante Hintergrund- Literatur gesichtet?</i></p> <p> <input checked="" type="checkbox"/> ja  <input type="checkbox"/> nein         </p>	<p><i>Geben Sie an, wie die Notwendigkeit der Studie gerechtfertigt wurde.</i></p> <p>Sie beschreibt, dass vorherige Literatur oftmals demografische und verletzungsbezogene Faktoren identifizieren. Sie hingegen legen Wert darauf herauszufinden welche Variablen die Teilhabe verbessern und was die Umweltfaktoren bewirken. Diese Variablen können in der Reha durch den Einbezug in die Interventionsplanung verändert werden. Sie möchten die Integration in die Gesellschaft verbessern.</p>
<p><b>DESIGN</b></p> <p> <input type="checkbox"/> randomisierte kontrollierte Studie (RCT)  <input checked="" type="checkbox"/> Kohortenstudie  <input type="checkbox"/> Einzelfall-Design  <input type="checkbox"/> Vorher-Nachher-Design  <input type="checkbox"/> Fall-Kontroll-Studie  <input type="checkbox"/> Querschnittsstudie  <input type="checkbox"/> Fallstudie         </p>	<p><i>Beschreiben Sie das Studiendesign. Entsprach das Design der Studienfrage (z.B. im Hinblick auf den Wissensstand zur betreffenden Frage, auf Ergebnisse (outcomes), auf ethische Aspekte)?</i></p> <p>Es wird eine Gruppe von Menschen mit derselben Diagnose (QL) untersucht. Diese wird 6 Wochen nach der Spitalentlassung und anschliessend wieder 12 Monate nach der Spitalentlassung befragt (zwei Messungen). Eine Gruppe, Aufteilung in angestellte und nicht angestellte Personen.</p> <p><i>Spezifizieren Sie alle systematischen Fehler (Verzerrungen, bias), die vielleicht aufgetreten sein könnten, und in welche Richtung sie die Ergebnisse beeinflussen.</i></p> <p>Freiwillige Teilnehmer (alle)</p>
<p><b>STICHPROBE</b></p> <p>N= 72</p> <p><i>Wurde die Stichprobe detailliert beschrieben?</i></p>	<p><i>Stichprobenauswahl (wer, Merkmale, wie viele, wie wurde die Stichprobe zusammengestellt?). Bei mehr als einer Gruppe: Waren die Gruppen ähnlich?</i></p> <p>Die Einschlusskriterien beinhalten 16-65 Jahre, traumatische QL, medizinisch stabil, neurologischen Einschränkungen und australische</p>

<p> <input checked="" type="checkbox"/> ja  <input type="checkbox"/> nein </p> <p> Wurde die Stichprobengröße begründet? </p> <p> <input checked="" type="checkbox"/> ja  <input checked="" type="checkbox"/> nein  <input type="checkbox"/> entfällt </p>	<p> Staatsbürgerschaft. Die Ausschlusskriterien umfassen: keine 24-h Beatmung, keine kognitiven oder psychischen Einschränkungen. </p> <p> <i>Beschreiben Sie die Ethik-Verfahren. Wurde wohlinformierte Zustimmung eingeholt?</i>  Die Teilnehmer stimmten zu, mit einer schriftlichen Einverständniserklärung. Die Studie wurde durch die Ethikkommission der Spitäler geprüft. </p> <p> Anmerkung Stichprobengröße: Die Größe nicht direkt aber die Wiedergabe der australischen Bevölkerung. Sie achteten darauf gleiche Prozentzahlen wie in der Gesamtbevölkerung für Paras und Tetras zu nehmen. </p>	
<p> <b>Ergebnisse (outcomes)</b> </p> <p> Waren die outcome Messungen zuverlässig (reliabel)? </p> <p> <input checked="" type="checkbox"/> ja  <input type="checkbox"/> nein  <input checked="" type="checkbox"/> nicht angegeben </p> <p> Hauptsächlich der FIM </p>	<p> <i>Geben Sie an, wie oft outcome Messungen durchgeführt wurden (also vorher, nachher, bei Nachbeobachtung(pre-, post- follow up)).</i>  Es wurden zwei Interviews unternommen, einmal 6 Wochen nach der Entlassung aus dem Spital und ein weiteres mal 12 Monate nach der Entlassung aus dem Spital. </p> <p> <i>Outcome Bereiche (z.B. Selbstversorgung (self care), Freizeit)</i> </p> <p> <i>Listen Sie die verwendeten Messungen auf</i> </p>	
<p> Waren die outcome Messungen gültig (valide)? </p> <p> <input checked="" type="checkbox"/> ja  <input type="checkbox"/> nein  <input checked="" type="checkbox"/> nicht angegeben </p> <p> CIM ist valide, andere Messungen augenscheinvalide. </p>	<p> Produktivität: Arbeit (Faktoren, die Arbeit voraussagen können)  Variablen: Hohe Beeinträchtigung, funktionelle Unabhängigkeit (FIM), Alter bei der Verletzung, Geschlecht, Ehestatus, gelernte Arbeit, Ausbildung vor der Verletzung, Arbeit vor der Verletzung, CHART, CIM, mobile Unabhängigkeit, Kompensationsstatus, bezahlte Arbeit nach einem Jahr. </p>	<p> Interview:  Es wurde der Functional Independence Measure (FIM) Score durchgeführt, um die funktionelle Entwicklung in der Reha festzuhalten. Zudem wurde der Community Integration Measure (CIM), welcher durch hohe Scores eine bessere Integration anzeigt. Auch Craig Handicap Assessment and Reporting Technique (CHART), um die Behinderung von QL als Rehatteilnehmer in der Gesellschaft zu messen. Es wurden noch zusätzliche Variablen gemessen. </p>

<p><b>MASSNAHMEN</b></p> <p><i>Wurden die Maßnahmen detailliert beschrieben?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> ja</li> <li><input type="checkbox"/> nein</li> <li><input type="checkbox"/> nicht angegeben</li> </ul> <p><i>Wurde Kontaminierung vermieden?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> ja</li> <li><input type="checkbox"/> nein</li> <li><input type="checkbox"/> nicht angegeben</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> entfällt</li> </ul> <p><i>Wurden gleichzeitige weitere Maßnahmen (Ko-Intervention) vermieden?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> ja</li> <li><input type="checkbox"/> nein</li> <li><input type="checkbox"/> nicht angegeben</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> entfällt</li> </ul>	<p><i>Beschreiben Sie kurz die Maßnahmen (Schwerpunkt, wer führte sie aus, wie oft, in welchem Rahmen). Könnten die Maßnahmen in der ergotherapeutischen Praxis wiederholt werden?</i></p> <p>Interviews wurden durchgeführt nach 6 Wochen und nach 12 Monaten nach dem Verlassen des Spitäles. Nach Möglichkeit wurden sie persönlich durchgeführt ansonsten wurde der Fragebogen versandt oder das Interview per Telefon durchgeführt.</p>
<p><b>ERGEBNISSE</b></p> <p><i>Wurde die statistische Signifikanz der Ergebnisse angegeben?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> ja</li> <li><input type="checkbox"/> nein</li> <li><input type="checkbox"/> entfällt</li> <li><input type="checkbox"/> nicht angegeben</li> </ul> <p><i>War(en) die Analyse methode(n) geeignet?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> ja</li> <li><input type="checkbox"/> nein</li> <li><input type="checkbox"/> nicht angegeben</li> </ul> <p>Logistische Regression und Spearman's Korrelation, beide Methoden brauchen ordinalskalierte Daten, einige Variablen waren ordinalskaliert, anderen</p>	<p><i>Welches waren die Ergebnisse? Waren sie statistisch signifikant (d.h. <math>p &lt; 0.05</math>)? Falls nicht statistisch signifikant: War die Studie groß genug, um einen eventuell auftretenden wichtigen Unterschied anzuzeigen? Falls es um viele Ergebnisse ging: Wurde dies bei der statistischen Analyse berücksichtigt?</i></p> <p>Bivariate Zusammenhänge: Hohe Beeinträchtigung und funktionelle Unabhängigkeit korrelierten signifikant miteinander. Das Alter bei der Verletzung und der Ehestatus ebenfalls. Die CHART Werte korrelierten mit der Mobilitätsunabhängigkeit. Eine bezahlte Arbeit zu haben nach einem Jahr nach der Verletzung hat einen Zusammenhang zu unabhängiger Mobilität, CHART, gelernter Arbeit und funktionelle Unabhängigkeit.</p> <p>Multivariate Ergebnisse: (logistische Regressionsanalyse) gelernte Arbeit wurde im zweiten Schritt als signifikant identifiziert im Zusammenhang mit Arbeit nach einem Jahr nach der Verletzung. Durch den Gebrauch von Variablen, die mit der Verletzung, der Funktionalität und der Demografie zusammenhängen, wurde die Abweichung in Bezug auf den Arbeitsstatus auf 35%</p>

<p>wurde eine Zahlenfolge unterlegt. FIM ist ordinal.</p> <p><i>Wurde die klinische Bedeutung angegeben?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> ja</li> <li><input type="checkbox"/> nein</li> <li><input type="checkbox"/> nicht angegeben</li> </ul>	<p>erhöht. Im dritten Schritt konnten 45% der Abweichung erklärt werden durch das Einbeziehen von demografischen, verletzungsbezogenen-, teilhabe- und Umweltvariablen. Die Umweltfaktoren waren vor allem relevant um einordnen zu können, wer Arbeit gefunden hat (65%). Die Vorhersagbarkeit von Arbeit wurde mit dem Wert des FIMs bei der Entlassung, gelernte Arbeit und Werte der Gesellschaftsintegration in Verbindung gebracht. In Bezug auf die gelernte Arbeit herrscht jedoch grosse Unsicherheit vor. Bei jedem zusätzlichen Punkt im FIM erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass sie angestellt sind (12 Monate danach) um 7%. Die, die eine gelernte Arbeit ausführten, waren 8 mal mehr angestellt. Jeder zusätzliche Punkt in der Gesellschaftsintegration bei der Entlassung bedeutet eine 25% höhere Wahrscheinlichkeit angestellt zu sein.</p> <p><i>Welches war die klinische Bedeutung der Ergebnisse? Waren die Unterschiede zwischen Gruppen (falls es Gruppen gab) klinisch von Bedeutung?</i></p> <p>Die Ergebnisse unterstützen die Wichtigkeit der physischen Interventionen während des Spitalaufenthaltes.</p>
<p><i>Wurden Fälle von Ausscheiden aus der Studie angegeben?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> ja</li> <li><input type="checkbox"/> nein</li> </ul>	<p><i>Schieden Teilnehmer aus der Studie aus? Warum? (Wurden Gründe angegeben, und wurden Fälle von Ausscheiden angemessen gehandhabt?)</i></p> <p>8 schieden aus, weil sie nicht interessiert oder weil es eine zu grosse Verpflichtung war, 3 sprachen kein Englisch, 2 wurden entlassen oder aus Sydney gebracht, eine Person war im Zeugenschutzprogramm (non-compliant). Alle waren Männer mit dem Level C4-L2, 9 Paras und 5 Tetras, die Hälfte hatte komplette Läsionen. 2 starben und einer war vorzeitig pensioniert.</p>
<p><b>SCHLUSSFOLGERUNGEN UND KLINISCHE IMPLIKATIONEN</b></p> <p><i>Waren die Schlussfolgerungen angemessen im Hinblick auf Methoden und Ergebnisse der Studie?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> ja</li> <li><input type="checkbox"/> nein</li> </ul>	<p><i>Zu welchem Schluss kam die Studie? Welche Implikationen haben die Ergebnisse für die ergotherapeutische Praxis? Welches waren die hauptsächlichen Begrenzungen oder systematischen Fehler der Studie?</i></p> <p>Forschungen, welche die Variablen Verletzung, Demografie und Domäne der Integration in die Gesellschaft abdecken, verfügen über eine genaue Einteilung. Es braucht noch weitere Forschung, um die neue Variable der Teilhabe und vorhersagbare Umwelt und persönliche Anzeichen zu untersuchen, vor allem auch in Studien, die einen längeren Abstand zum Spitalaufenthalt erforschen. FIM, CIM, CHART</p>

	<p>und Arbeit vor der Verletzung sind die wichtigsten Prädiktoren.</p> <p>Integration in die Gesellschaft hat eine Auswirkung auf die Arbeit. Erhöhung der Funktionalität (Selbstversorgung, Transfer, Fortbewegung, Kommunikation, soziale Fertigkeiten-&gt; sind alles ET Gebiete) birgt bessere Chancen auf dem Arbeitsmarkt.</p> <p>Limitierung: wenige Teilnehmer in Verhältnis zu dem was sie messen, deshalb weites Konfidenzintervall bei einigen Variablen. Kombination zwischen Tetras und Paras in der Gruppe von schwach Beeinträchtigten obwohl verschiedene Funktionalität und Mobilität Arbeit beeinflusst. Neurologische Schmerzen und Spastik sind nicht untersucht worden. Evtl. 1 Jahr nach Entlassung zu früher Messzeitpunkt. Über die Stabilität dieser Faktoren über verschiedene Jahre (2, 5 Jahr Follow - up) kann nichts ausgesagt werden. Sie sprechen nie über den Kompensationsstatus, sehr hohes Konfidenzintervall.</p>
--	--

Murphy, G., Middleton, J., Quirk, R., De Wolf, A. & Cameron, I., D. (2011).  
**Predicting employment status at 2 years' postdischarge from spinal cord injury rehabilitation.** *Rehabilitation Psychology*, 56, S. 251-256.

### Kommentare

<p><b>ZWECK DER STUDIE</b></p> <p>Wurde der Zweck klar angegeben?</p> <p><input checked="" type="radio"/> ja  <input type="radio"/> nein</p>	<p><i>Skizzieren Sie den Zweck der Studie. Inwiefern bezieht sich die Studie auf Ergotherapie und/oder Ihre Forschungsfrage?</i></p> <p>Es geht darum, Faktoren herauszufinden, welche die Rückkehr zur Arbeit zwei Jahren nach dem Rehaabschluss vorhersagen lassen. Passt zu unserer Forschungsfrage. Suchten vor allem die Faktoren, welche in der Reha beeinflusst werden können, wodurch Relevanz für ET gegeben ist.</p>
<p><b>LITERATUR</b></p> <p>Wurde die relevante Hintergrund- Literatur gesichtet?</p> <p><input checked="" type="radio"/> ja  <input type="radio"/> nein</p>	<p><i>Geben Sie an, wie die Notwendigkeit der Studie gerechtfertigt wurde.</i></p> <p>Sie möchten Variablen aufdecken, die bis jetzt noch nicht so intensiv erforscht wurden, um ein grösseres Verständnis für den Einfluss von Faktoren auf die Wiederaufnahme von Arbeit zu erhalten.</p>
<p><b>DESIGN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> randomisierte kontrollierte Studie (RCT)</li> <li><input type="radio"/> Kohortenstudie</li> <li><input type="radio"/> Einzelfall-Design</li> <li><input type="radio"/> Vorher-Nachher-Design</li> <li><input type="radio"/> Fall-Kontroll-Studie</li> <li><input type="radio"/> Querschnittsstudie</li> <li><input type="radio"/> Fallstudie</li> <li><input type="radio"/> Andere: Explorationsstudie</li> </ul> <p>Mixed-method Design, exploratory study (Quan.), Inhaltsanalyse (Qual.)</p>	<p><i>Beschreiben Sie das Studiendesign. Entsprach das Design der Studienfrage (z.B. im Hinblick auf den Wissensstand zur betreffenden Frage, auf Ergebnisse (outcomes), auf ethische Aspekte)?</i></p> <p>Eine Explorationsstudie erkundet ein neues Gebiet. Dies trifft in diesem Fall zu, da sie Faktoren, welche die Arbeit zwei Jahren nach der QL untersuchen. Diese Zeitbegrenzung ist neu.</p> <p><i>Spezifizieren Sie alle systematischen Fehler (Verzerrungen, bias), die vielleicht aufgetreten sein könnten, und in welche Richtung sie die Ergebnisse beeinflussen.</i></p> <p>Tiefe Beschäftigungsrate (wenige Studienteilnehmer waren angestellt), dies trägt eventuell dazu bei, dass die angestellten Personen besser eingeordnet werden konnten. Relativ kleine Stichprobe (Limitierung)</p>
<p><b>STICHPROBE</b></p> <p>N= 72/ 60</p> <p>Wurde die Stichprobe detailliert beschrieben?</p> <p><input checked="" type="radio"/> ja  <input type="radio"/> nein</p>	<p><i>Stichprobenauswahl (wer, Merkmale, wie viele, wie wurde die Stichprobe zusammengestellt?). Bei mehr als einer Gruppe: Waren die Gruppen ähnlich?</i></p> <p>Die Einschlusskriterien beinhalten 16-65 Jahre, traumatische QL, medizinisch stabil, neurologischen Einschränkungen und australische Staatsbürgerschaft.</p> <p><i>Beschreiben Sie die Ethik-Verfahren. Wurde wohlinformierte Zustimmung eingeholt?</i></p>



<p>Wurde die Stichprobengröße begründet?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> ja</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> nein</li> <li><input type="checkbox"/> entfällt</li> </ul>	<p>Die Teilnehmer stimmten zu, mit einer schriftlichen Einverständniserklärung. Die Studie wurde durch die Ethikkommission der Spitäler geprüft.</p> <p>Anmerkung Stichprobengröße: Die Größe nicht direkt aber die Wiedergabe der australischen Bevölkerung. Sie achteten darauf gleiche Prozentzahlen wie in der Gesamtbevölkerung für Paras und Tetras zu nehmen.</p> <p>Es wurde dieselbe Population wie in Murphy, Middleton, Quirk, De Wolf &amp; Cameron (2009) verwendet. Siehe Studie Tabelle 1 für detailliertere Informationen.</p>	
<p><b>Ergebnisse (outcomes)</b></p> <p>Waren die outcome Messungen zuverlässig (reliabel)?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> ja</li> <li><input type="checkbox"/> nein</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> nicht angegeben</li> </ul> <p>FIM, SPRS und Moorong Self- Efficacy Scale wurden verwendet, andere nicht angegeben.</p> <p>Waren die outcome Messungen gültig (valide)?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> ja</li> <li><input type="checkbox"/> nein</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> nicht angegeben</li> </ul> <p>Verwendung von CIM, Rest ist nicht angegeben.</p>	<p><i>Geben Sie an, wie oft outcome Messungen durchgeführt wurden (also vorher, nachher, bei Nachbeobachtung(pre-, post- follow up)).</i></p> <p>Es wurden zwei Messungen gemacht, die erste beim Spitalaustritt und die zweite 24 Monate danach.</p> <p><i>Outcome Bereiche (z.B. Selbstversorgung (self care), Freizeit)</i></p>	<p><i>Listen Sie die verwendeten Messungen auf</i></p>
	<p>Produktivität: Vorhersage von Arbeit zwei Jahren nach QL Variablen: Funktionelle Unabhängigkeit (FIM), Arbeit vor der Verletzung, Integration in die Gesellschaft (CIM), Unabhängigkeit in der Mobilität, Kontrollüberzeugung, Selbstwirksamkeit, Wichtigkeit der Arbeit, Arbeit nach der Verletzung.</p>	<p>Interview oder Fragebogen: FIM, CIM, Moorong Self-Efficacy Scale, SPRS</p>
<p><b>MASSNAHMEN</b></p> <p>Wurden die Maßnahmen detailliert beschrieben?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> ja</li> <li><input type="checkbox"/> nein</li> <li><input type="checkbox"/> nicht angegeben</li> </ul> <p>Wurde Kontaminierung vermieden?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> ja</li> </ul>	<p><i>Beschreiben Sie kurz die Maßnahmen (Schwerpunkt, wer führte sie aus, wie oft, in welchem Rahmen). Könnten die Maßnahmen in der ergotherapeutischen Praxis wiederholt werden?</i></p> <p>Es wurden zwei Interviews persönlich und nach Möglichkeit bei den Teilnehmern zu Hause durchgeführt. Aufgrund von weiten Distanzen wurden einige Interviews telefonisch oder per Post mit einem Fragebogen durchgeführt.</p>	

<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> <i>nein</i></li> <li><input type="radio"/> <i>nicht angegeben</i></li> <li><input checked="" type="radio"/> <i>entfällt</i></li> </ul> <p><i>Wurden gleichzeitige weitere Maßnahmen (Ko-Intervention) vermieden?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> <i>ja</i></li> <li><input type="radio"/> <i>nein</i></li> <li><input type="radio"/> <i>nicht angegeben</i></li> <li><input checked="" type="radio"/> <i>entfällt</i></li> </ul>	
<p><b>ERGEBNISSE</b></p> <p><i>Wurde die statistische Signifikanz der Ergebnisse angegeben?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="radio"/> <i>ja</i></li> <li><input type="radio"/> <i>nein</i></li> <li><input type="radio"/> <i>entfällt</i></li> <li><input type="radio"/> <i>nicht angegeben</i></li> </ul> <p><i>War(en) die Analysemethode(n) geeignet?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="radio"/> <i>ja</i></li> <li><input type="radio"/> <i>nein</i></li> <li><input type="radio"/> <i>nicht angegeben</i></li> </ul> <p>Ausrechnung von Korrelationen und DFA und Inhaltsanalyse. DFA streng genommen nicht machbar aber dennoch vertretbar.</p> <p><i>Wurde die klinische Bedeutung angegeben?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="radio"/> <i>ja</i></li> <li><input type="radio"/> <i>nein</i></li> <li><input type="radio"/> <i>nicht angegeben</i></li> </ul>	<p><i>Welches waren die Ergebnisse? Waren sie statistisch signifikant (d.h. <math>p &lt; 0.05</math>)? Falls nicht statistisch signifikant: War die Studie groß genug, um einen eventuell auftretenden wichtigen Unterschied anzuzeigen? Falls es um viele Ergebnisse ging: Wurde dies bei der statistischen Analyse berücksichtigt?</i></p> <p>Korrelation: FIM –Werte, Integration in die Gesellschaft, Arbeit vor der Verletzung, Kontrollüberzeugung, Wichtigkeit der Arbeit und Mobilität waren mit dem Kriterium (Arbeit oder nicht) signifikant verbunden.</p> <p>DFA: Ein signifikanter Unterschied zwischen angestellten und nicht angestellten Personen wurde in Bezug zu den FIM-Werten, Integration in die Gesellschaft, Arbeit vor der Verletzung, Wichtigkeit der Arbeit und Mobilität gefunden (Tabelle 4). Arbeit vor der Verletzung, FIM und CIM sind am Wichtigsten. Die anderen Variablen haben einen kleineren aber nicht irrelevanten Effekt. (Wie Studie 30) Personen, die Arbeit haben, konnten besser klassifiziert werden (83%). Mittlere Klassifikationsfähigkeit (72%) konnte erreicht werden.</p> <p>Die qualitative Untersuchung ergab, dass soziale Unterstützung, die persönliche Motivation und die Arbeitscharakteristiken die Wiederaufnahme von Arbeit positiv beeinflusste. Als Barrieren wurden keine Übereinstimmung zwischen Job und Person, Gesundheitsprobleme, physischer Zugang (Barrierefreiheit), Keine Arbeit wegen Weiterbildung oder Trainingsprogramm, Verantwortung zu Hause, finanziell nicht notwendig, negative Haltung des Arbeitgebers und Suche nach einem besseren Job.</p> <p><i>Welches war die klinische Bedeutung der Ergebnisse? Waren die Unterschiede zwischen Gruppen (falls es Gruppen gab) klinisch von Bedeutung?</i></p>

	<p>Integration in Gesellschaft wichtig zu wissen für Rehaarbeitskräfte, Fokus auch auf physischen Interventionen, Einbezug von Mobilität in Reha und in ambulanter Therapie nachgefragt, weil nach Austritt oft noch nicht bekannt. Soziale Unterstützung sehr wichtig.</p>
<p><i>Wurden Fälle von Ausscheiden aus der Studie angegeben?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> ja</li> <li><input type="checkbox"/> nein</li> </ul>	<p><i>Schieden Teilnehmer aus der Studie aus? Warum? (Wurden Gründe angegeben, und wurden Fälle von Ausscheiden angemessen gehandhabt?)</i></p> <p>Ja, es wurden nur die schlussendlich 60 vollständigen Fragebögen/ Interviews mit einbezogen. Es wurden 72 Personen miteinbezogen zu Beginn. Was mit den 12 Personen passierte ist unklar und nicht begründet (Kritik).</p>
<p><b>SCHLUSSFOLGERUNGEN UND KLINISCHE IMPLIKATIONEN</b></p> <p><i>Waren die Schlussfolgerungen angemessen im Hinblick auf Methoden und Ergebnisse der Studie?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> ja</li> <li><input type="checkbox"/> nein</li> </ul>	<p><i>Zu welchem Schluss kam die Studie? Welche Implikationen haben die Ergebnisse für die ergotherapeutische Praxis? Welches waren die hauptsächlichsten Begrenzungen oder systematischen Fehler der Studie?</i></p> <p>Vergleichbare Resultate mit anderen Studien, weitere Forschung bezüglich weniger traditioneller Variablen. Integration in Gesellschaft wichtig zu wissen für Rehaarbeitskräfte, Fokus auch auf physischen Interventionen, Einbezug von Mobilität in Reha und fortlaufend. Soziale Unterstützung sehr wichtig. ET kann überall gut ansetzen.</p> <p>Limitierungen: Kleine Arbeitsrate nach der Verletzung, kleine Anzahl von Teilnehmer im Zusammenhang mit den getesteten Variablen, unbekannte Reliabilität bei einigen Assessments.</p>