



Bachelorarbeit

Mit der CO-OP-Methode zu mehr Selbständigkeit

Verbesserung der Betätigungsperformanz bei Erwachsenen nach einem CVI

Bachmann Bettina, S10-867-885
Dubach Jasmin, S10-868-958

Departement:	Gesundheit
Institut:	Institut für Ergotherapie
Studienjahr:	2010
Eingereicht am:	03. Mai 2013
Betreuende Lehrperson:	Bianca Köller Looser

Inhaltsverzeichnis

Abstract	5
1 Einleitung	6
1.1 Problemstellung	6
1.2 Relevanz für die Praxis	7
1.3 Zielsetzung und Fragestellung	8
1.4 Abgrenzung des Themas	9
2 Theoretische Grundlagen.....	10
2.1 Cognitive Orientation to daily Occupational Performance	10
2.2 Cerebrovaskulärer Insult.....	14
2.3 Canadian Model of Occupational Performance and Engagement	14
3 Methodisches Vorgehen.....	17
3.1 Gliederung der Arbeit.....	17
3.2 Literatursuche	17
4 Resultate	20
4.1 Studie 1	20
4.2 Studie 2.....	25
4.3 Studie 3.....	29
4.4 Studie 4.....	33
4.5 Studie 5.....	38
5 Diskussion.....	41
5.1 Person.....	41
5.2 Betätigung.....	45
5.3 Umwelt.....	47
5.4 Engagement.....	49

5.5	Einfluss einiger Merkmale der CO-OP-Methode auf die Betätigungsperformanz.....	50
6	Schlussfolgerung.....	53
6.1	Zusammenfassung der wichtigsten Erkenntnisse in Bezug auf die Fragestellung	53
6.2	Theorie-Praxis-Transfer	54
6.3	Kritische Beurteilung der Arbeit.....	56
6.4	Weiterführende Fragestellungen.....	57
7	Verzeichnisse.....	58
7.1	Literaturverzeichnis.....	58
7.2	Abbildungsverzeichnis	62
7.3	Tabellenverzeichnis	62
7.4	Abkürzungsverzeichnis	63
8	Danksagung.....	64
9	Eigenständigkeitserklärung	65
10	Anhang.....	66
10.1	Tabellen der bewerteten Hauptstudien	66
10.2	Wortanzahl.....	115

Zur besseren Lesbarkeit der vorliegenden Arbeit wird bei der Bezeichnung von Personen immer die männliche Form für beide Geschlechter verwendet, ausser, wenn es sich explizit nur um Frauen handelt. Mit dem Begriff Autorinnen sind die Verfasserinnen der Bachelorarbeit gemeint.

Abstract

Hintergrund: Menschen nach einem Cerebrovaskulären Insult (CVI) leiden oftmals unter bleibenden Symptomen. Sie sind bei alltäglichen Handlungen in ihrer Selbständigkeit und Partizipation eingeschränkt. Aktuelle Forschungen suchen nach einer neuen Interventionsmethode für Klienten nach einem CVI, die dem aktuellen biopsychosozialen Paradigma der Ergotherapie entspricht. Die Problemlösungsmethode Cognitive Orientation to daily Occupational Performance (CO-OP) scheint dafür geeignet.

Ziel: In dieser Bachelorarbeit wird erörtert, welche Möglichkeiten die CO-OP-Methode in der ambulanten Rehabilitation bei Klienten nach einem CVI in Bezug auf die Betätigungsperformanz bietet.

Methode: Die Fragestellung wird anhand einer Literaturliteraturarbeit beantwortet. Die Erkenntnisse werden in die Struktur des Canadian Model of Human Occupation and Engagement (CMOP-E) eingeteilt.

Resultate: Die Ergebnisse zeigen auf, dass die CO-OP-Methode die Betätigungsperformanz positiv beeinflussen kann. Fertigkeiten können durch den Einsatz der CO-OP-Methode erworben sowie generalisiert und transferiert werden. Es können keine eindeutigen Ergebnisse zu Bereichen wie Körperfunktionen oder Partizipation gefunden werden.

Schlussfolgerungen: Durch die Problemlösungsmethode werden die Klienten befähigt Fertigkeiten selbständig zu erarbeiten. Die Umsetzung der CO-OP-Methode in der ambulanten ergotherapeutischen Praxis der Schweiz ist mit dem geforderten biopsychosozialen Paradigma vereinbar. Empfohlen wird der Einsatz der CO-OP-Methode zur Verbesserung der Betätigungsperformanz bei Klienten mit motorischen Einschränkungen nach einem CVI.

Keywords: CO-OP, Adults, Stroke, Occupational Performance, Ambulatory Care

1 Einleitung

„There’s a real plan here and I’m responsible for that plan and that [is] good” (McEwen, Polatajko, Davis, Huijbregts und Ryan, 2010, S. 545). So beschreibt ein Klient seine Erfahrungen mit der ergotherapeutischen Behandlungsmethode *Cognitive Orientation to daily Occupational Performance* (CO-OP). Die vorliegende Bachelorarbeit befasst sich mit aktuellen Erkenntnissen über den Einsatz der CO-OP-Methode und deren Einfluss auf die Betätigungsperformanz bei erwachsenen Klienten nach einem Cerebrovaskulären Insult (CVI).

1.1 Problemstellung

Im Jahr 2011 erlitten 11'522 Personen in der Schweiz einen CVI (Bundesamt für Statistik (BFS), 2013b). Erkrankungen des Kreislaufsystems, unter welche auch ein CVI fällt, waren im Jahr 2011 mit 11 % aller in Schweizer Krankenhäusern gestellten Diagnosen die dritthäufigste Hospitalisierungsursache (BFS, 2013a). In Industrieländern ist ein CVI die häufigste Ursache für eine dauerhafte Behinderung (Aikele, 2004). Hartman-Maeir, Soroker, Ring, Avni und Katz (2007) fanden heraus, dass Menschen, welche einen CVI erlitten hatten, auch ein Jahr nach dem Ereignis noch immer auf Hilfe bei alltäglichen Aktivitäten angewiesen waren. Zwar waren die Personen grösstenteils in einfachsten Handlungen wie Essen selbstständig, die Mehrheit brauchte jedoch bei Tätigkeiten wie Körperpflege, Einkauf oder Essenszubereitung Unterstützung. Zudem stellten die Forscher fest, dass die Betroffenen durchschnittlich über die Hälfte ihrer aktiven und sozialen Freizeitaktivitäten aufgaben. Nur gerade ein Drittel der Studienteilnehmer war ein Jahr nach dem CVI grundsätzlich zufrieden mit ihrer Lebenssituation. Die Forschungsgruppe untersuchte zugleich Zusammenhänge zwischen der Selbstständigkeit bei Aktivitäten, der Partizipation und der Lebenszufriedenheit. Sie fand heraus, dass Einschränkungen bei täglichen Aktivitäten die Partizipation im Alltag negativ beeinflusst, was sich schliesslich in einer allgemeinen Unzufriedenheit mit dem Leben äussert. Bis anhin sind jedoch kaum evidenzbasierte Leitlinien für die Behandlung von Klienten nach einem CVI vorhanden (Henshaw, Polatajko, McEwen, Ryan und Baum, 2011).

1.2 Relevanz für die Praxis

Nach Ansicht von Polatajko, McEwen, Ryan und Baum (2012) muss ein neues, holistisches Interventionsparadigma gefunden werden, um die Rehabilitation von Klienten nach einem CVI zu verbessern. Grundsätzlich können ergotherapeutische Interventionen entweder nach dem Bottom-up-Ansatz oder dem Top-down-Ansatz strukturiert werden (Haase, 2011). Beim Bottom-up-Ansatz wird von der Annahme ausgegangen, dass der (Wieder-) Erwerb von motorischen, kognitiven und psychologischen Fertigkeiten in einer besseren Performanz in alltäglichen Aktivitäten resultiert (Weinstock-Zlotnick und Hinojosa, 2004). Beim Top-down-Ansatz steht die Betätigung an sich im Zentrum der Therapie und die einzelnen Faktoren einer Aktivität werden erst zu einem späteren Zeitpunkt betrachtet. Momentan findet in der Ergotherapie ein Wechsel vom biomedizinischen zum biopsychosozialen Paradigma statt, der in Zusammenhang mit diesen beiden Ansätzen steht (ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz (EVS), 2005). Nach dem neuen biopsychosozialen Paradigma, welches sich nach dem Top-down-Ansatz richtet, soll in der Therapie durch das Durchführen von Tätigkeiten eine Verbindung zwischen der Person und seiner Umwelt geschaffen werden (EVS, 2005).

Aus diesem Paradigmenwandel heraus entstand die CO-OP-Methode (Polatajko und Mandich, 2004). Die Forscher wollten eine kognitive Therapieform für Kinder, welche Schwierigkeiten beim Erlernen von motorischen Fertigkeiten haben, entwickeln, deren Fokus auf der Ausführung von konkreten Tätigkeiten liegt und die Interaktion zwischen der Person, der Umwelt und der Aufgabe mit einbezieht. Gemäss Missiuna, Malloy-Miller und Mandich (1997) beinhaltet ein kognitiver Behandlungsansatz im Sinne des Top-down-Paradigmas das Arbeiten mit dem Klienten, während er alltägliche Betätigungen durchführt. Dabei werden keine kognitiven Fertigkeiten gelehrt, sondern der Klient wird dabei unterstützt, kognitive Prozesse und Strategien, welche er bei der Durchführung einer Handlung benötigt, bewusst zu nutzen.

Polatajko, Mandich, Miller und Macnab (2001) haben in der Therapie mit in der Motorik eingeschränkten Kindern herausgefunden, dass die Anwendung der CO-OP-Methode beim Erwerb von neuen Fertigkeiten Evidenz zeigt. Zudem gibt es Anzeichen dafür, dass mit dem Einsatz der CO-OP-Methode neuerlernte Fertigkeiten effektiver in den Alltag transferiert werden können als mit herkömmlichen

Therapieansätzen (Miller, Polatajko, Missiuna, Mandich und Macnab, 2001). Dies wirkt sich positiv auf die Betätigungsperformanz aus (Polatajko et al., 2001), was wiederum die Selbständigkeit bei alltäglichen Aktivitäten erhöht (Polatajko und Mandich, 2004).

Aktuelle Forschungen befassen sich mit der Frage, ob mit dem Einsatz der CO-OP-Methode auch die Betätigungsperformanz von Klienten nach einem CVI positiv beeinflusst werden kann (McEwen, Polatajko, Huijbregts und Ryan, 2009). Gemäss einem Review von McEwen, Huijbregts, Ryan und Polatajko (2009) können bei Klienten, die nach einem CVI unter chronischen Symptomen leiden, durch den Einsatz von kognitiven Strategien sowohl motorische wie auch kognitive Fortschritte hervorgerufen werden. Durch die CO-OP-Methode könnte zudem die Betätigungsperformanz im Alltag durch die unterstützte Generalisierung und den Transfer verbessert werden (Polatajko und Mandich, 2004).

Aus den oben angeführten Gründen scheint es angebracht, sich näher mit dem Einsatz der Methode in der neurologischen Rehabilitation von Klienten nach einem CVI auseinanderzusetzen.

1.3 Zielsetzung und Fragestellung

Das Ziel der vorliegenden Bachelorarbeit ist, einen wissenschaftlichen Überblick über die Möglichkeiten der CO-OP-Methode in Bezug auf die Verbesserung der Betätigungsperformanz von Klienten nach einem CVI herauszuarbeiten. Anhand aktueller Literatur soll herausgefunden werden, ob es erwachsenen Klienten nach einem CVI in der ambulanten Ergotherapie mithilfe der CO-OP-Methode gelingt, Fertigkeiten zu erlernen, zu generalisieren und zu transferieren. Es wird aufgezeigt, inwiefern Klienten nach einem CVI durch CO-OP-Interventionen in ihrem Wiedererwerb der gewünschten Betätigungsperformanz unterstützt werden können. Entsprechend dazu wurde folgende Fragestellung formuliert.

Welche Möglichkeiten weist die Methode *Cognitive Orientation to daily Occupational Performance* in der ambulanten ergotherapeutischen Behandlung erwachsener Klienten nach einem Cerebrovaskulären Insult in Bezug auf die Betätigungsperformanz auf?

1.4 Abgrenzung des Themas

Um konkrete Ergebnisse mit Empfehlungen für die Praxis zu erhalten, befasst sich diese Arbeit ausschliesslich mit dem Einsatz der CO-OP-Methode in der ambulanten ergotherapeutischen Behandlung von Klienten nach einem CVI. Es findet eine Abgrenzung zur stationären Rehabilitation oder zu Klienten mit anderen neurologischen Diagnosen statt. Die Erkenntnisse der Arbeit richten sich auf die Performanz bei der Betätigungsausführung aus und beinhalten keine rein funktionellen Ergebnisse. Es wird kein Vergleich zwischen der Behandlung mit der CO-OP-Methode und andern ergotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten bei Klienten nach einem CVI gemacht. Zudem wird keine Gegenüberstellung zwischen dem Einsatz der CO-OP-Methode in der Pädiatrie und bei Erwachsenen vorgenommen.

2 Theoretische Grundlagen

In diesem Kapitel wird die CO-OP-Methode und die Diagnose CVI erläutert. Zudem wird das *Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E)* beschrieben, nach welchem der Begriff Betätigungsperformanz definiert ist.

2.1 Cognitive Orientation to daily Occupational Performance

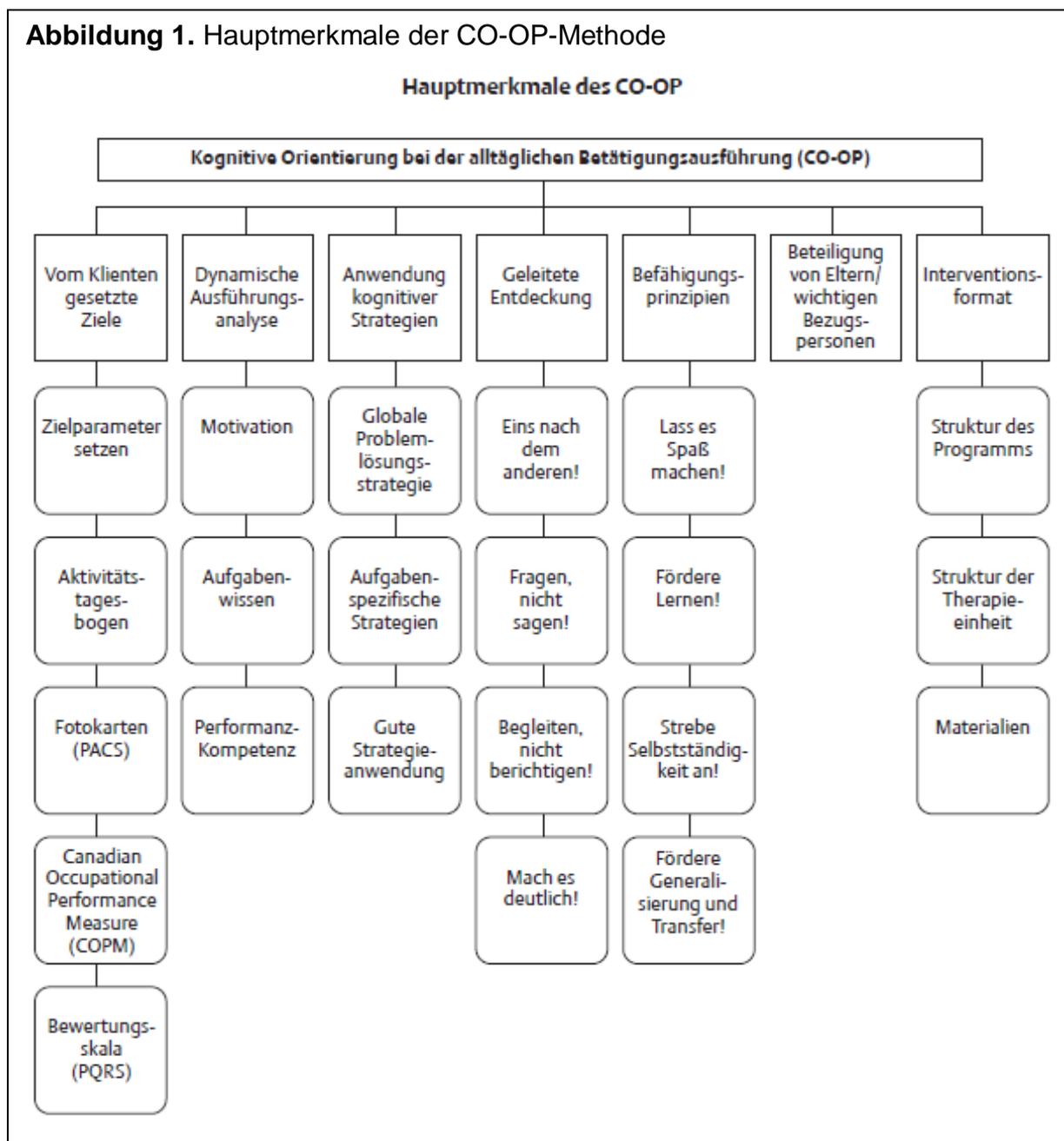
Cognitive Orientation to daily Occupational Performance (CO-OP), ist eine klientenzentrierte, ausführungsbasierte und ganzheitliche Problemlösungsmethode, welche den Erwerb von motorischen Fertigkeiten ermöglicht (Polatajko und Mandich, 2004). Ins Deutsche wird CO-OP als kognitive Orientierung in der alltäglichen Betätigungsausführung übersetzt (Polatajko und Mandich, 2008). Die Forscherinnen bezeichnen mit dem Begriff kognitive Orientierung die Problemlösungsmethode, in welcher kognitive Strategien genutzt werden. Der Begriff alltägliche Betätigungsausführung kennzeichnet die praktische Ausführung von Handlungen, die im täglichen Leben durchgeführt werden. Durch die Kurzform CO-OP wird zudem die Kooperation zwischen dem Therapeuten und dem Klienten betont. Die übergeordneten Ziele der CO-OP-Methode sind der Erwerb von Fertigkeiten, das Erlernen und Nutzen von kognitiven Strategien, die Generalisierung der neu erworbenen Fertigkeiten im Alltag, sowie der Transfer der Strategien auf das Lernen ähnlicher Fertigkeiten (Polatajko und Mandich, 2008).

Helene Polatajko begann in den frühen Neunzigerjahren mit Kolleginnen die Entwicklung der CO-OP-Methode, um einen neuen Behandlungsansatz für Kinder mit der Diagnose *Developmental Coordination Disorder (DCD)* zu kreieren (Missiuna, Mandich, Polatajko und Malloy-Miller, 2001). Die CO-OP-Methode baut auf Theorien der Lernpsychologie und der kognitiven Psychologie auf (Missiuna et al., 2001). So fließt das Wissen von Vygotsky, einem russischen Psychologen, über das verbale Selbststrukturieren von Kindern beim Problemlösen mit ein. Daraus entwickelte Meichenbaum (1991, zit. nach Missiuna et al., 2001, S. 72) die Problemlösestruktur *Goal-Plan-Do-Check*, welche die globale Strategie der CO-OP-Methode bildet. Des Weiteren wurde die interaktive Technik von Feuerstein und Haywood hinzugezogen, die Kindern hilft aus ihren Erfahrungen beim Durchführen von Tätigkeiten zu lernen (Feuerstein, Hofman und Miller, 1980, zit. nach Missiuna et al., 2001). Die geleitete Entdeckung der CO-OP-Methode basiert darauf (Missiuna et al., 2001). Diese

Grundlagen wurden mit Theorien über motorisches Lernen und motorischer Kontrolle kombiniert und in der CO-OP-Methode vereint (Missiuna et al., 2001).

Die Therapien nach dem CO-OP-Protokoll sind nach sieben Hauptmerkmalen aufgebaut, welche wiederum in Unterkategorien aufgeteilt sind. In der Abbildung 1 ist die Struktur der CO-OP-Methode mit ihren Hauptmerkmalen dargestellt und wird im nachfolgenden Text gemäss Polatajko und Mandich (2008) zusammengefasst.

Abbildung 1. Hauptmerkmale der CO-OP-Methode



Vom Klienten gesetzte Ziele

Bei der CO-OP-Methode wird Wert auf die Perspektive des Klienten gelegt, was mit der Zielsetzung beginnt und sich über die gesamte Interventionsdauer fortsetzt. So werden zu Beginn des Therapieprozesses gemeinsam mit dem Klienten drei Fertigkeiten bestimmt, welche er in der Therapie erarbeiten möchte. Durch die selbstgewählten Ziele ist der Klient bestrebt die Fertigkeiten zu erlernen, das Gelernte im Alltag umzusetzen und überträgt die gelernten Strategien einfacher auf andere Tätigkeiten.

Dynamische Ausführungsanalyse

Bei der dynamischen Ausführungsanalyse handelt es sich um einen durch Beobachtungen gestützten Prozess, welcher vom Therapeuten bei allen Handlungen des Klienten durchgeführt wird. Sie wird dazu verwendet, um Performanzprobleme zu erkennen und mögliche Strategien zur Behebung des Problems herauszufinden.

Anwendung kognitiver Strategien

Bei der CO-OP-Methode soll der Klient bewusst über das eigene Handeln nachdenken. Dazu werden die globale Strategie und aufgabenspezifische Strategien eingesetzt. Die globale Strategie, die Leitstrategie der CO-OP-Methode, wird dem Klienten gelehrt und bei jeder Therapie benutzt. Es handelt sich um die *Ziel-Plan-Tu-Check-Strategie*. Beim Durchführen von Tätigkeiten soll der Klient zuerst das Ziel der Aufgabe definieren und anschliessend einen Plan entwickeln, wie dieses Ziel erreicht werden kann. In einem dritten Schritt soll dieser Plan ausgeführt werden und schliesslich das erreichte Resultat mit dem zu Beginn gesetzten Ziel verglichen werden. Die globale Strategie hilft, das Gespräch über Fertigkeiten zu strukturieren, fördert die metakognitiven Prozesse und der Klient lernt sich selbständig zu steuern. Es werden bei der CO-OP-Methode zusätzlich aufgabenspezifische Strategien verwendet, welche der Klient selbst entdecken soll. Solche Strategien sind individuell auf die Person und die spezifische Aufgabe zugeschnitten. Zu einer guten Strategieranwendung kommt es, wenn der Klient verstanden hat, dass beim Scheitern einer Aufgabe nicht die eigene Unfähigkeit dazu geführt hat, sondern dass die dazu verwendete Strategie nicht ausgereicht hat und angepasst werden muss.

Geleitete Entdeckung

In der CO-OP-Methode hängt der Prozess der geleiteten Entdeckung eng mit der Verwendung der globalen Strategie zusammen. Die Klienten werden mit Hinweisen auf die globale Strategie vom Therapeuten angeleitet ihre Performanzprobleme selbständig zu lösen.

Befähigungsprinzipien

Es geht bei den CO-OP-Interventionen nicht darum die Klienten zu behandeln, sondern sie zu befähigen. Dies bedeutet, dass die klientenzentrierte Perspektive der Ergotherapie in die Methode mit einfließt und die Klienten als aktive Partner in die Therapie mit einbezogen und zum selbstständigen Handeln befähigt werden sollen.

Beteiligung von Eltern / wichtigen Bezugspersonen

In der Therapie mit der CO-OP-Methode spielen die Bezugspersonen eine wichtige Rolle, um den Lernprozess zu unterstützen. Die Bezugspersonen sollen die wichtigsten Hauptmerkmale der CO-OP-Methode wie die globale Strategie und die geleitete Entdeckung kennen. Ihre Aufgabe ist es den Erwerb von neuen Fertigkeiten zu unterstützen und die Generalisierung und den Transfer in den Alltag zu ermöglichen.

Interventionsformat

Die Interventionen mit der CO-OP-Methode verlaufen in einer speziellen Programmstruktur. Die globale Strategie *Ziel-Plan-Tu-Check* gibt den Aufbau vor. In der ersten Phase, der Vorbereitungsphase, geht es vor allem um das Setzen von Zielen, also das Definieren von Fertigkeiten, welche der Klient in der Therapie erlernen soll. Bei der zweiten Phase, der Lernphase, welche zehn Therapieeinheiten umfasst, geht es um den Plan und das Tun. Es sollen konkrete Fertigkeiten erlernt werden. Dazu werden verschiedene Merkmale der CO-OP-Methode, wie beispielsweise die globale Strategie, die dynamische Ausführungsanalyse und die geleitete Entdeckung genutzt. In der dritten Phase, der Überprüfungsphase, geht es um den Check. Dabei wird der Therapieprozess evaluiert und mit dem Klienten die Fortschritte besprochen.

2.2 Cerebrovaskulärer Insult

Ein CVI, unter anderem bezeichnet als Schlaganfall, Stroke, Apoplex oder Hirnschlag, entsteht durch eine akute arterielle Durchblutungsstörung des Gehirns oder durch eine intrazerebrale Blutung (Aikele, 2004; Jürgens, 2007). In 85 % aller Fälle kommt es durch Gefäßverengung oder -verschluss zu einem ischämischen Insult (Aikele, 2004; Dünnwald, 2009). Bei 15 % der Fälle handelt es sich um einen hämorrhagischen Insult, welcher durch eine intrazerebrale Einblutung verursacht wird (Aikele, 2004). Sowohl beim ischämischen wie auch beim hämorrhagischen Insult wird die lebensnotwendige, kontinuierliche Sauerstoff- und Nährstoffzufuhr unterbrochen, wodurch das Hirngewebe geschädigt wird (Dünnwald, 2009). Dies führt abhängig von der Lokalisation der zerebralen Störung zu einem neurologischen Defizit (Aikele, 2004). Zu den häufigsten Symptomen zählen der Ausfall der Willkürmotorik und der Sensorik (motorische und sensorische Hemiparese), Sprachstörungen (Aphasie) und Sehstörungen (Hemianopsie, Neglect) (Ringelstein und Nabavi, 2004; Jürgens, 2007). Treten die Symptome nur vorübergehend auf und bilden sich innert 24 Stunden zurück, wird von einer transitorischen, ischämischen Attacke gesprochen (Ringelstein und Nabavi, 2004). Als vollendeter Insult wird ein CVI bezeichnet, bei welchem die Symptome mehr als 24 Stunden bestehen bleiben und teilweise nicht reversibel sind.

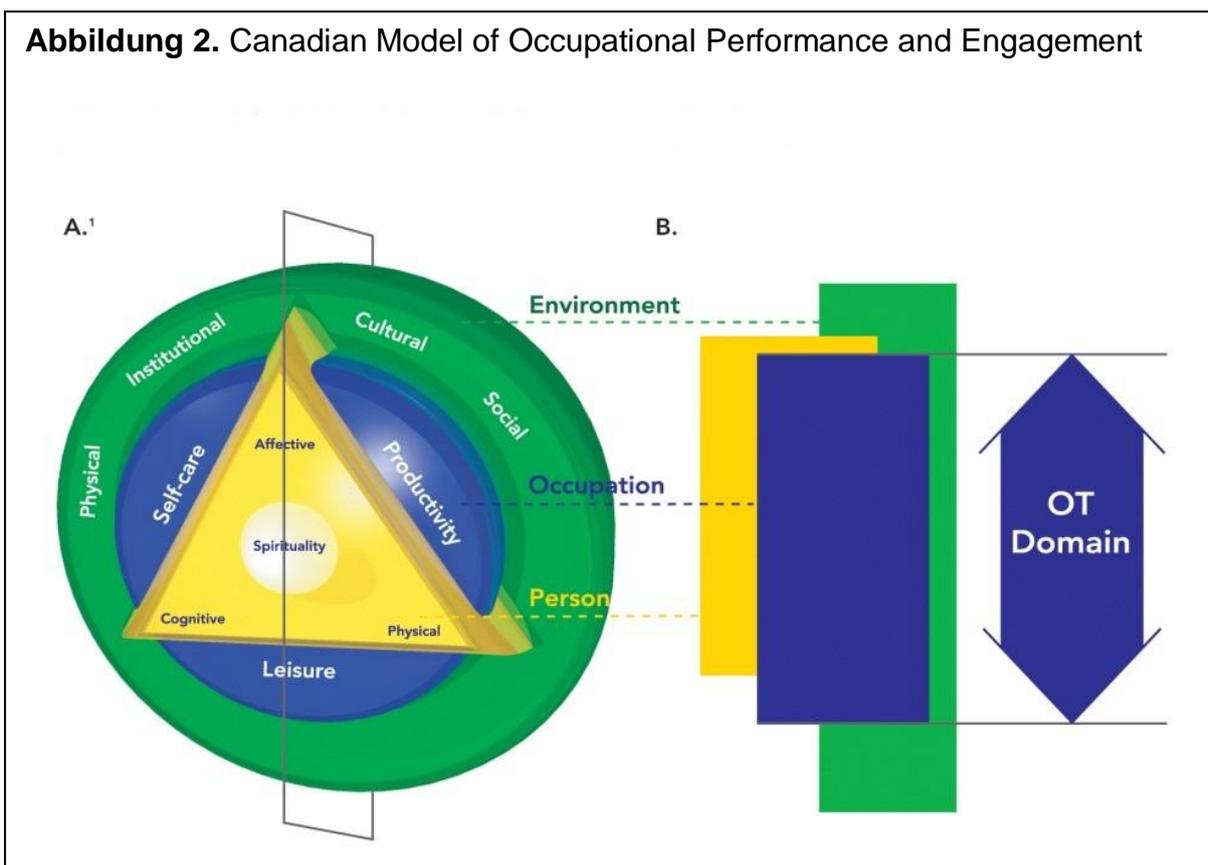
2.3 Canadian Model of Occupational Performance and Engagement

Begründung der Modell-Wahl

Bereits der Name *Cognitive Orientation to daily Occupational Performance* beinhaltet den Begriff *Occupational Performance*, also Betätigungsperformanz, worauf der Fokus der CO-OP-Methode liegt (Polatajko und Mandich, 2008). Bei der Definierung der Betätigungsperformanz orientierten sich die Forscherinnen am *Canadian Model of Occupational Performance* (CMOP). Aus diesem Grund wird in dieser Bachelorarbeit der Begriff Betätigungsperformanz ebenfalls im Sinne des CMOP verwendet. Die Erweiterung dieses Modells, das *Canadian Model of Occupational Performance and Engagement* (CMOP-E), wird zudem zur Strukturierung des Resultate- und Diskussionsteils genutzt.

Canadian Model of Occupational Performance and Engagement

Das im Jahr 2007 veröffentlichte CMOP-E ist eine Erweiterung des 1997 veröffentlichten CMOP (Dehnhardt, 2012). Das CMOP unterstützt Ergotherapeuten darin, Betätigungsbedürfnisse ihrer Klienten klientenzentriert anzugehen (Law, Polatajko, Baptiste und Townsend, 2002). Das CMOP-E ist in der Abbildung 2 grafisch dargestellt.



Im linken Teil der Abbildung ist die *Betätigungsperformanz* dargestellt, welche sich gemäss Law et al. (2002) aus der Interaktion zwischen der Person und ihrer Betätigung und Umwelt ergibt. Die Betätigungsperformanz ist abhängig von der Fähigkeit bedeutungsvolle Betätigungen auszuwählen, zu organisieren und zufriedenstellend auszuführen, um sich selbst zu versorgen, Freude am Leben zu haben und um zum sozialen und ökonomischen Gefüge der Gesellschaft beizutragen. Der rechte Teil der Grafik spiegelt den *ergotherapeutischen Arbeitsbereich* wider, nämlich die Ermöglichung der Betätigung an sich (Polatajko et al., 2007). Teile der Umwelt oder der Person, die sich nicht mit der Betätigung überschneiden, liegen ausserhalb des Zuständigkeitsbereiches der Ergotherapie.

Der Mensch wird im Modell als eine in die Umwelt eingebettete, handelnde Person präsentiert (Law et al., 2002). Gemäss Law et al. (2004) sind zentrale Elemente der *Person* die Spiritualität und die physischen, affektiven und kognitiven Komponente. Als Spiritualität bezeichnen die Forscher die inneren Anteile einer Person, welche sie motivieren, sich den Aufgaben des täglichen Lebens zu stellen. Die affektive Komponente schliesst alle sozialen und emotionalen Elemente, welche beim Ausführen von Fertigkeiten vorkommen, ein. Kognition, Konzentration, Intellekt und Gedächtnis gehören zu den kognitiven Komponenten. Zu den physischen Komponenten zählen alle sensorischen und motorischen Anteile, die zum Handeln gebraucht werden.

Die *Betätigung* umfasst alles, was Menschen innerhalb ihrer Umwelt tun und wird in die Bereiche Selbstversorgung, Freizeit und Produktivität eingeteilt (Law et al., 2004). Die Selbstversorgung umschliesst alle Handlungen, die man ausführt, um für sich selbst zu sorgen. Zur Produktivität zählen Tätigkeiten, welche zum ökonomischen oder sozialen Leben beitragen. Zur Freizeit gehören Betätigungen, die Freude bereiten.

Der äusserste Ring des Modells stellt die *Umwelt* dar, in welcher alle Betätigungen eines Menschen stattfinden (Law et al., 2002). Die Umgebung setzt sich aus der physischen, sozialen, institutionellen und kulturellen Umwelt zusammen (Law et al., 2004). Zur kulturellen Umwelt gehören nach Law et al. (2004) Traditionen und Werte von Personengruppen innerhalb einer Gemeinschaft. Die institutionelle Umwelt bezieht sich auf ökonomische, rechtliche und politische Institutionen. Die physische Umwelt besteht sowohl aus den natürlichen wie auch den geschaffenen Räumen, in welchen sich Betätigungen abspielen. Zur sozialen Umwelt gehören soziale Kontakte, Organisationsstrukturen innerhalb der Gesellschaft und soziale Einstellungen und Überzeugungen.

Engagement widerspiegelt einen Wendepunkt in der ergotherapeutischen Praxis (Townsend und Polatajko, 2007). Es geht nicht mehr nur darum, die Betätigungsperformanz zu steigern (Polatajko et al., 2007). Engagement bedeutet, den Klienten in Betätigungen einzubinden, beziehungsweise ihnen das Teilhaben am täglichen Leben zu ermöglichen (Dehnhardt, 2012). Townsend und Polatajko (2007) bezeichnen mit dem Begriff Engagement die Fertigkeit von Ergotherapeuten, Klienten in ihr Tun und ihre Partizipation zu involvieren.

3 Methodisches Vorgehen

In diesem Kapitel werden der Aufbau dieser Bachelorarbeit und das Vorgehen bei der Literatursuche beschrieben.

3.1 Gliederung der Arbeit

Das Abstract gibt eine Übersicht über die Arbeit. In der Einleitung wird durch die Problemstellung und durch das Aufzeigen der Relevanz des Themas für die Praxis an die Zielsetzung und die Fragestellung der Arbeit herangeführt. Anschliessend werden in den theoretischen Grundlagen zentrale Begriffe der Fragestellung erklärt und das ergotherapeutische Modell CMOP-E erläutert. Im dritten Kapitel wird das methodische Vorgehen bei der Literatursuche und der Beurteilung der Literatur geschildert. Der nächste Teil der Arbeit beinhaltet eine Zusammenfassung aller Hauptstudien. Zusätzlich werden die Resultate der Studien tabellarisch in die Struktur des CMOP-E eingeordnet. Im Diskussionsteil werden schliesslich die Erkenntnisse des Literaturreviews nach den Bereichen des CMOP-E und in Anlehnung an die Fragestellung diskutiert. Im letzten Kapitel werden die wichtigsten Feststellungen in Bezug auf die Fragestellung prägnant zusammengefasst. Zudem werden die Möglichkeiten und Grenzen des Übertrags der CO-OP-Methode in die ergotherapeutische Praxis der Schweiz beschrieben. Zuletzt werden Limitationen der vorliegenden Arbeit dargelegt und Empfehlungen für weiterführende Fragestellungen genannt.

3.2 Literatursuche

Die Fragestellung der Bachelorarbeit wird anhand einer Literaturarbeit beantwortet. Für die Literaturrecherche wurden zur Fragestellung passende Schlüsselwörter definiert und in die englische Sprache übersetzt. In der Tabelle 1 sind zu den Schlüsselwörtern passende Synonyme, Unter- und Oberbegriffe sowie MeSH-Terms und CINAHL-Headings aufgeführt.

Tabelle 1. Keywords

Schlüsselwörter Stichwörter	Keywords	Synonyme, Unter- begriffe, Oberbegriffe	Schlagwörter
CO-OP	cognitive orientation to daily occupational performance	cognitive approach, cognitive-based treatment, cognitive strategies, meta-cognitive strategies, problem- solving strategy, learning strategies	MeSH: Cognitive Therapy, Problem Solving CINAHL-Heading: Cognitive Therapy
Erwachsene Klienten	Clients, adults	clientel, patient, patients, adult	MeSH: Patients, Inpatients, Outpatients, CINAHL-Headings: Adult, Patients
Cerebrovaskulä- rer Insult	Cerebrovas- cular Insult	stroke, CVI, cerebrovascular disorders	MeSH: Stroke, Brain Hemorrhage CINAHL-Heading: Stroke
Betätigungssper- formanz	Occupational Performance	task performance, performance, performance skills, skill performance	MeSH: Task Performance and Analysis
Möglichkeiten	Possibilities	possibility, effect, evidence	CINAHL-Heading: Clinical Effectiveness
Ambulante Therapie	Outpatient Intervention	outpatient, outpatient rehabilitation, community health services	MeSH: Ambulatory Care CINAHL-Heading: Ambulatory Care

Die Literatursuche erfolgte von August 2012 bis Anfang Januar 2013 in den medizinisch-therapeutischen Datenbanken AMED und CINAHL, den allgemein

medizinischen Datenbanken PubMed und Medline sowie in den ergotherapeutischen Datenbanken OTDBase und OTseeker. Für die Stichwortsuche wurden die Booleschen Operatoren AND / OR / NOT und Trunkierungszeichen (z. B. Client* / Adult*) verwendet. So konnte die Suche erweitert oder verfeinert werden. Häufig wurde bereits bei der Verbindung von zwei Stichwörtern eine kleine Trefferzahl von eins bis zehn Artikeln angezeigt. Neben der Suche über die Datenbanken wurde in den Literaturangaben der bereits gefundenen Studien nach weiterer Literatur gesucht. Die gefundenen Artikel wurden nach Titel und Abstracts anhand folgender Kriterien selektioniert.

Einschlusskriterien für die Hauptstudien:

- Es handelt sich um Primärliteratur.
- Bei der Stichprobe handelt es sich um erwachsene Klienten.
- Die Teilnehmer haben die Diagnose CVI.
- Die Interventionen werden nach der CO-OP-Methode durchgeführt.
- Die Behandlungen finden in einem ambulanten Setting statt.
- Die Resultate der Studien schliessen den Aspekt der Betätigungsperformanz mit ein.
- Die Studien sind in Deutsch, Englisch oder Französisch verfasst.

Ausschlusskriterien für die Hauptstudien:

- Es werden CO-OP-Interventionen bei Kindern erforscht.
- Die Klienten haben andere neurologische Diagnosen als einen CVI.
- Die Therapien werden mit stationären Klienten in der Akutphase durchgeführt.
- Die Studie ist älter als zehn Jahre.

Schlussendlich konnten fünf Studien für diese Bachelorarbeit verwendet werden. Andere gefundene Artikel, die nicht allen Einschlusskriterien erfüllten, versprachen weiterführende Ergebnisse und wurde deshalb für die Einleitung oder den Diskussionsteil der Bachelorarbeit verwendet.

Die quantitativen Hauptstudien werden nach Law et al. (1998a; 1998b), die qualitative Studie nach Letts et al. (2007a; 2007b) bezüglich ihrer methodologischen Qualität kritisch analysiert.

4 Resultate

In diesem Kapitel werden die fünf Hauptstudien einzeln zusammengefasst und durch die Autorinnen bewertet. Als Grundlage dafür dienen die Formulare von Law et al. (1998b) und Letts et al. (2007b), welche vollständig ausgefüllt im Anhang ersichtlich sind. Die Resultate der Studien werden anschliessend den Komponenten des CMOP-E zugeteilt und in tabellarischer Form dargestellt. Es werden nur Bereiche, in welchen relevante Veränderungen stattgefunden haben aufgeführt. Zudem werden, falls follow-up-Messungen stattfanden, nur diese Werte berücksichtigt.

4.1 Studie 1

Exploring a cognitive-based treatment approach to improve motor-based skill performance in chronic stroke: Results of three single case experiments (McEwen, Polatajko et al., 2009).

Die Forscher untersuchten, ob eine ambulante Therapie mit der CO-OP-Methode bei Personen, welche vor mindestens einem Jahr einen CVI erlitten hatten, zu einer besseren Performanz bei selbstgewählten Zielen führt. Zudem wurde evaluiert, welche Auswirkungen die CO-OP-Methode auf die selbsteingeschätzte Performanz und Performanzzufriedenheit bei selbstgewählten Zielen sowie den Gesundheitsstatus, die Partizipation und die Selbstwirksamkeit hat. Zusätzlich sollte erfasst werden, ob die Veränderungen bis zu einem Monat nach Interventionsabschluss aufrechterhalten werden. Die Forscher führten eine Einzelfallstudie mit zwei Replikationen durch. Für die Studie wurden drei Männer, welche zwischen 42 und 56 Jahre alt waren und motorische Einschränkungen nach einem CVI aufwiesen, rekrutiert. Jeder Teilnehmer erhielt im Einzelsetting maximal zehn Therapien gemäss dem CO-OP-Protokoll. Sie definierten dafür je drei Aktivitäten, welche sie in der Therapie verbessern wollten.

Mit folgenden Assessments wurden Resultate erhoben:

- Performance Quality Rating Scale (PQRS): Fremdeingeschätzte Performanzveränderungen
- Canadian Occupational Performance Measure (COPM): Selbsteingeschätzte Performanz und Performanzzufriedenheit
- Stroke Impact Scale (SIS): Subjektiver Gesundheitsstatus bezüglich CVI
- Stanford Self-Efficacy for Managing Chronic Disease 6-Item Scale (SEMCD-6): Selbstwirksamkeit
- Activity-Specific Balance Confidence Scale (ABC): Vertrauen in eigene Mobilität

Die Resultate der PQRS wurden mit einem statistischen Test auf ihre Signifikanz hin analysiert. Über alle CO-OP-Interventionen hinweg konnte bei den drei Teilnehmern im Durchschnitt eine Verbesserung der Performanz bei selbstgewählten Zielen gemessen werden. Während der Phase des Fertigkeitenerwerbs waren allerdings schwankende Werte feststellbar. Bei der follow-up-Messung konnte schliesslich, über alle Teilnehmer hinweg betrachtet, bei sieben von acht Zielen eine signifikante Performanzverbesserung auf der PQRS nachgewiesen werden. Dies bedeutet, dass eine deutliche Steigerung der Performanz stattgefunden hat, die Ausführung der Aktivitäten jedoch noch eingeschränkt sein konnte.

Die Resultate der weiteren Assessments wurden nicht auf ihre Signifikanz hin überprüft. Es wurden lediglich Aussagen über Tendenzen gemacht. So waren bei der follow-up-Messung mit dem COPM bei sechs von acht Zielen klinisch wichtige Verbesserungen von mindestens zwei Punkten in der selbsteingeschätzten Performanz messbar. Bei sieben Zielen erfolgte eine relevante Verbesserung der Performanzzufriedenheit. Weitere Auswirkungen der CO-OP-Methode bezüglich des Gesundheitsstatus und der Selbstwirksamkeit, die mit anderen Assessments erhoben wurden, waren grösstenteils positiv, jedoch nicht einheitlich. Sie werden detailliert in der Tabelle 2 aufgeführt.

Die Forscher schlussfolgerten, dass die CO-OP-Methode für Personen, die an chronischen Symptomen nach einem CVI leiden, ein effizienter Ansatz zur Verbesserung der Performanz und der damit verbundenen Zufriedenheit bei

alltäglichen Aktivitäten ist. Sie argumentierten aufgrund literaturbasierter Erkenntnisse über das motorische Lernen, dass mit einem kognitiven Ansatz die Werte der Performanz während der Lernphase schwanken können. Erst nach Abschluss des Fertigkeitenerwerbs sind die Aktivitäten verinnerlicht, was sich bei den follow-up-Messungen in besseren Performanzwerten niederschlägt. Die Forscher begründeten die Effizienz der CO-OP-Methode mit dem Zusammenspiel zwischen dem Gebrauch der globalen Strategie, der geleiteten Entdeckung und der hohen Motivation, an selbstdefinierten Zielen zu arbeiten.

Bei den Limitationen bewerteten die Forscher den Einsatz der PQRS als kritisch. Nicht beobachtbare Veränderungen, wie beispielsweise tiefe Atmung oder Entspannung, können damit nicht bewertet werden. Zudem ist die Generalisierbarkeit der Ergebnisse bei Einzelfallstudien eingeschränkt. Zukünftige Forschungen sollten folgen.

Stärken und Schwächen der Studie aus Sicht der Autorinnen

Zu den Stärken der Studie zählen die detaillierten Schilderungen der drei Studienteilnehmer und der Interventionen. Das Design einer Einzelfallstudie ist aufgrund der Tatsache, dass es sich um die Etablierung einer neuen Intervention handelt, passend (Franzen und Harris, 1993 und Ottenbacher, 1986, zit. nach McEwen, Polatajko et al., 2009, S. 1043). Zudem wurden zwei Replikationen durchgeführt, was die Generalisierbarkeit der Ergebnisse erhöht (Rowley, 2002). Ebenfalls positiv zu vermerken ist, dass für die Messung der Resultate der Performanz zwei verschiedene Assessments verwendet wurden. Zur Bewertung der Performanz durch die PQRS wurde ein unabhängiger Dritter hinzugezogen. Zudem wurde für die PQRS zu jedem Ziel eine Tabelle entwickelt, die den Werten präzise Definitionen zuordnet. In der Diskussion wurden, unter Verwendung aktueller Literatur, auf die Studienergebnisse bezogene Schlussfolgerungen aufgeführt.

Ein Schwachpunkt der Studie ist die gezielte Rekrutierung motivierter Teilnehmer durch eine Person, welche die Probanden kannte. Auch kann das methodische Vorgehen nicht vollständig nachvollzogen werden. So beschrieben beispielsweise die Forscher im Fliesstext, dass bei einem Ziel eines Teilnehmers keine Daten mehr erhoben wurden, da er das Ziel änderte. In der grafischen Darstellung der Ergebnisse sind jedoch Messpunkte dargestellt. Auch bei anderen Punkten stimmt der Fliesstext des Resultateteils nicht mit der tabellarischen

Darstellung überein. Über die Validität der Assessments wurde keine Aussage gemacht, jedoch wird durch das Literaturverzeichnis ersichtlich, dass die Forscher sich zumindest teilweise auf Validitätsstudien bezogen. Zusätzlich kann kritisiert werden, dass die Forscher nur auf die gemessenen Verbesserungen Bezug nahmen. Klinisch relevante Verschlechterungen thematisierten sie nicht, obwohl es vereinzelt zu solchen kam.

Tabelle 2. Einteilung der Resultate in die Struktur des CMOP-E

Bereiche des CMOP-E	Resultate
Person	
Physisch	<ul style="list-style-type: none"> - klinisch relevante Verbesserung auf der SIS <ul style="list-style-type: none"> - Kraft (P1) - Handfunktion (P1, P3) - Mobilität wird sicherer eingeschätzt (P3; ABC)
Kognitiv	
Affektiv	<ul style="list-style-type: none"> - Klinisch relevante Verschlechterung auf der SIS <ul style="list-style-type: none"> - Emotionen (P1, P3) - Selbstwirksamkeit deutlich verbessert (P2; SEMCD-6) - deutliche Verbesserung des mobilitätsbezogenen Vertrauens (P3; ABC) - COPM: klinisch relevant verbesserte Performanzzufriedenheit in sieben von acht Zielen
Spiritualität	
Betätigung	
Nicht eindeutig zuteilbar	<ul style="list-style-type: none"> - Klinisch relevante Verbesserung auf der SIS <ul style="list-style-type: none"> - Partizipation (P1, P2) - Kommunikation (P2)
Selbstversorgung	<ul style="list-style-type: none"> - Klinisch relevante Verbesserung auf der SIS <ul style="list-style-type: none"> - Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) (P1, P3) - Klinisch relevant verbesserte selbsteingeschätzte Performanz (COPM) <ul style="list-style-type: none"> - Tragen von Gegenständen während dem Gehen (P3)

- Signifikant verbesserte fremdeingeschätzte Performanz (PQRS)
 - Reziprokes Treppensteigen (P2)
 - Nägel klippen (P3)
 - Gehen während dem Tragen von Gegenständen (P3)

- Produktivität
 - Klinisch relevant verbesserte selbsteingeschätzte Performanz (COPM)
 - Schreiben (P1)
 - Gebrauch Computermaus (P2)
 - Signifikant verbesserte fremdeingeschätzte Performanz (PQRS)
 - Schreiben (P1)
 - Gebrauch Computermaus (P2)

- Freizeit
 - Klinisch relevant verbesserte selbsteingeschätzte Performanz (COPM)
 - Fahrradfahren (P1)
 - Schwimmen (P1)
 - Yoga (P3)
 - Signifikant verbesserte fremdeingeschätzte Performanz (PQRS)
 - Fahrradfahren (P1)
 - Schwimmen (P1)

Umwelt

- Physisch
 - P1 nahm eine Anpassung an der Fahrradpedale vor, um das Ziel zu erreichen
 - P3 wählte anderes Nagelklippset aus, um Ziel zu erreichen

- Kulturell
- Institutionell
- Sozial

Engagement

Erläuterung. P1, P2, P3 = Proband 1, Proband 2, Proband 3

4.2 Studie 2

Inter-task transfer of meaningful, functional skills following a cognitive-based treatment: Results of three multiple baseline design experiments in adults with chronic stroke (McEwen, Polatajko, Huijbregts und Ryan, 2010).

Die Studie befasste sich mit dem Einsatz der CO-OP-Methode bei erwachsenen Klienten, die mit den chronischen Folgen eines CVI leben. Die Forscher wollten herausfinden, ob durch den Einsatz der CO-OP-Methode ein sogenannter Inter-Task-Transfer bewirkt werden kann. Damit ist der Transfer des Lernens von Fertigkeiten, an welchen während den Interventionen gearbeitet wird, auf nicht trainierte Aktivitäten gemeint. Zusätzlich hatte die Forschungsgruppe die Absicht, sekundäre Nutzen, wie Veränderungen des gesundheitlichen oder funktionellen Zustands, der motorischen Kontrolle oder des Einsatzes der oberen Extremität, zu evaluieren.

Die Forscher führten eine Einzelfallstudie mit zwei Replikationen durch. Für die Studie wurden fünf Probanden rekrutiert, wovon drei die Untersuchungen beendeten. Es handelte sich um einen 37-jährigen Mann und zwei Frauen (47 und 54 Jahre), welche vor ein bis drei Jahren einen CVI erlitten hatten und noch immer motorische Einschränkungen aufwiesen. Jeder Teilnehmer erhielt maximal zehn CO-OP-Interventionen im Einzelsetting. In der ersten Therapie legten die Klienten anhand des COPM vier Ziele fest. Drei davon wurden innerhalb der Therapien erarbeitet. Das vierte Ziel wurde bewusst nicht in die Therapie miteinbezogen, um an dieser Aktivität einen möglichen Inter-Task-Transfer feststellen zu können. Die Therapien erfolgten nach dem Behandlungsprotokoll der CO-OP-Methode und wurden auf Video aufgezeichnet. Mit folgenden Assessments wurden Resultate in verschiedenen Bereichen erhoben:

- PQRS: fremdeingeschätzte Performanzveränderungen
- COPM: Selbsteingeschätzte Performanz und Performanzzufriedenheit
- SIS, Reintegration to Normal Living Index (RNL): Transfer in den Alltag
- Motor Activity Log (MAL): Transfer von Fertigkeiten der oberen Extremitäten
- SEMCD-6, ABC: Selbstwirksamkeit

- Chedoke-McMaster Stoke Assessment Impairment Inventory (CMSA-II):
Motorische Kontrolle

Nur die Resultate der PQRS wurden auf ihre Signifikanz hin analysiert. Während den Behandlungen wurden schwankende Werte gemessen. Tendenziell verbesserte sich die Performanz aber nach Interventionsbeginn. Bei der follow-up-Messung konnte schliesslich bei allen festgelegten Zielen eine signifikante Verbesserung der Performanz nachgewiesen werden. Dies bedeutet, dass eine deutliche Steigerung der Performanz stattgefunden hat, was allerdings nicht bedeutet, dass die Aktivitäten uneingeschränkt ausgeführt werden konnten.

Die weiteren Resultate wurden nicht auf ihre Signifikanz hin geprüft. In den post-test- und follow-up-Messungen konnte, über alle Teilnehmer hinweg betrachtet, bei elf Zielen eine klinisch wichtige Verbesserung der selbsteingeschätzten Performanz erreicht werden. Bei allen zwölf Zielen wurde eine deutliche Steigerung der Zufriedenheit nachgewiesen. Die Ergebnisse zu sekundären Nutzen sind in der Tabelle 3 angeführt, da dazu keine einheitliche Aussage gemacht werden konnte.

Die Forscher kamen aufgrund dieser Ergebnisse zum Schluss, dass durch den Einsatz der CO-OP-Methode ein Inter-Task-Transfer bewirkt werden kann. Die Teilnehmer waren in der Lage, die globale Strategie, die sie während den CO-OP-Interventionen kennengelernt hatten, zu transferieren und damit neue untrainierte Aktivitäten zu erlernen. Dies war nach Ansicht der Forscher möglich, da der Transfer ein Bestandteil der CO-OP-Methode ist, die Tätigkeiten durch die geleitete Entdeckung verschiedenartig trainiert und selbstgewählte, bedeutungsvolle Ziele verfolgt wurden. Die Forschungsgruppe vermutete, dass durch das Erlernen der globalen Problemlösungsstrategie auch nach Abschluss der Rehabilitation eine Verbesserung der Performanz durch einen Inter-Task-Transfer erfolgen kann.

Die Forscher gaben an, dass das wiederholte Ausführen der nicht trainierten Aktivität zum Erheben der PQRS während den Interventionen möglicherweise die Werte in eine positive Richtung beeinflusst haben. Eine Kontamination durch andere rehabilitative Massnahmen sowie eine Spontanerholung konnten sie nicht ausschliessen. In zukünftigen Studien sollte ein Vergleich zwischen der CO-OP-Methode und andern Ansätzen erfolgen.

Stärken und Schwächen der Studie aus Sicht der Autorinnen

Der Studienhintergrund sowie die Teilnehmer wurden ausführlich beschrieben. Das Design einer Einzelfallstudie wurde passend gewählt. Zudem wurden zwei Replikationen durchgeführt, was die Generalisierbarkeit der Ergebnisse einer Einzelfallstudie erhöht (Rowley, 2002). Um eine möglichst objektive Bewertung der Performanz durch die PQRS zu erreichen, wurden die Interventionen auf Video aufgezeichnet und durch einen unabhängigen Beobachter bewertet. Ebenfalls positiv bewertet wird, dass vor den Messungen Definitionen der Performanzwerte für die quantitative Bewertung mit der PQRS erstellt wurden. Die Diskussion der Ergebnisse ist schlüssig.

Als kritisch gilt die selektive Rekrutierung motivierter Teilnehmer durch eine Person, welche die Probanden kannte. Es schieden zwei Teilnehmer aus der Studie aus. Zu welchem Zeitpunkt dies passierte und ob sie sich in relevanten Punkten von den anderen Teilnehmern unterschieden, ist aus der Studie nicht ersichtlich. Zur Validität und Reliabilität der Assessments wurden keine Aussagen gemacht.

Tabelle 3. Einteilung der Resultate in die Struktur des CMOP-E

Bereiche des CMOP-E	Resultate
Person	
Physisch	<ul style="list-style-type: none">- klinisch relevante Verbesserung auf der SIS<ul style="list-style-type: none">- Kraft (P8)- Handfunktion (P5, P7, P8)- Mobilität (P8)- Klinisch relevante Verschlechterung auf der SIS<ul style="list-style-type: none">- Kraft (P7)- Verbesserung der Motorik und Anzahl der Aktivitäten, der oberen Extremität bei allen Teilnehmern (MAL)- Verbesserung der motorischen Kontrolle (CSMA-II)<ul style="list-style-type: none">- Fuss (P5)- Bein (P5, P8)- Hand (P5, P7)- Arm (P5, P7)

Kognitiv	<ul style="list-style-type: none"> - Klinisch relevante Verbesserung auf der SIS <ul style="list-style-type: none"> - Gedächtnis und Denkvermögen (P5) - Globale Strategie kann transferiert werden → Inter-Task-Transfer findet statt - Transfer findet nicht in den Bereich der sozialen Partizipation statt (RNL, SIS, SEMCD-6, ABC)
Affektiv	<ul style="list-style-type: none"> - Performanzzufriedenheit ist bei allen Teilnehmern bei allen Zielen klinisch relevant gestiegen (COPM)
Spiritualität	
<hr/>	
Betätigung	
Selbstversorgung	<ul style="list-style-type: none"> - Klinisch relevante Verschlechterung auf der SIS <ul style="list-style-type: none"> - ADL (P5) - Signifikant verbesserte fremdeingeschätzte Performanz (PQRS) und klinisch relevant verbesserte selbsteingeschätzte Performanz (COPM) <ul style="list-style-type: none"> - Schneiden mit Messer (P5) - Während dem Gehen etwas in der betroffenen Hand transportieren (P7) - Manschettenknöpfe öffnen und schliessen (P7) - Krawatte binden (P7) - Schnelles Gehen (P8) - Jacke anziehen (P8) - Aufstehen von und Absitzen auf Stuhl (P8)
Produktivität	<ul style="list-style-type: none"> - Signifikant verbesserte fremdeingeschätzte Performanz (PQRS) <ul style="list-style-type: none"> - Schreiben (P5)
Freizeit	<ul style="list-style-type: none"> - Signifikant verbesserte fremdeingeschätzte Performanz (PQRS) und klinisch relevant verbesserte selbsteingeschätzte Performanz (COPM) <ul style="list-style-type: none"> - Fotografieren (P5) - Nähen (P5) - Blumenzwiebeln setzen (P7) - Miteinbezug der betroffenen Hand beim Lesen

(P8)

Umwelt

Physisch

Kulturell

Institutionell

Sozial

Engagement

Erläuterung. P5, P7, P8 = Proband 5, Proband 7, Proband 8

4.3 Studie 3

‘There’s a real plan here, and I am responsible for that plan’: participant experiences with a novel cognitive-based treatment approach for adults living with chronic stroke (McEwen, Polatajko, Davis et al., 2010).

Mit dieser qualitativen Studie wurden die Erfahrungen von erwachsenen Klienten, welche einen CVI erlitten hatten und aufgrund dessen eine CO-OP-Therapie erhielten, analysiert. Die Forscher wollten die allgemeinen Erfahrungen der Studienteilnehmer mit der CO-OP-Methode sowie spezifische Erfahrungen in Bezug auf das Lernen und Anwenden der CO-OP-Strategie verstehen. Zudem wollten sie Veränderungsvorschläge aufnehmen, um die Methode an die Behandlung von Erwachsenen anzupassen. Bei den Studienteilnehmern handelte es sich um fünf Probanden, welche zuvor bei den Einzelfallstudien von McEwen, Polatajko et al. (2009) und McEwen, Polatajko, Huijbregts et al. (2010) etwa zehn CO-OP-Interventionen erhalten hatten. Die Teilnehmer waren zwischen 38 und 56 Jahre alt und der CVI lag bereits 13 – 40 Monate zurück. Mit jedem der fünf Probanden wurde einen Monat nach der vorausgegangenen Einzelfallstudie im Einzelsetting ein halbstrukturiertes, stündiges Interview geführt. Der Leitfaden zur Durchführung des Interviews beinhaltete folgende Themen: allgemeine Erfahrungen, Anpassungsvorschläge zur CO-OP-Methode, klientenzentrierte Zielsetzung sowie Lernen und Transferieren der globalen Strategie. Die Daten wurden durch drei Forscher mit Hilfe einer Kombination aus deduktiver inhaltlicher Analyse sowie induktiver thematischer Analyse bearbeitet.

Die Ergebnisse wurden unter folgenden Punkten zusammengefasst:

- *Lernen der CO-OP-Strategien:* Die Studienteilnehmer haben gemäss eigenen Aussagen die globale sowie aufgabenspezifische Strategien erlernt und waren in der Lage, die globale Strategie wiederholt anzuwenden. Für einige Teilnehmer lag die Herausforderung der globalen Strategie besonders im Schritt der Selbstüberprüfung. Andere fanden diesen Schritt wiederum besonders nützlich.
- *Generalisierung und Transfer der Strategien:* Alle Probanden nannten Tätigkeiten, die sie anhand der Strategien im Alltag umgesetzt oder neu erlernt haben. Ihren Aussagen zufolge konnten sie im Allgemeinen die CO-OP-Strategien generalisieren und transferieren.
- *Vorschläge zur Anpassung der CO-OP-Intervention:* Früherer Zeitpunkt, Festlegen von klaren Voraussetzungen für die CO-OP-Methode, Schwerpunkt auf das Heimprogramm legen, den Einbezug von Angehörigen nicht als Hauptmerkmal der Methode beibehalten, mehr Einzeltherapien, Mischen der CO-OP-Methode mit traditionellen Ansätzen.
- *Ausgleich zwischen Autonomie und Erhalt der nötigen Unterstützung:* Die Teilnehmer wünschten sich, dass eine Balance zwischen Selbständigkeit und Unterstützung gefunden wird. Die CO-OP-Methode ermöglicht viel Autonomie im Rehabilitationsprozess, gleichzeitig waren die Probanden noch nicht bereit ohne herkömmliche Therapie weiterzufahren.

Besonders die Möglichkeit mit der CO-OP-Methode die Wiedererlangung der Autonomie des Klienten zu unterstützen, wurde in der Studie vertieft diskutiert. Die Forscher schlussfolgerten, dass die Ermöglichung der Autonomie ein grosser Vorteil der CO-OP-Methode ist und speziell in der Therapie mit Erwachsenen zum Tragen kommt.

Als Einschränkungen nannte die Forschungsgruppe die kleine Teilnehmerzahl, wodurch keine theoretische Sättigung erreicht werden konnte. Ein vertieftes Verständnis der Ergebnisse war nicht möglich. Diese sollten daher nur in Bezug auf die Teilnehmergruppe dieser Studie interpretiert werden. Des Weiteren beschrieben die Forscher, dass der Interviewer zugleich der Therapeut war, welcher während den vorangegangenen Einzelfallstudien die CO-OP-Therapie mit den

Probanden durchgeführt hatte. Dies hätte zum einen die Teilnehmer beeinflussen können, so dass sie wenig Negatives über die CO-OP-Methode äusserten, zum andern hätte der Interviewer selbst die positiven Aussagen der Teilnehmer stärker gewichten können. Die Forscher empfahlen die Durchführung einer Langzeitstudie, um den Prozess des Transfers der CO-OP-Strategie in den Alltag nachvollziehen zu können. Zudem sollten in einer weiteren Studie die Modifikationen an der CO-OP-Methode evaluiert werden.

Stärken und Schwächen der Studie aus Sicht der Autorinnen

Die Fragestellungen wurden klar formuliert und der Studienhintergrund mit aktueller Literatur begründet. Das Vorgehen bei der Datenerhebung und -analyse wurde nachvollziehbar beschrieben. Ausserdem beschreiben die Forscher ihre theoretische Perspektive offen und es wurde eine Forschertriangulierung vorgenommen. Die Resultate wurden unter Einbezug von zusätzlicher Literatur ausführlich diskutiert.

Negativ gewertet wird, dass das Studiendesign nicht explizit genannt wurde und die Fragestellung über die Anpassungsmöglichkeiten keinem konkreten Ansatz der qualitativen Forschung zugeteilt werden kann. Es wurde kein Entscheidungspfad genannt, mit dem die Resultate analysiert wurden. Zudem wurde keine Daten- und Methodentriangulierung vorgenommen, die Teilnehmer überprüften die herausgearbeiteten Ergebnisse der Studie nicht und die Reflexion der Forscher ist nicht ersichtlich. Bis auf die Durchführung eines Peer-Reviews wurden keine Strategien zur Fehlerkontrolle genannt.

Tabelle 4. Einteilung der Resultate in die Struktur des CMOP-E

Bereiche des CMOP-E	Resultate
Person	
Physisch	
Kognitiv	<ul style="list-style-type: none"> - Alle Teilnehmer - erlernten die globale und aufgabenspezifische Strategie - wandten die globale Strategie in der Therapie wiederholt an

- generalisierten Fertigkeiten aus der Therapie
 - transferierten die globale Strategie, um neue Fertigkeiten zu erlernen
 - Drei Teilnehmer bezeichneten den vierten Schritt der globalen Strategie (Check) als Herausforderung
 - Ein Teilnehmer bezeichnete den Check als zentral
 - Alle Teilnehmer befürworteten die CO-OP-Methode
- Affektiv
Spiritualität

Betätigung

- Selbstversorgung
- Generalisierung
 - reziprokes Treppensteigen → verschiedene andere Treppen benutzen (P2)
 - Gegenstände tragen → Zuhause Laptop transportieren (P7)
 - Transfer
 - besseres Gehen (P1)
 - Den Bus benutzen; Treppen steigen (P7)
 - In das Auto ein- und aussteigen (P8)
- Produktivität
- Generalisierung
 - Arbeitsblätter zur globalen Strategie zuhause genutzt (P3)
 - PC-Maus mit betroffener Hand nutzen → Computergebrauch (P2)
 - Transfer
 - Badezimmerboden wischen und Anwendung der globalen Strategie für alles (P2)
 - PC zuhause nutzen; Den Kindern die globale Strategie lehren (P3)
 - Tastaturschreiben (P7)
- Freizeit
- Transfer
 - Videoaufnahmen machen; in der Öffentlichkeit reden (P3)

Umwelt

Physisch

Kulturell

Institutionell

Sozial

- Angehörigen fehlt die Zeit, um bei der Umsetzung der in der Therapie erlernten Strategien zu helfen

Engagement

- Die Teilnehmer wünschten sich therapeutische Unterstützung, gleichzeitig schätzten sie die Autonomie, die ihnen bei der Behandlung nach der CO-OP-Methode gegeben wird. Es besteht eine Forderung nach einer Balance zwischen Autonomie und Erhalt von Unterstützung.

Erläuterung. P = Proband

4.4 Studie 4

Cognitive approach to improving participation after stroke: Two case studies (Henshaw et al., 2011).

Das Ziel der Studie war, die Nutzbarkeit der CO-OP-Methode in der Rehabilitation von Klienten nach einem CVI zu untersuchen. Um eine Basis für zukünftige Forschungen zu schaffen, sollte diese Studie eine ausführliche Beschreibung der Prozesse und Ergebnisse über die Anwendung der CO-OP-Methode liefern. Dazu führten die Forscher zwei Fallstudien durch, in welchen sowohl quantitative wie auch qualitative Daten erhoben wurden. Es wurden zwei pensionierte Frauen (65 und 75 Jahre) rekrutiert, welche ungefähr ein Jahr vor Studienbeginn einen CVI erlitten hatten. Vor den Interventionen wurden anhand des COPM bei beiden Teilnehmerinnen drei Ziele definiert, an welchen in den darauffolgenden zehn Behandlungseinheiten nach dem CO-OP-Protokoll gearbeitet wurde.

Mit den folgenden Assessments, wurden die quantitativen Veränderungen in verschiedenen Bereichen festgehalten:

- PQRS: fremdeingeschätzte Performanzveränderungen
- COPM: Selbsteingeschätzte Performanz und Performanzzufriedenheit
- Activity Card Sort (ACS): Anzahl Aktivitäten, die ausgeführt werden
- RNL: Lebenszufriedenheit
- Functional Independence Measure (FIM): Einschränkungen in den ADL
- SIS: subjektiver Gesundheitsstatus nach einem CVI
- Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D): Depression

Zur Erhebung qualitativer Daten wurden während den Interventionen zusätzlich Videoaufnahmen und Feldnotizen gemacht sowie nach Interventionsabschluss ein halbstrukturiertes Interview durchgeführt.

Aus den Beschreibungen der Studie wird ersichtlich, dass beide Teilnehmerinnen in der Lage waren, Ziele zu definieren, die globale Strategie zu erlernen und unter Anleitung aufgabenspezifische Strategien zu entwickeln. Die Ergebnisse der quantitativen Messungen wurden nicht auf ihre statistische Signifikanz hin überprüft. Beide Frauen zeigten in allen selbstgewählten Zielen eine Steigerung der fremdeingeschätzten Performanz. Bei insgesamt drei Zielen wurde der maximale Wert erreicht. Aber auch in den anderen Fertigkeiten waren deutliche Fortschritte zu verzeichnen. Die Probandinnen schätzten in fünf von sechs Zielen ihre Performanz nach der Behandlung mit der CO-OP-Methode relevant verbessert ein. Allerdings erreichten sie die maximale Punktzahl nicht. Die Performanzzufriedenheit steigerte sich bei allen Zielen klinisch relevant.

Die weiteren Assessments zeigten unterschiedliche, wenig aussagekräftige Resultate und werden in der Tabelle 5 aufgeführt. Die Forscher begründeten diese Ergebnisse damit, dass die Messungen in kurzen Abständen durchgeführt wurden, da die Interventionen nur während weniger Wochen stattfanden und die post-test-Messung direkt nach Interventionsabschluss gemacht wurde. Sie stellten die Hypothese auf, dass die Teilnehmerinnen nicht genügend Zeit hatten, das Gelernte vollständig zu verarbeiten. Zudem wurden sich die Frauen ihren Defiziten

möglicherweise bewusster, was die schlechteren Performanzwerte in der Selbstbeurteilung im Gegensatz zur Fremdbeurteilung erklären würde.

Die Analyse der qualitativen Daten deckte auf, dass sich der Einfluss von selbstgewählten Zielen positiv auf die Motivation und die Ausdauer beim Fertigkeitenerwerb auswirkte. Eine individuelle Führung, Unterstützung und Strukturierung durch den Therapeuten wurde von den Klientinnen beim Entwickeln von Strategien benötigt. Des Weiteren leisteten die Teilnehmerinnen leichten Widerstand gegen die neue Interventionsform. Der Beziehungsaufbau zwischen Therapeutin und Klientin hatte jedoch positive Auswirkungen auf die aktive Teilnahme an der CO-OP-Therapie. Die Forscher waren der Ansicht, dass die interpersonalen Komponente der Methode die soziale Interaktion zwischen der Therapeutin und den Probandinnen förderte. Sie betonten, dass es wichtig ist die Therapie auf bedeutungsvolle Tätigkeiten auszurichten und danach zu evaluieren. Dies kann mit der CO-OP-Methode erreicht werden.

Die Forscher nannten aufgrund des Studiendesigns als Limitationen der Studie die eingeschränkte Generalisierung und Kausalität der Ergebnisse. Auch können keine Aussagen über die Langzeiteffekte der CO-OP-Therapie gemacht werden, da keine follow-up-Messung durchgeführt wurde. Als weiteren Schwachpunkt führten sie an, dass die beiden Assessments zur Bewertung der Performanz durch denselben Forscher durchgeführt wurden, welcher die CO-OP-Interventionen leitete. In zukünftigen Studien sollten Themen wie Generalisierung und Transfer von Fertigkeiten ins häusliche Umfeld oder der Einfluss der CO-OP-Methode auf exekutive Funktionen erforscht werden.

Stärken und Schwächen der Studie aus Sicht der Autorinnen

Als Stärken der Studie können die ausführlichen Beschreibungen des Studienhintergrundes, der Teilnehmer und der Interventionen vermerkt werden. Zudem wurde ein Teil der quantitativen Messungen durch einen dritten, unabhängigen Forscher durchgeführt. Die Analysemethode war dem Studienzweck entsprechend.

Nebst den bereits von der Forschungsgruppe erwähnten Einschränkungen wurde festgestellt, dass zur Studiendurchführung keine Zustimmung durch eine Ethikkommission beschreiben wurde. Die verwendeten Assessments waren nur teilweise reliabel und valide. Bereits genannt wurde die eingeschränkte

Generalisierbarkeit der Resultate aufgrund des Designs. Nach Tomlin und Borgetto (2011) weist eine Fallstudie im Bereich der deskriptiven Forschung die geringste Evidenz auf.

Tabelle 5. Einteilung der Resultate in die Struktur des CMOP-E

Bereiche des CMOP-E	Resultate
Person	
Physisch	<ul style="list-style-type: none"> - Klinisch relevante Verbesserung auf der SIS <ul style="list-style-type: none"> - Kraft (Fr. A.) - Klinisch relevante Verschlechterung auf der SIS <ul style="list-style-type: none"> - Handfunktion (Fr. A., Fr. B.)
Kognitiv	<ul style="list-style-type: none"> - Beide Teilnehmer erlernten die globale Strategie - Beide Teilnehmer entwickelten unter Leitung aufgaben-spezifische Strategien - Generalisierung fand statt - Leitung und Unterstützung beim Problemlösen und Entwickeln von Strategien wurde gebraucht - Klinisch relevante Verschlechterung auf der SIS <ul style="list-style-type: none"> - Gedächtnis und Denkvermögens (Fr. B.)
Affektiv	<ul style="list-style-type: none"> - Motivierende Ziele führten dazu, dass bei der Problemlösung mehr Wille und Ausdauer vorhanden und die Frustrationstoleranz höher war (Fr. A.) - Klinisch relevante Verbesserung der Performanzzufriedenheit in allen Zielen (COPM) - Klinisch relevante Verbesserung auf der SIS <ul style="list-style-type: none"> - Emotionen (Fr. B.) - Klinisch relevante Verschlechterung auf der SIS <ul style="list-style-type: none"> - Kommunikation (Fr. A.)
Spiritualität	
Betätigung	
Nicht eindeutig zuteilbar	<ul style="list-style-type: none"> - Verbesserung der Partizipation und der Selbstversorgung (FIM und RNL)
Selbstversorgung	<ul style="list-style-type: none"> - Klinisch relevante Verbesserung der

	<p>selbsteingeschätzten Performanz (COPM) und der fremdeingeschätzten Performanz (PQRS)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ohrringe anziehen (Fr. A.) - Armband anziehen (Fr. A.)
	<ul style="list-style-type: none"> - Verbesserung der fremdeingeschätzten Performanz (PQRS) <ul style="list-style-type: none"> - Sich während des Kochens erinnern (Fr. B.) - Generalisierung: Frau A. konnte Strategien auf andere Ohrringe und Armbänder übertragen
Produktivität	<ul style="list-style-type: none"> - Klinisch relevante Verbesserung der selbsteingeschätzten Performanz (COPM) und der fremdeingeschätzten Performanz (PQRS) <ul style="list-style-type: none"> - Hosen abändern (Fr. A.) - Unterschrift verbessern (Fr. B.)
Freizeit	<ul style="list-style-type: none"> - Klinisch relevante Verbesserung der selbsteingeschätzten Performanz (COPM) und der fremdeingeschätzten Performanz (PQRS) <ul style="list-style-type: none"> - Ohrringe anfertigen (Fr. B.)
<hr/>	
Umwelt	
Physisch	
Kulturell	
Institutionell	
Sozial	<ul style="list-style-type: none"> - Der Beziehungsaufbau zwischen Therapeutin und Klientin hatte positive Auswirkungen auf die Teilnahme an einem neuen Behandlungsansatz - Soziale Unterstützung: Beide Frauen suchten während der Behandlung soziale Interaktion und reagierten positiv auf die interpersonalen Komponente der Methode
<hr/>	
Engagement	
<hr/>	

4.5 Studie 5

Pilot randomized controlled trial investigating cognitive strategy use to improve goal performance after stroke (Polatajko et al., 2012).

Die randomisierte, kontrollierte Pilotstudie hatte das Ziel, die CO-OP-Methode mit herkömmlichen ergotherapeutischen Behandlungsmethoden für Erwachsene nach einem CVI im Hinblick auf Veränderungen in der Performanz zu vergleichen. Insgesamt nahmen zwanzig erwachsene Personen, welche mindestens sechs Monate zuvor einen CVI erlitten hatten, an der Studie teil. Elf Teilnehmer wurden randomisiert der Interventionsgruppe und neun Teilnehmer der Kontrollgruppe zugeteilt. Die Eigenschaften der Teilnehmer beider Gruppen waren ähnlich. Alle Klienten erhielten maximal zehn Stunden Ergotherapie im Einzelsetting. Die Interventionen wurden bei beiden Gruppen von je zwei erfahrenen Ergotherapeuten durchgeführt. Mit den Probanden der Interventionsgruppe wurde nach der CO-OP-Methode gearbeitet. Die Therapieinhalte wurden grösstenteils von den Teilnehmern mit richtungsweisender Unterstützung durch den Therapeuten bestimmt. Die Klienten der Kontrollgruppe erhielten herkömmliche ergotherapeutische Behandlung. Es wurde nach speziell für die Studie erarbeiteten Behandlungsrichtlinien vorgegangen. Diese Behandlungen beinhalteten Fertigkeitstraining und aufgabenspezifisches Training und wurden hauptsächlich vom Therapeuten geleitet. Bei pre- und post-test-Messungen wurden die Veränderungen der Performanz von den jeweils behandelnden Ergotherapeuten durch die Assessments PQRS und COPM gemessen.

Bei beiden Gruppen konnten Fortschritte in der Performanz und Performanzzufriedenheit von selbstgewählten, bedeutungsvollen Aktivitäten festgestellt werden. Die Interventionsgruppe wies bei den Ergebnissen aus der Fremd- und Selbsteinschätzung der Performanzveränderung signifikant bessere Werte auf als die Kontrollgruppe. Bei den Resultaten über die Zufriedenheit der Ausführung von Tätigkeiten wurden keine signifikanten Zwischengruppenunterschiede gefunden. Die Forscher schlossen aus diesen Resultaten, dass Klienten eine bessere Qualität der Performanz erreichen, wenn sie

die Möglichkeit haben, ihre eigenen Ideen während der Therapie umzusetzen und mit der Struktur der globalen Problemlösungsstrategie arbeiten.

Als methodische Limitationen nannten die Forscher die kleine Teilnehmergruppe und nicht verblindete Therapeuten, welche die Assessments und Behandlungen durchführten. Zudem erwähnten sie, dass eine hohe Anzahl Teilnehmer (64 %) rekrutiert wurde, die nicht in die Studie miteingeschlossen werden konnten. Auch die Rate der Probanden, welche während der Studie ausstiegen, lag bei über 50 %, so dass schlussendlich nur noch acht Teilnehmer von ursprünglich zwanzig die Studie beendeten. Im Vergleich zu den Personen, welche die Studie beendeten, wiesen die ausgestiegenen Teilnehmer schlechtere neuropsychologische Werte auf. Dadurch wurde die interne Validität der Studie begrenzt. Die Forscher empfahlen, für stabilere Aussagen und für die Übertragung der Ergebnisse auf die Praxis eine Untersuchung mit einer grösseren Teilnehmerzahl durchzuführen.

Stärken und Schwächen der Studie aus Sicht der Autorinnen

Zu den Stärken der Studie zählen die mit Literatur untermauerte Begründung der Studie und das detailliert beschriebene Vorgehen der Intervention sowie der Datenanalyse. Die Assessments sind gemäss den Angaben der Studie reliabel. Die Therapeuten, welche mit der CO-OP-Methode arbeiteten, wurden speziell dazu ausgebildet. Die Therapeuten der Kontrollgruppe hatten die CO-OP-Methode hingegen noch nie angewandt. Zudem liegt die Studie als RCT-Design auf einer hohen Evidenzstufe (Tomlin und Borgetto, 2011). Die Resultate der Studie wurden in einer statistischen Signifikanz angegeben und die Analysemethode war passend. Die Diskussion der Ergebnisse bezog neue Erkenntnisse mit ein.

Nebst den von den Forschern aufgeführten Limitationen ist anzumerken, dass keine Angaben darüber gemacht wurden, ob die Teilnehmer gegenüber der Studienabsicht verblindet waren. Gemäss Law et al. (1998a) könnten Personen, die den Zweck der Studie kennen, beeinflusst werden, ihre Angaben in eine positive Richtung zu lenken. Die Therapien der beiden Gruppen wurden zudem von verschiedenen Therapeuten durchgeführt. Resultate können laut Law et al., (1998a) durch verschiedene Einstellungen der Therapeuten in eine bestimmte Richtung beeinflusst werden. Die statistischen Resultate der Studie könnten aufgrund der kleinen Teilnehmerzahl von nur je vier Personen pro Gruppe zufällig entstanden sein. Zudem wurden keine follow-up-Messungen durchgeführt, weshalb keine Schlüsse

über Langzeitunterschiede gezogen werden können. Über die Validität der Assessments wurden keine Aussagen gemacht.

Tabelle 6. Einteilung der Resultate in die Struktur des CMOP-E

Bereiche des CMOP-E	Resultate
Person	
Physisch	
Kognitiv	
Affektiv	- Verbesserung der selbsteingeschätzten Performanzzufriedenheit, jedoch kein signifikanter Unterschied zwischen Interventions- und Kontrollgruppe (COPM)
Spiritualität	
Betätigung	
Nicht zuteilbar	- Die Interventionsgruppe weist durchschnittlich signifikante, um drei Punkte grössere Fortschritte in der fremd- und selbsteingeschätzten Performanz auf als die Kontrollgruppe (PQRS, COPM)
Selbstversorgung	
Produktivität	
Freizeit	
Umwelt	
Physisch	
Kulturell	
Institutionell	
Sozial	
Engagement	

5 Diskussion

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der verschiedenen Studien einander gegenübergestellt und diskutiert. Dies geschieht in den drei Bereichen Betätigung, Person und Umwelt, aus welchen gemäss dem CMOP-E die Betätigungsperformanz resultiert (Law et al., 2002). Zudem wird im Kapitel Engagement aufgezeigt mit welchen Mitteln ein Ergotherapeut den Klienten zu Handlungen befähigen kann. Abschliessend wird diskutiert, inwiefern einige Hauptmerkmale der CO-OP-Methode die Betätigungsperformanz beeinflussen.

5.1 Person

Nach Dehnhardt (2012) setzt sich im CMOP-E der Bereich Person aus den physischen, kognitiven und affektiven Komponenten sowie der Spiritualität zusammen. Die Resultate, welche in diese Bereiche eingeteilt wurden, überprüften die Forscher der Hauptstudien nicht auf ihre Signifikanz. Deshalb können in den folgenden Ausführungen nur Schlüsse über Tendenzen gezogen werden.

Physische Komponente

Die physische Komponente des CMOP-E beinhalten alle motorischen, sensorischen und sensomotorischen Funktionen einer Person (Law et al., 2002). In drei der fünf Hauptstudien wurden Werte in Bezug auf die Motorik erhoben. Ergebnisse über sensorische oder sensomotorische Veränderungen liegen nicht vor.

Bei fünf der insgesamt sechs Teilnehmer der Einzelfallstudien von McEwen, Polatajko et al. (2009) und McEwen, Polatajko, Huijbregts et al. (2010) konnte eine klinisch relevante Verbesserung der Handfunktionen gemessen werden. Diese Ergebnisse stehen im Gegensatz zu den Resultaten der Fallstudie von Henshaw et al. (2011), in welcher beide Probandinnen über eine Verschlechterung der Handfunktionen berichten. Im Unterschied zu den beiden Einzelfallstudien wurden bei der Fallstudie keine follow-up-Messungen gemacht. Henshaw et al. (2011) hatten zwei Vermutungen für die schlechteren Werte bei verschiedenen motorischen Körperfunktionen. Zum einen könnte es sein, dass sich die Teilnehmer nach den CO-OP-Interventionen ihrer Defizite stärker bewusst waren, was sich in schlechteren Werten in ihrer Selbsteinschätzung niederschlug. Zum anderen vermuteten sie, dass die Teilnehmer zum Zeitpunkt der post-test-Messungen noch keine Zeit hatten den Lernprozess abzuschliessen. Shea und Morgan (1979) bestätigen diese Vermutung

mit Erkenntnissen über das motorische Lernen. Die Forscher verglichen zwei Teilnehmergruppen und fanden heraus, dass während des Fertigkeitenerwerbs schlechtere Werte gemessen werden, wenn eine Fertigkeit nicht einzeln, sondern gleichzeitig mit anderen Fertigkeiten erlernt wurde. Nach dem abgeschlossenen Übungsprozess war die Performanz der Gruppe, welche verschiedene Fertigkeiten gleichzeitig erlernte jedoch besser. Diese Erkenntnis der beiden Forscher spiegelt sich auch in den Resultaten der zuvor genannten Einzelfallstudien wider. Die Performanzwerte waren während des Fertigkeitenerwerbs oft schlechter als bei den follow-up-Messungen. Über weitere Verbesserungen bezüglich der motorischen Funktionen können nur vage Aussagen gemacht werden. Bei einer Studie wurde die motorische Kontrolle der oberen und unteren Extremitäten gemessen und nach der CO-OP-Intervention eine bessere motorische Kontrolle der Arme und Beine festgestellt (McEwen, Polatajko et al., 2009). McEwen, Polatajko und Huijbregts et al. (2010) konnten zusätzlich nachweisen, dass alle Probanden nach der Intervention mit dem eingeschränkten Arm mehr Aktivitäten und in einer besseren Qualität durchführten. Alle aufgeführten Resultate stammen aus Einzelfallstudien sowie einer Fallstudie, welche gemäss Tomlin und Borgetto (2011) auf der niedrigsten Evidenzstufe liegen. Die Ergebnisse liefern also nur Hinweise auf eine mögliche Wahrheit. Ob die positiven Resultate über die motorischen Funktionen ausschliesslich durch die Interventionen der Studie entstanden, ist bei Einzelfallstudien nicht erwiesen (Law et al., 1998a). Allerdings belegen auch andere Forschungen, dass durch den Einsatz kognitiver Strategien motorische Fortschritte erzielt werden können, wie das Review von McEwen, Huijbregts et al. (2009) beweist.

Die Autorinnen dieser Bachelorarbeit kommen zum Schluss, dass mit der CO-OP-Methode, besonders in den oberen Extremitäten, motorische Fortschritte erzielt werden können, wenn die Klienten genügend Zeit haben, die motorischen Abläufe zu verinnerlichen. Da es sich bei der CO-OP-Methode nicht um ein funktionelles Training handelt, vermuten die Autorinnen, dass die Verbesserungen durch die Durchführung von Betätigungen entstehen. Die Autorinnen nehmen an, dass Klienten ihre betroffene Körperseite während den Tätigkeiten bewusster einsetzen und sich dadurch ihre Motorik verbessert.

Kognitive Komponente

Zu den kognitiven Komponenten zählen alle mentalen Funktionen, welche die Kognition oder den Intellekt betreffen (Law et al., 2002).

Die beiden Einzelfallstudien und die Fallstudie erhoben durch ein Selbsteinschätzungsinstrument Informationen zu einer möglichen Beeinflussung der kognitiven Funktionen. Von den sechs Teilnehmern der Einzelfallstudien konnte nur bei einem Teilnehmer eine klinisch relevante Besserung des Gedächtnisses und des Denkvermögens festgestellt werden, bei den andern Teilnehmern wurden keine aussagekräftigen Veränderungen gemessen (McEwen, Polatajko et al., 2009; McEwen, Polatajko, Huijbregts et al., 2010). In der Fallstudie von Henshaw et al. (2011) berichtete hingegen eine Teilnehmerin über eine Verschlechterung, die als klinisch relevant eingestuft wurde. Die Studien sind aufgrund ihrer Designs und den ähnlichen Therapievorsetzungen vergleichbar. Die aufgeführten Resultate sind jedoch stark vom subjektiven Empfinden der Klienten beeinflusst, da sie durch ein Selbsteinschätzungsinstrument erhoben wurden. Aussagekräftiger ist die Tatsache, dass alle Teilnehmer der drei Studien in der Lage waren, die globale Strategie zu lernen und auf andere Aktivitäten zu transferieren (McEwen, Polatajko, Huijbregts, 2010; McEwen, Polatajko, Davis et al., 2010; Henshaw et al., 2011). Die Forscher gehen nicht detailliert auf den Zusammenhang mit kognitiven Funktionen ein, weswegen die Themen Generalisierung und Transfer im Kapitel 5.2 vertieft werden.

Die Autorinnen kommen zum Schluss, dass durch die Analyse der fünf Studien nicht ausgesagt werden kann, wie sich der Einsatz der CO-OP-Methode auf kognitive Funktionen auswirkt. Es scheint allerdings möglich, die nötigen Strategien zur Ausführung von Tätigkeiten zu erlernen und im Alltag umzusetzen.

Affektive Komponente

Die affektiven Komponenten einer Person schliessen alle sozialen und emotionalen Funktionen, die bei einer Betätigung vorkommen, ein (Law et al., 2002).

Zum Bereich soziale Funktionen wurden in den drei (Einzel-) Fallstudien durch ein Selbsteinschätzungsinstrument Werte über die Kommunikation erhoben. Von den insgesamt acht Teilnehmern wurde bei einer Probandin eine klinisch relevante Verschlechterung der Kommunikation gemessen (Henshaw et al., 2011). Bei allen weiteren Teilnehmern erfolgte weder eine deutliche Verschlechterung noch eine auffällige Verbesserung der Kommunikation (McEwen, Polatajko et al., 2009;

McEwen, Polatajko, Huijbregts et al., 2010). Die Autorinnen merken an, dass nur aufgrund von durch die Klienten selbsteingeschätzten Werte der Kommunikation kein Rückschluss auf alle sozialen Funktionen gezogen werden kann.

Im Bereich der emotionalen Funktionen berichteten Henshaw et al. (2011) in einer Erhebung mit einem Selbsteinschätzungsbogen bei einer Probandin von einer Verbesserung der Emotionen, wohingegen zwei Teilnehmer der Einzelfallstudie von McEwen, Polatajko et al. (2009) eine klinisch relevante Verschlechterung aufzeigten. Bei den Studienteilnehmern von McEwen, Polatajko, Huijbregts et al. (2010) konnten keine relevanten Veränderungen bezüglich der Emotion festgestellt werden. Über die Veränderung der Selbstwirksamkeit liegen spärliche Ergebnisse vor. Nur McEwen, Polatajko et al. (2009) erfassten leichte Verbesserungen. Deutliche Verschlechterungen wurden nicht gemessen. Die Zufriedenheit mit der Betätigungsausführung stieg bei allen Teilnehmern klinisch relevant an (McEwen, Polatajko et al., 2009; McEwen, Polatajko, Huijbregts, et al., 2010; Henshaw et al., 2011). Auch die RCT-Studie bestätigte eine deutliche Verbesserung der Performanzzufriedenheit bei der Interventionsgruppe (Polatajko et al., 2012). Allerdings war kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen bezüglich der Zufriedenheit feststellbar.

In diesem Unterkapitel wurden nur Resultate untereinander verglichen, die mit denselben Assessments erhoben wurden. Allerdings stammen alle Resultate aus Selbsteinschätzungsinstrumenten. Die Aussagen der Studien beruhen auf einer kleinen Stichprobenanzahl und spiegeln kein einheitliches Bild der Wirklichkeit wider. Die Autorinnen gelangen zur Erkenntnis, dass die CO-OP-Methode die Zufriedenheit mit der eigenen Performanz positiv zu beeinflussen scheint. Jedoch können diesbezüglich auch durch eine herkömmliche Ergotherapie positive Ergebnisse erzielt werden. Es kann hingegen keine Aussage darüber gemacht werden, inwiefern der Einsatz der CO-OP-Methode die Kommunikation, die Emotionen oder die Selbstwirksamkeit beeinflusst.

Spiritualität

Aus den fünf Hauptstudien konnten keine Erkenntnisse über den Aspekt der Spiritualität gezogen werden. Die Autorinnen erklären sich den Mangel damit, dass dieser Aspekt durch qualitative Untersuchungen hätte erforscht werden müssen, da die Spiritualität nicht mit quantitativen Messinstrumenten gemessen werden kann.

Die erste qualitative Studie über die CO-OP-Methode bei Erwachsenen nach einem CVI wurde von McEwen, Polatajko, Davis et al. (2010) durchgeführt und deren Fragestellungen zielten nicht auf die Spiritualität ab.

5.2 Betätigung

Law et al. (2002) unterteilen Betätigungen in die Bereiche Selbstversorgung, Freizeit und Produktivität. Der Begriff umfasst somit alles, was Menschen tun (Law et al., 2004). Die fünf Hauptstudien lieferten in allen Betätigungsbereichen überwiegend positive Ergebnisse bezüglich der Betätigungsperformanz. Deshalb wird in diesem Kapitel hauptsächlich auf die Ausführung der Tätigkeiten eingegangen.

Die sechs Teilnehmer der Einzelfallstudien von McEwen, Polatajko et al. (2009) und McEwen, Polatajko, Huijbregts et al. (2010) zeigten nach der ambulanten CO-OP-Intervention in beinahe allen selbstgesetzten Zielen verbesserte Performanzwerte. Diese Ergebnisse wurden in Zahlenwerten angegeben. Bei vereinzelt Zielen wurde durch die Schilderung der Interventionen ersichtlich, auf welche Art und Weise die Performanzverbesserung zustande kam. Aus den Beschreibungen wurde erkennbar, dass Fortschritte in der Performanz oftmals mit Anpassungen der Aktivität oder der Umwelt zusammenhingen. Die Fallstudie von Henshaw et al. (2011) liefert ähnliche Resultate. Neben den positiven Werten der Performanzsteigerung wurde zusätzlich eine Beschreibung über die von einer Studienteilnehmerin genutzten Strategien aufgeführt. Es wurde ersichtlich, dass die Teilnehmerin viele Aktivitätsanpassungen vornahm, um ihr Ziel zu erreichen. Daraus schliessen die Autorinnen, dass die verbesserte Performanz durch eine andere Vorgehensweise, einen angepassten Arbeitsplatz oder durch den Einsatz von alternativen Materialien entsteht und nicht primär durch die Verbesserung von Körperfunktionen. Aus den positiven Resultaten über die Performanzverbesserung kann nicht geschlossen werden, dass die Klienten alle selbstgesetzten Ziele vollständig erreichen konnten, denn die Studien überprüften die Zielerreichung nicht. Zudem ist eine Performanzverbesserung nicht gleichzusetzen mit einer optimalen Ausführung von Tätigkeiten. Die Messwerte der objektiven und der selbsteingeschätzten Performanz erreichten häufig nicht den Maximalwert, was bedeutet, dass die Tätigkeiten trotz Fortschritten mit Einschränkungen durchgeführt wurden. Die Studien können miteinander verglichen werden, da die Studienvoraussetzungen ähnlich waren und die einzelnen Teilnehmer vergleichbare

Ausgangswerte aufwiesen. Die Studien wurden alle von derselben Forschungsgruppe durchgeführt. Mehrere dieser Personen waren auch bei der Entwicklung der CO-OP-Methode beteiligt. Dies kann einerseits als Vorteil gewertet werden, da diese Forscher ein vertieftes Wissen bezüglich der CO-OP-Methode hatten, andererseits könnten sie dadurch die Ergebnisse immer in einer bestimmten Weise beeinflusst haben. Zudem haben gemäss Tomlin und Borgetto (2011) Ergebnisse dieser Studienarten nur eine geringe Evidenz, da Einzelfallstudien in der experimentellen Forschung und Fallstudien in der deskriptiven Forschung den niedrigsten Evidenzlevel aufweisen. Im Gegensatz dazu liegt die RCT-Studie von Polatajko et al. (2012) gemäss Tomlin und Borgetto (2011) auf dem zweithöchsten Evidenzniveau. Polatajko et al. (2012) verglichen als einzige Forschungsgruppe die Verbesserung der Performanz zwischen einer Interventions- und einer Kontrollgruppe. Diese Studie belegt, dass durch den Einsatz der CO-OP-Methode deutlich grössere Fortschritte in der Performanz erreicht wurden als mit herkömmlicher Therapie. Allerdings sind auch bei dieser Untersuchung die Ergebnisse der Performanzverbesserung nicht mit einer optimalen Ausführung von Fertigkeiten gleichzusetzen. Da die Ergebnisse der Studie sich nicht auf die direkte Ausführung von Fertigkeiten bezog, sondern ein Vergleich zwischen den Ergebnissen der Interventionen angestrebt wurde, können diese Resultate nicht in Verbindung mit den andern Studien gebracht werden. Zudem handelte es sich um eine Pilotstudie mit nur acht Teilnehmern, was die Aussagekraft der Ergebnisse massiv einschränkt. Gemäss Polatajko et al. (2012) ist die interne Validität der Studie durch die hohe Anzahl Therapieabbrüche nicht gegeben. Dies schränkt wiederum die externe Validität und damit die Übertragbarkeit der Ergebnisse ein.

Die Autorinnen schlussfolgern, dass die Betätigungsperformanz durch die CO-OP-Methode in der ambulanten Therapie bei Klienten, welche chronische Symptome nach einem CVI aufweisen, in allen drei Betätigungsbereichen verbessert werden kann. Allerdings bedeutet dies nicht, dass nach den Interventionen in den erarbeiteten Tätigkeiten keine Einschränkungen mehr auftreten.

Nebst den Untersuchungen über die Veränderungen der Performanz in verschiedenen Tätigkeiten wurden die Generalisierung der mit der CO-OP-Methode erlernten Fertigkeiten und der Transfer der globalen Strategie erforscht. Alle Studienteilnehmer von McEwen, Polatajko, Huijbregts et al. (2010) zeigten in den

nicht in der Therapie trainierten Zielen deutlich verbesserte Performanzwerte. Aus den dokumentierten Gesprächen mit diesen Klienten ist ersichtlich, dass es allen gelungen war, die in der Therapie erreichten Fertigkeiten und die globale Strategie im Alltag anzuwenden. Alle Teilnehmer nannten Beispiele von Tätigkeiten, welche sie durch die Generalisierung oder den Transfer der globalen Strategie wiedererlernt hatten. McEwen, Polatajko, Davis et al. (2010) führen diesen Erfolg auf die Struktur des Problemlöseprozesses der CO-OP-Methode zurück. Zwar sind diese Ergebnisse begrenzt auf andere Personen übertragbar, da sich die Studien gemäss Tomlin und Borgetto (2011) auf dem niedrigsten Evidenzniveau befinden, jedoch untermauern andere Forschungsarbeiten die aufgeführten Erkenntnisse. Beispielsweise erklären Shea und Morgan (1979), dass das vielfältige Erarbeiten von Fertigkeiten einen Transfer von Fertigkeiten nach der Phase des Fertigkeitenerwerbs verbessert. Des Weiteren schlussfolgern Geusgens, Winkens, van Heugten, Jolles und van den Heuvel (2007) in einem Review, dass durch das Erlernen von kognitiven Strategien, im Sinne von Problemlösungsstrategien, der Transfer von Aktivitäten in den Alltag ermöglicht wird.

Die Autorinnen schliessen aus diesen Erkenntnissen, dass die CO-OP-Methode durch das vielfältige Üben von Tätigkeiten den Wiedererwerb von Fertigkeiten unterstützt. Dies erfordert vom Klienten sein Vorgehen solange anzupassen, bis die Tätigkeit durchgeführt werden kann. Dadurch werden die Generalisierung und der Transfer von Fertigkeiten beeinflusst, was wiederum Auswirkungen auf die Verbesserung der Performanz in allen Betätigungsbereichen hat.

5.3 Umwelt

Der Mensch führt seine Betätigungen immer in einer Umwelt durch, die wiederum die Betätigungsausführung beeinflusst (Law et al., 2002). Die Umwelt wird im CMOP-E in die physische, soziale, kulturelle und institutionelle Umwelt unterteilt (Law et al., 2002). Ergebnisse der Hauptstudien, welche zum diesen Bereichen zugeteilt werden können, waren spärlich. Die Autorinnen erklären sich den Mangel an Resultaten damit, dass die Fragestellungen der Studien auf Veränderungen der Performanz ausgerichtet waren und nicht auf den Zusammenhang mit der Umwelt.

Physische Umwelt

Im Bereich der physischen Umwelt beziehen sich die Ergebnisse vorwiegend auf die Anpassung der Umwelt durch den Klienten. Beispielsweise wählte ein Teilnehmer in der Studie von McEwen, Polatajko et al. (2009) anstatt einer Nagelschere ein Nagelklippset mit einem leicht gummierten Griff, weil er dieses mit der betroffenen Hand besser manipulieren konnte. Ein weiterer Proband der Studie nahm Anpassungen an einer Fahrradpedale vor, um den betroffenen Fuss auf der Pedale zu fixieren. Dies ermöglichte es ihm mit beiden Beinen zu treten und das Gleichgewicht während der Fahrt zu halten. Auch Henshaw et al. (2011) belegten, dass die Teilnehmer mit der Unterstützung in Sinne der geleiteten Entdeckung und durch aufgabenspezifische Strategien ihre direkte Umwelt anpassten, um Aktivitäten selbständig ausführen zu können. Beide Studien sind ähnlich aufgebaut und können gut miteinander verglichen werden. Allerdings stammen die aufgeführten Resultate aus den zusätzlichen qualitativen Beschreibungen der Studien und entsprechen aus diesem Grund nicht den Bewertungskriterien von Law et al. (1998b).

Die Autorinnen schlussfolgern, dass es den Klienten durch den Einsatz der CO-OP-Methode möglich war, bei gewissen Tätigkeiten ihre physische Umwelt selbstständig anzupassen. Dadurch waren die Klienten in der Lage einzelne Handlungen, welche nach dem CVI nicht mehr durchgeführt werden konnten, wieder auszuführen.

Soziale Umwelt

Die Resultate für den Bereich der sozialen Umwelt stammen aus qualitativ erhobenen Daten einzelner Studien. Einen besonderen Stellenwert in der Therapie mit der CO-OP-Methode nehmen die Bezugspersonen der Klienten ein (Polatajko und Mandich, 2004). Allerdings fehlte den Angehörigen von mindestens einem Studienteilnehmer die Zeit, um ihm bei der Umsetzung der erlernten Strategien in den Alltag zu unterstützen (McEwen, Polatajko, Davis et al., 2010). Dieser Klient empfand den Einbezug von Bezugspersonen als sinnvoll, jedoch nicht als realistisch. Auch in den Vorschlägen zur Anpassung der CO-OP-Methode an die Therapie mit Erwachsenen nach einem CVI wird erwähnt, dass der Einbezug von Angehörigen nicht unbedingt als Hauptmerkmal der CO-OP-Methode beibehalten werden soll. Die Ergebnisse stammen aus einer qualitativen Studie, die nach adäquaten Analyse Kriterien durchgeführt wurde, jedoch keine theoretische Sättigung erreichte.

Ein weiterer Aspekt zur sozialen Umwelt liefern die qualitativen Ergebnisse der Fallstudie von Henshaw et al. (2011). Beide Teilnehmerinnen der Studie suchten während den Interventionen Unterstützung vom Therapeuten, also von der sozialen Umwelt. Zudem wurde festgestellt, dass sich die Klienten besser auf die neue Therapiemethode einliessen, wenn sich der Therapeut um eine gute Klienten-Therapeuten-Beziehung bemühte. Eine Studie von Taylor, Lee, Kielhofner und Ketkar (2009) unterstützt dieses Argument mit der Aussage, dass die Klienten-Therapeuten-Beziehung entscheidende Auswirkungen auf die aktive Therapieteilnahme des Klienten hat.

Die Autorinnen folgern, dass die Unterstützung der sozialen Umwelt sich auf die Umsetzung der CO-OP-Methode im Alltag auswirkt. Dies beeinflusst wiederum das Ausmass der Fortschritte beim Ausführen von Betätigungen.

Kulturelle und institutionelle Umwelt

Im Bereich der kulturellen Umwelt waren in den Hauptstudien keine Ergebnisse vorhanden. Allerdings diskutierten McEwen, Polatajko, Davis et al. (2010) und Polatajko et al. (2012) den Aspekt der Autonomie (vgl. Kapitel 5.5) und der selbstbestimmten Therapieteilnahme, was durch die CO-OP-Methode ermöglicht wird. Den Stellenwert der Autonomie wird von Klienten, welche aus einem östlichen Kulturkreis stammen, anders gewertet als von Klienten mit einem westlich geprägten Denken (Pooremamali, Persson und Eklund, 2011). Die Forscher beschreiben, dass erstere der Therapie eher passiv folgen und Strategien vermeiden. Gemäss Polatajko und Mandich (2004) ist das selbständige Einsetzen von Strategien jedoch die Grundlage der CO-OP-Therapie.

Die Autorinnen schliessen daraus, dass eine erfolgreiche Umsetzung der CO-OP-Methode massgeblich vom kulturellen Hintergrund abhängig ist. Zum Bereich der institutionellen Umwelt konnten sie aus keiner der Hauptstudien etwas ableiten.

5.4 Engagement

Engagement bezeichnet im CMOP-E die Fertigkeit des Therapeuten, Klienten zu einer Betätigung zu befähigen beziehungsweise ihnen die Durchführung einer Tätigkeit zu ermöglichen (Townsend und Polatajko, 2007). In einzelnen Studien wurden die erhobenen Daten unter Berücksichtigung des therapeutischen Vorgehens diskutiert. Ergebnisse in diesem Bereich zielen zwar nicht direkt auf die

Beantwortung der Fragestellung der vorliegenden Bachelorarbeit ab, geben jedoch Aufschluss über relevante Aspekte zur Umsetzung der CO-OP-Methode.

In mehreren Studien wurde die deutliche Performanzverbesserung mit dem Einsatz der geleiteten Entdeckung, welche der Therapeut zur Unterstützung des Klienten nutzt, begründet (McEwen, Polatajko et al., 2009; Henshaw et al., 2011). Diese ermöglicht eine individuelle Anpassung der CO-OP-Interventionen an Erwachsene nach einem CVI (Henshaw et al., 2011). Diese Erkenntnis wird durch Polatajko und Mandich (2004) unterstützt. Mit Hilfe der geleiteten Entdeckung wird der Klient angeleitet, einen Plan zu erstellen und diesen selbständig auszuführen, wodurch die Selbstwirksamkeit des Klienten erhöht wird.

McEwen, Polatajko, Davis et al. (2010) postulieren, dass der Therapeut seinen Klienten mehr Autonomie im Behandlungsprozess ermöglichen soll (vgl. Kapitel 5.5). Diese Forderung wird von Jones, Mandy und Partridge (2008) unterstützt. Die Forscher fanden heraus, dass es für Klienten nach einem CVI wichtig ist, ein Gefühl von Kontrolle über ihren Genesungsprozess wiederzuerlangen. Dazu sollten die Therapeuten die persönlichen Ziele der Klienten erkennen und in das Rehabilitationsprogramm miteinbeziehen. Zudem wird in einer Studie bei stationären Klienten nach einem CVI beschrieben, dass mit der CO-OP-Methode dem Klienten ein Werkzeug zur Hand gegeben wird, mit welchem er sich aktiver in den Therapieprozess einbringen kann (Skidmore et al., 2011),

Bei den aufgeführten Erkenntnissen aus den Hauptstudien handelt es sich um Schlussfolgerungen von den Forschungsgruppen. Aus diesem Grund sind die Ergebnisse nur eingeschränkt generalisierbar. Mit weiterführender Literatur konnten die Argumente jedoch unterstützt und belegt werden. Daraus schliessen die Autorinnen, dass die CO-OP-Methode insbesondere durch die geleitete Entdeckung und die Ermöglichung der Autonomie den Therapeuten unterstützt, seine Klienten zur Wiederaufnahme von Betätigungen zu befähigen.

5.5 Einfluss einiger Merkmale der CO-OP-Methode auf die Betätigungsperformanz

In den Hauptstudien wird die Effektivität der CO-OP-Methode durch verschiedene Hauptmerkmale der Methode begründet. Insbesondere scheinen die globale Strategie, die geleitete Entdeckung und die selbstgewählten Ziele den Fertigkeitenerwerb positiv zu beeinflussen. Im Folgenden wird vertieft betrachtet,

inwiefern die CO-OP-Methode mit diesen zentralen Eigenschaften die Betätigungsperformanz beeinflusst.

Beim Fertigkeitenerwerb hilft die *globale Strategie* gemäss McEwen, Polatajko et al. (2009) exekutive Funktionen wie Planung, Problemlösung und Evaluation zu strukturieren. Sie schliessen aus neurophysiologischen Erkenntnissen von Serrien, Ivry und Swinnen (2007), dass der Erwerb motorischer Fertigkeiten immer mit kognitiven und nicht nur mit motorischen Funktionen verbunden ist, insbesondere, wenn eine Hirnschädigung vorliegt oder die Handlungen in einer komplexen Umwelt stattfinden. Nach einem Review von McEwen, Huijbregts et al. (2009) fördern kognitive Strategien den Erwerb von motorischen Fertigkeiten bei Personen, die einen CVI erlitten haben. Auch Polatajko und Mandich (2004) erklären, dass die Anwendung von kognitiven Strategien in der CO-OP-Methode den Fertigkeitenerwerb, die Generalisierung und den Transfer von Fertigkeiten unterstützt. Die Autorinnen schliessen daraus, dass zur Wiedererlangung von Fertigkeiten ein Therapieansatz mit kognitiven Komponenten, wie der globalen Strategie der CO-OP-Methode, wichtig ist.

McEwen, Polatajko et al. (2009) nennen die *geleitete Entdeckung* als weiteren Faktor, der die kognitiven Lernprozesse einer Person beeinflusst. Sie bringen deren Einsatz beim Fertigkeitenerwerb mit der Häufigkeit von Feedback in Verbindung. Lee, Swinnen und Serrien (1994) erklären, dass das Feedback der sozialen Umwelt, im Falle der Therapie also das des Therapeuten, eine Rückmeldung der physischen Umwelt ergänzt. Wenn das Feedback durch den Therapeuten aber ständig erfolgt, werden kognitive Prozesse verhindert. Das Feedback des Therapeuten soll deshalb den Klienten darin unterstützen, die Rückmeldungen, welche er während des Handelns von seiner Umwelt erhält, korrekt zu interpretieren. Die Autorinnen sind der Meinung, dass dies bei der CO-OP-Methode durch die geleitete Entdeckung gewährleistet wird. Bei der geleiteten Entdeckung wirkt der Therapeut begleitend, gibt nicht selbst die richtige Lösung vor, sondern unterstützt den Klienten beim Entwickeln eigener Strategien durch gezielte Fragen (Polatajko und Mandich, 2004). Die Autorinnen schliessen daraus, dass die geleitete Entdeckung den Klienten hilft, kognitive Prozesse zu steuern und zu leiten und damit die Betätigungsperformanz zu steigern.

McEwen, Polatajko et al. (2009) begründen die Effizienz der CO-OP-Methode zusätzlich mit dem Verfolgen von *selbstgewählten Zielen* des Klienten. Der Fertigkeitenerwerb, die Generalisierung von Fertigkeiten und der Transfer der Strategien können laut Polatajko und Mandich (2008) durch die vom Klienten gesetzten Ziele gesteigert werden. Zudem meinte eine Teilnehmerin der Fallstudie von Henshaw et al. (2011), dass sie durch die selbstgewählten Ziele allgemein motivierter, ausdauernder und weniger frustriert mit ihrer Performanz war. McEwen, Polatajko, Davis et al. (2010) fanden heraus, dass Klienten durch das Setzen selbstgewählter Ziele die Therapie massgeblich mitbestimmten und somit während des gesamten Therapieprozesses aktiv teilnahmen. Die Teilnehmer der Studie berichteten von einer Steigerung der Autonomie, des Selbstvertrauens und der Selbstverantwortung. Gleichzeitig wünschten sie sich ein Gleichgewicht zwischen dem Gewähren von Autonomie und der leitenden Unterstützung durch den Therapeuten. Diese Beobachtungen decken sich mit den Studienergebnissen von Proot, ter Meulen, Abu-Saad und Crebolder (2007), welche fordern, dass die Intervention an den Grad der erreichten Autonomie des Klienten angepasst werden sollte. Damit wird die aktive Teilnahme am Rehabilitationsprozess und dem Treffen von Entscheidungen gefördert, was die Vorbereitung der Klienten auf ein autonomes Leben nach der Rehabilitation steigert. Auch Jones et al. (2008) fordern die aktive Beteiligung des Klienten in der Problemlösung, der Entscheidungsfindung oder der Prioritätenwahl, um dem Klienten eine grössere Kontrolle über seinen eigenen Rehabilitationsprozess zu ermöglichen. Diese Forderungen können aus der Sicht der Autorinnen mit der CO-OP-Methode erfüllt werden, da die Methode ein selbstbestimmtes Vorgehen des Klienten von Beginn bis Abschluss der Therapie ermöglicht. Die CO-OP-Methode scheint Klienten in der Wiederaufnahme ihrer Autonomie zu unterstützen, was sich schliesslich positiv auf die affektiven Funktionen und den Prozess des Fertigkeitenerwerbs auswirkt.

6 Schlussfolgerung

In diesem Teil der Arbeit werden die wichtigsten Erkenntnisse zur Beantwortung der Fragestellung zusammengefasst. Weiter wird ein Theorie-Praxis-Bezug hergestellt. Limitationen werden offen dargelegt und es werden Empfehlungen für weiterführende Forschungen gegeben.

6.1 Zusammenfassung der wichtigsten Erkenntnisse in Bezug auf die Fragestellung

Das Ziel dieser Arbeit war, herauszufinden, welche Möglichkeiten die CO-OP-Methode in der ambulanten ergotherapeutischen Behandlung erwachsener Klienten nach einem CVI in Bezug auf die Betätigungsperformanz bietet. Mit einer Literaturliste wurden fünf Studien auf diese Fragestellung hin analysiert.

Alle Hauptstudien belegen, dass die Betätigungsperformanz und die Zufriedenheit mit der Ausführung von Tätigkeiten durch die Anwendung der CO-OP-Methode gesteigert werden konnte. Auch eine Generalisierung der Fertigkeiten und ein Transfer der globalen Strategie konnte nachgewiesen werden (McEwen, Polatajko, Huijbregts et al., 2010; McEwen, Polatajko, Davis et al. 2010; Henshaw et al., 2011). Zwei Studien massen nach der CO-OP-Intervention eine Verbesserung verschiedener motorischer Funktionen (McEwen, Polatajko et al., 2009; McEwen, Polatajko, Huijbregts et al., 2010). Schlüsse über die Beeinflussung kognitiver Funktionen konnten die Autorinnen keine ziehen. Aus qualitativen Ergebnissen der Studien und Beschreibungen der Interventionen wird ersichtlich, dass die Klienten ihre Ziele durch eine veränderte Vorgehensweise, die Wahl anderer Strategien oder die Anpassung der physischen Umwelt erreichten (McEwen, Polatajko, Huijbregts et al., 2010 und Henshaw, 2011). Die Autorinnen stimmen McEwen, Polatajko et al. (2009) zu, dass der effiziente Fertigkeitenerwerb durch die CO-OP-Intervention hauptsächlich auf die globale Strategie, die geleitete Entdeckung und die selbstgewählten Ziele zurückzuführen ist. Diese Hauptmerkmale der Methode unterstützen den Therapeuten ebenfalls darin, Klienten zur Durchführung einer Handlung zu befähigen. Die Autorinnen kommen zum Schluss, dass die Verbesserung der Betätigungsperformanz nach dem Einsatz der CO-OP-Methode nicht zwangsläufig mit einer Verbesserung der Körperfunktionen zusammenhängt, sondern eher mit der Art und Weise, wie Tätigkeiten trotz körperlichen

Einschränkungen durchgeführt werden. Bereits das Zitat aus der Einleitung von McEwen, Polatajko, Davis et al. (2010) weist darauf hin, dass Klienten selbst verantwortlich für die Durchführung ihres Plans sind und damit mehr Selbständigkeit im Alltag erreichen.

6.2 Theorie-Praxis-Transfer

In diesem Teil der Arbeit wird erörtert, ob sich die CO-OP-Methode in der ergotherapeutischen Praxis der Schweiz umsetzen lässt. Des Weiteren wird dargelegt, bei welcher Klientengruppe der Einsatz der Methode sinnvoll scheint und welchen Hauptmerkmalen der CO-OP-Methode ein Ergotherapeut besondere Aufmerksamkeit schenken sollte.

Aus der Studie von McEwen, Polatajko, Huijbregts et al. (2009) ist ersichtlich, dass zur Zielerreichung nur zwei bis acht Interventionen mit der CO-OP-Methode benötigt wurden. Diese Beobachtung muss relativiert werden, da nicht in allen Studien alle Teilnehmer ihre Ziele durch die CO-OP-Interventionen erreichten. Ausserdem sind die Autorinnen der Ansicht, dass Ziele unterschiedlich umfangreich sein und deshalb nicht alle im selben Zeitfenster erreicht werden können. Gemäss der Krankenpflege-Verordnung des Eidgenössischen Departements des Innern (1995) übernimmt die Versicherung die Kosten von neun ärztlich verordneten Therapieeinheiten. Weitere Sitzungen müssen erneut verordnet werden. Durch die CO-OP-Methode können schon in weniger als neun Sitzungen Verbesserungen der Betätigungsperformanz erzielt werden und scheint deshalb in der ergotherapeutischen Praxis der Schweiz umsetzbar zu sein. Zudem kann durch eine Erfassung der Betätigungsperformanz mit der PQRS klar dokumentiert werden, wie sich die Performanz verändert. Aufgrund dieser Ergebnisse kann ein Therapieabschluss vorgenommen oder gegenüber Versicherungen der Sinn weiterer Interventionen begründet werden.

Der Einsatz der CO-OP-Methode entspricht den Anforderungen des Berufsprofils der Ergotherapie. Dieses orientiert sich am aktuellen biopsychosozialen Paradigma (vgl. 1.2) und fordert, dass die Ergotherapie dazu beiträgt, die Handlungsfähigkeit des Klienten zu erhalten und zu verbessern (EVS, 2005). Die Funktionen, Strukturen, Umweltfaktoren, Aktivitäten und Partizipationsmöglichkeiten eines Klienten sollen in die Lebensbereiche Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit miteinbezogen werden. Gemäss Polatajko und Mandich (2004) liegt der

Fokus der CO-OP-Methode auf der Betätigungsausführung in verschiedenen Lebensbereichen. Somit ist die Handlung sowohl Mittel wie auch Ziel der CO-OP-Therapien.

Es sind keine speziellen Voraussetzungen des Therapiesettings für die Durchführung der CO-OP-Methode nötig. Im Rahmen einer ambulanten Therapie ist die Methode in Praxisräumen oder in der Domizilbehandlung gut umsetzbar. Es müssen nur die für die Zielerreichung nötigen Materialien vorhanden sein. Auch in der stationären Frührehabilitation ist die Anwendung der CO-OP-Methode nach ersten Erkenntnissen von Skidmore et al. (2011) möglich. Grundsätzlich kann jeder Ergotherapeut die CO-OP-Methode anwenden. Das Besuchen eines CO-OP-Kurses ist nicht obligatorisch. Zudem werden in der Schweiz nur CO-OP-Kurse für die Anwendung bei Kindern durchgeführt.

Ob sich der Einsatz der CO-OP-Methode bei allen Klienten nach einem CVI eignet, muss kritisch hinterfragt werden. In den Einzelfallstudien von McEwen, Polatajko et al. (2009) und McEwen, Polatajko, Huijbregts et al. (2010) nahmen beispielsweise nur Personen teil, welche keine Demenz aufwiesen. Auch Henshaw et al. (2011) und Polatajko et al. (2012) verlangten ein durchschnittliches Level an intellektuellen Fähigkeiten. Zudem liessen sie Personen mit einer Aphasie nicht zu. Henshaw et al. (2011) schlossen Personen mit einem Neglekt oder schweren Beeinträchtigungen der Sprache aus. Die Klienten in den aufgeführten Studien hatten hauptsächlich motorische Einschränkungen. Polatajko und Mandich (2004) erklären, dass ein gewisses Mass an Sprachverständnis und -vermögen vorhanden sein muss, damit Ziele gesetzt und Strategien nachvollzogen werden können. Weiter setzen sie auch einen gewissen Grad an kognitiven Kompetenzen voraus. Allerdings konnten bereits erste Erfolge der CO-OP-Methode bei der Therapie von Klienten mit exekutiven Dysfunktionen oder allgemeinen kognitiven Einschränkungen nachgewiesen werden (Dawson et al., 2009; Skidmore et al. 2011). Diese positiven Resultate können jedoch nicht ausschliesslich auf die Wirkung der CO-OP-Methode reduziert werden. Die Autorinnen schlussfolgern, dass der Einsatz der CO-OP-Methode bei kognitiv oder sprachlich stark eingeschränkten Klienten eingeschränkt ist. Bei Klienten, deren beeinträchtigte Motorik ein Hauptgrund für die eingeschränkte Selbständigkeit im Alltag ist, wird das Anwenden der CO-OP-Methode empfohlen. Weiter könnte die Methode, welche die Autonomie des Klienten in den Mittelpunkt

stellt, besonders für immigrierte Klienten aus einem östlichen Kulturkreis ungeeignet sein. Pooremamali et al. (2011) stellen fest, dass diese Personen aus der östlichen Kultur ihre Autonomie häufig unterordnen und eher Autoritäten folgen. Die Selbständigkeit hat nicht dieselbe Bedeutung wie bei westlich geprägten Kulturen. In der CO-OP-Methode ist der Aspekt der Autonomie jedoch zentral, da die aktive Teilnahme des Klienten von Anfang bis Schluss der Intervention gefordert ist (McEwen, Polatajko, Davis et al., 2010).

Des Weiteren werden einige praktische Hinweise in Bezug auf die Anwendung der CO-OP-Methode bei Klienten nach einem CVI in der ambulanten Therapie aufgeführt. Grundsätzlich soll die Struktur beibehalten werden (Henshaw et al., 2011). Besonders das Verfolgen selbstgesetzter Ziele, die angepasste Unterstützung beim Erarbeiten von Strategien und die Ermöglichung der Autonomie werden von Klienten positiv gewertet (McEwen, Polatajko, Davis et al., 2010; Henshaw et al., 2011). Die Bereitschaft eines Klienten sich auf eine neue Form der Behandlung einzulassen, wird durch den Aufbau einer guten therapeutischen Beziehung gesteigert (Henshaw et al., 2011). Beim Einführen der globalen Strategie soll erklärt werden, wie diese auch bei anderen Aktivitäten ausserhalb der in der Therapie geübten Fertigkeiten angewandt werden kann (McEwen, Polatajko, Huijbregts et al., 2010). Der Fokus der letzten Therapieeinheiten soll auf dem Transfer der globalen Strategie liegen, indem vermehrt Aufgaben für zu Hause gegeben oder Fertigkeiten, die einen Transfer erfordern, geübt werden (McEwen, Polatajko, Davis et al., 2010).

6.3 Kritische Beurteilung der Arbeit

Die herausgearbeiteten Ergebnisse dieser Bachelorarbeit wurden massgeblich durch die methodischen Kritikpunkte der Studien (vgl. Kap. 4) sowie der Einteilung der Studienresultate in die Struktur des CMOP-E beeinflusst. Eine eindeutige Zuteilung der Resultate zu den Bereichen des CMOP-E war nicht immer möglich, da die Studien teilweise wenige Hintergrundinformationen lieferten und nicht für alle Bereiche ausführliche Ergebnisse vorhanden waren. Weiter erschwerte die begrenzte Wortanzahl der Arbeit die vertiefte Diskussion der Erkenntnisse unter Einbezug aller Aspekte. Zusätzlich kommen mögliche persönliche Einschränkungen wie Übersetzungs- oder Interpretationsfehler der Studienergebnisse hinzu.

6.4 Weiterführende Fragestellungen

Zurzeit sind in der Forschung über den Einsatz der CO-OP-Methode bei erwachsenen Klienten nach einem CVI im ambulanten Setting ausschliesslich Grundlagenstudien vorhanden. Um eine Evidenz nachzuweisen, müssen Studien mit grösseren Stichproben und auf einem höheren Evidenzlevel folgen. Zudem sollten Langzeiteffekte der CO-OP-Therapie sowie Massnahmen zur Anpassung der Methode an die Rehabilitation von Erwachsenen nach einem CVI evaluiert werden. Auch könnten Forschungen über den Einsatz der CO-OP-Methode in der stationären (Früh-) Rehabilitation durchgeführt werden. Im Rahmen weiterer Arbeiten wäre es spannend zu untersuchen, welche Erkenntnisse über den Vergleich zwischen der CO-OP-Therapie bei Kindern und bei Erwachsenen sowie über die Übertragung der Methode in andere ergotherapeutische Arbeitsfelder gezogen werden können.

7 Verzeichnisse

7.1 Literaturverzeichnis

- Aikele, P. (2004). *Pschyrembel Klinisches Wörterbuch online: Schlaganfall*.
Heruntergeladen von <http://www.degruyter.com/view/kw/5b87576c-291a-4d4c-a6a7-aae81dfcc110?language> am 09.03.2013
- Bundesamt für Statistik. (2013a). *Diagnosen bei Hospitalisierungen, nach ICD-10 Kapitel, Altersklasse und Geschlecht*. Heruntergeladen von <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/04/01/key/diagnosen.html> am 09.03.2013
- Bundesamt für Statistik. (2013b). *Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2011 – Standardtabellen – Definitive Resultate*. Heruntergeladen von <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/04/01/data/01/05.html> am 09.03.2013
- Dawson, D. R., Gaya, A., Hunt, A., Levine, B., Lemsky, C. & Polatajko, H. J. (2009). Using the Cognitive Orientation to Occupational Performance (CO-OP) with adults with executive dysfunction following traumatic brain injury. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 76, 115-127.
- Dehnhardt, B. (2012). Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E). *Ergotherapie*, 8, 22-26.
- Dünnwald, U. (2009). Hemiplegie. In C. Habermann & F. Kolster (Hrsg.), *Ergotherapie im Arbeitsfeld Neurologie* (S. 203-263). Stuttgart: Thieme.
- Eidgenössisches Departement des Innern. (1995). *Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV)*. Heruntergeladen von www.admin.ch/ch/d/sr/8/832.112.31.de.pdf am 17.04.2013
- ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz. (2005). *Berufsprofil Ergotherapie*.
Heruntergeladen von http://www.ergotherapie.ch/resources/uploads/Berufsprofil_2005_d.pdf am 19.03.2013
- Geusgens, C. A. V., Winkens, I., van Heugten, C. M., Jolles, J. & van den Heuvel, W. J. A. (2007). Occurrence and measurement of transfer in cognitive rehabilitation: a critical review. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 39, 425-439.
- Haase, F. C. (2011). Handlungsorientierte Sichtweisen im ergotherapeutischen Prozess. In C. Scheepers, U. Steding-Albrecht & P. Jehn (Hrsg.), *Ergotherapie - Vom Behandeln zum Handeln: Lehrbuch für Ausbildung und Praxis* (S. 197-199). Stuttgart: Thieme.
- Hartman-Maeir, A., Soroker, N., Ring, H., Avni, N. & Katz, N. (2007). Activities, participation and satisfaction one-year post stroke. *Disability and Rehabilitation*, 29, 559-566.

- Henshaw, E., Polatajko, H., McEwen, S., Ryan, J. D. & Baum, C. M. (2011). Cognitive Approach to Improving Participation After Stroke: Two Case Studies. *American Journal of Occupational Therapy*, 65, 55-63.
- Jones, F., Mandy, A. & Partridge, C. (2008). Reasons for recovery after stroke: A perspective based on personal experience. *Disability and Rehabilitation*, 30, 507-516.
- Jürgens, K. D. (2007). Das Nervensystem. In R. Huch & K. D. Jürgens (Hrsg.), *Mensch – Körper – Krankheit* (S. 155-196). München: Elsevier.
- Law, M., Polatajko, H., Baptiste, S. & Townsend, E. (2002). Core Concepts of Occupational Therapy. In E. Townsend (Hrsg.), *Enabling Occupation: An Occupational Therapy Perspective* (S. 29-56). Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Law, M., Polatajko, H., Carswell, A., McColl, M. A., Pollack, N. & Baptiste, S. (2004). Das kanadische Modell der "occupational performance" und das „Canadian Occupational Performance Measure“. In C. Jerosch-Herold, U. Marotzki, B. M. Hack & P. Weber (Hrsg.), *Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis* (S. 137-152). Berlin: Springer.
- Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J. & Westmorland, M. (1998a). *Guidelines for Critical Review Form – Quantitative Studies*. Heruntergeladen von <http://www.srs-mcmaster.ca/Portals/20/pdf/ebp/quanguidelines.pdf> am 11.09.2012
- Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J. & Westmorland, M. (1998b). *Critical Review Form – Quantitative Studies*. Heruntergeladen von <http://www.srs-mcmaster.ca/Portals/20/pdf/ebp/quanreview.pdf> am 11.09.2012
- Lee, T. D., Swinnen, S. P. & Serrien, D. J. (1994). Cognitive Effort and Motor Learning. *Quest*, 46, 328-344.
- Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J. & Westmorland, M. (2007a). *Guidelines for Critical Review Form - Qualitative Studies (Version 2.0)*. Heruntergeladen von http://www.srs-mcmaster.ca/Portals/20/pdf/ebp/qualguidelines_version2.0.pdf am 11.09.2012
- Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J. & Westmorland, M. (2007b). *Critical Review Form – Qualitative Studies (Version 2.0)*. Heruntergeladen von http://www.srs-mcmaster.ca/Portals/20/pdf/ebp/qualreview_version2.0.pdf am 11.09.2012
- McEwen, S. E., Huijbregts, M. P. J., Ryan, J. D. & Polatajko, H. J. (2009). Cognitive strategy use to enhance motor skill acquisition post-stroke: A critical review. *Brain Injury*, 23, 263-277.
- McEwen, S. E., Polatajko, H. J., Davis, J. A., Huijbregts, M. & Ryan, J. D. (2010). 'There's a real plan here, and I am responsible for that plan': participant

- experiences with a novel cognitive-based treatment approach for adults living with chronic stroke. *Disability and Rehabilitation*, 32, 540-550.
- McEwen, S. E., Polatajko, H. J., Huijbregts, M. P. J & Ryan, J. D. (2010). Inter-task transfer of meaningful, functional skills following a cognitive-based treatment: Results of three multiple baseline design experiments in adults with chronic stroke. *Neuropsychological Rehabilitation*, 20, 541-561.
- McEwen, S. E., Polatajko, H. J., Huijbregts, M. P. J. & Ryan, J. D. (2009). Exploring a cognitive-based treatment approach to improve motor-based skill performance in chronic stroke: Results of three single case experiments. *Brain Injury*, 23, 1041-1053.
- Miller, L. T., Polatajko, H. J., Missiuna, C., Mandich, A. D. & Macnab, J. J. (2001). A pilot trial of a cognitive treatment for children with developmental coordination disorder. *Human Movement Science*, 20, 183-210.
- Missiuna, C. M., Malloy-Miller, T. & Mandich, A. (1997). *Cognitive, or "Top-Down" Approaches to Intervention*. Heruntergeladen von <http://www.canchild.ca/en/ourresearch/cognitiveapproaches.asp> am 10.03.2013
- Missiuna, C., Mandich, A. D., Polatajko, H. J. & Malloy-Miller, T. (2001). Cognitive Orientation to Daily Occupational Performance (CO-OP): Part I - Theoretical Foundations. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics*, 20, 69-81.
- Polatajko, H. J. & Mandich, A. (2004). *Enabling Occupation in Children: The Cognitive Orientation to daily Occupation Performance (CO-OP) Approach*. Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Polatajko, H. J. & Mandich, A. (2008). *Ergotherapie bei Kindern mit Koordinationsstörungen – der CO-OP-Ansatz*. Stuttgart: Georg Thieme.
- Polatajko, H. J., Davis, J., Stewart, D., Cantin, N., Amoroso, B., Purdie, L. & Zimmermann, D. (2007). Specifying the domain of concern: Occupation as Core. In E. A. Townsend & H. J. Polatajko (Hrsg.), *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being, & Justice through Occupation* (S.13-36). Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Polatajko, H. J., Mandich, A. D., Miller, L. T. & Macnab, J. J. (2001). Cognitive Orientation to Daily Occupational Performance (CO-OP): Part II – The Evidence. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics*, 20, 83-106.
- Polatajko, H. J., McEwen, S. E., Ryan, J. D. & Baum, C. M. (2012). Pilot Randomized Controlled Trial Investigating Cognitive Strategy Use to Improve Goal Performance After Stroke. *American Journal of Occupational Therapy*, 66, 104-109.
- Pooremamali, P., Persson, D. & Eklund, M. (2011). Occupational therapists' experience of working with immigrant clients in mental health care. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 18, 109-121.

- Proot, I. M., ter Meulen, R. H., Abu-Saad, H. H. & Crebolder, H. F. (2007). Supporting stroke patients' autonomy during rehabilitation. *Nursing Ethics*, 14, 229-241.
- Ringelstein, E. B. & Nabavi, D. G. (2004). Der akute Schlaganfall: Klinische Differenzialdiagnose. In H-C. Diener, W. Hacke & M. Forsting (Hrsg.), *Schlaganfall* (S. 1-9). Stuttgart: Georg Thieme.
- Rowley, J. (2002). Using case studies in research. *Management Research News*, 25, 16-27.
- Serrien, D. J., Ivry, R. B. & Swinnen, S. P. (2007). The missing link between action and cognition. *Progress in Neurobiology*, 82, 95-107.
- Shea, J. B. & Morgan, R. L. (1979). Contextual Interference Effects on the Acquisition, Retention, and Transfer of a Motor Skill. *Journal of Experimental Psychology: Human Learning and Memory*, 5, 179-187.
- Skidmore, E. R., Holm, M. B., Whyte, E. M., Dew, M. A., Dawson, D. & Becker, J. T. (2011). The feasibility of meta-cognitive strategy training in acute inpatient stroke rehabilitation: Case report. *Neuropsychological Rehabilitation*, 21, 208-223.
- Taylor, R. R., Lee, S. W., Kielhofner, G. & Ketkar, M. (2009). Therapeutic use of self: A nationwide survey of practitioners' attitudes and experiences. *American Journal of Occupational Therapy*, 63, 198-207.
- Tomlin, G. & Borgetto, B. (2011). Research Pyramid: A New Evidence-Based Practice Model for Occupational Therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 65, 189 – 196.
- Townsend, E. A. & Polatajko, H. J. (2007). *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-Being & Justice through Occupation*. Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Weinstock-Zlotnick, G. & Hinojosa, J. (2004). Bottom-Up or Top-Down Evaluation: Is One Better Than the Other?. *American Journal of Occupational Therapy*, 58, 594 – 599.

7.2 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Hauptmerkmale der CO-OP-Methode	S. 11
Polatajko, H. J. & Mandich, A. (2008). <i>Ergotherapie bei Kindern mit Koordinationsstörungen – der CO-OP-Ansatz</i> (S. 41). Stuttgart: Georg Thieme.	
Abbildung 2. Canadian Modell of Occupational Performance	S. 15
Polatajko, H. J., Townsend, E. A. & Craik, J. (2007). Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E). In E. A. Townsend & H. J. Polatajko (Hrsg.), <i>Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision of Health, Well-being & Justice through Occupation</i> (S. 23). Ottawa: CAOT Publications ACE.	

7.3 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Keywords	S. 18
Tabelle 2. Einteilung der Resultate in die Struktur des CMOP-E	S. 23
Tabelle 3. Einteilung der Resultate in die Struktur des CMOP-E	S. 27
Tabelle 4. Einteilung der Resultate in die Struktur des CMOP-E	S. 31
Tabelle 5. Einteilung der Resultate in die Struktur des CMOP-E	S. 36
Tabelle 6. Einteilung der Resultate in die Struktur des CMOP-E	S. 40
Tabelle 7. Hauptstudie 1	S. 66
Tabelle 8. Hauptstudie 2	S. 76
Tabelle 9. Hauptstudie 3	S. 84
Tabelle 10. Hauptstudie 4	S. 94
Tabelle 11. Hauptstudie 5	S. 107

7.4 Abkürzungsverzeichnis

ABC	Activity-Specific Balance Confidence Scale
ACS	Activity Card Sort
ADL	Activities of daily living → Aktivitäten des täglichen Lebens
AMED	Allied and Complementary Medicine Database
BFS	Bundesamt für Statistik
CES-D	Center for Epidemiological Studies Depression Scale
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
CMOP	Canadian Model of Occupational Performance
CMOP-E	Canadian Model of Occupational Performance and Engagement
CMSA-II	Chedoke-McMaster Stroke Assessment Impairment Inventory
CO-OP	Cognitive Orientation to daily Occupational Performance
COPM	Canadian Occupational Performance Measure
CVI	Cerebrovaskulärer Insult
DCD	Developmental Coordination Disorder
EVS	ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz
Exkl.	Exklusive
FIM	Functional Independence Measure
MAL	Motor Activity Log
Medline	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MeSH	Medical Subject Headings
OTDBase	Occupational Therapy Journal Literature Search Service
OTseeker	Occupational Therapy Systematic Evaluation of Evidence
PQRS	Performance Quality Rating Scale
RNL	Reintegration to Normal Living Index
S.	Seite
SEMCD-6	Stanford Self-Efficacy for Managing Chronic Disease 6-Item Scale
SIS	Stroke Impact Scale
Vgl.	Vergleiche
Zit.	Zitiert

8 Danksagung

Wir bedanken uns bei allen sehr herzlich, die uns während der Entstehung dieser Bachelorarbeit fachlich und mental unterstützt haben.

Ein spezieller Dank geht an unsere Betreuungsperson Bianca Köller Looser für die richtungsweisende Beratung.

Andrea Petrig möchten wir für die wertvollen Informationen zur CO-OP-Methode einen grossen Dank aussprechen.

Ganz besonders möchten wir uns auch bei Petra Keller für das aufmerksame Korrekturlesen bedanken.

Des Weiteren geht ein grosser Dank an unsere Mitstudentinnen Melanie Marchner und Sabrina Fässler für das konstruktive Feedback und die kritischen Verständnisfragen.

Auch unseren Familien und Freunden gehört ein Dankeschön für die motivierende und geduldige Unterstützung während der gesamten Arbeitsphase.

9 Eigenständigkeitserklärung

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

Winterthur, den 03.05.2013

Jasmin Dubach

Bettina Bachmann

10 Anhang

10.1 Tabellen der bewerteten Hauptstudien

Tabelle 7. Hauptstudie 1

Critical Review Form – Quantitative Studies

© Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, I., Bosch, J. & Westmorland, M., 1998

McMaster University

Citation:

McEwen, S. E., Polatajko, H. J., Huijbregts, M. P. J. & Ryan, J. D. (2009). Exploring a cognitive-based treatment approach to improve motor-based skill performance in chronic stroke: Results of three single case experiments. *Brain Injury*, 23, 1041-1053.

	Comments
<p>STUDY PURPOSE:</p> <p>Was the purpose stated clearly?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p><i>Outline the purpose of the study. How does the study apply to occupational therapy and/or your research question?</i></p> <p>Mit der Studie soll die Effektivität der CO-OP-Methode in Bezug auf den Einsatz bei Erwachsenen, die in der Gesellschaft und mit den Auswirkungen eines chronischen CVI leben, untersucht werden. Die Forschungsfragen lauten:</p> <p>1) Führt die ambulante Behandlung nach der CO-OP-Methode bei einer Person, welche vor mindestens einem Jahr einen CVI erlitt, zu einer besseren Performanz bei selbstgewählten, funktionsbezogenen Zielen und halten diese Ergebnisse mindestens einen Monat lang an?</p> <p>2) Hat die CO-OP-Methode Auswirkungen auf die selbsteingeschätzte der Performanz und auf die Zufriedenheit bei selbstgewählten Zielen, den Gesundheitsstatus in Bezug auf den CVI (inklusive Partizipation) und auf die Selbstwirksamkeit oder das Selbstvertrauen?</p>

	Die Studie verspricht Erkenntnisse zur Bearbeitung der Bachelorarbeit zu liefern.
<p>LITERATURE:</p> <p>Was relevant background literature reviewed?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p><i>Describe the justification of the need for this study.</i></p> <p>Es wird beschrieben, dass Personen nach einem CVI mit chronischen Symptomen und Einschränkungen im täglichen Leben zu kämpfen haben. Um diese Situation zu verändern, wird nach neuen Behandlungsmethoden gesucht. Mit aktueller Literatur (2002–2009) wird begründet, dass sich der Einsatz von kognitiven Strategien positiv auf die Behandlungserfolge von Klienten nach einem CVI auswirkt. Des Weiteren wird die CO-OP-Methode kurz vorgestellt. Schwerpunkte sind deren Einsatz bei Kindern, der Ablauf der Interventionen und ihre theoretischen Grundlagen.</p>
<p>DESIGN:</p> <p><input type="checkbox"/> randomized (RCT)</p> <p><input type="checkbox"/> cohort</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> single case design</p> <p><input type="checkbox"/> before and after</p> <p><input type="checkbox"/> case-control</p> <p><input type="checkbox"/> cross-sectional</p> <p><input type="checkbox"/> case study</p>	<p><i>Describe the study design. Was the design appropriate for the study question? (e.g., for knowledge level about this issue, outcomes, ethical issues, etc.)</i></p> <p>Die Forscher führten eine Einzelfallstudie mit zwei Replikationen durch.</p> <p>Das Design zur Beantwortung der ersten Forschungsfrage, nennen sie <i>single case experimental AB design with follow-up</i>. Dazu wurden pre- und post-test-Messungen, Messungen während der Intervention sowie follow-up-Messungen (einen Monat nach Interventionsabschluss) durchgeführt.</p> <p>Für die zweite Forschungsfrage wurde ein <i>quasi-experimentelles pre-post-design</i> hinzugezogen. Dabei wurden bei pre- und post-test Messungen sowie bei der follow-up-Messung (einen Monat nach Interventionsende) Daten erhoben.</p>

	<p>Einzelfallstudien sind besonders geeignet, um Verhaltensveränderungen zu messen und werden in der Frühphase der Etablierung neuer Interventionen bevorzugt (Franzen und Harris, 1993 und Ottenbacher, 1986, zit. nach McEwen, Polatajko, Huijbregts et al., 2010, S. 1043).</p> <p><i>Specify any biases that may have been operating and the direction of their influence on the results.</i></p> <p>Das einzige von den Forschern beschriebene Bias betrifft die PQRS. Das Messen der Performanz ist bei gewissen Aktivitäten schwierig. Beispielsweise sind tiefes Atmen und Entspannung (bei der Fertigkeit Yoga) durch die PQRS nicht erfassbar. Zur Messung dieses Ziels hätte ein passenderes Messinstrument gefunden werden müssen.</p>
<p>SAMPLE: N = 3</p> <p>Was the sample described in detail? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>Was sample size justified? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A</p>	<p><i>Sampling (who; characteristics; how many; how was sampling done?) If more than one group, was there similarity between the groups?</i></p> <p>Die Teilnehmer sind ambulante Patienten aus einem Rehabilitationszentrum in Toronto, die an einem Selbstmanagement-Programm teilnehmen und vom Leiter des Programmes als motiviert, an der Studie teilzunehmen, eingeschätzt wurden. Zudem sollten sie folgenden Kriterien entsprechen: Erwachsene mit einem chronischen CVI (mindestens 1 Jahr nach dem CVI), die in der Gesellschaft leben und beim Mini-Mental State Examination mindestens 24/30 Punkte aufweisen.</p>

	<p>Es wurden für die Studie drei männliche, rechtsdominante Teilnehmer rekrutiert, die vor 13 - 40 Monaten einen linkshemisphärischen CVI erlitten. Die Männer waren zwischen 42 und 56 Jahre alt und erreichten bei dem Mini-Mental State Examination einen Wert von 29 oder 30 Punkten. Über den Typ, die Schwere oder die Lokalisation des CVI liegen keine Informationen vor. Ein Proband hatte zusätzlich Bluthockdruck und bei einem weiteren wurde Diabetes diagnostiziert.</p> <p><i>Describe ethics procedures. Was informed consent obtained?</i></p> <p>Die Studie wurde von der Ethikkommission der Universität in Toronto und vom Rekrutierungszentrum genehmigt. Zusätzlich wurde das schriftliche Einverständnis aller Teilnehmenden eingeholt.</p>
<p>OUTCOMES:</p> <p>Were the outcome measures reliable?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p>	<p><i>Specify the frequency of outcome measurement (i.e., pre, post, follow-up)</i></p> <p><u>PQRS</u>: Das Ausführen aller selbstgewählten Ziele wurde auf Video aufgezeichnet. Die Videoaufnahmen wurden von einem ausgebildeten, unabhängigen Beobachter ausgewertet, welcher die Videos in randomisierter, nicht-chronologischer Reihenfolge beurteilte. Zudem wurde für die Bewertung der Performanz mit der PQRS zu jedem Ziel eine Tabelle, die den Werten präzise Definitionen zuschreibt, entwickelt. Mindestens drei pre- und post-test-Messungen sowie drei follow-up-Messungen (einen Monat nach Interventionsabschluss) und Messungen während jeder Intervention wurden erhoben.</p> <p>Bei allen weiteren Assessments wurden pre- und post-test-Messungen, und follow-up-Messungen (einen Monat nach Interventionsabschluss) durchgeführt.</p>

<p>Were the outcome measures valid?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>(Wird im Fliesstext nicht genannt; Quellen sind teilweise Validitätsstudien)</p>	<p>Bei der Mehrheit der Assessments wurde eine Reliabilität angegeben. Über die Validität machten die Forscher keine direkten Aussagen. Aus den angegebenen Quellen ist jedoch zu erkennen, dass die Forscher sich teilweise auf Validitätsstudien der einzelnen Assessments beziehen.</p>																		
	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="512 495 1066 539"><i>Outcome areas</i></th> <th data-bbox="1066 495 1402 539"><i>List measures used</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="512 539 1066 584">Fremdeingeschätzte</td> <td data-bbox="1066 539 1402 584">PQRS;</td> </tr> <tr> <td data-bbox="512 584 1066 629">Performanzveränderung;</td> <td data-bbox="1066 584 1402 629"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="512 629 1066 674">Selbsteingeschätzte Performanz</td> <td data-bbox="1066 629 1402 674">COPM;</td> </tr> <tr> <td data-bbox="512 674 1066 719">und Performanzzufriedenheit;</td> <td data-bbox="1066 674 1402 719"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="512 719 1066 763">Subjektiver Gesundheitsstatus</td> <td data-bbox="1066 719 1402 763">SIS;</td> </tr> <tr> <td data-bbox="512 763 1066 808">nach einem CVI;</td> <td data-bbox="1066 763 1402 808"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="512 808 1066 853">Selbstwirksamkeit;</td> <td data-bbox="1066 808 1402 853">SEMCD-6;</td> </tr> <tr> <td data-bbox="512 853 1066 898">Mobilitätsbezogenes Vertrauen</td> <td data-bbox="1066 853 1402 898">ABC (→ nur für P3)</td> </tr> </tbody> </table>	<i>Outcome areas</i>	<i>List measures used</i>	Fremdeingeschätzte	PQRS;	Performanzveränderung;		Selbsteingeschätzte Performanz	COPM;	und Performanzzufriedenheit;		Subjektiver Gesundheitsstatus	SIS;	nach einem CVI;		Selbstwirksamkeit;	SEMCD-6;	Mobilitätsbezogenes Vertrauen	ABC (→ nur für P3)
<i>Outcome areas</i>	<i>List measures used</i>																		
Fremdeingeschätzte	PQRS;																		
Performanzveränderung;																			
Selbsteingeschätzte Performanz	COPM;																		
und Performanzzufriedenheit;																			
Subjektiver Gesundheitsstatus	SIS;																		
nach einem CVI;																			
Selbstwirksamkeit;	SEMCD-6;																		
Mobilitätsbezogenes Vertrauen	ABC (→ nur für P3)																		
<p>INTERVENTION:</p> <p>Intervention was described in detail?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Contamination was avoided?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> N/A</p>	<p><i>Provide a short description of the intervention (focus, who delivered it, how often, setting). Could the intervention be replicated in occupational therapy practice?</i></p> <p>Der Therapeut und die Teilnehmer vereinbarten untereinander die Anzahl der Behandlungen und die Ziele. Vor der ersten Intervention wurden ein oder zwei Sitzungen durchgeführt, in welcher anhand des COPM drei zu erreichende Ziele gesetzt wurden. In den nächsten Sitzungen fand die Behandlung nach der Struktur der CO-OP-Methode statt. Wie viele Interventionen zu welchem Ziel durchgeführt wurden und weitere Erläuterungen dazu, sind aus dem Resultateteil jedes Teilnehmenden zu entnehmen.</p>																		

	<p>Die Interventionen wurden von Sara McEwen, einer Physiotherapeutin mit beinahe fünfzehn Jahren Berufserfahrung, durchgeführt. Sie wurde speziell für die Therapie nach der CO-OP-Methode weitergebildet. Die Interventionen wurden auf Video aufgezeichnet und von Helene Polatajko, eine der Entwicklerinnen der CO-OP-Methode, überprüft.</p> <p>In welchem Setting die Interventionen stattfanden, wird nicht ersichtlich.</p>
<p>RESULTS:</p> <p>Results were reported in terms of statistical significance?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes (PQRS)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> N/A</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Were the analysis method(s) appropriate?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p>	<p><i>What were the results? Were they statistically significant (i.e., $p < 0.05$)? If not statistically significant, was study big enough to show an important difference if it should occur? If there were multiple outcomes, was that taken into account for the statistical analysis? What was the clinical importance of the results? Were differences between groups clinically meaningful? (if applicable)</i></p> <p><u>Resultate der PQRS:</u> Eine statistische Signifikanz wurde nur für die PQRS errechnet. Dazu wurde die <i>2 SD band method</i> verwendet.</p> <p>- <i>Resultate P1 (Schreiben, Fahrradfahren, Schwimmen):</i> Bei den Messungen während und nach den Interventionen waren bei den Betätigungen Schwimmen und Fahrradfahren signifikante Verbesserungen in der Performanz zu verzeichnen. Bei der follow-up-Messung war die Performanz bei allen drei Zielen signifikant verbessert.</p> <p>Beim Fahrradfahren benötigte der Teilnehmer zu Therapiebeginn Unterstützung beim Aufsteigen auf das Fahrrad. Es war ihm nur möglich zwei oder drei Umdrehungen mit den Pedalen zu machen. Nach den Interventionen gelang es ihm selbständig zu fahren. Durch die geleitete Entdeckung kam der Proband zur Lösung eine Anpassung an der Pedale vorzunehmen.</p>

<p>Clinical importance was reported?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Resultate P2</i> (Gebrauch der Computermaus, reziprokes Treppensteigen, Gebrauch der rechten Hand beim Lesen): Bei den Messungen während den Interventionen waren bei den Fertigkeiten Gebrauch der Computermaus und Gebrauch der rechten Hand beim Lesen signifikante Verbesserungen in der Performanz zu verzeichnen. Bei der post-test-Messung war nur noch die Performanz bei der Handhabung der Computermaus signifikant verbessert. Bei der follow-up-Messung war die Performanz beim Treppensteigen und dem Gebrauch der Computermaus signifikant verbessert. Der Proband entwickelte Knieschmerzen. Dies wirkte sich auf das Treppensteigen aus, was bei diesem Ziel möglicherweise das Fehlen einer Performanzverbesserung bei der post-test-Messung erklärt. Der Teilnehmer erreichte sein Ziel in Bezug auf den Handgebrauch beim Lesen bereits in der zweiten Intervention. Deshalb formulierte er das Ziel um und die Daten konnten danach nicht mehr eindeutig erhoben werden, da er bei den post-test- und follow-up-Messungen das ursprüngliche Ziel nicht mehr ausführen wollte. - <i>Resultate P3</i> (Nägel klippen, Tragen von Objekten während dem Gehen, Yoga): Bei den Messungen während den Interventionen waren beim Tragen von Gegenständen und dem Yoga signifikante Performanzverbesserungen zu verzeichnen. Bei der post-test-Messung war nur noch die Performanz beim Gehen signifikant verbessert. Bei der follow-up-Messung war die Performanz beim Gehen und Nägel klippen signifikant verbessert. Um das Ziel Nägel klippen zu erreichen, wählte der Proband ein anderes Nagelklippset aus.
--	---

Weitere Resultate: Die Daten, die mit weiteren Assessments erhoben wurden, wurden nicht auf ihre statistische Signifikanz hin überprüft. Es erfolgte lediglich eine Aussage über Tendenzen. Im Folgenden ist ein Zusammenzug der Ergebnisse aller Teilnehmenden ersichtlich. Es werden nur Veränderungen aufgeführt.

- *COPM*: Da ein Teilnehmer sein Ziel umformulierte, konnte nur bei acht Zielen eine Aussage zu der Veränderung der selbsteingeschätzten Performanz und der Zufriedenheit gemacht werden. Bei den post-test-Messungen waren bei sieben von acht Zielen klinisch wichtige Verbesserungen von mindestens zwei Punkten bezüglich der selbsteingeschätzten Performanz und der Performanzzufriedenheit messbar. Bei der follow-up-Messung wurden die meisten Werte der Performanz und der Performanzzufriedenheit aufrechterhalten.
- *S/S*: Bei der post-test-Messung konnte bei P2 im Bereich Handfunktion und bei P3 im Bereich Emotionen eine klinisch relevante Verschlechterung von mindestens zehn Punkten gemessen werden. Eine klinisch relevante Verbesserung erfolgte bei P1 in den Bereichen Kraft, Handfunktion und Partizipation, bei P2 in den Bereichen allgemeine Verbesserung und Kommunikation und bei P3 in den Bereichen Kraft und Handfunktion. Bei der follow-up-Messung waren bei P1 und P3 im Bereich Emotionen klinisch relevante Verschlechterungen messbar. Klinisch relevante Verbesserungen wurden bei dieser Messung bei P1 in den Bereichen Kraft, ADL, Handfunktion und Partizipation, bei P2 im Bereich Kommunikation und bei P3 in den Bereichen ADL, Handfunktion und allgemeine Besserung festgestellt.

<p>Drop-outs were reported?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>SEMCD-6</i>: Bei P2 erfolgte eine deutliche Verbesserung der Selbstwirksamkeit. Bei P1 und P3 waren die Werte nicht aussagekräftig. - <i>ABC</i> (nur bei P3 gemessen): Bei P3 wurde eine Erhöhung der mobilitätsbezogenen Selbstwirksamkeit festgestellt. <p><i>Did any participants drop out from the study? Why? (Were reasons given and were drop-outs handled appropriately?)</i></p> <p>Es schieden keine Teilnehmer aus der Studie aus.</p>
<p>CONCLUSIONS AND CLINICAL IMPLICATIONS:</p> <p>Conclusions were appropriate given study methods and results</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p><i>What did the study conclude? What are the implications of these results for occupational therapy practice? What were the main limitations or biases in the study?</i></p> <p>Die Forscher schlussfolgern, dass die CO-OP-Methode bei Personen, die mit den Symptomen eines chronischen CVI leben, ein effizienter Ansatz zur Verbesserung der Performanz und der damit verbundenen Zufriedenheit in alltäglichen Fertigkeiten ist. Zusätzlich können damit auch Verbesserungen in folgenden Bereichen erzielt werden: Kraft, ADL, Partizipation, Handfunktion, allgemeine Besserung in Bezug auf den Gesundheitsstatus.</p> <p>Die Forscher argumentieren aufgrund literaturbasierter Erkenntnisse über das motorische Lernen, dass mit einem kognitiven Ansatz die Werte der Performanz während der Erwerbsphase schwanken können. Erst nach Abschluss des Fertigkeitenerwerbs sind die Fertigkeiten verinnerlicht, was sich in den follow-up-Messungen in besseren Performanzwerten niederschlägt.</p>

Die Forschungsgruppe begründet die Effizienz der CO-OP-Methode in Bezug auf den Fertigkeitenerwerb durch die Interaktion zwischen dem Gebrauch der globalen Strategie, der geleiteten Entdeckung und dem Einsatz selbstgewählter Ziele. Der Einsatz der globalen Strategie und der geleiteten Entdeckung erfordert strukturiertes Planen und Problemlösen. Gleichzeitig helfen diese Bestandteile der CO-OP-Methode kognitive Funktionen (Planen, Problemlösen, Evaluieren), welche für den Erwerb von komplexen motorischen Fertigkeiten erforderlich sind, zu strukturieren. Durch die selbstgewählten Ziele wird die Motivation der Klienten erhöht.

Zukünftige Forschungen sollten die Interaktionen zwischen der Komplexität einer Aufgabe, der motorischen Einschränkung, dem Gebrauch von kognitiven Strategien und deren Einfluss auf den Erwerb von motorischen Fertigkeiten untersuchen. Auch der Fertigkeitentransfer sollte Bestandteil weiterer Forschungen sein.

Limitation: Die Generalisierbarkeit der Ergebnisse ist bei Einzelfallstudien eingeschränkt. Weitere von den Forschern genannte Bias sind im Bereich Design aufgeführt.

Tabelle 8. Hauptstudie 2

Critical Review Form – Quantitative Studies

© Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, I., Bosch, J. & Westmorland, M., 1998

McMaster University

Citation:

McEwen, S. E., Polatajko, H. J., Huijbregts, M. P. J. & Ryan, J. D. (2010). Inter-task transfer of meaningful, functional skills following a cognitive-based treatment: Results of three multiple baseline design experiments in adults with chronic stroke. *Neuropsychological Rehabilitation*, 20, 541-561.

	Comments
<p>STUDY PURPOSE:</p> <p>Was the purpose stated clearly?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p><i>Outline the purpose of the study. How does the study apply to occupational therapy and/or your research question?</i></p> <p>Das Ziel der Studie ist den Effekt der CO-OP-Methode auf die Performanz von selbstgewählten, trainierten und untrainierten Fertigkeiten bei Erwachsenen, die mit den Folgen eines CVI leben, zu erforschen. Die konkreten Forschungsfragen lauten:</p> <p>1a) Verbessert die Anwendung der CO-OP-Methode bei einem Erwachsenen, der mit den Folgen eines CVI lebt, die Performanz in drei selbstgewählten, trainierten Fertigkeiten und in einer nicht trainierten, selbstgewählten Fertigkeit?</p> <p>1b) Können ähnliche Resultate bei vergleichbaren Personen entstehen?</p> <p>2) Gibt es andere Anzeichen des Transfers oder sekundären Nutzens wie Veränderungen des gesundheitlichen oder funktionellen Zustands, der motorischen Kontrolle oder des Einsatzes der oberen Extremitäten?</p> <p>Die Performanzveränderung durch die CO-OP-Methode ist Gegenstand der vorliegenden Bachelorarbeit, wozu diese Studie interessante Erkenntnisse liefern kann.</p>

<p>LITERATURE:</p> <p>Was relevant background literature reviewed?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p><i>Describe the justification of the need for this study.</i></p> <p>In der Einleitung wird mit aktueller Literatur (2001–2010) beschrieben, dass der Transfer von in der Rehabilitation geübten Fertigkeiten auf andere Aktivitäten oder alltägliche Situationen, der sogenannte Inter-Task Transfer, schwierig zu erreichen ist. Dieser Transfer ist wichtig für ein erfülltes und bedeutungsvolles Leben nach der Rehabilitation. Kognitives Strategietraining kann die Performanz in funktionsbezogenen Fertigkeiten verbessern. Anschliessend wird kurz die Entwicklung der CO-OP-Methode und deren Einsatz in der Ergotherapie mit Kindern (DCD, CP und Asperger-Syndrom) beschrieben. Der Ablauf der Methode wird detailliert dargestellt. Die Ergebnisse der ersten CO-OP-Studie mit Erwachsenen nach einem CVI (McEwen et al., 2009) sind vielversprechend in Bezug auf eine Performanzverbesserung, welche durch die Behandlung nach der CO-OP-Methode hervorgerufen wurden. Erste Erkenntnisse zeigten einen möglichen Fertigkeitentransfer auf, was in dieser Studie detailliert erforscht werden soll.</p>
<p>DESIGN:</p> <p><input type="checkbox"/> randomized (RCT)</p> <p><input type="checkbox"/> cohort</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> single case design</p> <p><input type="checkbox"/> before and after</p> <p><input type="checkbox"/> case-control</p> <p><input type="checkbox"/> cross-sectional</p> <p><input type="checkbox"/> case study</p>	<p><i>Describe the study design. Was the design appropriate for the study question? (e.g., for knowledge level about this issue, outcomes, ethical issues, etc.)</i></p> <p>Es wurde eine Einzelfallstudie mit zwei Replikationen durchgeführt. Die Forscher nennen das Design <i>multiple baseline across skills design with follow-up and two direct replications</i>.</p> <p>Einzelfallstudien sind besonders geeignet, um Verhaltensveränderungen zu messen und werden in der Frühphase der Etablierung neuer Interventionen bevorzugt (Franzen und Harris, 1993 und Ottenbacher, 1986, zit. nach McEwen et al., 2010, S. 545). Da die Forschung zu diesem Thema neu ist, scheint das Design passend gewählt.</p>

	<p><i>Specify any biases that may have been operating and the direction of their influence on the results.</i></p> <p>Als mögliche Einflussfaktoren auf die Resultate geben die Forscher Spontanerholung, Kontamination durch andere rehabilitative Massnahmen und das wiederholte Ausführen aller selbstgewählten Ziele während den Messungen an.</p>
<p>SAMPLE: N = 5</p> <p>Was the sample described in detail? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>Was sample size justified? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A</p>	<p><i>Sampling (who; characteristics; how many; how was sampling done?) If more than one group, was there similarity between the groups?</i></p> <p>Die Teilnehmer sind ambulante Patienten eines Rehabilitationszentrums in Toronto, die an einem Selbstmanagement-Programm teilnehmen und vom Leiter des Programmes als motiviert, an der Studie teilzunehmen, eingeschätzt wurden. Von den fünf rekrutierten Probanden stiegen zwei aufgrund von Krankheit aus der Studie aus. Ihre Messdaten wurden nicht mehr verwendet.</p> <p><i>Einschlusskriterien:</i> Erwachsene mit einem chronischen CVI (mindestens ein Jahr nach dem CVI), die wieder in der Gesellschaft leben und beim Mini-Mental State Examination einen Wert von mindestens 24/30 aufweisen.</p> <p><i>Beschreibung der Teilnehmer:</i> Zwei Frauen und ein Mann zwischen 37 und 54 Jahren, welche vor 12 – 35 Monaten einen CVI erlitten, wurden rekrutiert. Zwei Teilnehmer hatten einen rechtshemisphärischen CVI, eine Probandin einen linkshemisphärischen. Kein Teilnehmer wies Begleiterkrankungen auf. Alle waren rechtsdominant und erreichten bei der Mini-Mental State Examination Werte zwischen 28 und 30 Punkten. Über den Typ, die Schwere oder die Lokalisation des CVI liegen keine Informationen vor.</p>

	<p><i>Describe ethics procedures. Was informed consent obtained?</i></p> <p>Die Studie wurde von der Ethikkommission der Universität in Toronto genehmigt. Zusätzlich wurde das schriftliche Einverständnis aller Teilnehmer eingeholt.</p>
<p>OUTCOMES:</p> <p>Were the outcome measures reliable?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Were the outcome measures valid?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Not addressed</p>	<p><i>Specify the frequency of outcome measurement (i.e., pre, post, follow-up)</i></p> <p><u>PQRS</u>: Das Ausführen aller selbstgewählten Ziele wurde auf Video aufgezeichnet. Die Videoaufnahmen wurden von einem ausgebildeten, unabhängigen Beobachter ausgewertet, welcher die Videos in randomisierter, nicht-chronologischer Reihenfolge beurteilte. Zudem wurde für die Bewertung der Performanz mit der PQRS zu jedem Ziel Beschreibungen entwickelt, die den Werten präzise Definitionen zuschreibt. Es wurden mehrere pre- und post-test-Messungen, Messungen während jeder Intervention und follow-up-Messungen (einen Monat nach Interventionsende) durchgeführt.</p> <p>Bei allen weiteren Assessments wurden pre- und post-test-Messungen, und follow-up-Messungen (einen Monat nach Interventionsabschluss) durchgeführt. Es ist nicht ersichtlich, wer diese durchgeführt hat.</p> <p>Bei keinem der erwähnten Assessments wurden Angaben zur Reliabilität und Validität gegeben. Bei einzelnen Assessments ist aus dem Literaturverzeichnis ersichtlich, dass sich die Forscher auf Reliabilitäts- und Validitätsstudien beziehen.</p>

	<p><i>Outcome areas:</i></p> <p>Fremdeingeschätzte Performanz; Selbsteinschätzung der Performanz und Performanzzufriedenheit; Transfer in den Alltag; Transfer von Fertigkeiten der oberen Extremitäten; Selbstwirksamkeit; Motorische Kontrolle</p>	<p><i>Measures used:</i></p> <p>PQRS; COPM; SIS, RNL; MAL; SEMCD-6, ABC; CMSA-II (Arm, Hand, Bein, Fuss)</p>
<p>INTERVENTION: Intervention was described in detail? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Contamination was avoided? <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed <input type="checkbox"/> N/A</p> <p>Cointervention was avoided? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed <input checked="" type="checkbox"/> N/A</p>	<p><i>Provide a short description of the intervention (focus, who delivered it, how often, setting). Could the intervention be replicated in occupational therapy practice?</i></p> <p>Die Teilnehmer erhielten maximal 10 Therapieeinheiten nach der CO-OP-Methode, welche in der Einleitung detailliert beschrieben wird. Die einzige Veränderung war, dass die Teilnehmer vier statt der üblichen drei Fertigkeiten bestimmten, welche sie erreichen wollten. Drei wurden in der Therapie erarbeitet, die vierte Fertigkeit wurde in den Interventionen nicht thematisiert.</p> <p>Sara McEwen, eine Physiotherapeutin mit beinahe fünfzehn Jahren Berufserfahrung, leitete die Interventionen. Um sicherzustellen, dass die CO-OP-Methode korrekt durchgeführt wurde, wurden die Interventionen auf Video aufgezeichnet durch Helene Polatajko, eine der Entwicklerinnen der CO-OP-Methode, überprüft.</p> <p>Eine mögliche Kontamination der Ergebnisse durch andere rehabilitative Massnahmen wurde als Bias beschrieben.</p>	

<p>RESULTS:</p> <p>Results were reported in terms of statistical significance?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes (PQRS)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> N/A</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Were the analysis method(s) appropriate?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Clinical importance was reported?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes (PQRS, COPM, SIS)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p>	<p><i>What were the results? Were they statistically significant (i.e., $p < 0.05$)? If not statistically significant, was study big enough to show an important difference if it should occur? If there were multiple outcomes, was that taken into account for the statistical analysis? What was the clinical importance of the results? Were differences between groups clinically meaningful? (if applicable)</i></p> <p><u>Resultate der PQRS:</u> Eine statistische Signifikanz wurde nur für die PQRS errechnet. Dazu wurde die <i>2-SD band method</i> verwendet. Diese Form der Analyse wird bei Einzelfallstudien häufig genutzt, wenn wenige Daten vorhanden sind und die individuellen Unterschiede der Ergebnisse gross sind (Ottenbacher, 1986, zit. nach McEwen, Polatajko, Huijbregts et al., 2010).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bei jedem der drei Teilnehmer waren die Werte der fremdeingeschätzten Performanz der vier gewählten Fertigkeiten bei der follow-up-Messung signifikant verbessert. Während der Intervention waren die Messungen variabel. Tendenziell verbesserten sich die Werte nach Beginn der Intervention. <p><u>Weitere Resultate:</u> Die Messungen der weiteren Assessments wurden nicht auf ihre statistische Signifikanz hin überprüft. Es erfolgte lediglich eine Aussage über Tendenzen. Im Folgenden ist ein Zusammenzug der Ergebnisse aller Teilnehmer ersichtlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>CMSA-II:</i> Bei der follow-up-Messung wurde bei P5 eine Verbesserung in allen gemessenen Bereichen festgestellt. Bei P7 war die motorische Kontrolle über den Arm und die Hand verbessert und bei P8 die motorische Kontrolle über das Bein. Es wird keine Aussage über eine klinische Relevanz gemacht.
---	---

<p>Drop-outs were reported?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>COPM</i>: Bei der post-test- und follow-up-Messung wurde bei allen Teilnehmern in allen Zielen eine klinisch relevante Verbesserung von mindestens zwei Punkten bezüglich der Performanz und der Performanzzufriedenheit gemessen. Ausnahme ist die Zufriedenheit beim Ziel Schreiben von P5, in welcher keine relevante Verbesserung der selbsteingeschätzten Performanz festgestellt wurde. - <i>SIS</i>: Bei der follow-up-Messung wurde eine klinisch wichtige Verbesserung von mindestens zehn Punkten bei allen Teilnehmern im Bereich Handfunktion, bei P8 in den Bereichen Kraft und Mobilität und bei P5 im Bereich Gedächtnis und Denkvermögen gemessen. Zu einer relevanten Verschlechterung bei der follow-up-Messung kam es bei P7 im Bereich Kraft und bei P5 im Bereich ADL. - <i>RNL und MAL</i>: Die Werte waren allgemein verbessert. Es liegen keine Aussagen zu klinischer Relevanz vor und eine einheitliche Aussage ist nicht möglich. - <i>SEMCD-6 / ABC</i>: unterschiedliche, nicht aussagekräftige Ergebnisse. <p><i>Did any participants drop out from the study? Why? (Were reasons given and were drop-outs handled appropriately?)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ursprünglich wurden fünf Teilnehmer rekrutiert. Zwei schieden aus gesundheitlichen Gründen, welche nicht mit der Studie in Verbindung gebracht wurden, aus. Wann die Teilnehmer austraten und ob sie sich von den andern drei Teilnehmern unterschieden, ist nicht ersichtlich.
---	--

<p>CONCLUSIONS AND CLINICAL IMPLICATIONS:</p> <p>Conclusions were appropriate given study methods and results</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p><i>What did the study conclude? What are the implications of these results for occupational therapy practice? What were the main limitations or biases in the study?</i></p> <p>Es besteht eine Verbindung zwischen der Verwendung der CO-OP-Methode und der Verbesserung der Performanz bei in der Therapie trainierten Fertigkeiten und bei nicht in der Therapie geübten Fertigkeiten. Ein Inter-Task-Transfer nach der Therapie mit der CO-OP-Methode scheint sich somit zu bestätigen. Bei allen Teilnehmern sind Fortschritte in den Handfunktionen und der Performanz von Aktivitäten, die den Einsatz der oberen Extremität erfordern, festzustellen. In diesem Bereich scheint ein Inter-Task-Transfer stattgefunden zu haben. Veränderungen in der sozialen Partizipation und der Selbstwirksamkeit variieren innerhalb der Teilnehmer. Der Transfer geschieht also nicht konsistent in andere Bereiche des täglichen Lebens. Die Forscher kommen zum Schluss, dass die Teilnehmer in der Lage waren, die globale Strategie, die sie während der CO-OP-Intervention kennengelernt haben zu transferieren, um untrainierte Fertigkeiten zu erlernen. Dies ist aus drei Gründen möglich: Der Transfer ist Bestandteil der CO-OP-Methode, durch die geleitete Entdeckung werden die Fertigkeiten variabel trainiert und es werden selbstgewählte, bedeutungsvolle Ziele verfolgt. Durch das Lernen von Problemlösungsstrategien, die Bestandteil der Methode sind, kann sich durch den Inter-Task-Transfer die Performanz von in der Rehabilitation nicht trainierten Fertigkeiten auch nach Abschluss der Rehabilitation verbessern.</p> <p>In zukünftigen Studien sollte ein Vergleich zwischen der CO-OP-Methode und andern Ansätzen erfolgen.</p> <p>Biases sind unter dem Bereich Design beschrieben.</p>
--	--

Tabelle 9. Hauptstudie 3

Critical Review Form – Qualitative Studies (Version 2.0)

© Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J. & Westmorland, M., 2007

McMaster University

CITATION:

McEwen, S. E., Polatajko, H. J., Davis, J. A., Huijbregts, M. & Ryan, J. D. (2010). 'There's a real plan here, and I am responsible for that plan': participant experiences with a novel cognitive-based treatment approach for adults living with chronic stroke. *Disability and Rehabilitation*, 32, 540 – 550.

	Comments
<p>STUDY PURPOSE:</p> <p>Was the purpose and/or research question stated clearly?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> yes</p> <p><input type="checkbox"/> no</p>	<p><i>Outline the purpose of the study and/or research question.</i></p> <p>Die Studie ist Teil eines grösseren Forschungsprojektes, welches zum übergeordneten Ziel hat, die CO-OP-Methode für Interventionen mit erwachsenen Menschen nach einem CVI anzupassen.</p> <p>Das Ziel der Studie ist, die Erfahrungen, welche die Probanden mit der CO-OP-Methode gemacht haben, zu erforschen. Dazu wurden folgende drei Leitfragen entwickelt:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Was sind die allgemeinen Erfahrungen der Studienteilnehmer, welche nach der CO-OP-Methode behandelt wurden? 2) Was sind die Erfahrungen in Bezug auf das Lernen und Anwenden der CO-OP-Strategien? 3) Welche Vorschläge haben die Teilnehmer, um die CO-OP-Methode an die Behandlung von Erwachsenen nach einem CVI anzupassen?

<p>LITERATURE:</p> <p>Was relevant background literature reviewed?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> yes</p> <p><input type="checkbox"/> no</p>	<p><i>Describe the justification of the need for this study. Was it clear and compelling? How does the study apply to your practice and/or to your research question? Is it worth continuing this review?</i></p> <p>Mit Grundlagenstudien (1971-1995) und aktueller Literatur (2000-2008) wird beschrieben, dass neuste Erkenntnisse über den Rehabilitationsprozess nach einem CVI, die Plastizität des Gehirns und das motorische Lernen zu neuen Behandlungsansätzen geführt haben. Allerdings werde während der Entwicklung neuer Ansätze die Sicht des Klienten zu wenig mit einbezogen. Die Perspektive des Therapeuten und die des Klienten unterscheiden sich oft stark. Die Wahrnehmung der Klienten ist bei der Entwicklung eines neuartigen Ansatzes in der CVI-Rehabilitation notwendig, da der soziale Kontext, die persönlichen Ziele des Klienten und seine Perspektive den Therapieerfolg beeinflussen.</p> <p>In der Einleitung wird zusätzlich die Wahl der CO-OP-Methode begründet und die Methode anschliessend beschrieben.</p> <p>In der Studie wird die Sicht des Klienten über den Nutzen der CO-OP-Methode beleuchtet. Daraus können subjektive Ergebnisse für die Beantwortung der Fragestellung der vorliegenden Bachelorarbeit gewonnen werden.</p>
---	--

<p>STUDY DESIGN:</p> <p>What was the design?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> phenomenology</p> <p><input type="checkbox"/> ethnography</p> <p><input type="checkbox"/> grounded theory</p> <p><input type="checkbox"/> participatory action research</p> <p><input type="checkbox"/> other</p>	<p><i>Was the design appropriate for the study question? (i.e., rationale) Explain.</i></p> <p>Die Studie deckt die qualitative Komponente eines grösseren <i>mixed method</i> Forschungsprojektes ab. Es wird kein genaues Design genannt. Aus der Fragestellung ist zu schliessen, dass es sich um einen phänomenologischen Ansatz handelt, denn die Forscher möchten die Erfahrungen der Studienteilnehmer sammeln und damit ein vertieftes Verständnis über die Komplexität der CO-OP-Methode gewinnen. Die Fragestellung über die Anpassungsmöglichkeiten der Methode kann nicht konkret einem Design zugeordnet werden.</p>
<p>Was a theoretical perspective identified?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> yes</p> <p><input type="checkbox"/> no</p>	<p><i>Describe the theoretical or philosophical perspective for this study e.g., researcher's perspective.</i></p> <p>Es wird erwähnt, dass die Forscher der Studie eher pragmatisch und positivistisch eingestellt sind und eine Tendenz haben nach einer allgemeinen Wahrheit zu suchen, anstatt nach vielen einzelnen.</p>
<p>Method(s) used:</p> <p><input type="checkbox"/> participant observation</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> interviews</p> <p><input type="checkbox"/> document review</p> <p><input type="checkbox"/> focus groups</p> <p><input type="checkbox"/> other</p>	<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>Etwa ein Monat nach Abschluss der CO-OP-Interventionen wurden halbstrukturierte Interviews durchgeführt. Nach Letts et al. (2007b) sind Interviews nützlich, um gewisse Themen vertieft zu verstehen.</p>
<p>SAMPLING:</p> <p>Was the process of purposeful selection described?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> yes</p> <p><input type="checkbox"/> no</p>	<p><i>Describe sampling methods used. Was the sampling method appropriate to the study purpose or research question?</i></p> <p>Bei den Studienteilnehmern handelt es sich um fünf Probanden, welche zuvor in den Einzelfallstudien von McEwen, Polatajko et al. (2009) und McEwen, Polatajko, Huijbregts et al. (2010) etwa zehn CO-OP-Interventionen</p>

	<p>erhalten hatten. Fünf der sechs Teilnehmer, welche die CO-OP-Interventionen beendet hatten, nahmen an den Interviews teil. Der sechste Teilnehmer konnte aufgrund seines sich verschlechternden Gesundheitszustandes nicht befragt werden. Die Teilnehmer stammen aus einem ambulanten Behandlungsprogramm aus Toronto und wurden von ihrem Leiter für die Studien rekrutiert.</p>
<p>Was sampling done until redundancy in data was reached?</p> <p><input type="checkbox"/> yes</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> no</p> <p><input type="checkbox"/> not addressed</p>	<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></p> <p>Die Teilnehmer werden detailliert beschrieben. Es handelt sich um vier Männer und eine Frau, die zwischen 38 und 56 Jahre alt waren und vor 13 – 40 Monaten einen CVI erlitten. Bei zwei Teilnehmern wurde ein linkshemisphärischer CVI diagnostiziert bei den anderen drei ein rechtshemisphärischer. Im Mini-Mental State Examination erreichten alle Teilnehmer mindestens 29 von 30 Punkten, was bedeutet, dass keine Demenz vorliegt. Durch die Werte des CMSA-II ist zu erkennen, dass alle Teilnehmer motorische Einschränkungen hatten. Da die Studienteilnehmer bereits die anderen Studien durchlaufen mussten, handelte es sich um eine kleine Kohorte und es konnte keine theoretische Sättigung erreicht werden.</p>
<p>Was informed consent obtained?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> yes</p> <p><input type="checkbox"/> no</p> <p><input type="checkbox"/> not addressed</p>	<p>Die Ethikkommissionen der Universität von Toronto und das Spital, aus welchem die Klienten stammen, haben der Studie zugestimmt. Alle Studienteilnehmer unterschrieben eine Zustimmungserklärung.</p>

<p>DATA COLLECTION:</p> <p>Descriptive Clarity</p> <p>Clear & complete description of Site:</p> <p><input type="checkbox"/>yes <input checked="" type="checkbox"/>no</p> <p>participants:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>yes <input type="checkbox"/>no</p> <p>Role of researcher & relationship with participants:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>yes <input type="checkbox"/>no</p> <p>Identification of assumptions and biases of researcher:</p> <p><input type="checkbox"/>yes <input checked="" type="checkbox"/>no</p>	<p><i>Describe the context of the study. Was it sufficient for understanding of the “whole” picture?</i></p> <p>Die Informationen über die Teilnehmer werden in der Studie aufgeführt (vgl. Sampling), die Rolle des Forschers, der zugleich die Therapie und die Befragungen durchgeführt hat, wird beschrieben (vgl. Study Design) und über den Kontext ist bekannt, dass die Interviews im selben Rehabilitationsspital durchgeführt wurden, in welchem die CO-OP-Interventionen stattgefunden hatten.</p> <p><i>What was missing and how does that influence your understanding of the research?</i></p> <p>Die Informationen über den Kontext sind spärlich. Bias in Bezug auf die Erwartungen des Forschers sind nicht angegeben. Insgesamt werden nur zwei Bias durch die Forscher benannt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Teilnehmeranzahl war so klein, dass keine Datensättigung stattgefunden hat. - Der Forscher, welcher die Interviews durchgeführt hat, war zugleich der Therapeut, welcher die CO-OP-Interventionen geleitet hat.
<p>Procedural Rigour</p> <p>Procedural rigor was used in data collection strategies?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> yes</p> <p><input type="checkbox"/> no</p> <p><input type="checkbox"/> not addressed</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 & data collection methods.</i></p> <p>Mit den Studienteilnehmern wurde ein stündiges, halbstrukturiertes Interview durchgeführt, welches aufgezeichnet und transkribiert wurde.</p>

	<p>Für das Interview wurde ein Leitfaden entwickelt, um sicherzustellen, dass die wichtigsten Hauptthemen (generelle Erfahrungen, Anpassungsvorschläge der CO-OP-Methode, klientenzentrierte Zielsetzung, Lernen und Transfer der globalen Strategie) angesprochen wurden. Der Interviewer hatte die Freiheit sich dem Gesprächsverlauf der Studienteilnehmer anzupassen.</p>
<p>DATA ANALYSES: Analytical Rigour Data analyses were inductive? <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> not addressed Findings were consistent with & reflective of data? <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p>	<p><i>Describe method(s) of data analysis. Were the methods appropriate? What were the findings?</i></p> <p>Die Datenanalyse wird im Detail beschrieben. Die Daten wurden in zwei unterschiedlichen Phasen analysiert. Zum einen wurden die Daten während der inhaltlichen Analyse kodiert und vorbestimmten Kategorien zugeordnet. Zum anderen wurde eine thematische Analyse durchgeführt, in welcher die Codes unabhängig von den vorbestimmten Kategorien überprüft wurden. Diese Mischform der Datenanalyse kombiniert die deduktive inhaltliche Analyse mit der induktiven thematischen Analyse und baut auf einem Prozess nach Fereday und Muir-Cochrane auf. Diese Mischform der Datenanalyse passt mit dem Studiendesign und dem übergeordneten Studienziel überein. Für die Datenanalyse wurde eine Triangulierung der Forscher vorgenommen.</p> <p>Die Ergebnisse sind nach den Themen der Datenanalyse aufgelistet.</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Lernen der CO-OP-Strategie:</i> Die Studienteilnehmer haben gemäss eigenen Aussagen die globale Strategie sowie aufgabenspezifische Strategien gelernt und sind fähig, die globale Strategie wiederholt anzuwenden. Für einige Teilnehmer lag die Herausforderung vor allem in der Selbstüberprüfung innerhalb der globalen Strategie, andere fanden besonders diesen Schritt sehr nützlich.

	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Generalisierung und Transfer:</i> Alle Teilnehmer konnten Beispiele von Tätigkeiten angeben, die sie anhand der Strategie im Alltag umgesetzt oder neu erlernt haben. Generalisierung und Transfer fand statt. - <i>Vorschläge zur Anpassung der CO-OP-Intervention:</i> früherer Zeitpunkt, klare Voraussetzungen für die CO-OP-Methode, Schwerpunkt auf das Heimprogramm legen, Einbezug von Angehörigen nicht als Hauptmerkmal der Methode beibehalten, mehr Einzeltherapien, Mischen der CO-OP-Methode mit traditionellen Ansätzen. - <i>Autonomie - Unterstützung:</i> Im Allgemeinen entstand der Wunsch, dass eine Balance zwischen Selbständigkeit und Unterstützung im Rehabilitationsprozess gefunden wird. Die CO-OP-Methode ermöglicht zwar viel Autonomie, aber die Teilnehmer waren noch nicht bereit, gänzlich ohne formale Therapie zu arbeiten.
<p>Auditability</p> <p>Decision trail developed?</p> <p><input type="checkbox"/> yes</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> no</p> <p><input type="checkbox"/> not addressed</p> <p>Process of analyzing the data was described adequately?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> yes</p> <p><input type="checkbox"/> no</p> <p><input type="checkbox"/> not addressed</p>	<p><i>Describe the decisions of the researcher: transformation of data to codes/themes. Outline the rationale given for development of themes.</i></p> <p>In der Studie wird nicht begründet, weshalb welcher Entscheidungspfad gewählt wurde.</p> <p>Der Prozess der Datenanalyse basiert auf einem Prozess, welcher von Fereday und Muir-Cochrane entwickelt wurde. Die Kodierung wird ausführlich beschrieben und entstand durch die Zusammenarbeit von mehreren Forschern. Zwei Forscher lasen den Text und identifizierten bedeutende Passagen. In gemeinsamer Entscheidung legten sie einen Code dafür fest. Für die direkte Inhaltsanalyse wurde jeder Text drei Mal gelesen.</p>

	<p>Beim ersten Mal, um einen Überblick über das Interview zu gewinnen, beim zweiten Mal wurden die Codes festgelegt und beim dritten Mal wurden die Codes überprüft. Die kodierten Textteile wurden anschliessend den aus den Interviewthemen vordefinierten Kategorien zugeteilt. Anschliessend wurde die thematische Analyse durchgeführt, in der die Codes unabhängig von den zugeteilten Kategorien überprüft wurden. Dieser Prozess wurde stark von der Sortiertechnik beeinflusst.</p>
<p>Theoretical Connections</p> <p>Did a meaningful picture of the phenomenon under study emerge?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> yes</p> <p><input type="checkbox"/> no</p>	<p><i>How were concepts under study clarified & refined, and relationships made clear? Describe any conceptual frameworks that emerged.</i></p> <p>Die Ergebnisse der Studie ergeben ein ganzheitliches Bild über die Oberthemen, welche als Hauptcodeworte definiert wurden.</p> <p>Die vorbestimmten Hauptkategorien waren: Lernen der CO-OP-Strategien, Generalisierung und Transfer der CO-OP-Strategien und Überlegungen zu Anpassungsmöglichkeiten. Zusätzlich entstand das Thema Ausgleich zwischen Autonomie und Unterstützung.</p>
<p>OVERALL RIGOUR</p> <p>Was there evidence of the four components of trustworthiness?</p> <p>Credibility</p> <p><input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/> no</p>	<p><i>For each of the components of trustworthiness, identify what the researcher used to ensure each.</i></p> <p><i>Credibility:</i> Eine Forschertriangulierung wurde vorgenommen. Ein Forscher hat die Interviews geführt, zwei andere Forscher haben die Kodierung vorgenommen. McEwen bearbeitete die definierten Themen und die beiden anderen Forscher überprüften diese wiederum. Andere Triangulierungsformen wurden nicht verwendet. Die Daten wurden nur zu einem Zeitpunkt erhoben. Ob die Studienresultate durch die Teilnehmer überprüft wurden, ist nicht bekannt. Auch über die Reflexion der Forscher ist nichts ersichtlich.</p>

<p>Transferability <input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/> no no Dependability <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Confirmability <input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/> no</p>	<p><i>Transferability:</i> Die Stichprobe wird ausführlich beschrieben, allerdings ist sie mit fünf Teilnehmern eher klein. Die Erfahrungen der Teilnehmer sind sehr subjektiv und eine Übertragung auf andere Personen ist nur sehr bedingt möglich. Die Ergebnisse sollten nur in Bezug auf die Teilnehmergruppe dieser Studie interpretiert werden, welche als jung, vor allem männlich und motiviert beschrieben werden kann. Das Setting wird nur spärlich beschrieben.</p> <p><i>Dependability:</i> Der Prozess der Datenerhebung wurde ausführlich und verständlich beschrieben. Er ist nachvollziehbar.</p> <p><i>Confirmability:</i> Es wurden bis auf die Durchführung eines Peer-Reviews keine Strategien zur Fehlerkontrolle benannt.</p> <p><i>What meaning and relevance does this study have for your practice or research question?</i></p> <p>Diese Studie hilft, die Erfahrungen von Klienten mit CVI bei der CO-OP-Intervention nachzuvollziehen und gibt wichtige Hinweise, was bei der Anwendung des CO-OP-Protokolls bei erwachsenen Klienten in Betracht gezogen werden muss.</p>
<p>CONCLUSIONS & IMPLICATIONS Conclusions were appropriate given the study findings? <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p>	<p><i>What did the study conclude? What were the implications of the findings for occupational therapy (practice & research)? What were the main limitations in the study?</i></p> <p>Im Diskussionsteil werden die Ergebnisse der Studie mit Erkenntnissen aus der Literatur verknüpft, um in der Schlussfolgerung nochmals prägnant aufgeführt zu werden.</p>

<p>The findings contributed to theory development & future OT practice/ research?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> yes</p> <p><input type="checkbox"/> no</p>	<p>Die interviewten Teilnehmer gaben an, CO-OP-Strategien gelernt, transferiert und generalisiert zu haben. Auch wurde aufgedeckt, dass sie einen Ausgleich zwischen Autonomie und Unterstützung suchten. Beim Übertrag der Ergebnisse in die Praxis wurde hauptsächlich das Thema Autonomie diskutiert. Die Möglichkeit der Autonomie ist ein grosser Vorteil der CO-OP-Methode und kommt speziell in der Anwendung mit Erwachsenen zum Tragen.</p> <p>Zwei Vorschläge für Modifikationen wurden herausgearbeitet. Zum einen wird vorgeschlagen die Anzahl der Behandlungen flexibel zu halten. Zum andern soll der Fokus der letzten Therapien durch Aufgaben, die einen Transfer erfordern, auf den autonomen Gebrauch der globalen Strategie gelegt werden.</p> <p>Die Forscher empfehlen eine Langzeitstudie, um den Prozess des Transfers der CO-OP-Strategie in den Alltag nachvollziehen zu können. Zudem sollten in einer weiteren Studie die Modifikationen an der CO-OP-Methode evaluiert werden.</p> <p><i>Limitationen:</i> Als Limitation ist zu erwähnen, dass es sich bei den Teilnehmern vorwiegend um motivierte Männer mittleren Alters handelte, was beim Interpretieren der Ergebnisse berücksichtigt werden muss. Weitere Bias sind unter dem Bereich Datensammlung aufgeführt.</p>
---	---

Tabelle 10. Hauptstudie 4

Critical Review Form – Quantitative Studies

© Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, I., Bosch, J. & Westmorland, M., 1998

McMaster University

Citation:

Henshaw, E., Polatajko, H., McEwen, S., Ryan, J. D. & Baum, C. M. (2011). Cognitive Approach to Improving Participation After Stroke: Two Case Studies. *American Journal of Occupational Therapy*, 65, 55-63.

	Comments
<p>STUDY PURPOSE:</p> <p>Was the purpose stated clearly?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p><i>Outline the purpose of the study. How does the study apply to occupational therapy and/or your research question?</i></p> <p>Die Studie untersucht die Nutzbarkeit der CO-OP-Methode in der Rehabilitation von Klienten nach einem CVI. Sie soll für die weitere geplante Forschung eine vielseitige Beschreibung der Prozesse und Outcomes liefern, welche die Perspektiven und Erfahrungen der Teilnehmenden miteinschliesst.</p> <p>Die Studie scheint der Fragestellung der Bachelorarbeit entsprechende Ergebnisse liefern zu können.</p>
<p>LITERATURE:</p> <p>Was relevant background literature reviewed?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p><i>Describe the justification of the need for this study.</i></p> <p>Mit aktueller Literatur (2002-2007) wird aufgezeigt, dass ein CVI zu langfristigen Einschränkungen führen kann. Weiter wird erwähnt, dass kaum evidenzbasierte Leitlinien für die Behandlung von Klienten nach einem CVI vorhanden sind.</p> <p>Danach werden die theoretischen Grundlagen und die Entwicklung der CO-OP-Methode kurz beschrieben. Es wird erklärt, dass die Methode nicht nur bei Kindern mit der Diagnose DCD, sondern auch bei Personen mit einer erworbenen Hirnschädigung in Bezug auf die Performanz wirksam zu sein scheint.</p>

<p>DESIGN:</p> <p><input type="checkbox"/> randomized (RCT)</p> <p><input type="checkbox"/> cohort</p> <p><input type="checkbox"/> single case design</p> <p><input type="checkbox"/> before and after</p> <p><input type="checkbox"/> case-control</p> <p><input type="checkbox"/> cross-sectional</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> case study</p>	<p><i>Describe the study design. Was the design appropriate for the study question? (e.g., for knowledge level about this issue, outcomes, ethical issues, etc.)</i></p> <p>Es handelt sich um zwei Fallstudien, die von den Forschern <i>in-depth case studies</i> genannt werden. Die meisten Resultate wurden durch quantitative Daten erhoben. Zusätzlich wurden Feldnotizen gemacht und ein Interview durchgeführt, um qualitative Aspekte zu erfassen.</p> <p>Eine Fallstudie eignet sich gemäss Law et al. (1998a), um deskriptive Informationen über eine Behandlung zu erlangen. Meist wird dieses Design eingesetzt, um eine neue Behandlung zu erforschen und Informationen für künftige Forschungen zu erheben.</p> <p><i>Specify any biases that may have been operating and the direction of their influence on the results.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Aufgrund des Designs einer Fallstudie ist eine Generalisierung der Ergebnisse oder eine Kausalität limitiert. - Die Bewertung der Performanz mit der PQRS erfolgte durch die gleiche Person, die die Intervention durchführte. - Es wurde keine follow-up-Messung durchgeführt. Deshalb ist nicht bekannt, ob die Therapieeffekte längere Zeit anhalten.
<p>SAMPLE:</p> <p>N = 2</p> <p>Was the sample described in detail?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p><i>Sampling (who; characteristics; how many; how was sampling done?) If more than one group, was there similarity between the groups?</i></p> <p>Die Teilnehmer wurden durch eine Forschergruppe für kognitive Rehabilitation der Universität von Washington aus einem Rehabilitationsspital in St. Louis rekrutiert.</p>

<p>Was sample size justified?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> N/A</p>	<p><u>Einschlusskriterien:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Leichter bis mässiger CVI (≤ 13 NIHSS) - ≥ 40 Jahre alt - 6-18 Monate nach dem CVI - Englischsprachig - Einverständniserklärung - Drei selbstgewählte funktionelle Ziele, die in der Intervention angegangen werden sollen <p><u>Ausschlusskriterien:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Schwere psychische Erkrankung (ausser Depression) - Globale Aphasie - Schwere Spracheinschränkungen - Nachweis einer Demenz - Visueller oder taktiler Neglekt - Schwere Einschränkung der generellen intellektuellen Funktionen - Weitere neurologische Diagnosen - Aktueller Drogen- oder Alkoholmissbrauch - Aktueller Bezug von rehabilitativen Massnahmen oder Teilnahme an einer anderen Studie <p><u>Beschreibung Frau A.:</u></p> <p>Frau A. ist eine 75-jährige Afroamerikanerin und wohnt alleine in einer Seniorenwohnung. Die pensionierte Näherin besuchte während elf Jahren die Schule und arbeitete bis zu ihrem CVI Teilzeit als Kassiererin. Im April 2006 wurde sie mit den Symptomen einer linksseitigen Hemiparese hospitalisiert, wobei ein mittelschwerer ischämischer CVI der rechten mittleren Hirnarterie diagnostiziert wurde. Vor dem Ereignis hatte sie keine funktionellen Einschränkungen.</p>
---	--

Zehn Monate nach dem CVI nimmt sie an der Studie teil und zeigt folgende Einschränkungen: Ataxie der oberen Extremität, leichte Dysarthrie und Sprachschwierigkeiten, eingeschränkte exekutive Funktionen, beeinträchtigte Mobilität (Gehstock) und neurologische Defizite (IQ, Aufmerksamkeit, Exekution und Gedächtnis).

Beschreibung Frau B.:

Frau B. ist eine 65-jährige, pensionierte Afroamerikanerin und lebt mit ihrem Ehemann in einer Vorstadt. Ihre Schul- und Ausbildungszeit dauerte zwölf Jahre. Im Februar 2006 kam sie mit den Symptomen Desorientierung, allgemeine Schwäche und Aphasie ins Spital. Es wurde ein mittelschwerer, linksseitiger ischämischer Insult diagnostiziert und sie trat in eine stationäre Rehabilitation ein. Später erhielt sie ambulante Therapie. 13 Monate nach dem CVI nimmt Frau B. an der Studie teil. Zu diesem Zeitpunkt zeigt sie folgende Symptome: rechter Gesichtsfeldausfall, auffällige Augenbewegungen, mässige kognitive Einschränkungen, exekutive Symptome und Taubheit sowie Kribbelgefühle. Die Mobilität ist ohne Hilfsmittel möglich.

Describe ethics procedures. Was informed consent obtained?

Beide Teilnehmer unterschrieben eine schriftliche Einverständniserklärung. Eine Zustimmung durch eine Ethikkommission wird nicht erwähnt.

<p>OUTCOMES:</p> <p>Were the outcome measures reliable?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Were the outcome measures valid?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Not addressed</p>	<p><i>Specify the frequency of outcome measurement (i.e., pre, post, follow-up)</i></p> <p><u>Quantitative Daten:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>PQRS</i> (reliabel): pre-post-Messung und Messungen während jeder Intervention durch die behandelnde Therapeutin - <i>COPM</i> (reliabel, valide): pre- und post-test-Messung durch die behandelnde Therapeutin - <i>ACS</i> (reliabel, valide), <i>RNL</i> (reliabel), <i>FIM</i> (reliabel, valide), <i>SIS</i>, <i>CES-D</i> (reliabel): pre- und post-test-Messung durch einen Dritten <p><u>Qualitative Daten:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Während den Interventionen wurden Feldnotizen und Videoaufnahmen gemacht. Nach Abschluss der Intervention fand ein halbstrukturiertes Interview statt. 																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="518 1137 1061 1169"><i>Outcome areas:</i></th> <th data-bbox="1061 1137 1396 1169"><i>List measures used:</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="518 1189 1061 1391">Anzahl der Aktivitäten, die nach dem CVI aufrecht erhalten werden (instrumentelle und soziale Aktivitäten, Freizeitaktivitäten);</td> <td data-bbox="1061 1189 1396 1391">ACS</td> </tr> <tr> <td data-bbox="518 1411 1061 1442">Lebenszufriedenheit;</td> <td data-bbox="1061 1411 1396 1442">RNL</td> </tr> <tr> <td data-bbox="518 1462 1061 1494">Einschränkungen in den ADL;</td> <td data-bbox="1061 1462 1396 1494">FIM</td> </tr> <tr> <td data-bbox="518 1514 1061 1608">Subjektiver Gesundheitsstatus nach einem CVI;</td> <td data-bbox="1061 1514 1396 1608">SIS</td> </tr> <tr> <td data-bbox="518 1628 1061 1659">Depression;</td> <td data-bbox="1061 1628 1396 1659">CES-D</td> </tr> <tr> <td data-bbox="518 1680 1061 1711">Fremdeingeschätzte Performanz;</td> <td data-bbox="1061 1680 1396 1711">PQRS</td> </tr> <tr> <td data-bbox="518 1731 1061 1825">Selbsteingeschätzte Performanz und Performanzzufriedenheit</td> <td data-bbox="1061 1731 1396 1825">COPM</td> </tr> </tbody> </table>	<i>Outcome areas:</i>	<i>List measures used:</i>	Anzahl der Aktivitäten, die nach dem CVI aufrecht erhalten werden (instrumentelle und soziale Aktivitäten, Freizeitaktivitäten);	ACS	Lebenszufriedenheit;	RNL	Einschränkungen in den ADL;	FIM	Subjektiver Gesundheitsstatus nach einem CVI;	SIS	Depression;	CES-D	Fremdeingeschätzte Performanz;	PQRS	Selbsteingeschätzte Performanz und Performanzzufriedenheit	COPM
<i>Outcome areas:</i>	<i>List measures used:</i>																
Anzahl der Aktivitäten, die nach dem CVI aufrecht erhalten werden (instrumentelle und soziale Aktivitäten, Freizeitaktivitäten);	ACS																
Lebenszufriedenheit;	RNL																
Einschränkungen in den ADL;	FIM																
Subjektiver Gesundheitsstatus nach einem CVI;	SIS																
Depression;	CES-D																
Fremdeingeschätzte Performanz;	PQRS																
Selbsteingeschätzte Performanz und Performanzzufriedenheit	COPM																

<p>INTERVENTION:</p> <p>Intervention was described in detail?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Contamination was avoided?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> N/A</p> <p>Cointervention was avoided?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> N/A</p>	<p><i>Provide a short description of the intervention (focus, who delivered it, how often, setting). Could the intervention be replicated in occupational therapy practice?</i></p> <p><u>Vor Interventionsbeginn:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Während zwei vorgängiger Termine (je 2h) wurde die Einverständniserklärung unterschrieben, die deskriptiven Daten der Teilnehmer erhoben und die pre-test-Messungen durch einen unabhängigen Forscher durchgeführt. - In einem dritten Termin definierte der Klient gemeinsam mit der Therapeutin, Erin Henshaw, anhand des COPM, drei Ziele. <p><u>Interventionen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Durchgeführt von Erin Henshaw, welche durch eine Ergotherapeutin supervisiert und trainiert wurde. - Die Interventionen erfolgten nach dem Behandlungsprotokoll der CO-OP-Methode von Polatajko und Mandich. - Die Interventionen wurden auf Video aufgenommen und durch Helene Polatajko geprüft. - Erste Behandlungseinheit: pre-test-Messung der drei gesetzten Ziele durch die PQRS sowie Einführung in die CO-OP-Methode und die globale Problemlösungsstrategie (Goal-Plan-Do-Check) - In den folgenden Behandlungseinheiten wurde die globale Strategie genutzt, um den Teilnehmer zu befähigen, die gesetzten Ziele zu erreichen. Meist wurden während einer Intervention zwei Ziele thematisiert. Die dynamische Ausführungsanalyse wurde genutzt, um Performanzprobleme zu bestimmen. In jeder Behandlung erfolgte eine Erhebung der PQRS.
---	--

	<p><u>Nach Abschluss der Intervention:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Das Interview wurde von der behandelnden Therapeutin durchgeführt. - Die post-test-Messungen wurden durch einen unabhängigen Forscher durchgeführt.
<p>RESULTS:</p> <p>Results were reported in terms of statistical significance?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> N/A</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Were the analysis method(s) appropriate?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Clinical importance was reported?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes (COPM, SIS)</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Not addressed</p>	<p><i>What were the results? Were they statistically significant (i.e., $p < 0.05$)? If not statistically significant, was study big enough to show an important difference if it should occur? If there were multiple outcomes, was that taken into account for the statistical analysis? What was the clinical importance of the results? Were differences between groups clinically meaningful? (if applicable)</i></p> <p><u>Deskriptive Analyse:</u> Die Daten der Assessments beschreiben den Einfluss der CO-OP-Methode. Durch die graphische Darstellung der PQRS-Werte, werden Veränderungen in der Performanz ersichtlich.</p> <p><u>Qualitative Analyse:</u> Die Feldnotizen, die semistrukturierten Interviews und die Videoaufzeichnungen liefern Informationen über das Verhalten und die Perspektiven der Teilnehmerinnen und Kontextfaktoren. Durch eine Inhaltsanalyse der qualitativen Daten wurden Themen in Bezug auf die Erfahrungen der Probandinnen und deren Gebrauch von Strategien definiert.</p>

Gemeinsame Resultate:

Die Teilnehmerinnen waren in der Lage Ziele zu identifizieren, die globale Strategie zu erlernen, unter Anleitung aufgabenspezifische Strategien zu entwickeln und zeigten Verbesserungen in den ausgewählten Fertigkeiten und in einigen Werten, die mit Assessments gemessen wurden. Die Resultate der beiden Teilnehmer ähneln sich, weshalb in der Studie die Beschreibung der Ergebnisse von Frau A. ausführlich und die Ergebnisse von Frau B. in gekürzter Form vorliegen.

Resultate Frau A.:

- *Ziele:* Hosenbeine mit einer Nähmaschine abändern (1); Ohringe anziehen (2); Armband anziehen (3)
- Frau. A entwickelte unter geleiteter Entdeckung folgende *aufgabenspezifische Strategien:*
 - Ziel 1: Gebrauch einer Lampe; Platzieren der Lampe vor der Nähmaschine; Überprüfen, ob sie die Brille trägt; Auf einem Kissen sitzen; Gebrauch eines Nadeleinfädlers; Beim Auftrennen der Säume von der vorderen Seite starten; Schere zum Auftrennen der Säume benutzen (Alternative zu einem Saumauftrenner); Tisch frei räumen; Hose auf dem Tisch platzieren statt auf dem Schoss; Stoff fühlen
 - Ziel 2: Loch fühlen; Druck vorne auf den Ohrring geben, um ein Abrutschen zu vermeiden; Gebrauch eines Spiegels, um zu überprüfen, ob der Ohrring richtig sitzt
 - Ziel 3: Bei Frustration Pause machen; Armband an der linken statt an der rechten Hand tragen; Gebrauch eines magnetischen Verschlusses

	<ul style="list-style-type: none"> - <i>PQRS:</i> <ul style="list-style-type: none"> - Ziel 1: Die Werte steigerten sich während der Intervention von vier auf neun Punkte. Zu Beginn war sie in der Lage einige Teile der Aktivität durchzuführen. Zum Schluss konnte sie die Strategien auf das Nähen von anderen Stoffen übertragen. Jedoch war sie noch nicht in der Lage über die ganze Länge eine gerade Naht zu nähen. - Ziel 2: Die Werte verbesserten sich von sieben auf zehn Punkte. Schliesslich war es ihr möglich die Aktivität selbstständig auszuführen und sie transferierte die Strategien auf andere Ohrringe. - Ziel 3: Die Werte verbesserten sich von zwei auf zehn Punkte. Auch hier konnte sie die Strategien auf andere Armbänder übertragen. - <i>Weitere Messparameter:</i> <ul style="list-style-type: none"> - <i>COPM:</i> Klinisch wichtige Verbesserung der selbsteingeschätzten Performanz und Performanzzufriedenheit von mindestens zwei Punkten in allen drei Zielen. - <i>ACS:</i> kleine Verbesserungen in drei der fünf Bereiche - <i>RNL / FIM:</i> Verbesserung in den Bereichen Partizipation und Selbstversorgung - <i>SIS:</i> klinisch wichtige Verbesserung von mindestens zehn Punkten im Bereich Kraft; Klinisch wichtige Verschlechterungen in den Bereichen Handfunktion und Kommunikation; In den weiteren Bereichen liegen keine aussagekräftigen Resultate vor - <i>CES-D:</i> Keine Veränderung
--	---

Resultate Frau B.:

- *Ziele:* Ohrringe machen (1); Unterschrift verbessern(2);
Erinnern, was sie während dem Kochen machen muss
(3)
- Frau B. war in der Lage aufgabenspezifische Strategien
zu entwickeln und diese während des
Fertigkeitenerwerbs als Unterstützung einzusetzen.
- *PQRS:*
 - Ziel 1: Verbesserung von drei auf neun Punkte
 - Ziel 2: Verbesserung von sieben auf zehn Punkte
 - Ziel 3: Verbesserung von drei auf fünf Punkte
- *Weitere Messparameter:*
 - *COPM:* klinisch wichtige Verbesserung von
mindestens zwei Punkten in den Bereichen
Performanz und Performanzzufriedenheit in allen
Zielen (ausser bei der Performanz des dritten Zieles)
 - *RNL, CES-D, ACS:* unverändert
 - *FIM:* allgemeine Verbesserung
 - *SIS:* klinisch wichtige Verbesserung von mindestens
zehn Punkten in den Bereichen Erholung und
Emotionen; Klinisch wichtige Verschlechterung in
der Handfunktion und Gedächtnis und
Denkvermögen; Nicht aussagekräftige
Veränderungen in den weiteren Bereichen

Qualitative Resultate:

Die Analyse der qualitativen Daten deckte fünf Aspekte auf,
die bei der Einführung der CO-OP-Methode berücksichtigt
werden sollten:

- *Einfluss eines motivierenden Ziels:* Frau A. zeigte, dass
sie mit gesteigerter Motivation gewillter war, ein Problem
zu lösen. Zudem zeigte sie mehr Ausdauer bei
Herausforderungen und war weniger frustriert mit ihrer

	<p>Performanz.</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Individuelle Führung, Struktur und Unterstützung:</i> Beide Teilnehmerinnen brauchten Führung und Unterstützung beim Problemlösen und Entwickeln von Strategien. Das Entdecken von Strategien war schwieriger, wenn der Therapeut weniger direkte Fragen stellte und sich weniger einbrachte. - <i>Widerstand gegen einen neuen Ansatz:</i> Frau A. erklärte, dass sich die CO-OP-Methode deutlich von anderen Therapien, die sie bis jetzt erhielt, unterscheidet. Sie wünschte sich, dass die Therapeutin ihr sagt, wie sie ihre Defizite und Performanzprobleme lösen soll. - <i>Einfluss der Beziehung:</i> Der Beziehungsaufbau zwischen Therapeutin und Klientin hatte positive Auswirkungen auf die Teilnahme an einem neuen Behandlungsansatz. - <i>Soziale Unterstützung:</i> Beide Frauen suchten während der Behandlung soziale Interaktion und reagierten positiv auf die interpersonalen Komponente der CO-OP-Methode.
<p>Drop-outs were reported?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p><i>Did any participants drop out from the study? Why? (Were reasons given and were drop-outs handled appropriately?)</i></p> <p>Es kam zu keinen Drop-Outs.</p>
<p>CONCLUSIONS AND CLINICAL IMPLICATIONS:</p> <p>Conclusions were appropriate given study methods and results</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p><i>What did the study conclude? What are the implications of these results for occupational therapy practice? What were the main limitations or biases in the study?</i></p> <p>Die Forscher schlussfolgern, dass mit der CO-OP-Methode die Performanz von selbstgewählten Zielen verbessert werden kann.</p> <p>Die Werte verschiedener untersuchter Bereiche verbesserten und verschlechterten sich. Im Bereich Kraft erklärt sich die sich Forschungsgruppe die Verbesserung</p>

von Frau A. damit, dass sich die Klientin während den Aktivitäten mehr bewegte und sich deshalb als stärker und ausdauernder wahrnahm. Die Verbesserung von Frau B. im Bereich Emotionen hängt nach Ansicht der Forscher mit den in der CO-OP-Methode verankerten Anteile an sozialer Interaktion zusammen. Weiter vermuten sie, dass die verschlechterten Werte entstanden, weil die Messungen in kurzen Abständen durchgeführt wurden. Die Intervention dauerte vier bis fünf Wochen und die post-test-Messung wurde direkt danach durchgeführt, eine follow-up-Messung fand nicht statt. Sie stellen die Hypothese auf, dass die Teilnehmer nicht genügend Zeit hatten das Gelernte vollständig zu verarbeiten. Ausserdem ist es möglich, dass sie sich ihrer Defizite bewusster wurden, was sich in schlechteren Werten bei selbstbeurteilten Bereichen äusserte.

Die Forscher diskutieren literaturbasiert, dass die meisten bereits vorhandenen Interventionen auf Beeinträchtigungen abzielen. Deshalb ist es ein Bedürfnis, dass eine Intervention auf für den Klienten relevante und funktionsbezogene Aktivitäten ausgerichtet und evaluiert wird. Diese Ausrichtung auf bedeutungsvolle Aktivitäten kann nach deren Ansicht mit der CO-OP-Methode erreicht werden.

Die Forscher empfehlen in weiteren Studien mit grösseren Stichproben den Einfluss von Bezugspersonen auf die Generalisierung und den Transfer von Fertigkeiten im häuslichen Umfeld zu erforschen. Auch den Einsatz der CO-OP-Methode bei Klienten, welche andere Symptome eines CVI aufweisen, sollte untersucht werden. Der Einfluss der

CO-OP-Methode auf exekutive Funktionen könnte ein weiterer Bestandteil zukünftiger Forschungen sein.

Limitationen: Die Generalisierung der Ergebnisse ist durch das Studiendesign eingeschränkt. Weitere Biases sind unter dem Bereich Design aufgeführt.

Tabelle 11. Hauptstudie 5

Critical Review Form – Quantitative Studies

© Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, I., Bosch, J. & Westmorland, M., 1998

McMaster University

Citation:

Polatajko, H. J., McEwen, S. E., Ryan, J. D. & Baum, C. M. (2012). Pilot Randomized Controlled Trial Investigating Cognitive Strategy Use to Improve Goal Performance After Stroke. *The American Journal of Occupational Therapy*, 66, 104-109.

	Comments
<p>STUDY PURPOSE:</p> <p>Was the purpose stated clearly?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p><i>Outline the purpose of the study. How does the study apply to occupational therapy and/or your research question?</i></p> <p>Es sind bereits Studien vorhanden, die erste Evidenz in der Verbesserung von Performanzfertigkeiten durch die CO-OP-Methode versprechen. Allerdings sind noch keine Ergebnisse über einen Vergleich der CO-OP-Methode mit anderen Behandlungsansätzen vorhanden, weshalb mit dieser Studie folgende Forschungsfragen beantwortet werden sollen:</p> <p>1) Gibt es bei Erwachsenen, mindestens sechs Monate nach einem CVI, Unterschiede in der Verbesserung der Performanz von selbstgewählten Zielen, wenn CO-OP-Interventionen mit herkömmlichen ergotherapeutischen Interventionen verglichen werden?</p> <p>2) In welche Richtung gehen die Ergebnisse und wie gross ist das Ausmass der Unterschiede?</p>

	<p>Diese Studie verspricht aussagekräftigere Ergebnisse über die Anwendung der CO-OP-Methode bei erwachsenen Klienten nach einem CVI als die vorausgegangenen Studien (McEwen, Polatajko et al., 2009; McEwen, Polatajko, Huijbregts et al. 2010; Henshaw et al., 2011). Die Forschungsfrage ist auf Performanzveränderungen ausgerichtet, was relevant für die Fragestellung der Bachelorarbeit ist.</p>
<p>LITERATURE: Was relevant background literature reviewed? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>	<p><i>Describe the justification of the need for this study:</i> Es wird aktuelle Literatur (1997, 2002-2009) verwendet. Die Forscher gehen kurz auf die Langzeitfolgen eines Schlaganfalles und ihre Bedeutung für die Gesellschaft ein. Es müsse ein neues, holistisches Interventionsparadigma gefunden werden, um die Langzeitrehabilitation von Klienten mit einem CVI zu verbessern. Zu diesem Thema wird die CO-OP-Methode beschrieben. Zusätzlich werden aktuelle Forschungsergebnisse aufgeführt, die besagen, dass die CO-OP-Methode die Kapazität hat, die Performanz von Erwachsenen mit einem CVI zu verbessern.</p>
<p>DESIGN: <input checked="" type="checkbox"/> randomized (RCT) <input type="checkbox"/> cohort <input type="checkbox"/> single case design <input type="checkbox"/> before and after <input type="checkbox"/> case-control <input type="checkbox"/> cross-sectional <input type="checkbox"/> case study</p>	<p><i>Describe the study design. Was the design appropriate for the study question? (e.g., for knowledge level about this issue, outcomes, ethical issues, etc.)</i> Die Studie wurde als <i>pilot randomized controlled trial</i> durchgeführt. Die Teilnehmer wurden randomisiert zur Interventions- (Behandlungen nach der CO-OP-Methode) oder Kontrollgruppe (herkömmliche Ergotherapie) zugeteilt. RCT-Studien sind nützlich, wenn ein Behandlungseffekt gemessen werden soll (Law et al., 1998a).</p>

Specify any biases that may have been operating and the direction of their influence on the results.

- Kleine Teilnehmergruppen und methodische Limitationen.
- Nicht verblindete Therapeuten, welche die Assessments durchgeführt haben. Es handelte sich dabei um dieselben Therapeuten, welche auch die Behandlungen durchführten, wodurch die Resultate beeinflusst hätten werden können.
- Das COPM und das PQRS wurden von denselben Personen durchgeführt, wodurch die Resultate den jeweiligen Assessments angeglichen hätten werden können.
- Viele Drop-outs: 64 % in der Interventionsgruppe und 45 % in der Kontrollgruppe. Alle Personen, welche ausstiegen, hatten signifikant schlechtere Werte in neuropsychologischen Tests. Es ist nicht klar, ob die hohe Zahl der Drop-outs an der Rekrutierung der Teilnehmer lag, oder ob es auf ihren schlechteren Gesundheitszustand zurückzuführen war.
- Recruitment-to-enrollment-Rate: Von den 37 rekrutierten Teilnehmern kamen nur 20 Teilnehmer in Frage, an der Studie teilzunehmen. 17 Teilnehmer schieden bereits nach einem ersten Screening aus.
- Durch die vielen Drop-outs und die hohe Recruitment-to-enrollment-Rate ist die interne Validität der Studie eingeschränkt.

<p>SAMPLE:</p> <p>N = 20</p> <p>Was the sample described in detail?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p>Was sample size justified?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> N/A</p>	<p><i>Sampling (who; characteristics; how many; how was sampling done?) If more than one group, was there similarity between the groups?</i></p> <p>Die Studienteilnehmer wurden von der Datenbank <i>Cognitive Rehabilitation Research Group</i> rekrutiert und waren ausgetretene Patienten des Rehabilitationsinstituts von St. Louis.</p> <p><u>Einschlusskriterien:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mindestens 6 Monate nach dem CVI - Wieder im gewohnten Umfeld wie vor dem CVI lebend - Maximal 13 Punkte auf der NIHSS - IQ von mindestens 80 - Nur minimale Aphasie <p>Elf Teilnehmer wurden randomisiert der Interventionsgruppe und neun Teilnehmer der Kontrollgruppe zugeteilt. Die beiden Gruppen unterschieden sich nicht in Alter, Geschlecht, Bildung oder dem Wert auf der National Institute of Health Stroke Scale. Alle Teilnehmer gemeinsam hatten einen Altersdurchschnitt von 60,4 Jahren, hatten auf dem auf der National Institute of Health Stroke Scale sieben Punkte und 57.9 % waren Frauen.</p> <p><i>Describe ethics procedures. Was informed consent obtained?</i></p> <p>Die Studie erhielt von einer Ethikkommission die benötigte Zustimmung und jeder Teilnehmer unterzeichnete eine schriftliche Einverständniserklärung.</p>
--	--

<p>OUTCOMES:</p> <p>Were the outcome measures reliable?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p>	<p><i>Specify the frequency of outcome measurement (i.e., pre, post, follow-up)</i></p> <p>Die Assessments COPM und PQRS wurden zu Beginn und zum Ende der gesamten Therapiezeit von den behandelnden Therapeuten durchgeführt. Gemäss der Studie sind diese beiden Outcome-Assessments reliabel. Das COPM ist zudem standardisiert. Allerdings wurde nichts über ihre Validität ausgesagt.</p>	
<p>Were the outcome measures valid?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Not addressed</p>	<p><i>Outcome areas (e.g., self-care, productivity, leisure):</i></p> <p>Selbsteinschätzung der Performanz und Performanzzufriedenheit; Veränderung der Performanz aus Sicht des Therapeuten</p>	<p><i>List measures used:</i></p> <p>COPM;</p> <p>PQRS</p>
<p>INTERVENTION:</p> <p>Intervention was described in detail?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Contamination was avoided?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Not addressed</p> <p><input type="checkbox"/> N/A</p>	<p><i>Provide a short description of the intervention (focus, who delivered it, how often, setting). Could the intervention be replicated in occupational therapy practice?</i></p> <p>Jeder Studienteilnehmer erhielt zehn Therapieeinheiten von jeweils einer Stunde in ambulantem Einzelsetting. Zu Beginn der Intervention wurden anhand des COPM bei jedem Teilnehmer drei selbstgewählte Ziele gesetzt.</p> <p>Die CO-OP-Therapien der Interventionsgruppe wurden von zwei erfahrenen Ergotherapeuten durchgeführt, welche mit der CO-OP-Methode vertraut waren. In der Therapie wurde dem Klienten die globale Strategie beigebracht und diese wurde während jeder Intervention genutzt. Die Strategien wurden solange durch den Klienten, mit Unterstützung des Therapeuten angepasst, bis das Ziel erreicht wurde. Mit jedem neuen Plan wiederholte der Klient den Do-Check-Ablauf. Im Verlaufe der Therapie ermutigte der Therapeut den Klienten die Strategien bei anderen Tätigkeiten oder</p>	

<p>Cointervention was avoided?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Not addressed</p> <p><input type="checkbox"/> N/A</p>	<p>Zuhause ebenfalls anzuwenden. Der Therapieinhalt wurde grösstenteils vom Teilnehmer mit richtungsweisender Unterstützung durch den Therapeuten bestimmt. Die Ziele der CO-OP-Teilnehmer waren lesen, Autofahren, Gartenarbeiten, Finanzen organisieren, medizinische Hilfen organisieren, Schmuck machen, anziehen, Körperpflege, stehen, Gedächtnisverbesserung, Beaufsichtigen von Grosskindern, Hausarbeiten.</p> <p>Die Therapien der Kontrollgruppe wurden von zwei anderen, erfahrenen Therapeuten, welche die CO-OP-Methode nicht kannten, durchgeführt. Da keine Standardtherapie für Interventionen bei Klienten nach einem CVI existiert, wurde eine Behandlungsrichtlinie erarbeitet. Als erstes wurden die persönlichen Ziele des Klienten anhand des COPM gesetzt, anschliessend die Performanzprobleme analysiert und schliesslich die für die Ziele benötigten Fertigkeiten anhand verschiedener Übungen trainiert. Die Behandlungen wurden vom Therapeuten vorgegeben und enthielten Fertigkeitstraining oder aufgabenspezifisches Training. Die Ziele der Kontrollgruppe waren baden, E-Mails schreiben, anziehen, Transfers, Kirchenbesuche, kochen, Gartenarbeit, essen.</p>
<p>RESULTS:</p> <p>Results were reported in terms of statistical significance?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> N/A</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p>	<p><i>What were the results? Were they statistically significant (i.e., $p < 0.05$)? If not statistically significant, was study big enough to show an important difference if it should occur? If there were multiple outcomes, was that taken into account for the statistical analysis? What was the clinical importance of the results? Were differences between groups clinically meaningful? (if applicable)</i></p> <p><u>Analysemethode:</u></p> <p>Die Signifikanz der Ergebnisse wurde für das Level von $p < 0.05$ für alle Testresultate festgelegt.</p>

<p>Were the analysis method(s) appropriate?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p>	<p>Da es sich um eine kleine Teilnehmergruppe handelt und es ordinale Daten sind, wurde der Mann-Whitney-U-Test genutzt, um die Zwischengruppenunterschiede aus den Assessments PQRS und dem COPM zu ermitteln.</p> <p>Um die Richtung und das Ausmass der Zwischengruppenunterschiede einschätzen zu können, wurde eine einfache, lineare Regressions-Analyse gemacht.</p>
<p>Clinical importance was reported?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p>	<p><u>Resultate:</u></p> <p>Die Interventionsgruppe, welche CO-OP-Therapie erhalten hat, zeigt in der Performanz nach den Messungen mit der PQRS-Skala ($p=0,02$) und in der Selbsteinschätzung der Performanz mit dem COPM ($p=0,02$) signifikant grössere Fortschritte als die Kontrollgruppe. Die Richtung und das Ausmass der Fortschritte in der Performanz der Interventionsgruppe waren gemäss den Ergebnissen aus den pre- und post-test-Messungen bei der Interventionsgruppe um 3 Punkte höher, als die Ergebnisse der Kontrollgruppe (COPM: CI 3,0 (0,2 – 5,9); PQRS: CI 3,0 (1,4 – 4.6)). Aus diesen Resultaten schliessen die Forscher, dass der positive Therapieerfolg, hervorgerufen durch die CO-OP-Methode, klinisch relevant ist.</p> <p>Bei beiden Gruppen war nach Abschluss der Intervention die Zufriedenheit mit der eigenen Performanz verbessert. Es wurden jedoch zwischen den Gruppen keine signifikanten Unterschiede in der Zufriedenheit der Ausführung gemäss dem Selbsteinschätzungsbogen aus dem COPM gefunden ($p=0,38$). Deshalb konnten dazu keine Schlüsse über die Richtung des Behandlungseffekts gezogen werden.</p>

<p>Drop-outs were reported?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p><i>Did any participants drop out from the study? Why? (Were reasons given and were drop-outs handled appropriately?)</i></p> <p>37 mögliche Teilnehmer wurden rekrutiert, wovon 20 den Einschlusskriterien für die Studie entsprachen. Neun Teilnehmer wurden für die Kontrollgruppe und elf Teilnehmer für die Interventionsgruppe randomisiert. Fünf Teilnehmer zogen sich aus der Kontrollgruppe zurück und sieben stiegen aus der Interventionsgruppe aus. Schliesslich blieben je vier Teilnehmer in jeder Gruppe. Bei den ausgeschiedenen Teilnehmer wurden schlechtere Werte in den Bereichen Gedächtnis, Wortschatz und schnellem Wechsel zwischen verschiedenen Aufgaben festgestellt.</p>
<p>CONCLUSIONS AND CLINICAL IMPLICATIONS:</p> <p>Conclusions were appropriate given study methods and results</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p><i>What did the study conclude? What are the implications of these results for occupational therapy practice? What were the main limitations or biases in the study?</i></p> <p>Die CO-OP-Methode verspricht, die Performanz von Erwachsenen nach einem CVI zu steigern. Die Interventions- und die Kontrollgruppe haben Fortschritte in der Performanz von selbstgewählten, bedeutungsvollen Aktivitäten gemacht, allerdings waren die Ergebnisse der Interventionsgruppe signifikant besser, als die der Kontrollgruppe. Dies weist darauf hin, dass Klienten, welche die Möglichkeit haben ihre eigenen Ideen während der Therapie umzusetzen und mit der Struktur der globalen Problemlösungsstrategie zu arbeiten, befähigt werden, ein höheres Level der Performanzqualität zu erreichen, als jene ohne CO-OP-Therapie.</p> <p><i>Limitationen:</i> Die Resultate können nicht verallgemeinert werden. Für stabile Aussagen und die Übertragung der Ergebnisse auf die Praxis sollte eine grössere Untersuchung erfolgen. Weitere in der Studie genannten Biases sind unter dem Bereich Design aufgeführt.</p>

10.2 Wortanzahl

Anzahl Wörter der vorliegenden Arbeit:

Abstract: 199 Wörter

Arbeit insgesamt: 11'725 Wörter (exkl. Abstract, Tabellen, Verzeichnisse,
Danksagung, Eigenständigkeitserklärung und Anhänge)