
Die Rolle der Ergotherapie im Umgang mit einer lebensbedrohlichen Diagnose

Welche Strategien wenden Ergotherapeuten an, um erwachsenen Menschen mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung Betätigungsperformanz in ihrem gewohnten Lebensumfeld zu ermöglichen?

Bachelorarbeit ER600

Gina Maillart, Matrikelnummer S06 864 771, Hardplatz 5, 8004 Zürich
Julia Nigg, Matrikelnummer S06 530 786, Hünikerstrasse 1, 8442 Hettlingen

Departement Gesundheit, Studienrichtung Ergotherapie, Jahrgang 2006
Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften ZHAW

Betreuende Dozentin: Uta Jakobs

Abgabe: 18.06.2009

*Let me not pray to be sheltered from dangers
but to be fearless in facing them.*

*Let me not beg for the stilling of my pain but
for the heart to conquer it.*

*Let me not look for allies in life's battlefield
but to my own strength.*

*Let me not crave in anxious fear to be saved
but hope for the patience to win my freedom.*

*Grant me that I may not be a coward, feeling
your mercy in my success alone; but let me
find the grasp of your hand in my failure.*

Rabindranath Tagore

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|-----------|
| Abstract | 1 |
| 1 Einleitung | 2 |
| 1.1 Einführung in die Thematik | 3 |
| 1.2 Fragestellung und Zielsetzung..... | 6 |
| 1.3 Begründung und Definitionen..... | 6 |
| 1.4 Methode | 7 |
| 2 Hauptteil | 11 |
| 2.1 Bearbeitung der Fragestellung | 12 |
| 2.1.1 Ergotherapeutische Strategien im Bereich Person | 12 |
| Klientenzentrierung..... | 14 |
| Körperbild | 15 |
| Spiritualität | 16 |
| 2.1.2 Ergotherapeutische Strategien im Bereich Umwelt..... | 17 |
| Umweltmodifikationen & Hilfsmittel..... | 17 |
| Beziehungsgestaltung & Kommunikation..... | 19 |
| Angehörigenarbeit..... | 20 |
| Partizipation & Gruppenarbeit..... | 21 |
| 2.1.3 Ergotherapeutische Strategien im Bereich Betätigung | 22 |
| Lebensstilmanagement..... | 23 |
| Entspannungstraining & Angst- und Kurzatmigkeitsmanagement | 24 |
| Kontrollorientierte Strategien | 26 |
| Kreativität..... | 26 |
| Abschluss finden..... | 27 |
| 2.2 Diskussion | 28 |
| 2.2.1 Einleitende Erörterung | 28 |
| 2.2.2 Person und Strategien | 28 |
| 2.2.3 Umwelt und Strategien | 31 |
| 2.2.4 Betätigung und Strategien | 34 |
| 2.2.5 Abschliessende Erörterung..... | 37 |
| 2.3 Theorie-Praxis-Transfer | 40 |
| 3 Schlussteil | 42 |
| 3.1 Zusammenfassung..... | 43 |
| 3.2 Limitationen..... | 44 |
| 3.3 Offene Fragen | 45 |

| | |
|--|-----------|
| Verzeichnisse..... | 46 |
| Literaturverzeichnis | 47 |
| Abbildungsverzeichnis..... | 55 |
| | |
| Eigenständigkeitserklärung..... | 56 |
| | |
| Danksagung | 57 |
| | |
| Anhang | 58 |
| Anhang A: Schlüsselwörter | 59 |
| Anhang B: Critical Review Forms | 60 |
| Anhang C: Tabelle | 86 |
| Anhang D: Beispiele Mindmaps | 89 |

Zur besseren Lesbarkeit wird einheitlich der Begriff Ergotherapeut verwendet, wobei damit Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten gemeint sind. Dasselbe gilt für den Begriff Klient, bei welchem der Einfachheit wegen immer die männliche Form gewählt wird, jedoch auch Klientinnen einschliesst. Zwar werden nach Flotho (2007) die Begriffe Klienten und Patienten im deutschsprachigen Raum synonym verwendet, da jedoch der klientenzentrierte Ansatz in der Ergotherapie von grosser Bedeutung ist, wird im vorliegenden Text ausnahmslos der Begriff Klient genutzt, auch wenn in den Studien von Patienten die Rede war.

Abstract

Das Ziel dieser Literaturübersicht ist, die Rolle der Ergotherapie im Umgang mit einer lebensbedrohlichen Diagnose zu erörtern und dabei Strategien zur Ermöglichung von Betätigungsperformanz im gewohnten Lebensumfeld aufzuzeigen. Die Literatursuche fand in den Datenbanken CINAHL, MEDLINE, AMED, OTBASE und der COCHRANE Library statt. Studien, welche den Fokus auf lebensbedrohliche Erkrankungen und ergotherapeutische Strategien dieser Klienten beinhalteten, wurden eingeschlossen und kritisch beurteilt. Die darin enthaltenen relevanten Strategien wurden in 12 Kategorien untergeordnet und nach dem Person-Environment-Occupation Model strukturiert. Zum Bereich Person gehören die Strategien Klientenzentriertheit, Körperbild und Spiritualität. Umweltmodifikationen & Hilfsmittel, Beziehungsgestaltung & Kommunikation, Angehörigenarbeit und Partizipation & Gruppenarbeit werden der Umwelt zugeordnet. Unter Betätigung werden Lebensstilmanagement, Entspannungstraining & Angst- und Kurzatmigkeitsmanagement, kontrollorientierte Strategien, Kreativität und Abschluss finden zusammengefasst. In den verschiedenen Studien wird zwar eine Vielzahl von Strategien erwähnt, jedoch sind diese meist nicht im Detail beschrieben. Hingegen wird eindeutig ein Bedarf an Ergotherapie festgestellt, indessen ist ihre Rolle und ihr Beitrag in diesem Gebiet in der Schweiz noch wenig bekannt. Durch das Ermöglichen bedeutungsvoller Betätigung können Ergotherapeuten zu einer gesteigerten Lebensqualität von Klienten mit einer lebensbedrohlichen Diagnose beitragen.

1 Einleitung

1.1 Einführung in die Thematik

Die Begegnung mit Menschen, die eine lebensbedrohliche Diagnose erhalten haben, zeichnet sich durch viele Höhen und Tiefen aus. Durch das Praktikum und persönliche Erlebnisse wurden Grenzen erfahren, und es stellte sich immer wieder die Frage, was im Umgang mit diesen Menschen konkret gemacht werden kann, um eine bestmögliche Behandlung zu gewährleisten. Daneben wurde in der Ausbildung nicht genügend auf solche Situationen eingegangen, und in der Gesellschaft scheint dieses Thema nach wie vor Unsicherheiten auszulösen. Unumstritten ist, dass die Arbeit von Elisabeth Kübler-Ross und die Erstpublikation ihres Buches „On Death and Dying“ 1969 ein grosser Meilenstein für den Umgang mit Sterbenden und Trauer bedeutete. Durch ihr Engagement wurde dieses Thema in die Öffentlichkeit getragen und ansatzweise enttabuisiert (Student, 2006). Ausserdem beschrieb sie erstmals die Phasen, welche ein Mensch durchläuft, wenn er mit Verlust und Tod konfrontiert wird. Die fünf Phasen nach Kübler-Ross (1997) sind Verneinung und Isolation, Zorn, Verhandeln, Depression und Akzeptanz. Diese Phasen dürfen jedoch nicht als reine Abfolge verstanden werden, sie zeigen nur einen möglichen Verlauf auf. Die Phasen unterscheiden sich in der Dauer von Mensch zu Mensch und können wiederholt auftreten oder sogar parallel bestehen (Student, 2006).

Jede dritte Person erkrankt im Laufe ihres Lebens an einer Form von Krebs. Allein durch die demographische Entwicklung in der Schweiz und die Zunahme der älteren Menschen über 65 Jahre wird die Anzahl der Krebserkrankungen ansteigen. Auch ist dadurch mit einem Wachstum der koronaren Herzkrankheit und des Hirnschlags zu rechnen. In der Schweiz sind jährlich rund 30'000 Menschen von einem akuten koronaren Ereignis betroffen, etwa 12'500 erleiden einen Hirnschlag. Ebenfalls ist zu bedenken, dass die Schweizer Bevölkerung in den letzten Jahren wieder vermehrt auftretenden Krankheiten wie das HI-Virus (Aids) oder Hepatitis-V ausgesetzt war und immer wieder neue lebensbedrohliche Erkrankungen entstehen können (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2008).

Lebensbedrohliche Erkrankungen zeichnen sich oft durch gemeinsame Symptome wie Schmerzen, Müdigkeit, Übelkeit, Erbrechen, Haut- und Atemprobleme aus. Auch kommen häufig psychosoziale Aspekte wie Verwirrheitszustände, Depression, Angst

und Schlafstörungen dazu (Neuenschwander et al., 2006). Die Gesellschaft hat meist ein negatives Bild von einer solchen Erkrankung und bringt es mit Verlust, Unfähigkeit und Tod in Verbindung. Auch findet der Sterbeprozess normalerweise in einem begrenzten sozialen Umfeld statt und wird nur von wenigen wahrgenommen. Sich vorzustellen, dass sterbende Menschen Initiative zeigen, um sich bedeutungsvoll zu betätigen, ist für viele unwahrscheinlich (Lyons, Orozovic, Davis & Newman, 2002; Lloyd, 1989). Doch genau die Beteiligung an bedeutungsvollen und produktiven Betätigungen kann die Lebensqualität verbessern (Pizzi & Briggs, 2004).

Die Erhaltung der bestmöglichen Lebensqualität und das Sterben in Würde erreicht die Palliativmedizin, indem sie Schmerzen und andere physische, psychosoziale und spirituelle Probleme frühzeitig und aktiv erkennt, immer wieder erfasst und angemessen behandelt (WHO, 2009). Ebenso ist es wichtig, dass das Leben bekräftigt wird und sich der Klient auf den Tod vorbereiten kann (Bye, 1998). Dabei wollen die meisten Menschen ihr Leben in vertrauter Umgebung beenden, trotzdem ereignet sich die Mehrzahl der Todesfälle in Institutionen wie Krankenhäuser, Alten- und Pflegeheimen oder auch in stationären Hospizen. Dies zeigt, dass das Sterben zu Hause offensichtlich eine schwere Aufgabe darstellt (Ewers & Badura, 2005). Ausländische Studien offenbaren jedoch auch eine Entwicklung im Bereich der häuslichen Behandlung. So fanden Kealey und McIntyre (2005) heraus, dass die Betreuung vermehrt zu Hause stattfindet, was sich positiv für den Klienten auswirkt, allerdings auch eine grosse Anforderung an die individuellen Betreuer darstellt.

Forscher beschreiben die Doppelrolle, welche Ergotherapeuten in der Arbeit mit lebensbedrohlich erkrankten Menschen einnehmen. So kann sich der Praktiker nach AOTA (1998) in einem Spannungsfeld bewegen, weil er bemüht ist, durch Betätigung Qualität des Lebens und des Sterbens zu ermöglichen. Im Gegensatz zu Zielen der kurativen und funktionellen Therapie in anderen Settings ist nach Bye (1998) der Fokus in diesem Gebiet, es dem Klienten so angenehm wie möglich zu machen und ihm bedeutungsvolle Betätigung zu ermöglichen. Um diesen Widerspruch zwischen traditionellen ergotherapeutischen Zielen und Annahmen, und den Bedürfnissen und Erfahrungen von terminalkranken Klienten zu überbrücken, betont die Forscherin zudem die Wichtigkeit des klientenzentrierten Ansatzes und von kurzfristigen Zielen, welche dem Ergotherapeuten erlauben, einen bedeutungsvollen Beitrag zu leisten.

Die Rolle der Ergotherapie in der Betreuung von unheilbar Kranken wird in der Literatur als einzigartig dargestellt, eine Rolle, welche das Gleichgewicht zwischen Unterstützung von Leben und dem Tod finden muss (Kealey & McIntyre, 2005; Rahman, 2000; Bye 1998). Aufgrund der Anpassung an die verschiedenen Krankheitsstadien wird der Beitrag der Ergotherapie in diesem Bereich als divers und herausfordernd beschrieben (Harrison-Paul & Drummond, 2006; Kealey & McIntyre, 2005; Bye 1998). Zusätzlich bildet sie dabei ein bedeutendes Bindungsglied zwischen Spital und dem Leben zu Hause (Crompton 2004). Obgleich die Arbeit der Ergotherapeuten als wichtig eingeschätzt wird, stellt sich in vielen Studien heraus, dass die Rolle der Ergotherapie in der Arbeit mit Menschen mit einer lebensbedrohlichen Diagnose noch wenig bekannt ist (Kealey & McIntyre, 2005). Zum einen wird festgestellt, dass nicht genügend Verständnis über den Beitrag der Ergotherapie im interdisziplinären Team vorhanden ist (Rahman, 2000), andererseits ist wenig bekannt darüber, was Klienten während der Behandlungsphase ihrer Krankheit von der Ergotherapie erwarten (Söderback, Pettersson, Von Essen & Stein, 2000). Ebenso tendieren frühere Studien dazu, den potenziellen Beitrag bedeutungsvoller Betätigung zur Erhaltung und Verbesserung des subjektiven Wohlbefindens auszulassen (Reynolds & Prior, 2006).

Das Gebiet der Palliativmedizin hat sich nach Kealey und McIntyre (2005) in den letzten 20 Jahren stark entwickelt. Auch in der Schweiz setzt sich Bundesrat Couchepin (2008) dafür ein, dass das palliative Angebot vergrössert wird, da es ein sehr aktuelles Thema ist. Dabei werden interdisziplinäre Kompetenzen gefordert, da nur durch ein multiprofessionelles Team die Bedürfnisse des Klienten ganzheitlich wahrgenommen und erfüllt werden können (WHO, 2009; Couchepin, 2008). Die Ergotherapie als Berufsgruppe in der Schweiz hinkt dabei der Entwicklung im Ausland hinterher, wo sie zumindest am Rande einen wichtigen Platz in diesem Feld einnimmt. Da aber hierzulande wenig bekannt ist über die Rolle der Ergotherapie im Umgang mit einer lebensbedrohlichen Diagnose und welchen berufsspezifischen Beitrag sie dabei leisten kann, wird sie bis heute sehr selten bis gar nicht eingesetzt. Daraus ergibt sich folgende Fragestellung und Zielsetzung.

1.2 Fragestellung und Zielsetzung

Welche Strategien wenden Ergotherapeuten an, um erwachsenen Menschen mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung Betätigungsperformanz in ihrem gewohnten Lebensumfeld zu ermöglichen?

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist herauszufinden, was die Möglichkeiten der Ergotherapie in diesem interdisziplinären Berufsfeld sind, wo Grenzen liegen, und ob Ergotherapie mit ihrem Fokus auf Betätigung sinnvoll ist. Weiter interessiert, ob die Ergotherapie neben dem palliativen Bereich bereits vorher zielgerichtet eingesetzt werden kann.

1.3 Begründung und Definitionen

Diese Literaturübersicht soll den momentanen Stand der Forschung darstellen, welche in diesem Gebiet betrieben wurde. Aufgrund der Empfehlungen von verschiedenen Autoren wird damit eine Übersicht über die Thematik gegeben, Wissenslücken aufgedeckt und Grundlagen für weitere Forschungsarbeiten geschaffen (Ridley, 2009; DePoy & Gitlin, 2005; Jenkins, Price, & Straker, 2003). In der Fragestellung wurden bewusst lebensbedrohliche Erkrankungen gewählt, damit nicht nur der palliative Bereich abgedeckt ist. Das gewohnte Lebensumfeld beschreibt dabei das zu Hause, in welchem Klienten vor der Diagnosestellung lebten. Anstelle von Interventionen wurde absichtlich der Begriff Strategie verwendet, da dieser weitreichender ist. Eine Strategie bezeichnet nach Wienold (1995, S. 650) eine „Entscheidungsregel, Bezeichnung im Umkreis der Entscheidungstheorie(n) für eine Ordnung aller Handlungsmöglichkeiten eines Akteurs, die für das betrachtete Problem relevant sind, nach einem oder mehreren Kriterien, so dass für jede mögliche Situation festliegt, welche Handlung zuweilen ist“. In Unternehmen bezeichnen Strategien zudem, wie langfristige Ziele erfolgreich erreicht werden können (Greif, 2004). Weiter wird die Betätigungsperformanz von Law, Polatajko, Baptiste und Townsend (2002, S. 30) definiert als „die Fähigkeit bedeutungsvolle, kulturell bedingte und altersentsprechende Betätigungen auszuwählen, zu organisieren und zufriedenstellend auszuführen, um sich selbst zu versorgen (Selbstversorgung), Freude am Leben zu haben (Freizeit) und zum sozialen und ökonomischen Gefüge einer Gemeinschaft beizutragen (Produktivität)“ (wörtlich aus dem Englischen übersetzt).

1.4 Methode

Nach der Festlegung der Fragestellung wurden die Schlüsselwörter identifiziert, in Englisch übersetzt und passende Synonyme gefunden (MeSH-Suche oder Thesaurus). Diese sind: Strategien, Ergotherapie, lebensbedrohliche Erkrankung, Betätigungsperformanz und Lebensumfeld. Die dazugehörigen englischen Begriffe und Synonyme sind im Anhang (A) beigelegt. Danach wurde relevante Literatur in den medizin- und pflegespezifischen Datenbanken CINAHL, MEDLINE, AMED; der ergotherapierlevanten OTBASE und der COCHRANE Library für systematische Reviews und randomisierte kontrollierte Studien (RCTs) gesucht. Als Suchstrategie, um zuerst viele Studien über das Thema zu finden, wurde der Boolesche Operator OR (z.B. life-threatening OR death OR palliative) und Trunkierungszeichen (z.B. therap*, strateg*, occupation*) eingesetzt. Die verschiedenen Suchergebnisse wurden miteinander mit AND verknüpft, um spezifische und eingegrenzte Resultate zu erzielen (Taylor, 2006). Nach der ersten Literaturrecherche sind die Studien gesichtet (lesen der Abstracts) und auf ihre Relevanz geprüft worden. Eingeschlossene Studien legten den Fokus auf lebensbedrohliche Erkrankungen und beinhalteten ergotherapeutische Strategien für Klienten. Es wurden alle Betätigungsbereiche (Selbstversorgung, Freizeit und Produktivität) eingeschlossen, jedoch nicht spezifisch nach den einzelnen gesucht.

Geeignete Hauptstudien sind mit den Kriterien der Critical Review Forms nach Letts et al. (2007) und Law et al. (1998) beurteilt worden, um sie auf ihre Qualität zu prüfen (Anhang B). Die kritische Beurteilung der Qualität von Studien beinhaltet die sorgfältige Beurteilung der Methodik und ist wichtig, um die Resultate zu interpretieren und die Stärke der Evidenz zu identifizieren (Baker, 2006; Burns & Grove, 2005). Im Verlauf wurden diese Kriterien in eine Kurzform abgewandelt, um die relevanten Elemente für die Fragestellung herauszufiltern. Zudem wurde, wie Polit, Beck und Hungler (2004) anregen, eine zusammenfassende Tabelle erstellt, welche für den Hauptteil beigezogene Studien und ihre Relevanz beschreibt (Anhang C). Dabei werden die einzelnen Studiendesigns aufgezeigt und dargestellt, inwiefern das Design zur Fragestellung passt. Während des Schreibens wurden neue Quellen identifiziert und durch den wiederholten Prozess der Literatursuche und -auswahl hinzugefügt. Ausserdem erwies sich bei relevanten Studien das Schneeballverfahren als

sehr hilfreich, in dem im Literaturverzeichnis nach weiteren verwendbaren Quellen gesucht wurde.

Die Vorgehensweise für die Literatursuche und das Schreiben der Literaturübersicht richtet sich nach den in der wissenschaftlichen Literatur üblichen Strategien, wie sie etwa von Ridley (2009), Kruse (2005) oder DePoy und Gitlin (2005) beschrieben werden. Für die Gliederung der Arbeit mit den jeweiligen Inhalten wurden beispielhafte Literaturübersichtsarbeiten gesichtet, wie die von Clayton et al. (2008). Diese Methode wird auch von Polit et al. (2004) empfohlen, ebenso wie die Ausarbeitung einer provisorischen Struktur vor dem Schreibbeginn. Als günstig zur Gedankenstrukturierung und späteren Textgliederung erwiesen sich auf dem Mindjet Programm erstellte Mindmaps (Anhang D), sowie das Ordnen von ausgedruckten Textabschnitten.

Grundsätzlich sind die ausgewählten Studien nicht älter als zehn Jahre. Ausnahmen dieser Regel sind die Forschungsarbeiten von Bye (1998), Penfold (1996) und Lloyd (1989). Es handelt sich dabei zwar um ältere Arbeiten, sie werden jedoch in den für die Fragestellung wichtigen Studien oft zitiert und beigezogen. Aufgrund dessen wurden sie für die vorliegende Arbeit auch genutzt, da viele relevante Aspekte beinhaltet sind, welche sonst nicht in dieser Prägnanz erwähnt werden.

Als Basis dieser Literaturübersicht dienen für den Hauptteil zehn qualitative, fünf quantitative Studien und zehn andere relevante Quellen wie Umfragen, Artikel und Bücher. Die Letzteren sollen nur als Ergänzung gesehen werden, da sie keine Forschungsergebnisse bieten und somit von geringerem Evidenzlevel sind. Nichtsdestotrotz wurden sie herangezogen, da diese öfters von verschiedenen Forschern zitiert werden und im Gegenzug als Grundlage wichtige Studien einsetzen. Zudem dienen sie der vorliegenden Arbeit zur genaueren Beschreibung der Strategien, Strukturierung und als Argumentationsgrundlage. Zusätzlich lieferte der Leitfaden von Crompton (2004) relevante Informationen für die Behandlung mit Krebsklienten. Dieser Leitfaden wurde vom HOPE bereitgestellt, welche eine spezialisierte Sektion für HIV/AIDS, Onkologie, Palliativmedizin und Ausbildung an der Akademie für Ergotherapeuten in Grossbritannien ist.

Aufgrund der kleinen Samplegrösse von qualitativen Studien sind die Ergebnisse grundsätzlich nicht generalisierbar. Dies wird von den naturalistisch geprägten Forschern auch nicht angestrebt. Vielmehr gehen sie davon aus, dass das bisherige Wissen über ein Phänomen nicht ausreichend ist (DePoy & Gitlin, 2005). Daher generiert qualitative Forschung tiefe und reichhaltige Daten, welche die Erfahrung von Klienten betrifft (Taylor, 2006). Demzufolge war es für die vorliegende Arbeit von Bedeutung, dass bei den qualitativen Hospiz-Studien das Gütekriterium Transferability gegeben ist, damit die Ergebnisse trotzdem auf das gewohnte Lebensumfeld übertragbar sind. Zu erwähnen ist, dass Lincoln und Guba (1985; zit. nach Taylor, 2007) die Übertragbarkeit mehr als eine Verantwortung des Lesers als des Forschers sehen. Aufgabe des Forschers ist allerdings, das Setting in ausreichendem Detail zu beschreiben, um Vergleiche ziehen zu können. Zudem sollte eine aussagekräftige Repräsentation des Samples (purposive, theoretical und nominated sampling) und detaillierte und reichhaltige Hintergrundinformationen gegeben sein (Taylor, 2007). Die in den verwendeten Forschungsarbeiten studierten Gruppen sind entweder aus dem Onkologiebereich oder beinhalten eine heterogene Stichprobe mit verschiedenen Krankheitsbildern wie Schlaganfall, Hepatitis, Krebs, ALS, HIV und Herzkrankheiten.

Im Gebiet der Palliativmedizin gibt es verschiedene Arten, um den Beitrag der Ergotherapie zu dokumentieren. Die vorliegende Arbeit geht davon aus, was Klienten und Therapeuten gemeinsam entwickeln können, und deshalb werden in der Struktur des Hauptteils ergotherapeutische Strategien aufgezeigt. Diese Strategien sind nicht symptombezogen und beziehen sich auch nicht auf ein bestimmtes Krankheitsbild. Durch eine solche Darstellung kann sich eine künstliche Trennung ergeben (Crompton, 2004), da die verschiedenen Strategien simultan oder abwechselnd angewendet werden können oder müssen. Dies ist daher bei der Anwendung zu berücksichtigen. Auch muss erwähnt werden, dass die Strategien allgemein gehalten wurden und daher beim Klienten zu Hause in seinem gewohnten Lebensumfeld, jedoch auch in anderen Kontexten relevant sein können.

Zur Strukturierung und besseren Veranschaulichung der Strategien wurde das Person-Environment-Occupation Model, im Folgenden PEO-Modell genannt, verwendet. Dieses Modell stellt eine Zusammenfassung der Kernkonzepte diverser ergotherapeutischer Modelle, wie das von Gary Kielhofner, Mary Law und Kathlyn Reed, dar (Hagedorn, 2004).

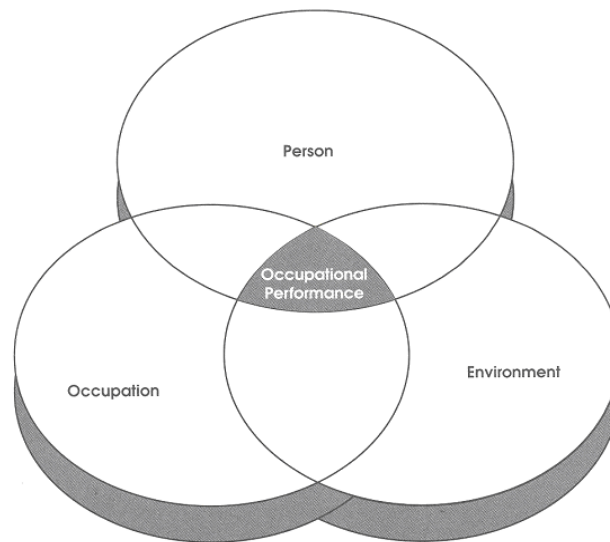


Abbildung des PEO-Modells nach Law, Polatajko, Baptiste und Townsend (2002)

Die dargestellte Grafik veranschaulicht die Beziehung zwischen der Person, ihrer Umwelt und ihren Betätigungen. Aus dieser Interaktion resultiert die Betätigungsperformanz. Veränderungen einer der Komponenten haben Einfluss auf die beiden anderen, sowie die Betätigungsperformanz (Law et al., 2002). Die vorliegende Arbeit bezieht sich auf das Ermöglichen von Betätigungsperformanz und daher werden die ermittelten Strategien den drei Elementen Person, Umwelt und Betätigung, welche auch in der Fragestellung beinhaltet sind, zugeordnet. Folglich werden auch die Kernelemente der Fragestellung in der Diskussion durch diese Darstellung aufgegriffen.

2 Hauptteil

2.1 Bearbeitung der Fragestellung

2.1.1 Ergotherapeutische Strategien im Bereich Person

Law et al. (2002, S. 41) beschreiben die Person als „integriertes Ganzes, welches spirituelle, soziale und kulturelle Erfahrungen, und beobachtbare Betätigungsperformanzkomponenten beinhaltet“ (wörtlich aus dem Englischen übersetzt). Diese Komponenten beschreiben die emotionalen, kognitiven und physischen Aspekte einer Person. Da bei einer lebensbedrohlichen Erkrankung die physischen, sowie die psychosozialen Aspekte betroffen sein können, ist es nach Lloyd (1989) wichtig, dass bei der ergotherapeutischen Behandlung alle Elemente berücksichtigt werden.

Unmittelbar nach einer lebensbedrohlichen Diagnose kann der Klient ein Gefühl des Identitätsverlustes haben, da sein Status in den einer „sterbenden Person“ wechselt (Lloyd, 1989). Reynolds und Prior (2006) erwähnen auch den biographischen Einschnitt einer solchen Erkrankung, und dass für die Person wertvolle Lebensziele plötzlich als unerreichbar erscheinen. Ihr Leben, ihre Zukunft, ihre Aktivitäten und Rollen, ihr Bild von sich selbst und von anderen, ist das, was Klienten als ihre Realität empfinden und was sich nach Bye (1998) bei terminalen Diagnosen für immer verändert. Ergotherapeuten versuchen, diese veränderte Realität mit dem Klienten und seinem vertrauten Umfeld zusammen so normal wie möglich zu gestalten. Manche bewältigen ihre Situation, indem sie neue Prioritäten für ihre Ziele entwickeln, um authentische Beziehungen und Aktivitäten zu genießen (Reynolds & Prior, 2006).

Eine plötzliche, lebensbedrohliche Diagnosestellung mit anschliessender Behandlung hatte zur Folge, dass die Teilnehmer der Studie von Vrkljan und Miller-Polgar (2001) eine Störung in ihrem normalen, täglichen Leben erfuhren und damit ein Gefühl des Kontrollverlustes wahrnahmen. Ähnlich schildern Kealey und McIntyre (2005) dieses Empfinden, da die Klienten teilweise auch keine Kontrolle über die fortschreitende Art ihrer Krankheit haben. Reynolds und Prior (2006) betonen zusätzlich die Angst, die eine solche Diagnose auslösen kann.

Menschen mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung können im Verlauf ihrer Krankheit immer abhängiger von anderen Personen werden. Deshalb ist es ihnen wichtig,

so viel wie möglich selbstständig zu machen, egal wie wenig es ist. Sie bedauern, dass sie viele bedeutungsvolle Aktivitäten aufgeben müssen, welche ihnen Selbstständigkeit oder Freude bringen (Lyons et al., 2002).

Bye (1998) stellt hingegen fest, dass es dabei nicht um Autonomie an sich geht:

„Bestätigung von Leben und das Vorbereiten auf den Tod heisst nicht Rehabilitation, Selbstständigkeit oder ein ausgeglichenes, produktives Leben zu führen. Es geht um die Wertschätzung des restlichen Lebens eines Individuums, dem Klienten zu helfen in der Gegenwart zu leben, das Recht auf Selbstbestimmung eines Individuums anzuerkennen und sich auf den kommenden Tod vorzubereiten“ (S 16; wörtlich aus dem Englischen übersetzt).

So beschreibt auch Crompton (2004), dass Rehabilitation in der Palliativmedizin bedeutet, physische, soziale und emotionale Möglichkeiten, sowie ein Gefühl von Kontrolle zu ermöglichen. Dies verstärkt das Leben des Klienten und stellt nicht einfach nur einen funktionellen Status wieder her. Zudem berichtet Bye (1998), dass sich terminalkranke Klienten in einem Doppelstadium von Leben und Sterben befinden und ihre funktionelle Selbstständigkeit stufenweise abnimmt, was oft eine bedeutend umfangreiche Betreuung von anderen verlangt. Die Entwürdigung und Schuldgefühle, welche mit der fortschreitenden Abhängigkeit einhergehen können, beschreibt Lloyd (1989) für viele Klienten als unannehmbar, da das Gefühl anderen zur Last zu fallen, für viele schwerwiegender als der physische Schmerz ist.

Ausserdem haben Betroffene und Angehörige nach einer lebensbedrohlichen Diagnose häufig Schwierigkeiten im Umgang mit der verkürzten Lebenserwartung, und daraus resultieren oft unrealistische Erwartungen. Auf der einen Seite gibt es Klienten, die eine passive, hilflose und abhängige Rolle annehmen. Andere wiederum bemühen sich um funktionelle Aktivitäten, zu welchen sie nicht länger fähig sind. Als Ergotherapeut ist es wichtig zu wissen, wie einsichtig der Klient ist und wie gut er dies akzeptiert. Ebenso ist die ergotherapeutische Behandlung stark abhängig von dem Krankheitsstadium, in welchem die Zuweisung erfolgt. Es ist daher zu unterscheiden, ob der Klient durch erfolgreiche medizinische Behandlung geheilt werden kann, oder nur noch palliative Pflege erhält (Penfold, 1996).

Klientenzentrierung

Nach Law et al. (2002) bezieht sich die klientenzentrierte Praxis auf einen gemeinschaftlichen Ansatz, welcher als Ziel hat, dem Klienten Betätigung zu ermöglichen. Klienten können Individuen, Gruppen, Agenturen, Behörden, Unternehmen oder Andere sein. „Ergotherapeuten zeigen Respekt für Klienten, beziehen sie in die Entscheidung ein, setzen sich mit und für Klienten für ihre Bedürfnisse ein und anerkennen andererseits die Erfahrung und das Wissen des Klienten“ (Law et al., 2002, S. 49; wörtlich aus dem Englischen übersetzt).

Die Berücksichtigung von individuellen Bedürfnissen und Wünschen des Klienten ist das Hauptziel der ergotherapeutischen Intervention (Kealey & McIntyre, 2005; Penfold, 1996). Dem Klienten soll soviel und solange Kontrolle zurückgegeben werden, wie er oder sie es wünscht (Crompton, 2004; Penfold, 1996). Ausserdem heben Söderback et al. (2000) hervor, dass das Erreichen von Lebenszielen für ein würdevolles Leben von Bedeutung ist.

Ergänzend betont Crompton (2004) das gemeinsame Definieren von Zielen mit dem Klienten. Als Ausgangspunkt der Ergotherapeuten dient dazu immer die Erfahrung der Menschen, mit welchen sie zusammenarbeiten. Ihre Wahl und ihre Prioritäten leiten jede Intervention und Entscheidung und unterstützen die Suche nach neuen Möglichkeiten zur Verbesserung der Lebensqualität. Dies ist eine der wichtigsten Ergebnisse der ergotherapeutischen Intervention mit lebensbedrohlich erkrankten Klienten, wenn es um die Bestätigung des Lebens geht.

Herauszufinden, was am wichtigsten für das Individuum mit einer lebensbedrohlichen Diagnose ist, unterstreichen mehrere Autoren (Trump, Zahoransky & Siebert, 2005; Vockins, 2004; Vrkljan & Miller-Polgar, 2001; Rahman, 2000). Obwohl erwartet wird, dass die Performanzfertigkeiten des Klienten abnehmen werden, untersucht der Ergotherapeut ebenso die noch vorhandenen Fertigkeiten, welche die weiterführende Betätigungsperformanz unterstützen. Dazu gehört auch die Analyse der Betätigungsanforderungen, sowie der Ressourcen und Barrieren der Umwelt (Trump et al., 2005). Zu diesem Zweck haben Ergotherapeuten in der Studie von Bye (1998) immer einen zurückhaltenden Ansatz gewählt, wie zum Beispiel unstrukturierte Beobach-

tungen, um den funktionellen Status des Klienten zu erfassen. Die befragten Therapeuten betonten jedoch auch, dass es in der letzten Lebensphase oft wichtiger ist, das Umfeld und die Fähigkeiten der Betreuungspersonen anstatt die funktionellen Fertigkeiten der Klienten selbst zu analysieren (Bye 1998). Auch betonen Trump et al. (2005), dass es wichtig ist, eine Verknüpfung zwischen den Ressourcen des Klienten und deren Betreuer und den Anforderungen der Betätigungen herzustellen. Herausfinden was der Klient braucht und wünscht, kombiniert mit der Performanzanalyse, erlaubt es dem Ergotherapeuten eine effektive und klientenzentrierte Intervention auszuführen.

Körperbild

Nach Shearsmith-Farthing (2001) können aufgrund einer lebensbedrohlichen Erkrankung und Behandlungsnebenwirkungen physische, psychologische und / oder soziale Veränderungen entstehen, die das Körperbild drastisch ändern. Daher ist es wichtig, die besondere Bedeutung, subjektiv wahrgenommenen Konsequenzen eines veränderten Körperbildes des Klienten und die damit verbundenen Einschränkungen auf die Lebensqualität herauszufinden. Bedenken über das veränderte Körperbild müssen nicht auf einen besonderen Aspekt der Performanz eingeschränkt werden und können Bereiche wie Aktivitäten, Selbstversorgung, Schmerz, Emotionen, Spiritualität, Sexualität, finanzielle Angelegenheiten, Zukunftspläne usw. beeinträchtigen.

Im Zentrum der ergotherapeutischen Behandlung stehen laut Shearsmith-Farthing (2001) die Probleme eines veränderten Körperbildes und die damit verbundenen Meinungen und Werte, sowie die unterstützenden Faktoren und deren Einfluss auf das Engagement des Klienten. Daher ist es unerlässlich, dass Ergotherapeuten die Klienten genau erfassen, um die individuellen Erfahrungen und Auswirkungen auf die Betätigungsperformanz zu verstehen.

Als Bewältigungsstrategie im Umgang mit einem veränderten Körperbild erwähnt Vockins (2004), dass für Frauen mit Brustkrebs in spezialisierten Institutionen informale Workshops für Hautpflege und Make-up, sowie Ratschläge für den Umgang mit den sichtbaren Folgen der Behandlung gegeben werden. Speziell für den Umgang

mit Appetit- und Gewichtsverlust können Ergotherapeuten ausserdem mit dem Klienten Probleme rund ums Essen, Selbstbild und Selbstwertgefühl analysieren und ansprechen (Crompton, 2004).

Spiritualität

Innerhalb der ergotherapeutischen Literatur wird argumentiert, dass sich Spiritualität durch bedeutungsvolle Betätigung ausdrückt (Egan & DeLaat, 1994, 1997; Urbanowski & Vargo 1994; zit. nach Rose, 1999, S. 309). Spiritualität wird nach Law et al. (2004, S. 138) nicht nur im religiösen Zusammenhang verstanden, sondern „bezieht sich auf das ganz persönliche Innere, die Anteile einer Person, die sie motivieren, sich den Aufgaben und Tätigkeiten im täglichen Leben zu stellen“.

Die Studie von Rose (1999) zeigt auf, wie spirituelle Aktivitäten in die Therapie mit einbezogen werden können, z.B. durch offene Diskussionen und aktives Zuhören. Die befragten Ergotherapeuten liessen Klienten über Lebensziele, Emotionen und Zukunftsängste, über wichtigste Unterstützung und den Nutzen der Betreuung nachdenken. Sie leiteten Meinungs austausche an, um Ziele zu definieren und den Klienten für das Leben zu motivieren. Sie stellten Fragen über Religion oder Kirche und deren Bedeutung, organisierten Treffen mit dem Pfarrer und stellten auf Anfrage Zutritte in Gottesdienste sicher. Nach Christiansen (1997; zit. nach Rose, 1999, S. 307) können spirituelle Aktivitäten zudem Lesen, Ausdrucks malen, Museumsbesuche, Musik, Laufen, Natur, Garten und Briefe schreiben sein.

Wenn die inneren Werte des Klienten anerkannt und ihre Überzeugungen und Ziele unabhängig ihrer Fähigkeiten, ihres Alters oder anderer Eigenschaften respektiert werden, wird der Mensch als spirituelles Wesen gewürdigt. Betätigungen sollen für den Klienten bedeutungsvoll sein und die Art der Teilhabe ist von ihnen selbst gewählt (Law et al., 2002).

2.1.2 Ergotherapeutische Strategien im Bereich Umwelt

Law et al. (2002, S. 46) definieren die Umwelt als „den Kontext in welchem die Betätigungsperformanz stattfindet und welche kulturelle, institutionelle, physische und soziale Elemente beinhaltet“ (wörtlich aus dem Englischen übersetzt).

Welche bedeutende Rolle das Umfeld des Klienten spielt, erwähnt Bye (1998) in ihrer Studie. So beschrieben die befragten Therapeuten, dass das nach Hause gehen den Klienten ein Gefühl der Normalität gab, auch wenn es nur für eine kurze Zeit war. Die Klienten sind in dieser Situation zudem besser fähig, ihre alltäglichen Aktivitäten durchzuführen, verglichen mit einem Hospiz oder Spital. Ausserdem ist als Konsequenz der Abnahme der Aufenthaltsdauer im Spital die Wichtigkeit der ergotherapeutischen Domizilbehandlung vermehrt in den Vordergrund gerückt (Crompton, 2004; Vrkljan & Miller-Polgar, 2001). So können nach Crompton (2004) Ergotherapeuten Wohlbefinden und Selbstständigkeit in verschiedenen Kontexten, wie zu Hause, im Spital, Heim, ambulanten oder Tageshospiz ermöglichen.

Gerade in der Behandlung von terminalkranken Menschen hat die Ergotherapie eine zentrale Rolle, da Umfragen gezeigt haben, dass die Mehrheit der Krebsklienten bevorzugen, zu Hause zu sterben (Townsend et al., 1990; Griffin, 1991; Tang 2000; McClements, 2001; zit. nach Kealey & McIntyre, 2005, S. 233). Für die Klienten ist die Pflege im eigenen Heim wichtig, weil ihnen ermöglicht wird, ihr Leben in Würde und vertrauter Umgebung abzuschliessen und die familiäre Beziehung weiterzuführen (Kealey & McIntyre, 2005).

Umweltmodifikationen & Hilfsmittel

Durch eine Heimabklärung mit dem Klienten, seinen Angehörigen, und eventuell einem sozialen Dienst kann dem Betroffenen die Entlassung aus dem Spital erleichtert werden. Sie bietet weiter eine gute Möglichkeit, die Interaktion im vertrauten Umfeld zu beobachten und gibt der Therapeutin ein klares Bild über die Umstände und das unterstützende Netzwerk (Penfold, 1996). Ausserdem können bei einer gezielten Wohnungsabklärung individuelle Möglichkeiten erarbeitet und der Klient

über verschiedene Alternativen aufgeklärt werden (Crompton, 2004). Die Bereitstellung von Hilfsmitteln dient zudem dem Erreichen von Zielen und der Verbesserung der Lebensqualität (Vockins, 2004). Als Ergebnis von individuellen Anpassungen kann wieder ein Gefühl von Kontrolle und Befähigung, welches durch verlorene Fertigkeiten eingebüsst wurde, hergestellt werden (Rahman, 2000).

Beispiele für Umwelthanpassungen können Rollstuhlrampen für die Zugänglichkeit von verschiedenen Räumen oder Trapezgriffe als Aufzugshilfe zum Aufsitzen und für Positionswechsel sein. Um eine sichere Bad- und Toilettenbenutzung zu garantieren, können Hilfsmittel wie Nachtstühle, erhöhte Toilettensitze, Badebretter, Greifstangen und Wandhaken eingesetzt werden (Lloyd, 1989). Daneben ist nach Rahman (2000) unbedingt zu beachten, dass das Umfeld zu Hause sicher gestaltet wird. Bye (1998) beschreibt, dass therapeutische Modifikationen eingesetzt werden, um verlorene Fähigkeiten zu kompensieren. Mehrheitlich werden dabei solche bevorzugt, die nach dem Tod des Klienten wieder entfernt werden können und finanziell rentabler sind.

Der Verlust der Mobilität ist für die meisten Klienten verheerend und vielen widerstrebt es, einen Rollstuhl zu benutzen. Daher braucht es viel Sensibilität und Einfühlungsvermögen, wenn es um dieses Thema geht. Der Entscheid zur Nutzung eines Rollstuhles liegt letztendlich immer beim Betroffenen und seiner Betreuungsperson. Dabei sind auch passende Hilfsmittel und Dekubituskissen notwendig und es braucht Instruktionen zur Benutzung des Rollstuhles und angemessenen Transfertechniken (Crompton, 2004; Penfold, 1996).

Lee, Chan und Wong (2005) haben in ihrer Studie Strategien zur Förderung der Selbstständigkeit beim Essen eingesetzt. Demnach wurden bei ungeeigneter Positionierung des Rumpfes und den oberen Extremitäten Hilfsmittel zur Stütze bereitgestellt, Position und Orientierung zum Essenstablett angepasst, sowie Winkel und Höhe des Bettes adaptiert. Spezielles Geschirr und gabelähnliche Löffel sind zur Unterstützung bei Einhändigkeit, Unterarmstütze und Schienen bei Einschränkungen der oberen Extremitäten eingesetzt worden. Zur Kompensation von schwacher Handhabung der Essutensilien wurden Löffel mit erweitertem Griff und Löffelhalter gebraucht. Die psychologische Abhängigkeit konnte durch Ermächtigung und dem Betonen der Vorteile von Selbstkontrolle reduziert werden. Ebenso betont die Leitli-

nie von Crompton (2004) die Wichtigkeit der Beratung zur Sitzhaltung und Position aufgrund von Schluckstörung, sowie das Bereitstellen von Hilfsmitteln zum Essen.

Ferner können Ergotherapeuten den Klienten beraten, wenn es zu einer grossen Schwellung eines Körperteils (Lymphödem) und damit zu Funktionseinschränkungen kommt. Um eine optimale Betätigungsperformanz zu erreichen, können z.B. Hilfsmittel für die Küche, zum Schreiben oder Anziehen eingesetzt werden (Penfold, 1996). So kann das Ankleiden durch den Einsatz von Hilfsmitteln wie Greifhilfen, verlängerte Schuhlöffel, Knopfhilfen und Strumpfanziehhilfen erleichtert werden (Lloyd, 1989). Um bestimmte Fehlfunktionen zu vermindern, funktionelle Haltungen zu verbessern oder Schmerz zu reduzieren, können zudem speziell angefertigte Orthesen, Schienen und Krägen angepasst werden (Crompton, 2004; Penfold, 1996).

Beziehungsgestaltung & Kommunikation

Die Wichtigkeit der Kommunikation und des Verhinderns von Isolation oder einem Gefühl des Verlassenwerdens wurde in den Arbeiten von Kübler-Ross (1997) betont. Ergänzend bekräftigt Lloyd (1989), dass es in der Begegnung mit dem Klienten wichtig ist, dass er das Gesprächsthema bestimmen kann und Augen- und Körperkontakt eingesetzt werden, um ihm zu zeigen, dass er als ganze Person wahrgenommen wird. Eine wertschätzende Beziehung kann durch kleine Gesten wie morgendliche Willkommensgrüsse, Aufmerksamkeit auf bequemes Sitzen, behutsame Berührungen und angenehme Sprache bei der Kommunikation aufgebaut werden (Lyons et al., 2002). Während dem Sterben kann die Person begleitet werden, indem ihr z.B. etwas vorgelesen, ihre Hand gehalten und ihr zugehört wird. Dies unterstützt den Klienten, seine Familie und Freunde während sie auf den Tod warten (Jacques & Hasselkus, 2004).

Kealey und McIntyre (2005) machen darauf aufmerksam, dass der Wille zuzuhören und zu erklären nach Ansicht der Klienten eine der wichtigsten Eigenschaften des Gesundheitspersonals ist. Auch beschrieben die befragten Ergotherapeuten der Studie von Rahman (2000), dass aktives Zuhören ein wichtiger Bestandteil ihrer Arbeit ist. Daneben berichteten die Teilnehmer, dass das Ansprechen vom Tod und

vom Sterbeprozess dem Klienten Erleichterung verschaffen kann. Auch wenn der Klient im Moment nicht darüber sprechen kann oder will, ist es trotzdem gut, „eine Tür offen zu lassen“. Jacques und Hasselkus (2004) führen in ihrer Arbeit aus, dass Gespräche über den Tod und das Verstehen des Sterbeprozesses ein wichtiger Bestandteil im Umgang mit sterbenden Menschen sind, damit diese sich mental damit auseinandersetzen können.

Angehörigenarbeit

Familiäre Betreuer brauchen Unterstützung, Information und Schulung, um mit ihren erweiterten Aufgaben und Verantwortungen umgehen zu können (Bucher, Houts, Nezu & Nezu, 1999; zit. nach Kealey & McIntyre, 2005, S. 233). Dies soll sie befähigen, Problemlösestrategien auf die gleiche Weise anzuwenden wie das Gesundheitspersonal. Gemäss Bye (1998) können Ergotherapeuten Klienten und ihre Bezugspersonen unterstützen, um eine sichere Betreuung zu Hause zu gewährleisten. Als Beispiele zur Unterstützung der Angehörigen führt Rahman (2000) das Einüben von Transfertechniken und Mobilisierung, sowie das Erlernen von Energieerhaltungstechniken auf.

In Bezug zu den Problembereichen zeigen Kealey und McIntyre (2005) auf, dass es zwischen der Betreuungsperson und dem Klienten oft verschiedene Erwartungen und Wahrnehmungen gibt. Um eine konfliktfreie Intervention zu gewährleisten, sollten Ergotherapeuten nicht nur die Bedürfnisse des Klienten erfassen, sondern auch die der jeweiligen Betreuungsperson. Daneben schlagen Trump et al. (2005) vor, dass zusätzlich die Fertigkeiten der Betreuer untersucht werden, um die passenden, individuellen Strategien für die Aktivitäten bereitzustellen.

Unterstützung kann ebenfalls durch ein offenes Gespräch angeboten werden. Familienangehörige eines sterbenden Klienten sind oft dankbar und warten auf die Gelegenheit für ein offenes Gespräch über Tod und Sterben ihrer Liebsten (Rahman, 2000). Neben der seelischen Entlastung bietet zum Beispiel die Teilnahme am Tagesprogramm eines Hospizes den Betreuungspersonen eine „Auszeit“. Die Teilnehmer mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung in der Studie von Lyons et al. (2002)

beschrieben, dass dies ihnen die Möglichkeit gab, ihre Wertschätzung gegenüber ihren Familienangehörigen und Freunden auszudrücken.

Partizipation & Gruppenarbeit

Das Zusammengehörigkeitsgefühl in einer Gruppe ermöglicht nach Lyons et al. (2002) Erfahrungen von Mitgefühl, Unterstützung in Beziehungen und Humor. Die Klienten in der Studie von Lyons et al. (2002) beschrieben, dass das Wohlbefinden durch ein Gefühl der Partizipation gesteigert wurde und sie ihrer Langeweile und Isolation durch die Teilnahme am Tagesprogramm im Hospiz entfliehen konnten.

Ein grosszügiges, empfängliches Umfeld wird als Voraussetzung für die Teilnahme an einer kreativen Aktivität in einer Gruppe identifiziert. Ein solches Umfeld zeichnet sich dadurch aus, dass den Klienten viel Freiheit gewährt wird. Sie erhalten zwar Unterstützung, haben aber immer die individuelle Wahlfreiheit im Gegensatz zur alltäglichen Routine, bei der sie oft von anderen abhängig sind. Dies gibt ihnen die Möglichkeit, persönliche Kontrolle auszuüben und Erfahrungen zu sammeln. Gleichzeitig vermögen sie an ihre Grenzen zu gehen und können dabei von den Therapeutinnen gefördert werden (La Cour, Josephsson & Luborsky, 2005).

2.1.3 Ergotherapeutische Strategien im Bereich Betätigung

„Betätigung bezieht sich auf eine Gruppen von Aktivitäten und Aufgaben des täglichen Lebens, benannt, organisiert und mit Wert und Bedeutung versehen von Individuen und einer Kultur“ (Law et al., 2002, S. 34; wörtlich aus dem Englischen übersetzt). Kealey und McIntyre (2005) verstehen unter Betätigung die tägliche Aktivität, welche Menschen in ihrem Leben ausführen und beinhaltet die komplexe Interaktion von biologischen, psychologischen und Umweltfaktoren. Zusätzlich betonen Jacques und Hasselkus (2004) die Wichtigkeit einer Definition von Betätigung, welche Bedeutung und Erfahrung beinhaltet und nicht nur auf die Idee von gewöhnlicher und alltäglicher Betätigung limitiert ist. Bedeutungsvolle Betätigung bietet einen Ursprung von Motivation, Zufriedenheit und Ablenkung von Krankheit und Zukunftsängsten (Vrkljan & Miller-Polgar, 2001).

Überdies beschreibt Wilcock (1998) Betätigung als „a synthesis of doing, being and becoming“. Der von ihr entwickelte Doing-Being-Becoming-Bezugsrahmen soll die Komplexität von Betätigung besser aufzeigen. Lyons et al. (2002) beschreiben „Doing“ als den aktiven und beobachtbaren Teil von Betätigung „Being“ nimmt Bezug auf innere Bedeutungen und „Becoming“ beschreibt das Gefühl von Wachstum und Veränderung.

Es ist wichtig, dass Ergotherapeuten Klienten das Erreichen einer maximalen funktionellen Performanz im täglichen Leben ermöglichen, ungeachtet ihrer Lebenserwartung. Der Einfluss auf die Funktion kann sehr tiefgreifend sein, so dass alle drei Bereiche der Betätigungsperformanz betroffen werden (Vockins, 2004; Penfold, 1996). Trotz dieses schwerwiegenden Einflusses, ist die Weiterführung von bedeutungsvoller Betätigung unerlässlich für das Wohlbefinden des Klienten (Lyons et al., 2002; Vrkljan et al., 2001). Die Teilnehmer der Studie von Vrkljan und Miller-Polgar (2001) beschrieben, dass bedeutungsvolle Betätigung und tägliche Routine ihnen die Bestätigung „am Leben zu sein“ gab und dass das Leben auch mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung weitergeht. Dabei ergänzen Kealey und McIntyre (2005), dass ein bedeutsames Hauptziel für Klienten mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung ist, normale Aktivitäten des täglichen Lebens durchführen zu können.

Ergotherapeuten können dazu beitragen, dass der Klient befähigt wird, Kontrolle über sein Leben zu haben (Kealey & McIntyre, 2005), unter anderem indem sie Klienten bedeutungsvolle Betätigungen ermöglichen (Vrkljan & Miller-Polgar, 2001). Auch Bye (1998) erwähnt in ihrer Arbeit, dass das Gefühl der Kontrolle für die Teilnehmer lebensbejahend war. Durch die therapeutischen Interventionen haben Klienten wieder Kontrolle über verschiedene Aspekte ihres Lebens gewinnen können, wie z.B. Routinen, Aktivitäten, Privatsphäre, Ziele, Behandlung und Entscheidungen.

Lebensstilmanagement

Unter Berücksichtigung der kulturellen Einflüsse können Ergotherapeuten ihren Klienten behilflich sein, eine Balance im Leben zu erreichen, Prioritäten zu setzen und bedeutungsvolle Betätigungen zu bestimmen. Dabei können sie unter anderem die Schwierigkeiten bei der Zubereitung von Mahlzeiten und hygienische Themen ansprechen und Alternativen anbringen. Nennenswerte Ratschläge sind z.B. wie Klienten wirksame Kommunikation betreiben können, mit Angst umgehen zu lernen, Mobilität und Transfer auszuüben, den Energiehaushalt durch Copingstrategien und Entspannungsübungen zu bewahren oder schnelle und einfache Kochrezepte zuzubereiten (Crompton, 2004).

Durch Ratschläge zur Energieerhaltung, Anpassungen der Rollen und durch das Befähigen der Klienten, Kontrolle über Entscheidungen bezüglich ihrer Gesundheit aufrecht zu erhalten, hat die Ergotherapie eine bedeutsame Rolle im interdisziplinären Team und kann so dem Klienten sein Leben im Umgang mit der Krankheit erleichtern (Kealey & McIntyre, 2005). Für einige Klienten ist es bedeutsam, eine bevorzugte Freizeitaktivität weiterverfolgen zu können, ein Hobby ihren veränderten Funktionen anzupassen oder sogar neue Freizeitbeschäftigungen zu finden (Vockins, 2004). Ebenso müssen regelmässige Besprechungen gewährleistet sein, um Schwankungen des Zustands zu erkennen und dem Klienten bei Verschlechterung beizustehen (Crompton, 2004).

Als Folge einer lebensbedrohlichen Erkrankung beeinträchtigen Müdigkeit und Schmerzen die funktionellen Fähigkeiten des Menschen und seine Unabhängigkeit. Das Verständnis für die Notwendigkeit, sich den Veränderungen anzupassen und eine gewisse Abhängigkeit und Schwankung zu akzeptieren, können gemeinsam mit dem Klienten in der Ergotherapie erarbeitet werden. Dabei sind realistische Erwartungen und Ziele, sowie das Setzen von Prioritäten wichtig. Der Lebensstil muss am veränderten Energielevel angepasst werden, wobei Hilfsmittel und Anpassung der Umwelt nötig sind (Crompton, 2004). Durch non-invasive Techniken und bedeutungsvolle Betätigung können Ergotherapeuten zudem einen Beitrag zum Schmerzmanagement leisten (Kealey & McIntyre, 2005; Rahman, 2000). In der Studie von Rahman (2000) wurden Techniken wie myofaziale Entlastung, therapeutische Berührung, Visualisation, Musiktherapie und Reiki zur Reduktion von Schmerzen angewendet.

Die Analyse der Betätigungsperformanz in den Bereichen Selbstversorgung, Arbeit, Freizeit und sozialen Rollen ist wichtig bei der Behandlung von Schmerz und Müdigkeit (Crompton, 2004). In der Studie von Harrison-Paul und Drummond (2006) wurden verschiedene Assessments eingesetzt, um die Verbesserung der Müdigkeit und Laune, sowie die Durchführung der Aktivitäten des täglichen Lebens zu erfassen. Besonders hervorzuheben sind das Fatigue Assessment Instrument, welches bei chronisch- und terminalkranken Klienten angewendet wird, sowie der SF-36, der die Lebensqualität misst.

Entspannungstraining & Angst- und Kurzatmigkeitsmanagement

Es gibt viele Forschungsarbeiten über den Gebrauch von Entspannungsverfahren bei Klienten in anderen Fachbereichen, es fehlt jedoch noch Evidenz für die Wirksamkeit dieser Verfahren durch Ergotherapeuten (Miller & Hopkinson, 2008). Nach Ewer-Smith und Patterson (2002) bieten Entspannungsverfahren einen klientenzentrierten und schulenden Ansatz, damit der Klient potenzielle Stressoren erkennen und mit diesen umgehen kann. Miller und Hopkinson (2008) folgern daraus, dass Entspannungsverfahren eine passende ergotherapeutische Intervention zur Ermögli-

chung einer optimalen Betätigungsperformanz sind, da vermutet wird, dass die Betätigungsperformanz durch erhöhte Spannung vermindert ist.

Die Arbeit von Ewer-Smith und Patterson (2002) stellt das ergotherapeutische Entspannungsprogramm des Royal Marsden Hospital vor, welches folgende Techniken beinhaltet:

- Progressive Muskelrelaxation: Hierbei wird jede Muskelgruppe der Reihe nach angespannt und wieder entspannt.
- Passive neuromuskuläre „release-only“ Entspannung: Spannung wird in den Muskelgruppen abgebaut, jedoch ohne, dass die Muskeln vorher aktiv angespannt werden.
- Autogene Entspannung: Dieses systematische Programm lernt Körper und Geist auf verbale Anweisungen zu entspannen.
- Geführte und ungeführte Visualisation: Gefühle von Wohlbefinden und Entspannung werden durch Imagination und positive Bilder herbeigeführt.

Die bevorzugten Übungen, welche mit den Therapeuten ausprobiert wurden, können aufgenommen werden, so dass täglich damit gearbeitet werden kann.

Als Richtwert schlagen Miller und Hopkinson (2008) vor, dass dem Klienten vier Therapieeinheiten angeboten werden, mit dem Ziel, die Spannung oder andere Symptome zu reduzieren und damit die Betätigungsperformanz zu verbessern. Spannung wird von Miller und Hopkinson (2008, S. 490) definiert als „umfassender, nicht medizinischer Begriff um verschiedene Symptome wie Schmerz, Atemlosigkeit, Angst und Gefühle der Hilflosigkeit zu beschreiben“ (wörtlich aus dem Englischen übersetzt). Als Messinstrument verwendeten die Forscher für ihre Arbeit die Visual Analogue Scale VAS, wobei „Schmerz“ durch „Spannung“ ersetzt wurde (1 = keine Spannung, 10 = Spannung am schlimmsten).

Kontrollorientierte Strategien

Nach Gitlin, Hauck, Winter, Dennis und Schulz (2006) zeigt die Anwendung von kontrollorientierten Strategien einen positiven Effekt auf die Gesundheit und Verhaltensergebnisse. Kontrollorientierte Strategien können das Trainieren der Anwendung von Umweltmodifikationen, Verhaltenstrategien (Energieeinsparungen, Sturzerholungstechniken) und kognitive Strategien (Problemlösung, Neuausrichtung, Wille neue Strategien zu erlernen) sein. Diese wurden eingesetzt, um die Betätigungspersonal der Studienteilnehmer zu optimieren, um damit ihre abnehmenden Fertigkeiten zu kompensieren. Daneben haben Gedächtnisspiele für Klienten eine wichtige Bedeutung, da sie ihnen geistige Aktivität ermöglichen und sie so ihre mentale Flexibilität aufrechterhalten (Lyons et al., 2002). Ergotherapeuten können dabei die Wahrnehmung des Klienten untersuchen, sowie ihnen und ihren Angehörigen helfen, Gedächtnisstützen zu erarbeiten (Crompton, 2004).

Kreativität

Nach La Cour et al. (2005) werden kreative Aktivitäten als entfaltende Schaffung in einem sich entwickelnden Prozess verstanden. Die Teilnehmer in ihrer Studie empfanden diese Entwicklung als motivierend, da sie nicht von Beginn weg wussten, was währenddessen entstehen würde. Auch erlebten sie Freude, wenn sie z.B. ein fertiges Produkt in den Händen hielten und dieses ihren Liebsten schenken konnten. Ergänzend beschrieben die Teilnehmer der Studie von Lyons et al. (2002, S. 289) kreative Aktivitäten als etwas Wertvolles, weil diese ihnen die Möglichkeit gab, „ihre Hände zu bewegen und ihre Muskeln von Schwund zu bewahren“. Neben dem tatsächlich berührbaren Vorgang bei der Herstellung von Kunstwerken erwähnten die Teilnehmer in der Studie von La Cour et al. (2005) auch eine symbolische Ebene, welche als Darstellung von Träumen verstanden wurde und zum Beispiel benutzt werden kann, um etwas Altes abzuschliessen oder etwas Neues zu beginnen.

Beispiele für kreative Interventionen können Holzarbeit, Keramik, Seidenmalerei, Seifenherstellung, Stricken und Gartenarbeit in Gruppen oder als Einzeltherapie (La Cour et al., 2005) sowie Kartenherstellung und Mosaik (Lyons et al., 2002) sein.

Abschluss finden

Als Vorbereitung auf den kommenden Tod betonten verschiedene Autoren die Wichtigkeit, dass Ergotherapeuten ihren terminalen Klienten helfen, einen Abschluss in bestimmten Aspekten ihres Lebens zu finden (Rahman, 2000; Bye, 1998). Bye (1998) beschreibt den Hauptbeitrag der Ergotherapie darin, ein letztes Mal mit dem Klienten heimzugehen, ihnen bedeutungsvolle Betätigung zu ermöglichen oder etwas Konkretes (kreative Geschenke wie Seidenhalstücher, Keramikvasen usw.) ihren Liebsten zu hinterlassen. Als weitere Beispiele erwähnt Rahman (2000) den Klienten in Aktivitäten einzubinden, wie z.B. Briefe oder Gedichte zu schreiben und verlorene Freundschaften wieder aufleben zu lassen. Das Finden von bedeutungsvollen Aktivitäten und das Erfüllen von letzten Wünschen können den Klienten im Sterbeprozess unterstützen. Unerledigte Sachen in Ordnung zu bringen, ist nach Jacques und Hasselkus (2004) ebenso ein wichtiger Punkt für die Vorbereitung des nahenden Todes. Dies beinhaltet finanzielle und rechtliche Belange, Wohnungsabgabe, verschenken von Möbeln und Eigentum, Planung von Beerdigung, Überlieferung von Familiengeschichten und Versöhnung mit der Familie. Ferner erwähnen die Autoren, dass es für die Klienten von Bedeutung ist, auf Wiedersehen sagen zu können. Dies kann auf verschiedene Arten geschehen, durch E-Mail, Karten, Briefe, Telefonanruf oder persönliche Begegnungen.

2.2 Diskussion

2.2.1 Einleitende Erörterung

Das Ziel dieser Literaturübersicht war, die Rolle der Ergotherapie und mögliche Interventionsstrategien bei Menschen mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung aufzuzeigen. Neben den 15 Hauptstudien wurden zusätzlich zehn andere relevante Quellen für die Gestaltung des Hauptteils bearbeitet, wobei als Grundlage vor allem die naturalistischen Forschungsarbeiten dienten. Prakke (2007) schildert das induktive Vorgehen solcher Designs, wobei das Ziel ist, ein Phänomen oder Prozess, Erfahrungen, Erlebnisse und tiefer liegende Begründungen für Entscheidungen zu beschreiben und zu verstehen. Der Kontext wird dabei einbezogen, es wird ein entdeckender Ansatz gewählt und die resultierenden Daten sind qualitativer Natur. Der induktive Reasoning Prozess versucht nach DePoy und Gitlin (2005) daraus generelle Regeln oder Muster zu erkennen, indem spezifische Beobachtungen verlinkt werden. Dies soll zum Verständnis einer spezifischen Situation beitragen und dient der Konzept- und Theoriebildung.

2.2.2 Person und Strategien

Die drei Strategien Klientenzentrierung, Körperbild und Spiritualität im Bereich Person beinhalten den von Law et al. (2002) beschriebenen emotionalen Aspekt. Die kognitiven und physischen Komponenten sind besonders im Bereich des Körperbildes vertreten.

Die verschiedenen Forscher sind sich einig, dass der klientenzentrierte Ansatz in der Arbeit mit lebensbedrohlich erkrankten Menschen die beste Möglichkeit ist, um dem Klienten gerecht zu werden. Ein Gefühl von Kontrolle über das eigene Leben, soviel und so lange wie der Klient dies wünscht (Kealey & McIntyre, 2005; Crompton, 2004; Penfold, 1996) ist dabei genauso elementar, wie die Orientierung an den vorhandenen Ressourcen (Trump et al., 2005). Herauszufinden, was für den Klienten bedeutungsvoll ist, hat oberste Priorität (Trump et al., 2005; Vrkljan & Miller-Polgar, 2001; Rahman, 2000). So zeigten die Studienergebnisse von Vrkljan und Miller-Polgar

(2001) auf, dass sich Menschen mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung durch bedeutungsvolle Betätigung als fähig und gesund erleben können. Die Glaubwürdigkeit und Beweisbarkeit dieser Studie sind durch das Memberchecking, sowie regelmässiges Diskutieren und Reflektieren durch die Forscherinnen gegeben.

Überraschend ist, dass das veränderte Körperbild durch eine lebensbedrohliche Erkrankung nur wenig Beachtung in den Studien findet. Insbesondere die physischen Folgen werden dabei kaum erwähnt, obwohl diese sich stark auf alle Betätigungsbereiche auswirken können. Dies wird auch von Shearsmith-Farthing (2001) bestätigt, welche den direkten Zusammenhang zwischen einem veränderten Körperbild und Problemen in der Betätigungsperformanz aufdeckte. Weiter deutet sie darauf hin, dass die Ergotherapie mit ihrer einzigartigen Aktivitätsperspektive eine Unterstützung bei der Veränderung der Betätigungsperformanz ist und Bedenken über das veränderte Körperbild gut ansprechen kann. So stellt sich die Frage, weshalb dieses Thema nicht vermehrt in den Forschungsarbeiten genannt wird und ob es weniger mit der ergotherapeutischen Kompetenz als mit einer Tabuisierung von Themen, die mit einem veränderten Körperbild zu tun haben, in Verbindung steht.

Ebenso verhält es sich mit dem Thema der Spiritualität. Zwar spielt diese nach Rose (1999) eine wichtige Rolle im alltäglichen Leben und der Arbeit und ist ein wichtiger Aspekt für Gesundheit und Therapie. Dennoch berichteten die befragten Ergotherapeuten in dieser Forschungsarbeit, dass Spiritualität in der Behandlung aufgrund von den zeitlichen Rahmenbedingungen nicht Priorität hat. Obwohl die Studie Verzerrungen aufzeigt, wie Beeinflussung durch die Struktur des Fragebogens und unzureichende Nachvollziehbarkeit der Datenanalyse, gibt sie doch einen Einblick in das Rollenverständnis der Ergotherapie. Denn als geeignete Ansprechperson für spirituelle Bedürfnisse gaben die befragten Ergotherapeuten zur Mehrheit das multidisziplinäre Team, Geistliche oder von den Klienten selbst ausgewählte Personen an. Nur 2% sahen die Ergotherapie als dafür verantwortlich. Dies kann auch daran liegen, dass der Kompetenz- und Aufgabenbereich von Ergotherapeuten in diesem Gebiet nicht eindeutig geklärt ist. Da Spiritualität nach Law et al. (2002) aber nicht nur im religiösen Sinn verstanden wird, sondern sich auch in bedeutungsvoller Betätigung ausdrücken kann, fällt sie ebenso in den Bereich der Ergotherapie.

Mehrere Autoren beschreiben, dass mit der Diagnose einer lebensbedrohlichen Erkrankung ein biografischer Einschnitt stattfindet, welcher mit einem Identitäts- und Kontrollverlust, sowie einer veränderten Wahrnehmung der Realität einhergehen kann (Reynolds & Prior, 2006; Kealey & McIntyre, 2005; Vrkljan & Miller-Polgar, 2001; Bye, 1998; Lloyd, 1989). Im Verlauf einer solchen Erkrankung kann es zur Abhängigkeit von Dritten kommen, welche unterschiedlich gravierend ausgelegt wird. So betonen Lyons et al. (2002) die Wichtigkeit, dass die Selbstständigkeit so lange wie möglich erhalten werden kann. Lee et al. (2005) führen dazu aus, dass Unselbstständigkeit in allen täglichen Aktivitäten die Würde des Klienten verletzen und andererseits auch einen erhöhten Betreuungsaufwand bedeuten kann. Bye (1998) hingegen argumentiert, dass es um die Wertschätzung des Lebens und Selbstbestimmung des Individuums geht und nicht um die Selbstständigkeit im klassischen Sinne.

Folglich ist nun kritisch zu hinterfragen, ob sich eine zufriedenstellende Betätigungsperformanz durch eine optimale Funktion oder durch Selbstbestimmung und eine bestmögliche Lebensqualität auszeichnet. Dazu stellt Whalley Hammel (2004) fest, dass Interventionen, welche sich ausschliesslich mit den Betätigungsbereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit beschäftigen, unangepasst sein können. Stattdessen ist die Ergotherapie aufgefordert, Themen über Bedeutung, Werte und Bestimmung anzusprechen, welche die Klienten durch ihre gewählten Aktivitäten erfahren und ausdrücken. Ausführung von persönlichen, bedeutungsvollen Betätigungen tragen nicht ausschließlich zur Wahrnehmung der Kompetenzen, Fähigkeiten und Werte bei, sondern auch zur Lebensqualität.

In der Ergotherapie im Allgemeinen, in der Arbeit mit lebensbedrohlich erkrankten Klienten besonders, stehen die Person mit ihren Bedürfnissen und ihre Angehörigen im Mittelpunkt. Dabei argumentieren Doble und Santa (2008), dass die jeweilige Bedeutung der einzelnen Fähigkeiten, um Zufriedenheit und Erfüllung von eigenen Betätigungserfahrungen herbeizuführen, oft von der zentralen Rolle der Betätigungsperformanz in der Ergotherapie überschattet wird. Die Autoren vertreten die Ansicht, dass Ergotherapeuten ihren Fokus über die Betätigungsperformanz hinaus erweitern müssen, um ihren Klienten erhöhtes Wohlbefinden durch Erreichung der Betätigungsbedürfnisse zu ermöglichen.

2.2.3 Umwelt und Strategien

Zum Bereich der Umwelt gehören vier Strategien, welche aus den verschiedenen Studien hervorgingen. Zu diesen zählen die Umweltmodifikationen & Hilfsmittel, die Beziehungsgestaltung & Kommunikation, Angehörigenarbeit, sowie die Partizipation & Gruppenarbeit. Diese werden denen von Law et al. (2002) definierten Elementen im Kontext der physischen, sozialen und institutionellen Umwelt zugeordnet. Dabei spielt im Hintergrund der kulturelle Zusammenhang ebenfalls immer eine bedeutende Rolle.

Die Ergotherapie gehört zur sozialen und institutionellen Umwelt, wobei in der Literatur Uneinigkeit in Bezug zur Doppelrolle, welche sie bei Klienten mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einnimmt, besteht. Die Studienresultate von Rahman (2000) stellen diese Rolle als natürlicher Prozess dar, während Kealey und McIntyre (2005) sie als herausfordernd und schwierig beschreiben. Auch die Ergebnisse der Studie von Bye (1998) unterstreichen diese Diskrepanz der ergotherapeutischen Rolle in der Arbeit mit terminalkranken Klienten im Unterschied zur stark rehabilitationsorientierten Ergotherapie. Dabei ist die Glaubwürdigkeit der beiden Studien von Rahman (2000) und Bye (1998) jeweils durch Triangulation gegeben, da die Forscherinnen unter anderem verschiedene Datensammlungsmethoden angewendet haben.

Studien, welche Umweltmodifikationen als denkbare Strategie zur Ermöglichung von Betätigungsperformanz aufführen, betonen besonders die Heimabklärung, Umweltanpassung und das Bereitstellen von Hilfsmitteln (Lee et al., 2005; Vockins, 2004; Crompton, 2004; Rahman, 2000; Bye, 1998; Penfold, 1996; Lloyd, 1989). Stark (2004) zeigt außerdem auf, dass durch das Entfernen von Umweltbarrieren die Wahrnehmung und Zufriedenheit der Performanz bei Klienten mit Performanzproblemen verbessert wird. In der Studie von Kealey und McIntyre (2005) wurde besonders die Bereitstellung von Hilfsmitteln und Modifikationen als sehr wertvoll eingeschätzt. Auch Bye (1998) pflichtet dem bei, indem er betont, dass solche Adaptationen einen gewissen Grad an Kontrolle wieder herstellen und die Kompensation von verloren gegangenen Fertigkeiten ermöglichen. Dabei ist jedoch zu beachten, dass es für den Klienten auch schwierig sein kann, diesen Verlust anzunehmen und ihn mit einer Adaptation nach aussen sichtbar zu machen (Crompton, 2004; Penfold,

1996) oder er kommt mit den bereitgestellten Hilfsmitteln aus technischen Gründen nicht zurecht (Kealey & McIntyre, 2005). Aus diesem Grund ist es sehr wichtig, dass die individuelle Beratung des Klienten und seiner Angehörigen im Vordergrund steht (Crompton, 2004).

Ein weiterer zu beachtender Punkt ist die richtige Positionierung beim Essen, welche durch die Unterstützung der Therapeutin und mit Hilfe von Lagerungsmaterialien als weitere Umweltadaptation gelten kann. Obwohl es eine bedeutende Strategie im palliativen Bereich ist, wird sie nur in der Studie von Lee et al. (2005) ausführlich besprochen. Dabei stellten die Forscher fest, dass Ergotherapeuten die korrekte Positionierung als Strategie am häufigsten nutzten (58%) und dies zudem zu den erfolgreichsten (71%) zählt. Sie sind die ersten Forscher, die darlegten, dass die Ergotherapie effektiv in der Förderung von Selbstständigkeit beim Essen ist, wobei eine signifikante Verbesserung bei 76% der Klienten zwischen der Baseline und der ersten Woche ($P < 0.0001$) nach der ergotherapeutischen Intervention aufgezeigt wurde. Als Studiendesign entschieden sich die Autoren für eine Vorher-Nachher-Studie, in welcher keine Kontrollgruppe nötig ist und somit auch keiner Klientengruppe eine Behandlung vorenthalten wird, was sie als unethisch bewerteten. Allerdings schlagen die Autoren im Diskussionsteil vor, dass eine Randomisierung dennoch möglich wäre, wenn eine Gruppe ergotherapeutische Interventionen erhalten und die Kontrollgruppe vom Spitalpersonal oder von der Betreuung versorgt wird. So könnte die Wirksamkeit der ergotherapeutischen Intervention besser aufgezeigt werden.

Besondere Aufmerksamkeit sollte der Beziehungsgestaltung in der täglichen Arbeit mit lebensbedrohlich erkrankten Menschen geschenkt werden. Diese wird auch von vielen Forschern aufgegriffen, und dabei werden allgemeine Ratschläge aufgeführt, was in der Kommunikation zu beachten ist (Jacques & Hasselkus, 2004; Lyons et al., 2002; Lloyd 1989). Vor allem das aktive Zuhören ist im Bereich der Palliativmedizin ein wichtiger Bestandteil (Rahman, 2000), da dies gerade bei schwierigen Gesprächen über den Tod und das Sterben eine hilfreiche Strategie bildet (Jacques & Hasselkus, 2004). Außerdem ist die Unterstützung der Angehörigen auf psychischer und physischer Ebene in der Arbeit mit lebensbedrohlich Erkrankten nicht wegzudenken (Trump et al., 2005; Lyons et al., 2002; Rahman, 2000; Bye, 1998). Dabei sind Rahman (2000) und Bye (1998) einer Meinung, dass die familiären Bezugspersonen

befähigt werden sollen, im Bereich von Mobilität und sicherer Betreuung zu Hause Verantwortung übernehmen zu können. Auch Kealey und McIntyre (2005) stimmen dem zu, betonen aber, dass es nicht dazu führen soll, dass Familienmitglieder zu CO-Therapeuten ausgebildet werden.

Des Weiteren haben einige Forscher aufgezeigt, welche positiven Erfahrungen die Teilnahme an einer therapeutisch geführten Gruppe mit sich bringen kann. Ein Gefühl von Zugehörigkeit, das Zusammenführen von Ressourcen, Teilen von Freude, aber auch von Leid, das Vermindern von Isolation, gegenseitiges Unterstützen und gemeinsam etwas zu wagen sind nur einige davon (La Cour et al., 2005; Lyons et al., 2002). La Cour et al. (2005) fügen ergänzend hinzu, dass ein grosszügiges, empfängliches Umfeld die Teilhabe unterstützt. Dabei weisen sie darauf hin, dass Therapeuten bei kreativen Betätigungen einbezogen werden sollten, damit die Partizipation ermöglicht wird. Da eine Therapiegruppe zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben gehören kann, wird sie in diesem Sinne auch zum gewohnten Lebensumfeld gezählt. Anzumerken ist, dass obwohl hier aufgezeigt wird, wie wichtig eine Gruppe für Menschen mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung sein kann, dieses Thema leider nur in wenigen Forschungsarbeiten aufgegriffen wird.

Ein ganz anderer und für die vorliegende Arbeit bedeutender Punkt ist die Bewertung des ergotherapeutischen Service im Bereich der Domizilbehandlung. In der Studie von Kealey und McIntyre (2005) stellte sich heraus, dass ein erleichterter Zugang und eine schnelle Erreichbarkeit der Ergotherapie von den Klienten und den Betreuern als sehr positiv bewertet wurde. Dabei kamen die Forscher zum wichtigen Ergebnis, dass der Klient und seine Betreuungsperson wissen, was die ergotherapeutische Behandlung beinhaltet und dementsprechend das Angebot besser nutzen können. Die Vertrauenswürdigkeit dieser Studie ist durch den Einbezug verschiedener Theorien, Nachvollziehbarkeit und Konsultation von Peergroups gegeben. Zudem wurden qualitative sowie quantitative Daten erhoben, um ein ganzheitliches Bild des Phänomens zu bekommen. Die Studie von Kealey und McIntyre (2005) ist für die vorliegende Arbeit von grosser Bedeutung, da sie aufzeigt, wie wichtig die Ergotherapie im gewohnten Lebensumfeld ist und dass es aus Sicht der Klienten und deren Betreuer mehr Informationen über das Angebot braucht.

2.2.4 Betätigung und Strategien

Die fünf aufgeführten Strategien Lebensstilmanagement, Entspannungstraining & Angst- und Kurzatmigkeitsmanagement, kontrollorientierte Strategien, Kreativität und Abschluss finden werden dem Bereich Betätigung zugeordnet. Die Strategien beziehen sich auf die nach Law et al. (2002) definierten Bereiche Freizeit und Selbstversorgung. Auch der Betätigungsbereich Produktivität ist von Bedeutung, wobei die Arbeit nicht spezifisch erwähnt wird, da aufgrund einer Erkrankung die Bereiche der Freizeit und Selbstversorgung den Stellenwert der Arbeit mit der Zunahme von dem Schweregrad der Krankheit einnehmen kann (DMSG, 2006).

Das Lebensstilmanagement ist in verschiedenen Arbeiten ein Thema und bezieht sich auf Inhalte wie: Eine Betätigungsbalance zu finden, Prioritäten zu setzen, den Energiehaushalt zu bewahren, sowie Schmerz und Müdigkeit zu managen (Kealey & McIntyre, 2005; Crompton, 2004; Vockins, 2004; Rahman 2000). Crompton (2004) betont in ihrer Leitlinie, dass die Ergotherapie hier ein wichtiger Partner ist, um dem Klienten behilflich zu sein, das Leben zu organisieren. So erhielten die meisten Teilnehmer in der Studie von Kealey und McIntyre (2005) Interventionen in der Bereitstellung von Hilfsmitteln, Heimmodifikationen und Ratschläge in Techniken, die dabei halfen, Aktivitäten des täglichen Lebens auszuführen. Zu diskutieren sind dabei die gesetzten Schwerpunkte, da sich herausstellte, dass 93% der befragten Klienten Müdigkeit und Schwäche als ein Haupteinfluss auf ihr Leben beschrieben, jedoch nur 37% von ihnen Ratschläge oder Interventionen für den Umgang mit dieser Problematik erhielten. Dem entgegen Kealey und McIntyre (2005), dass die benutzten Interventionen trotzdem einen positiven Einfluss auf die Müdigkeit und Schmerzen haben, da sich verschiedene Themen gegenseitig beeinflussen. Mögliche weitere Strategien und Mittel, welche nicht besondere Erwähnung in der englischsprachigen Literatur fanden, wären die Anwendung eines Wochenplanes oder das schrittweise Steigern von Aktivitäten (Pacing).

Als vorrangig herauszufinden gilt, was Klienten empfinden und brauchen. Die in der Studie von Harrison-Paul und Drummond (2006) benutzten Assessments können den Ergotherapeuten behilflich sein, diese Prioritäten zu erfassen. Die erwähnten Instrumente sind für die Klienten und ihre Betreuer generell annehmbar, einige der Stu-

dienteilnehmer fanden jedoch das Fatigue Assessments zu lang. Der Einsatz einer verkürzten Form könnte deshalb in Betracht gezogen werden. Aufgrund der Schwierigkeiten mit dem Sammeln von genügend Teilnehmern, deren Randomisierung und der hohen Zahl von Ausfällen während der Studie, konnten Harrison-Paul und Drummond (2006) in ihrer RCT leider keine verwertbaren Resultate liefern. Kritisch zu beurteilen ist daher, ob das Studiendesign angemessen ausgewählt wurde. Die Verwendung eines qualitativen Studiendesigns oder einer Vorher-Nachher-Studie wäre abzuwägen gewesen.

Die von Miller und Hopkinson (2008) und Ewer-Smith und Patterson (2002) erläuterten Entspannungstechniken zeigen Verbesserungen der subjektiv empfundenen Spannung und Lebensqualität auf. Es ist jedoch zu erwähnen, dass in der Studie von Miller und Hopkinson (2002) keine Angaben zur Signifikanz der Ergebnisse gemacht und diese nicht genügend genau dargestellt werden, was viel Raum für Interpretationen offen lässt. Auch die Visual Analogue Scale als einziges Messinstrument ist ungenügend, da nur subjektive Werte dargestellt werden und sich diese im Verlauf durch erhöhtes Bewusstsein der Spannung verzerren kann. Zwar zeigt die VAS eine gute Reliabilität (Schädler et al., 2006), da die Forscher aber auch an der Betätigungsperformanz und Lebensqualität der Klienten interessiert waren, wären zusätzlich geeignete Assessments das COPM und der SF-36. Letzterer bietet dabei eine Analyse der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und kann innerhalb von nur zehn Minuten durchgeführt werden (Schädler et al., 2006).

Einen anderen Aspekt greifen Gitlin et al. (2006) mit denen in ihrer Studie beschriebenen kontrollorientierten Strategien auf, um die Mortalität von älteren Menschen zu verringern. Eine Verbesserung der funktionellen Schwierigkeiten hatte dabei eine Reduktion der Mortalität zur Folge, welche in der Interventionsgruppe 1%, verglichen mit 10% in der Kontrollgruppe betrug ($P = .003$, confidence interval 95%). Ausserdem haben die kontrollorientierten Strategien einen protektiven Effekt aufgezeigt. Kritisch muss hier das Design der Studie angemerkt werden, da die Kontrollgruppe keine Behandlung bekam und nur die Sterberate untersucht wurde, was die Frage nach ethischer Vertretbarkeit aufwerfen kann.

Obschon die Ergotherapie sich nicht mehr nur im kreativen Bereich vertreten sieht, sind gerade in der Arbeit mit lebensbedrohlich erkrankten Klienten kreative Strategien von Bedeutung, wie die beiden Studien von Reynolds und Prior (2006) und La Cour et al. (2005) aufzeigen. La Cour et al. (2005) führen aus, dass wegen der langen Tradition von Anwendungen kreativer Aktivitäten in der Ergotherapie davon ausgegangen wird, dass kreative Aktivitäten „gut“ sind. Aus Sicht der Forscher gibt es jedoch wenig kritische Prüfung dieser Annahmen. Die gewonnenen Ergebnisse ihrer Studie zeigen jedoch auf, dass kreative Aktivitäten ermöglichen, eine verloren gegangene Verbindung zum Leben aufzubauen und mit den eigenen Rollen und früheren Erfahrungen in Kontakt zu kommen und dies somit einen erfolgreichen Einfluss auf die Betätigungsperformanz hat. Reynolds und Prior (2006) rechtfertigen zudem die visuelle Kunstwerkherstellung damit, dass diese den Klienten einen positiven Umgang mit ihrer Krankheit ermöglicht, die Aufmerksamkeit von Symptomen und Sorgen weglenkt, sich positiv auf das Selbstvertrauen, die soziale Partizipation und Lebensqualität auswirkt und wertvolle Möglichkeiten für Flowerfahrungen leistet. Letztere werden von Csikszentmihalyi (1985) als das Verschmelzen von Handlung und Bewusstsein beschrieben, das mit dem Vergessen von Zeit und Selbst einhergeht. Als mögliche Verzerrung in beiden Studien kann die freiwillige Teilnahme an kreativen Aktivitäten angeführt werden, was jedoch im Betätigungsbereich Freizeit, welcher sehr individuell und nach Bedeutung geprägt ist, nachvollziehbar ist. Hingegen spricht besonders für beide Studien, dass alle Kriterien der Vertrauenswürdigkeit gegeben sind und der theoretische Hintergrund jeweils sorgfältig erörtert und ausgeführt wird.

Speziell im terminalen Stadium beschreiben verschiedenen Autoren den wertvollen Beitrag der Ergotherapie bei der Vorbereitung auf den kommenden Tod (Jacques & Hasselkus, 2004; Rahman, 2000; Bye 1998). Nach Rahman (2000) ist es wichtig, dass Ergotherapeuten einen ganzheitlichen Ansatz anwenden, um Klienten und ihre Familie durch den Prozess des Sterbens und den Tod zu begleiten, indem sie in ihrer Arbeit physische, soziale, emotionale und spirituelle Aspekte ansprechen. Daneben ist für viele Klienten elementar, einen Abschluss im Leben finden zu können. Weiter zeigen Jacques und Hasselkus (2004) auf, dass gewöhnliche Betätigungen in der Umgebung des Sterbens von Bedeutung sind und Aktivitäten, die sonst als banal und alltäglich erscheinen, in Anbetracht des Todes eine andere Bedeutung bekom-

men. Die Vertrauenswürdigkeit dieser Studie ist gleichermaßen durch anhaltendes Engagement, Triangulation der Daten und Memberchecking gegeben.

Einen grossen Stellenwert nimmt das Konzept der Betätigung ein. Verschiedene Autoren zitieren in ihren Studien, was sie unter Betätigung verstehen und weisen darauf hin, dass bedeutungsvolle Betätigung Menschen mit lebensbedrohlichen Erkrankungen ein Gefühl von Kontrolle geben kann (Kealey & McIntyre, 2005; Jacques & Hasselkus, 2004; Vrkljan & Miller-Polgar, 2001; Bye, 1998). „Als bedeutungsvoll werden Betätigungen dann angesehen, wenn sie zielgerichtet und von den Menschen als signifikant sinnvoll und wertvoll empfunden werden“ (Götsch, 2007, S. 80). Auch in der Studie von Lyons et al. (2002) wird der Begriff Betätigung diskutiert und widerspiegelt die Komplexität dieses Wortgebrauchs. Die Forscher nutzten die Grounded Theory um den bereits bestehenden Doing-Being-Becoming-Bezugsrahmen von Wilcock (1998) zu erweitern und zeigen einen anderen Blickwinkel, was das Einbinden in Betätigung für Vorteile für Menschen mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung bringt. Auch hier wird die Qualität der Ergebnisse durch die Vertrauenswürdigkeit gesichert, jedoch sprechen die Forscher an, dass beim Lesen der Ergebnisse die Frage aufkommen kann, ob die Daten so manipuliert wurden, damit sie in den bereits bestehenden Framework passen. Es ist allerdings anzunehmen, dass die Verwendung dieses Frameworks eher eine Erweiterung darstellt, um die Auswirkungen einer lebensbedrohlichen Erkrankung auf die Betätigungsleistung aus einer anderen Perspektive zu begutachten und daher werden die so entstandenen Ergebnisse als bereichernd angesehen.

2.2.5 Abschliessende Erörterung

Um Strategien individuell und passend anzuwenden, ist es notwendig, dass der Klient von Anfang an ganzheitlich erfasst wird. Dabei sollen alle Bereiche des PEO-Modells berücksichtigt werden, damit ein vollständiges Bild des Klienten, seiner Betätigung und seiner Umwelt aufgedeckt wird. Erst durch das Zusammenfügen aller drei Komponenten wird eine zufriedenstellende Betätigungsleistung ermöglicht.

Weiter ist wichtig zu erwähnen, dass die jeweiligen Strategien unter Berücksichtigung der eingangs erwähnten Sterbephasen von Kübler-Ross (1997) angewendet werden. So beschreibt Chaban (2000) in ihrem Buch, wie und wo das Stufenmodell sinnvoll eingesetzt werden könnte. Sie erläutert, dass es ein Werkzeug ist, um den Tod effektiver zu beobachten, zu verstehen und zu erfahren und authentischer und sorgfältiger damit umzugehen. Das Wissen und Verstehen darüber kann helfen, die Gefühle von Hilflosigkeit in positive Copingstrategien zu wandeln. Hingegen bringt die Autorin auch Kritik an der Arbeit von Kübler-Ross an. Sie bemängelt unter anderem die ungenügenden und unklaren Beschreibungen einzelner Phasen. Ebenso deckte sie Uneinigkeit auf, da verschiedene Gefühle in mehreren Phasen auftauchen können. Ungeachtet dessen dienen die Forschungsarbeiten von Kübler-Ross aus den 70er Jahren als Hintergrundwissen, um die jeweiligen Strategien der vorliegenden Arbeit von Phase zu Phase auszuwählen und anzupassen.

Bereits haben sich viele Berufsgruppen in diesem Feld etabliert, wobei sich die Mehrheit der Forschungsarbeiten auf den letzten Lebensabschnitt der Klienten konzentrieren. Es scheint jedoch wichtig zu sein, den Fokus der Behandlung früher anzusetzen, da nach Reynolds und Prior (2006) Personen bereits nach einer lebensbedrohlichen Diagnosestellung denken können, dass bedeutungsvolle Lebensziele nicht mehr erreichbar sind. Hier wird der Einsatz der Ergotherapie als dringend notwendig gesehen. Bedauerlicherweise bezieht sich der grösste Teil der ergotherapiespezifischen Literatur ausschliesslich auf den palliativen Bereich. Im Gegensatz dazu ist als besonders relevanten und wertvollen Beitrag die Studie von Vrkljan und Miller-Polgar (2001) hervorzuheben, da sich Forscher auf alle Phasen einer lebensbedrohlichen Erkrankung bezogen und dies untersuchten. Desgleichen betont die Leitlinie von Crompton (2004), dass die Rolle der Ergotherapie in allen Phasen der Krankheit, von der lebensbedrohlichen Diagnosestellung, während der Behandlung bis zur möglichen palliativen Pflege wichtig ist.

Nach Vrkljan und Miller-Polgar (2001) und Vockins (2004) können Ergotherapeuten mit ihrem Spezialwissen verschiedene Strategien bei diesem Klientel anbieten und Söderback et al. (2000) betonen im Besonderen, dass die Ergotherapie gefordert ist, zu unterstützen und Ratschläge zu geben, damit der Klient Betätigungen zu Hause ausführen kann. Doch Vockins (2004) zeigt auf, dass trotz diesem Spezialwissen die

meiste Zeit dafür aufgewendet wird, administrative Aufgaben zu erledigen. Die Resultate offenbaren viele Einblicke über das Arbeitsfeld, dabei ist jedoch zu bemängeln, dass die Umfrage nur in einem kurzen Zeitfenster stattfand und so nur ungenügend repräsentative Daten gesammelt werden konnten. Trotzdem können die Ergebnisse als Chance zur Weiterentwicklung des Service betrachtet werden und es stellt sich die Frage, ob dabei ein Case Manager zur Organisation von Klientenfällen sinnvoll eingesetzt werden könnte.

Auch stellten Kealey und McIntyre (2005) und Söderback et al. (2000) fest, dass die Ergotherapie in diesem Setting noch wenig bekannt ist und zu wenig genutzt wird. Söderback et al. (2000) haben in ihrer Studie den OTNA-Fragebogen (Occupational Therapy Needs Assessment) angewendet und aufgezeigt, dass bei 56% der Klienten ein Bedarf an Ergotherapie vorhanden ist und sogar 59% der zuständigen Ärzte dies ebenso wahrnahmen. Jedoch wurde nur sieben von 102 Klienten (6.8%) Ergotherapie empfohlen oder verschrieben. Abschliessend ist hier anzufügen, dass es leider nur wenige ergotherapeutische Studien gibt, die lebensbedrohlich erkrankte Klientengruppen in ihrem gewohnten Lebensumfeld beschreiben, hingegen beziehen sich viele der Arbeiten auf die Rolle der Ergotherapie im Hospiz.

2.3 Theorie-Praxis-Transfer

Von Bedeutung ist, dass Ergotherapeuten ihre breite Rolle betonen, um Betätigungsperformanz zu ermöglichen und zu verbessern (Eva, 2001; zit. nach Kealey & McIntyre, 2005, S. 241). Aufgrund von verschiedenen persönlichen Erfahrungen wurde deutlich, dass bei anderen Disziplinen oft zu wenig Wissen über die Ergotherapie vorhanden ist. Ein grundlegendes Problem der Ergotherapie ist, dass der Beruf sehr vielseitig ist und sich öfters mit anderen Professionen überschneidet.

Auch Kealey und McIntyre (2005) stellen fest, dass ein klarer Mangel an Informationen über die Rolle der Ergotherapie und der Umfang ihrer Arbeit besteht. Die Teilnehmer der Studie empfanden es als schwierig, ihre Bedürfnisse in Bezug auf die Ergotherapie zu benennen, da sie nicht genügend über das ergotherapeutische Angebot Bescheid wussten. Desgleichen fanden Söderback et al. (2000) heraus, dass Ergotherapie von den Klienten und ihren zuständigen Ärzten wenig genutzt wird, jedoch grundsätzlich ein Bedarf vorhanden wäre. Da die Verordnung über den Arzt läuft, ist es sehr wichtig, dass hier angesetzt wird und der Nutzen der Ergotherapie aufgezeigt wird. Um dem Mangel an klaren Informationen entgegen zu wirken und die Lücke zwischen dem ergotherapeutischen Angebot und den Bedürfnissen der Klienten zu beheben, kann der in der Studie von Söderback et al. (2000) erwähnte OTNA-Fragebogen eingesetzt werden. Das Wissen über diesen Fragebogen kann andere Berufsgruppen im Gesundheitswesen für die Ergotherapie sensibilisieren. Der OTNA-Fragebogen ist eine Bedarfsanalyse, welches in der Originalversion 31 Fragen beinhaltet und für Gesundheitsberufe gebraucht wird, um den Bedarf an Ergotherapie zu untersuchen.

Ferner argumentiert Vockins (2004), dass die Ergotherapie durch den Zeit- und Entlassungsdruck ihren Fokus vor allem auf die Selbstversorgung legt, es jedoch ebenso notwendig ist, dass die Betätigungsbereiche Arbeit und Freizeit bedacht werden. Vor allem bei einer Erstdiagnose einer lebensbedrohlichen Erkrankung ist es wichtig, dass die Klienten, aus psychologischer und finanzieller Sicht, ihre Arbeit weiterführen oder nach der Behandlung wieder aufnehmen können. Die Forscherin deutet daneben an, dass die Zeit für direkte Interventionen durch die viele Papierarbeit (Administration, Berichte, etc.) reduziert wurde. Daher ist es neben den Strategien,

die dem Klienten Betätigungsperformanz ermöglichen sollen, ebenso wichtig, dass Ergotherapeuten über ein gutes Zeitmanagement verfügen.

Die Entwicklung der Ergotherapie in der Arbeit mit lebensbedrohlich erkrankten Klienten ist bereits im Ausland von mehreren Forschern aufgezeigt worden. Obwohl die Ergotherapie dort eine wichtige Rolle im interdisziplinären Team im Hospiz hat (Lyons et al, 2002; Rahman, 2000), wird sie immer noch nur am Rand eingesetzt. Auch wird in der Ausbildung zum Ergotherapeuten wenig Wissen darüber vermittelt, was bei dieser Klientengruppe besonders zu beachten ist, und welche therapeutischen Interventionen und Ansätze zu verfolgen sind (Rose, 1999; Bye, 1998). Da jedoch ein Bedarf an Ergotherapie in diesem Bereich festgestellt wurde (Söderback et al., 2000), müssen sich Ergotherapeuten zunehmend der Öffentlichkeit stellen, damit ihre Rolle und ihr Beitrag in diesem Bereich bekannter wird (Rahman, 2000). Sicherlich ist auch zu bedenken, dass in der Ausbildung vermehrt Schwerpunkte zu diesem Thema gesetzt werden sollten.

In der Schweiz arbeiten Ergotherapeuten noch spärlich in diesem Sektor. Vereinzelt werden sie im palliativen Bereich eingesetzt, jedoch kaum vor dieser letzten Lebensphase beigezogen, obwohl von Seiten des Bundesrates Couchepin (2008) und der WHO (2009) die Bedürfnisse dieser Klienten nur durch einen multiprofessionellen Ansatz ganzheitlich erfüllt werden können. Folglich ist es unbedingt notwendig, dass auch hierzulande diese Entwicklung stattfindet und Ergotherapie ein Bestandteil in der Arbeit mit lebensbedrohlich erkrankten Klienten wird. Dabei ist es erforderlich, dass die Ergotherapie im ersten Schritt überhaupt erst in diesem Bereich Fuss fassen kann, und demnach in Institutionen mit Palliativstationen und Hospizen ihren Beitrag leisten kann. Daher ist die ergotherapeutisch Domizilbehandlung bei Menschen mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung erst in einem zweiten Schritt als Fernziel anzusteuern, da hier zusätzlich die Finanzierungs- und Versicherungsaspekte zu berücksichtigen sind. Crompton (2004) plädiert dafür, dass der Zugang zur Ergotherapie in jedem Krankheitsstadium und in allen Kontexten bereitgestellt werden soll. Somit ist es unerlässlich, dass Ergotherapeuten ihre ganzheitliche, ressourcenorientierte und einzigartige Vorgehensweise unter Beweis stellen und sich durch Öffentlichkeitsarbeit ihren Platz in diesem Gebiet sichern.

3 **Schluss**teil

3.1 Zusammenfassung

Die Arbeit mit lebensbedrohlich erkrankten Menschen rückt mehr und mehr ins Zentrum des öffentlichen Interesses, wobei die Bedürfnisse dieser Klientengruppe nur durch ein multiprofessionelles Team erfüllt werden können. Es stellt sich dabei die Frage, welchen Beitrag die Ergotherapie in diesem Gebiet leisten kann. Folglich setzte sich die vorliegende Literaturübersicht zum Ziel, die Rolle der Ergotherapie im Umgang mit einer lebensbedrohlichen Diagnose zu erörtern und dabei Strategien zur Ermöglichung von Betätigungsperformanz im gewohnten Lebensumfeld aufzuzeigen.

Zu diesem Zweck wurden relevante Studien in den Datenbanken CINAHL, MEDLINE, AMED, OTBASE und der COCHRANE Library gesucht. Als Einschlusskriterien galten lebensbedrohliche Erkrankungen und ergotherapeutische Strategien für diese Klientengruppe, wobei die Qualität der ausgewählten Studien kritisch beurteilt wurde. Zur Ergänzung sind ausserdem weiterführende Quellen verwendet worden, um die Strategien detaillierter zu beschreiben. Es konnten insgesamt 12 Strategiekategorien gebildet werden, welche im Hauptteil dem PEO-Modell untergeordnet wurden.

In dieser Literaturübersicht wird deutlich, dass der Fokus der klientenzentrierten Ergotherapie nicht auf dem Funktionsaufbau oder –erhalt liegt, sondern es geht in diesem Bereich um das Ermöglichen einer bestmöglichen Lebensqualität, damit bedeutungsvolle Ziele erreicht werden können. Dabei können Strategien in den Bereichen Person, Umwelt und Betätigung angewendet werden, damit der Klient ein Gefühl von Partizipation und der Kontrolle erfahren kann. Letztlich ermöglicht jedoch nur das Zusammenspiel aller drei Komponenten eine zufriedenstellende Betätigungsperformanz.

Aufgrund der zur Verfügung stehenden Literatur zu diesem Thema wird ein deutlicher Bedarf an Ergotherapie festgestellt, und sie kann dabei einen wichtigen Bestandteil im multiprofessionellen Team bilden. Allerdings muss sie ihren Stellenwert in diesem Gebiet zuerst noch erkämpfen und das Berufsbild vermehrt in der Öffentlichkeit vertreten.

3.2 Limitationen

In diesem Bereich der Forschung gibt es bisher wenige Effektivitätsstudien, die den Nutzen der Ergotherapie auf einem hohen Evidenzlevel darstellen würden. Somit können in der vorliegenden Arbeit nur wenige Aussagen über die statistische Signifikanz von ergotherapeutischen Interventionen gemacht werden, was aber auch nicht Gegenstand dieser Literaturübersicht war.

Hingegen ist zu erwähnen, dass mehr Einschlusskriterien hätten gewählt werden sollen, da diese zu offen formuliert waren. So könnte in der Literaturrecherche nach den einzelnen Betätigungsbereichen gesucht werden, zum Beispiel nach der Freizeit oder Arbeit. Letztere wurde durch die uneingeschränkte Suche nach Betätigungsperformanz kaum in Bezug auf Ergotherapie gefunden und daher auch unzureichend in den Strategien betont. Andererseits war die Suche nach dem gewohnten Lebensumfeld und der Domizilbehandlung zu spezifisch. Nur wenige Studien widmeten sich dieser Thematik hinsichtlich einer lebensbedrohlichen Erkrankung.

Die verwendete Literatur stammt mehrheitlich aus den angelsächsischen Ländern, da es noch nicht genügend Forschungsarbeiten in diesem Bereich aus dem deutschsprachigen Raum gibt. Zwar lassen die genutzten Quellen eine Übertragbarkeit zu, die Generalisierbarkeit ist jedoch nicht gewährleistet. Dies ist hier nochmals zu betonen, da in diesen Ländern andere Voraussetzungen durch unterschiedliche Gesundheitssysteme geschaffen sind, welche nicht einen direkten Vergleich mit der Schweiz zulassen.

3.3 Offene Fragen

Die Rolle des Ergotherapeuten im interdisziplinären Team und wie andere Berufsgruppen, genauso wie die Klienten, an das Wissen gelangen, was Ergotherapie ist und welchen wertvollen Beitrag sie leisten kann, muss zukünftig hierzulande erforscht werden. Denn diese bereichsspezifische Entwicklung der Ergotherapie steht in der Schweiz noch aus und ist weiterhin zu verfolgen.

Ebenso beziehen sich nur einzelne Studien auf das zu Hause der lebensbedrohlich erkrankten Klienten und wie Ergotherapeuten bereits ab der Diagnosestellung eingesetzt werden können. So sind nach Jacques und Hasselkus (2004) weitere Forschungen nötig, um herauszufinden wie die Betätigung von sterbenden Menschen zu Hause erfahren wird und welche Rolle die Ergotherapie dabei spielt. Ausserdem sollten Studien in diesem Gebiet ein Bewusstsein dafür wecken, dass es förderlich ist, die Ergotherapie so früh wie möglich einzusetzen.

Letztlich haben verschiedene Studien aufgezeigt, wie wichtig es ist, dass Ergotherapeuten ein Bewusstsein über eigene Werte und Überzeugungen des Sterbeprozesses erhalten (Trump et al., 2005) und fähig sein müssen, ihr eigenes Selbst in einem therapeutischen Setting zu nutzen (Pizzi & Briggs, 2004). Dabei stellt sich die Frage, welche Strategien für das Wohlbefinden der Ergotherapeuten annehmbar sind und was sie tun können, um in diesem Setting zur eigenen Gesundheit beizutragen.

Verzeichnisse

Literaturverzeichnis

- American Occupational Therapy Association. (1998). Occupational therapy and hospice (statement). *American Journal of Occupational Therapy*, 52, 872-873.
- Baker, N. A. (2006). Analyzing Evidence for Practice. In G. Kielhofner (Ed.), *Research in Occupational Therapy – Methods of Inquiry for Enhancing Practice* (S. 663-684). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Bucher, J. A., Houts, P. S., Nezu, C. M. & Nezu, A. M. (1999). Improving problem solving skills of family caregivers through group education. *Journal of Psychosocial Oncology* 16, 3-24.
- Burns, N. & Grove, S. K. (Hrsg.). (2005). *Pflegeforschung verstehen und anwenden*. München: Urban & Fischer.
- Bye, R. (1998). When clients are dying: occupational therapists' perspectives. *The Occupational Therapy Journal of Research*, 18(1), 3-24.
- Chaban, M. C. G. (2000). *The Life Work of Dr. Elisabeth Kübler-Ross and Its Impact on the Death Awareness Movement*. Lewiston: E. Mellen Press.
- Christiansen, C. (1997). Acknowledging a spiritual dimension in occupational therapy practice. *American Journal of Occupational Therapy*, 51, 169-172.
- Clayton, J. M., Hancock, K., Parker, S., Butow, P. N., Walder, S., Carrick, S., Currow, D., Ghersi, D., Glare, P., Hagerty, R., Olver, I. N. & Tattersall, M. H. N. (2008). Sustaining hope when communicating with terminally ill patients and their families: a systematic review. *Psycho-Oncology*, 17, 641 – 659.
- Couchepin, P. (2008). *Jahres- und Konsensustagung der Gesellschaft „palliative.ch“ - Gemeinsam für ein Leben bis zuletzt*. Bern: Eidgenössisches Departement des Inneren.

- Crompton, S. (2004). *Occupational therapy intervention in cancer – Guidance for professionals, managers and decision-makers*. London: College of Occupational Therapists.
- Csikszentmihalyi, M. (1985). *Das Flow-Erlebnis. Jenseits von Angst und Langeweile: im Tun aufgehen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- DePoy, E. & Gitlin, L. N. (2005). *Introduction to Research; understanding and applying multiple strategies – Edition 3*. ST. Louis: Elsevier Mosby.
- DMSG - Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft Bundesverband E.V. (2006). *Fatigue Energie Manager*. Hannover: biogen idec.
- Doble, S. E. & Santa, J. C. (2008). Occupational well-being: Rethinking occupational therapy outcomes. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 75(3), 184-190.
- Egan, M. & DeLaat, M. D. (1994). Considering spirituality in occupational therapy practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 61, 95-100.
- Egan, M. & DeLaat, M. D. (1997). The implicit spirituality of occupational therapy. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 64, 115-121.
- Eva, G. E. (2001). *Occupational therapy outcomes: perspectives of patients with advanced cancer*. Oxford: Brookes University.
- Ewers, M. & Badura, B. (2005). Häusliche Versorgung Sterbender zwischen Anspruch und Wirklichkeit. In M. Ewers & D. Schaeffer (Hrsg.), *Am Ende des Lebens – Versorgung und Pflege von Menschen in der letzten Lebensphase* (S. 93-116). Bern: Huber.
- Ewer-Smith, C. & Patterson, S. (2002). The use of an occupational therapy programme within a palliative care setting. *European Journal of Palliative Care*, 9(1), 30-33.

- Flotho, W. (2007). Klientenzentrierter Ansatz. In C. Scheepers, U. Steding-Albrecht & P. Jehn (Hrsg.), *Ergotherapie vom Behandeln zum Handeln – Lehrbuch für Ausbildung und Praxis* (S. 200-204). Stuttgart: Thieme Verlag.
- Gitlin, L. N., Hauck, W. W., Winter, L., Dennis, M. & Schulz, R. (2006). Effect of an In-Home Occupational and Physical Therapy Intervention on Reducing Mortality in Functionally Vulnerable Older People: Preliminary Findings. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54, 950-955.
- Griffin, J. (1991). *Dying with Dignity*. London: Office of Health Economics.
- Götsch, K. (2007). Bedeutung der Sozialwissenschaften für die Ergotherapie. In C. Scheepers, U. Steding-Albrecht & P. Jehn (Hrsg.), *Ergotherapie – Vom Behandeln zum Handeln – Lehrbuch für Ausbildung und Praxis* (S. 80). Stuttgart: Thieme.
- Greif, S. (2004). Unternehmensstrategien. In H. O. Häcker & K.-H. Stapf (Hrsg.), *Dorsch Psychologisches Wörterbuch* (S. 987). Bern: Huber.
- Hagedorn, R. (2004). Praxismodelle der Ergotherapie. In C. Jerosch-Herold, U. Marotzki, B. M. Hack & P. Weber (Hrsg.), *Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis – 2. Auflage* (S. 16 – 27). Berlin: Springer.
- Harrison-Paul, J. & Drummond, A. (2006). A Randomised Controlled Trial of Occupational Therapy in Oncology: Challenges in Conducting a Pilot Study. *British Journal of Occupational Therapy*, 69(3), 130-133.
- Jacques, N. D. & Hasselkus, B. R. (2004). The nature of Occupation Surrounding Dying and Death. *Occupation, Participation and Health*, 24(2), 44-53.
- Jenkins, S., Price, C. J. & Straker, L. (2003). *The Researching Therapist – A practical guide to planning, performing and communicating research*. Oxford: Elsevier LTD.

- Kealey, P. & McIntyre, I. (2005). An evaluation of the domiciliary occupational therapy service in palliative cancer care in a community trust: a patient and carers perspective. *European Journal of Cancer Care*, 14(3), 232-243.
- Kruse, O. (2005). *Keine Angst vor dem leeren Blatt – ohne Schreibblockaden durchs Studium*. Frankfurt: Campus Verlag.
- Kübler-Ross, E. (1997). *On Death and Dying*. New York: First Scribner Classics.
- La Cour, K., Josephsson, S. & Luborsky, M. (2005). Creating connections to life during life-threatening illness: Creative activity experienced by elderly people and occupational therapists. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 12, 98 – 109.
- Law, M., Polatajko, H., Carswell, A., McColl, M. A., Pollock, N. & Baptiste, S. (2004). Das kanadische Modell der “occupational performance” und des “Canadian Occupational Performance Measure”. In C. Jerosch-Herold, U. Marotzki, B. M. Hack & P. Weber (Hrsg.), *Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis - 2. Auflage* (S. 137-152). Berlin: Springer Verlag.
- Law, M., Polatajko, H., Baptiste, S. & Townsend, E. (2002). Core Concepts of Occupational Therapy. In E. Townsend (Ed.), *Enabling Occupation: An Occupational Therapy Perspective* (S. 30). Ottawa: Canadian Association of Occupational Therapists.
- Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J. & Westmorland, M. (1998). *Critical Review Form - Quantitative Studies*. [On-line]. Available: http://www.srs-mcmaster.ca/Portals/20/pdf/ebp/quanreview_form1.doc (02.06.2009).
- Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J. & Westmorland, M. (1998). *Guidelines for Critical Review Form - Quantitative Studies* [On-line]. Available: <http://www.srs-mcmaster.ca/Portals/20/pdf/ebp/quanguidelines.pdf> (02.06.2009).

- Lee, W. T. K., Chan, H. F. & Wong, E. (2005). Improvement of feeding independence in end stage cancer patients under palliative care – a prospective, uncontrolled study. *Supportive Care in Cancer*, 13(12), 1051-1056.
- Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J. & Westmorland, M. (2007). *Critical Review Form - Qualitative Studies (Version 2.0)* [On-line]. Available: http://www.srs-mcmaster.ca/Portals/20/pdf/ebp/qualreview_form1.doc (02.06.2009).
- Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J. & Westmorland, M. (2007). *Guidelines for Critical Review Form - Qualitative Studies (Version 2.0)* [On-line]. Available: http://www-fhs.mcmaster.ca/rehab/ebp/pdf/qualguidelines_version_2.0.pdf (02.06.2009).
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Newbury Park, CA: Sage.
- Lloyd, C. (1989). Maximising occupational role performance with the terminally ill patient. *British Journal of Occupational Therapy*, 52(6), 227-230.
- Lyons, M., Orozovic, N., Davis, J. & Newman, J. (2002). Doing-being-becoming: occupational experiences of persons with life-threatening illnesses. *American Journal of Occupational Therapy*, 56(3), 285-295.
- Miller, J. & Hopkinson, C. (2008). A retrospective audit exploring the use of relaxation as an intervention in oncology and palliative care. *European Journal of Cancer Care*, 17, 488-491.
- McClements, S. (2001). Carers bear burden of home care. *International Journal of Palliative Nursing*, 7, 520.

- Neuenschwander, H., Baumann, R., Bergsträsser, E., Eberhard, S., Eychmüller, S., Keller, H. G., Henke, H., Kunz, R., Manzambi-Maggi, L., Mazzocato, C., Neuhaus, G., Pautex, S., Porchet-Munro, S., Rauch, D., Schärer, G., Spoerri, T., Steiger, C., Steiner-Collet, N. & Stiefel, F. (2006). *Palliativmedizin – Ein Handbuch für Ärztinnen und Ärzte*. Bern: Krebsliga Schweiz.
- Penfold, S. L. (1996). The role of the occupational therapist in oncology [Review]. *Cancer Treatment Reviews*, 22(1), 75-81.
- Pizzi, M. A. & Briggs, R. (2004). Occupational and Physical Therapy in Hospice – The Facilitation of Meaning, Quality of Life, and Well-being. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 20(2), 120-130.
- Polit, D. F., Beck, C. T. & Hungler, B. P. (2004). *Lehrbuch Pflegeforschung*. Bern: Hans Huber.
- Prakke, H. (2007). Naturalistische Designs. In H. Brandenburg, E.-M. Panfil & H. Mayer (Hrsg.), *Pflegewissenschaft 2 – Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Pflegeforschung* (S. 56-68). Bern: Huber.
- Rahman, H. (2000). Journey of providing care in hospice: perspectives of occupational therapists. *Qualitative Health Research*, 10(6), 806-818.
- Reynolds, F. & Prior, S. (2006). Creative Adventures and Flow in Art-Making: a Qualitative Study of Women Living with Cancer. *British Journal of Occupational Therapy*, 69(6), 255-262.
- Ridley, D. (2009). *The Literature Review – A Step by Step Guide for Students*. London: SAGE Publications Ltd.
- Rose, A. (1999). Spirituality and Palliative Care: the Attitudes of Occupational Therapists. *British Journal of Occupational Therapy*. 62(7), 307-312.

- Schädler, S., Kool, J., Lüthi, H., Marks, D., Oesch, P., Pfeffer, A. & Wirz, M. (2006). *Assessments in der Neurorehabilitation*. Bern: Huber.
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (2007). *Überblick 2007* [On-line]. Available: http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/02/blank/dos/le_portrait_demographique/introduction.html (10.05.2009).
- Shearsmith-Farthing, K. (2001). The Management of Altered Body Image: A Role for Occupational Therapy. *British Journal of Occupational Therapy*, 64(8), 387-392.
- Söderback, I., Pettersson, I., von Essen, L. & Stein, F. (2000). Cancer Patients' and their Physicians' Perceptions of the Formers' need for Occupational therapy. *Scandinavian Journal of Occupational therapy*, 7, 77-86.
- Stark, S. (2004). Removing Environmental Barriers in the Homes of Older Adults With Disabilities Improves Occupational Performance. *Occupation, Participation and Health*, 24(1), 32-40.
- Student, C. (2006). *Die Sterbephasen. Informationen und Hinweise für Helferinnen und Helfer* [On-line]. Available: <http://christoph-student.homepage.t-online.de/Downloads/Sterbephasen.pdf> (12.03.09).
- Tagore, R. (1997). Fruit-Gathering. In E. Kübler-Ross (Ed.), *On Death and Dying* (S. 15). New York: First Scribner Classics.
- Tang, S. T. (2000). Meanings of dying at home for Chinese patients in Taiwan with terminal cancer: a literature review. *Cancer Nursing*, 23, 367-370.
- Taylor, M. C. (2007). *Evidence-Based practice for Occupational Therapists*; second Edition. Singapore: COS Printers.
- Taylor, M.C. (2006). *Evidence-Based practice for Occupational Therapists*. Oxford: Blackwell Publishing.

- Townsend, E. (2002). Revised Edition. *Enabling Occupation. An Occupational Therapy Perspective*. Ottawa: CAOT Canadian Association of Occupational Therapist.
- Townsend, J., Frank, A. O., Fermont, D., Dyer, S., Karran, O., Walgrove, A. & Piper, M. (1990). Terminal cancer care and patients preference for place of death: a prospective study. *British Medical Journal*, 301, 415-417.
- Trump, S. M., Zahoransky, M., & Siebert, C. (2005). Occupational therapy and hospice. *American Journal of Occupational Therapy*, 59(6), 671-675.
- Urbanowski, R. & Vargo, J. (1994). Spirituality, daily practice and the occupational performance model. *Canadian Journal of Occupational therapy*, 61, 88-94.
- Vockins, H. (2004). Occupational therapy intervention with patients with breast cancer: a survey. *European Journal of cancer Care*, 13, 45–52.
- Vrkljan, B. & Miller-Polgar, J. (2001). Meaning of occupational engagement in life-threatening illness: a qualitative pilot project. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 68(4), 237-246.
- Wienold, H. (1995). Strategie. In W. Fuchs-Heinritz, R. Lautmann, O. Rammstedt & H. Wienold (Hrsg.), *Lexikon zur Soziologie* (S. 650). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Wilcock, A. (1998). Reflections on doing, being and becoming. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 65, 248-256.
- Whalley Hammel, K. (2004). Dimensions of meaning in the occupations of daily life. *Revue Canadienne d'Ergothérapie*, 5(71), 296-305.
- World Health Organisation (2009). *Definition of Palliative Care* [On-line]. Available: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> (06.05.2009).

Abbildungsverzeichnis

Law, M. Polatajko, H., Baptiste, S. & Townsend, E. (2002). [Figure Occupational Performance: The Person-Occupation-Environment Model]. Core Concepts of Occupational Therapy. In E. Townsend (Ed.), *Enabling Occupation: An Occupational Therapy Perspective* (S. 47). Ottawa: Canadian Association of Occupational Therapists.

Eigenständigkeitserklärung

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

Winterthur, den 18.06.2009

Gina Maillart

Julia Nigg



Danksagung

Ein grosses Merci geht an:

- Frau Jakobs für ihre bereichernde Begleitung, welche uns immer wieder unterstützt und motiviert hat.
 - Frau Müller für die wertvollen Hinweise und wegleitenden Tipps bei der Ausarbeitung der Fragestellung.
 - Herrn Mazza für das unentbehrliche Lösen von technischen Problemen.
 - Unseren Mitkommilitoninnen, im Besonderen Frau Priska Stampfli und Frau Ursi Staub für den förderlichen Austausch und das konstruktive Gegenlesen.
 - Den Korrekturleserinnen Sandra Dürst, Ann Maillart, Anja Maillart und Daniela Nigg für die aufwandreichen Überprüfungen.
 - Unseren Familien und Freunden für ihr Vertrauen in uns, und für die geduldige Unterstützung.
-

Anhang

Anhang A: Schlüsselwörter

| Schlüsselwörter | Keywords | Synonyms/MESH-terms |
|------------------------------|--------------------------|--|
| Strategien | strategies | interventions, therapy, treatment, care, disease management, |
| Ergotherapie | occupational therapists | Occupational therapy, OT, therapist, therapeutics, |
| lebensbedrohliche Erkrankung | life-threatening illness | terminal care, palliative care/medicine/therapy/treatment, death, sick to death (cancer, ALS, MS, tumor, dementia, HIV), hospice |
| Betätigungsperformanz | occupational performance | activities, participation, performance skills, occupational balance, work / leisure / ADL, performance areas |
| Lebensumfeld | living environment | domiciliary, circumstances, situation, social environment, background, context, home care, home-based |

Anhang B: Critical Review Forms

Critical Review Form–Qualitative Studies (Version 2.0)

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

Bye, R. (1998). When clients are dying: occupational therapists' perspectives. *The Occupational Therapy Journal of Research*, 18(1), 3-24.

| | |
|---|--|
| STUDY PURPOSE: Was the purpose and/or research question stated clearly? <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no | Outline the purpose of the study and/or research question. Ziel der Studie war, die Perspektiven von Ergotherapeuten, welche in der palliativen Medizin arbeiten, zu untersuchen um möglich Widersprüche zwischen ergotherapeutischen Prinzipien und Annahmen und den Bedürfnissen und Erfahrungen von Menschen mit lebensbedrohlichen Erkrankungen herauszufinden. |
| | How does the study apply to your practice and/or to your research question? Is it worth continuing this review? Diese Studie wird von vielen 1.-Priorität-Studien zitiert, daher wichtig für uns. Sempel sind Menschen mit lebensbedrohlichen Erkrankungen. Untersuchung von zwar in einem Hospiz statt, Ergebnisse sind aber auch auf Domizilbehandlung übertragbar. Unterstreicht Diskrepanz von unserer Rolle in der Arbeit mit solchen Klienten (im Unterschied zu „normaler“, handlungsorientierter Ergotherapie) |
| STUDY DESIGN: What was the design? <input type="checkbox"/> phenomenology <input type="checkbox"/> ethnography <input checked="" type="checkbox"/> grounded theory <input type="checkbox"/> participatory action research <input type="checkbox"/> other | Was the design appropriate for the study question? (i.e., rationale) Explain. Die Untersuchung fand in einer gegebenen sozialen Situation statt, in welcher die Forscherin versuchte, entscheidende soziale Prozess zu identifizieren (Law et al. 1998). Daher ist die Grounded Theory ein passendes Studiendesign. Ebenso versuchte die Forscherin bestehenden Annahmen über die Rolle der Ergotherapie in der Palliativmedizin zu untersuchen und neue theoretische Ansätze aufzustellen. Im Laufe der Datenanalyse wurden mit Hilfe der constant comparative Analyse verschiedene Kategorien (Komponenten) identifiziert. |
| SAMPLING: Was the process of purposeful selection described? <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no | Describe sampling methods used. Was the sampling method appropriate to the study purpose or research question? → Wie sind sie zu Teilnehmern gekommen Purposeful sampling per Telefon. |
| | Are the participants described in adequate detail? How is the sample applicable to your practice or research question? Is it worth continuing? → Spezifisch auf unsere BA-Frage bezogen 10 Ergotherapeuten von sieben verschiedenen Institutionen, zwischen 22 und 60 Jahre alt. |
| Was informed consent obtained? <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> not addressed | → Ethische Fragen ET haben eingewilligt, teilzunehmen. |
| | Describe method(s) of data analysis. Were the methods appropriate? What were the findings? → Resultate und evtl. Datenanalyse In der Studie wurden neun konzeptuelle Kategorien und Subkategorien dargestellt, welche den Prozess, Strategien und Ergebnisse der Therapie genau aufzeichnen. Diese sind: Überweisung zur Ergotherapie, Situationsanalyse, Zielsetzung, Arbeiten gegen Verlust, Normalität innerhalb der wechselnden Realität, Kontrolle des Klienten, Unterstützung und sichere Betreuung, Abschluss finden und einen Unterschied machen. Die Kernkategorie ist „Leben ermöglichen und Vorbereitung auf den Tod“. Unter anderem wurde herausgefunden, dass Ergotherapeuten immer einen zurückhaltenden Ansatz gewählt, wie zum Beispiel unstrukturierte Beobachtungen, um den funktionellen Status des Klienten während er Aktivitäten des täglichen Lebens ausführte zu erfassen und sie haben Modifikationen eingesetzt, um die verlorene Fähigkeiten kompensieren. Alle Teilnehmer haben beschrieben, dass sie in ihrer Ausbildung und im Training nicht genügend vorbereitet worden sind |

| | |
|---|---|
| | |
| <p>OVERALL RIGOUR Was there evidence of the four components of trustworthiness? Credibility <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Transferability <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Dependability <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Confirmability <input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/> no</p> | <p>For each of the components of trustworthiness, identify what the researcher used to ensure each. What meaning and relevance does this study have for your practice or research question? → Allgemeine Vertrauenswürdigkeit und nur spezifisch relevant für unsere Frage! <u>Credibility</u> Die Glaubwürdigkeit ist durch Triangulation gegeben, da die Forscherin fünf verschiedene Datensammlungsmethoden angewendet hat (Feldnotizen, detaillierte Interviews, Beobachtung der Teilnehmer, Dokumentanalyse und Feldforschungstagebuch) <u>Transferability:</u> Purposeful Sampling und ausreichender Beschrieb der Teilnehmer <u>Dependability:</u> Sie hat den Prozess der Datenerhebung durch die fünf verschiedenen Methoden gründlich beschrieben und wie sie durch die „constant comparative“ Analyse zu den Resultaten kam. Dadurch ist die Zuverlässigkeit gewährleistet. <u>Confirmability:</u> Hingegen wurden keine möglichen Strategien zur Reduktion von Verzerrungen beschrieben.</p> |
| <p>CONCLUSIONS & IMPLICATIONS Conclusions were appropriate given the study findings? <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no The findings contributed to theory development & future OT practice/ research? <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p> | <p>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? → Limitations und Bias In der Arbeit mit terminalkranken Klienten fühlten sich die Therapeuten in dieser Studie zunächst unsicher, weil die traditionellen Ziele der Ergotherapie nicht mehr angemessen waren. Sie haben jedoch Befriedigung und Bedeutung erfahren, indem sie den Fokus der ergotherapeutischen Behandlung neu gestalteten und so ihren einzigartigen Beitrag zum Leben und Sterben des Klienten beitragen konnten. → Klinische Wichtigkeit Wenn Ergotherapeuten das Leben und Sterben in ihre Konzepte mit einbeziehen, können sie kompetent mit terminalkranken Patienten arbeiten.</p> |

Kealey, P. & McIntyre, I. (2005). An evaluation of the domiciliary occupational therapy service in palliative cancer care in a community trust: a patient and carers perspective. *European Journal of Cancer Care*, 14(3), 232-243.

| | |
|--|---|
| <p>STUDY PURPOSE: Was the purpose and/or research question stated clearly? <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p> | <p>Outline the purpose of the study and/or research question. Ziel war die Domizilbehandlung bei Klienten im palliativen Stadium von Krebs zu evaluieren. Dabei wurden die Perspektiven der Klienten und deren Betreuungspersonen erfasst.</p> |
| | <p>How does the study apply to your practice and/or to your research question? Is it worth continuing this review? Krebspatienten und Erfahrungen mit Domizilbehandlung wird aufgezeigt</p> |
| <p>STUDY DESIGN: What was the design? <input checked="" type="checkbox"/> phenomenology <input type="checkbox"/> ethnography <input type="checkbox"/> grounded theory <input type="checkbox"/> participatory action research <input type="checkbox"/> other</p> | <p>Was the design appropriate for the study question? (i.e., rationale) Explain. Da sich die Frage damit beschäftigt, welche Bedeutung das Erlebnis Domizilbehandlung hat, ist das Studiendesign geeignet.</p> |
| <p>SAMPLING: Was the process of purposeful selection described? <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p> | <p>Describe sampling methods used. Was the sampling method appropriate to the study purpose or research question? Die Stichprobe wurde zielgerichtet ausgewählt. Die Autoren haben diese Methode ausgewählt, da es ihnen die Möglichkeit gab ihre Erfahrung einzubringen, um Individuen auszuwählen, die ihnen als repräsentativ erscheinen.</p> |

| | |
|---|--|
| Was informed consent obtained? X yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> not addressed | Obwohl terminalkranke Klienten als gefährdet gelten, ist es wichtig, dass ihre Sicht in Bezug zum ergotherapeutischen Service erfasst wird, damit ihre Bedürfnisse erfüllt werden |
| | Describe method(s) of data analysis. Were the methods appropriate? What were the findings? → Resultate und evtl. Datenanalyse Bereitstellung von Hilfsmitteln und Modifikationen werden von den Klienten und den Betreuern als sehr wertvoll eingeschätzt. Bedenken werden geäußert, ob die ergotherapeutische Domizilbehandlung einen ganzheitlichen Ansatz verfolgt, wenn es um die Bestimmung und das Ansprechen der Bedürfnisse der Klienten und ihrer Betreuer geht. Schneller Zugang und Erreichbarkeit des ergotherapeutischen Services werden von den Klienten und den Betreuern als sehr positiv bewertet wurde. Dazu gehört auch, dass der Klient und seine Betreuungsperson wissen, was die ergotherapeutische Behandlung beinhaltet, und dementsprechend das Angebot besser nutzen können. |
| OVERALL RIGOUR Was there evidence of the four components of trustworthiness? Credibility X yes <input type="checkbox"/> no Transferability X yes <input type="checkbox"/> no Dependability X yes <input type="checkbox"/> no Confirmability X yes <input type="checkbox"/> no | For each of the components of trustworthiness, identify what the researcher used to ensure each. → Allgemeine Vertrauenswürdigkeit und nur spezifisch relevant für unsere Frage! Die Vertrauenswürdigkeit wurde gewährleistet, z.B. durch den Einbezug verschiedener Theorien, Nachvollziehbarkeit von Datenerhebung zu Ergebnissen und Konsultation von Peergroups und ausführliche Beschreibung der Teilnehmer, sowie Purposive Sampling |
| CONCLUSIONS & IMPLICATIONS Conclusions were appropriate given the study findings? X yes <input type="checkbox"/> no The findings contributed to theory development & future OT practice/ research? X yes <input type="checkbox"/> no | 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? → Limitations und Bias Die Resultate können wegen der kleine Stichprobe und dem gezieltes Auswahlverfahren der Autoren nicht generalisiert werden. → Klinische Wichtigkeit ET-Service kann noch verbessert werden. Patienten und ihre Betreuer sehr zufrieden mit dem ergotherapeutischen Service, jedoch wird ein klarer Mangel an Informationen über die Rolle der Ergotherapie und der Umfang ihrer Arbeit festgestellt. Dies weist darauf hin, dass Ergotherapeuten in der Domizilbehandlung ihre Rolle ausdrücklich erklären. → evtl. Bedarfsanalyse? |

Jacques, N. D. & Hasselkus, B. R. (2004). The nature of Occupation Surrounding Dying and Death. *Occupation, Participation and Health*, 24(2), 44-53.

| | |
|--|--|
| STUDY PURPOSE: Was the purpose and/or research question stated clearly? X yes <input type="checkbox"/> no | Outline the purpose of the study and/or research question. Das Ziel der ethnographischen Studie von Jacques & Hasselkus (2004) war, weiteres Verständnis für Betätigung von sterbenden Menschen und ihren Betreuern zu gewinnen und wie sie gestaltet und erfahren wird. |
| | How does the study apply to your practice and/or to your research question? Is it worth continuing this review? Menschen mit lebensbedrohlichen Erkrankungen Bedeutung von Betätigung bezogen auf das Sterben wird untersucht |

| | |
|---|--|
| STUDY DESIGN: What was the design? <input type="checkbox"/> phenomenology <input checked="" type="checkbox"/> ethnography <input type="checkbox"/> grounded theory <input type="checkbox"/> participatory action research <input type="checkbox"/> other | Was the design appropriate for the study question? (i.e., rationale) Explain. Da es das Ziel war, weiteres Verständnis in einem Gebiet zu bekommen, ist dieses Studiendesign passend |
| SAMPLING: Was the process of purposeful selection described? <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no | Describe sampling methods used. Was the sampling method appropriate to the study purpose or research question? → Wie sind sie zu Teilnehmern gekommen Forscher ist Angestellter in Hospiz |
| Was informed consent obtained? <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> not addressed | → Ethische Fragen Alle Teilnehmer gaben ihr Einverständnis |
| DATA ANALYSES: Analytical Rigour Data analyses were inductive? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> not addressed Findings were consistent with & reflective of data? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no | Describe method(s) of data analysis. Were the methods appropriate? What were the findings? → Resultate und evtl. Datenanalyse Gewöhnliche und einzigartige Betätigungen in der Umgebung des Sterbens sind von Bedeutung. Ein wichtiger Punkt für die Vorbereitung des nahenden Todes ist, dass dem Klienten ermöglicht wird, unerledigte Sachen in Ordnung zu bringen. Während dem Sterben kann die Person begleitet werden, indem ihr z.B. etwas vorgelesen wird, ihre Hand hält und ihr zuhört. Damit unterstützt man die Person, ihre Familie und Freunde während sie auf den Tod warten. Ein wichtiger Teil in der Kommunikation ist auf Wiedersehen sagen zu können. Dies kann auf verschiedene Arten geschehen, wie z.B. E-Mail, Karten, Briefe, Telefonanruf und persönliche Begegnungen. Gespräche über den Tod und das Verstehen des Sterbeprozesses ist ein wichtiger Bestandteil im Umgang mit sterbenden Menschen, damit diese sich mental damit auseinandersetzen können. |
| OVERALL RIGOUR Was there evidence of the four components of trustworthiness? Credibility <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Transferability <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Dependability <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Comfirmability <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no | For each of the components of trustworthiness, identify what the researcher used to ensure each. What meaning and relevance does this study have for your practice or research question? → Allgemeine Vertrauenswürdigkeit und nur spezifisch relevant für unsere Frage! In der Studie wird die Methode der Datenerhebung und Analyse sehr gut beschrieben. Die Vertrauenswürdigkeit wird z.B. durch anhaltendes Engagement, Triangulation der Daten und Memberchecking gegeben und ausführlicher Beschrieb des Settings gegeben. |
| CONCLUSIONS & IMPLICATIONS Conclusions were appropriate given the study findings? <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no | 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? → Limitations und Bias Als Limitation beschreiben die Forscherinnen, dass sie in ihrer Arbeit nur die Therapeutesicht erfasst haben. Sie erwähnten, dass es aber auch von Vorteil gewesen wäre, auch Bewohner des Hospizes zu befragen, da diese wertvolle Beiträge hätten leisten können. |

| | |
|---|--|
| <p>The findings contributed to theory development & future OT practice/ re-search?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p> | <p>→ Klinische Wichtigkeit</p> <p>Zeigen neue Sichtweisen, wie Betätigung am Ende des Lebens wahrgenommen wird und das Betätigung einen guten Tod schaffen kann. Sie weisen darauf hin, dass weitere Forschungen nötig sind, um herauszufinden wie die Betätigung von sterbenden Menschen zu Hause erfahren wird.</p> |
|---|--|

La Cour, K., Josephsson, S. & Luborsky, M. (2005). Creating connections to life during life-threatening illness: Creative activity experienced by elderly people and occupational therapists. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 12, 98 – 109.

| | |
|--|---|
| <p>STUDY PURPOSE:</p> <p>Was the purpose and/or research question stated clearly?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p> | <p>Outline the purpose of the study and/or research question.</p> <p>Ziel: Komponenten von kreativen Beschäftigungen / Aktivitäten für ältere Menschen mit einer lebensbedrohlichen Krankheit in der Ergotherapie herauszufinden und zu charakterisieren. Dabei wurde die Ansicht der Klienten und Therapeuten berücksichtigt.</p> |
| | <p>How does the study apply to your practice and/or to your research question? Is it worth continuing this review?</p> <p>Sample = Klienten mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung. Zeigt eine Strategie auf. Kann mit anderer Studie über Kreativität verbunden werden.</p> |
| <p>STUDY DESIGN:</p> <p>What was the design?</p> <p><input type="checkbox"/> phenomenology <input type="checkbox"/> ethnography <input checked="" type="checkbox"/> grounded theory <input type="checkbox"/> participatory action research <input type="checkbox"/> other</p> | <p>Was the design appropriate for the study question? (i.e., rationale) Explain.</p> <p>Ja. In der Forschungsfrage wird nach dem „Wie“ kreative Aktivitäten von älteren Menschen mit lebensbedrohlichen Krankheiten erlebt werden, gefragt UND es sollten Komponenten identifiziert werden, die bei kreativen Aktivitäten eine wichtige Rolle spielen. Es spricht für die Grounded Theory, dass bei ihr im Laufe der Datenanalyse verschiedene Kategorien (Komponenten) identifiziert werden. So sind die Forscher in dieser Studie zur Beantwortung der Forschungsfrage vorgegangen.</p> |
| <p>Was a theoretical perspective identified?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p> | <p>Describe the theoretical or philosophical perspective for this study e.g., researcher's perspective.</p> <p>Wegen der langen Tradition von Anwendungen kreativer Aktivitäten begonnen in der Arts & Crafts – Bewegung, geht man in der Ergotherapie davon aus, dass kreative Aktivitäten „gut“ sind. Aus Sicht der Forscher gibt es wenig kritische Prüfung dieser Annahme. Des Weiteren ziehen sie zur theoretischen Fundierung viele Quellen bei, die kreative Aktivitäten als Thema behandeln und formulieren ausgehend von ihrem fundierten Wissen die konkrete Fragestellung. Aus der Einleitung wird das persönliche Interesse der Autoren an der Bearbeitung der Wissenslücke ersichtlich.</p> |
| <p>Method(s) used:</p> <p><input type="checkbox"/> participant observation <input checked="" type="checkbox"/> interviews <input type="checkbox"/> document review <input type="checkbox"/> focus groups <input type="checkbox"/> other</p> | <p>Describe the method(s) used to answer the research question. Are the methods congruent with the philosophical underpinnings and purpose?</p> <p>Es wurden semi - strukturierte, qualitative Interviews durchgeführt. Die Interviews wurden im Voraus ausprobiert. Es wurde eine gemeinsame Anfangsstruktur mit ein paar gemeinsamen Fragen formuliert. Aufkommende Themen während des Interviews wurden mit weiteren Fragen vertieft. Anwesend bei den Interviews waren 2 Forscher. Durch Interviews wird nach Erlebtem gefragt, daher ist die Methode mit der Forschungsfrage eindeutig verbunden. Die Interviews wurden mit einer comparativen Methode ausgewertet, welche in der Grounded Theory als Datenanalyse optimal ist.</p> |
| <p>SAMPLING:</p> <p>Was the process of purposeful selection described?</p> <p><input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/> no</p> | <p>Describe sampling methods used. Was the sampling method appropriate to the study purpose or research question?</p> <p>Die Auswahl der Teilnehmer ist für den Leser zwar nachvollziehbar und mit dem Ziel der Studie verbunden, doch der Weg zur dieser Auswahl ist nicht erwähnt. Es ist unklar, wie das Forschungsteam auf die Institution aufmerksam wurde. Die Überlegungen, warum sie sich für eine Institution und die Anzahl Teilnehmer entschieden haben, sind nicht erwähnt. Ebenfalls fehlen Angaben zur Begründung über die Auswahl der Kriterien.</p> |
| <p>Was sampling done until redundancy in data was reached?</p> <p><input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/> not addressed</p> | <p>Are the participants described in adequate detail? How is the sample applicable to your practice or research question? Is it worth continuing?</p> <p>Die Teilnehmer werden in einer Tabelle detailliert beschrieben. Es ist unklar, warum die Altersangabe einer Klientin fehlt.</p> |

| | |
|--|--|
| <p>Was informed consent obtained? <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> not addressed</p> | <p>Einverständnis von Klienten und Therapeuten wurden eingeholt. Die zuständige Ethikkommission hat die Durchführung der Studie bewilligt.</p> |
| | <p>Describe method(s) of data analysis. Were the methods appropriate? What were the findings? → Resultate und evtl. Datenanalyse Kreative Aktivitäten werden von den Teilnehmern der Studie als facettenreiche Kernkategorie „erschaffen von Verbindungen zum Leben“ wahrgenommen. Diese Verbindungen zum Leben entstehen im kreativen Prozess, da die Person nicht nur als Klient mit einer lebensbedrohlichen Krankheit, sondern als ganzer Mensch mit einem ganzen Leben angesehen wird. Sie bringen die Person in Kontakt mit den eigenen Rollen, Identität und früheren Erfahrungen. Ein grosszügiges, empfängliches Umfeld wurde als Voraussetzung für die Teilnahme an einer kreativen Aktivität identifiziert. Ein solches Umfeld zeichnet sich dadurch aus, dass den Klienten viel Freiheit gewährt wird. Sie erhalten zwar Unterstützung, haben aber immer die individuelle Wahlfreiheit im Gegensatz zur alltäglichen Routine, bei der sie oft von anderen abhängig sind. Dies gibt ihnen die Möglichkeit, persönliche Kontrolle auszuüben und Erfahrungen zu sammeln. Gleichzeitig vermochten sie an ihre Grenzen zu gehen und wurden dabei von den Therapeutinnen gefördert. Sich mit kreativen Aktivitäten zu beschäftigen wurde als entfaltende Schaffung in einem sich entwickelnden Prozess verstanden. Klienten empfanden Freude, wenn sie zum Beispiel ein fertiges Produkt in den Händen hielten und dieses an ihre Liebsten verschenken konnten. Ausserdem entstanden durch die Tätigkeit soziale Kontakte und Austausch unter den Teilnehmern. Neben dem tatsächlich berührbaren Vorgang bei der Herstellung von Kunstwerken, gab es eine symbolische Ebene, welche als Darstellungen von Träumen verstanden wurden. Zum Beispiel kann es Sinn geben, um etwas Altes abzuschliessen oder etwas Neues zu beginnen.</p> |
| <p>OVERALL RIGOUR Was there evidence of the four components of trustworthiness? Credibility <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Transferability <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Dependability <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Comfirmability <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p> | <p>For each of the components of trustworthiness, identify what the researcher used to ensure each. → Allgemeine Vertrauenswürdigkeit und nur spezifisch relevant für unsere Frage! <u>Credibility:</u> Triangulation erfüllt durch Analyse der Daten durch vers. Forscher und Einbezug vers. Theorien. Um die Zuverlässigkeit zu begründen und Verzerrungen zu vermeiden, wurden die Interviews zuerst unabhängig von der ersten Autorin analysiert. Dies wurde dann von dem zweiten Autor und doktorierenden Studenten untersucht. <u>Transferability:</u> Ausführliche Beschreibung der Teilnehmer und Purposive Sample <u>Dependability:</u> Es hat eine nachvollziehbare Stabilität wie die Forscher von der Daten zu den Ergebnissen gekommen sind. Durch aufgeführte Beispiele wird verdeutlicht, wie die Forscher auf die Kategorien und schlussendlich auf die Ergebnisse gekommen sind. <u>Comfirmability:</u> Durch das Begutachten von Zweitautor und doktorierenden Studenten, wurden Verzerrungen in der Datenanalyse limitiert.</p> |
| <p>CONCLUSIONS & IMPLICATIONS Conclusions were appropriate given the study findings? <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no The findings contributed to theory development & future OT practice/ research? <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p> | <p>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? → Limitations und Bias Als Mögliche Limitation erwähnen die Autoren, dass alle Teilnehmer freiwillig wählten, an der Studie mitzumachen. Ausserdem nahmen an dieser explorativen Studie nur 15 Personen teil, weshalb die Resultate nicht direkt auf andere Gruppen generalisiert werden können. → Klinische Wichtigkeit Ein grosszügiges, empfängliches Umfeld unterstützt die Teilhabe. Daher haben die Resultate für die Autoren klinische Relevanz, da sie darauf hinweisen, dass Therapeuten bei kreativen Betätigungen für Klienten mit lebensbedrohlichen Erkrankungen einbezogen werden sollten, damit die Partizipation ermöglicht wird. Ebenso zeigen die Resultate verschiedene wichtige Komponenten auf, um einen Platz oder ein therapeutisches Umfeld zu ermöglichen, damit kreative Arbeit stattfinden kann.</p> |

Lyons, M., Orozovic, N., Davis, J. & Newman, J. (2002). Doing-being-becoming: occupational experiences of persons with life-threatening illnesses. *American Journal of Occupational Therapy*, 56(3), 285-295.

| | |
|--|---|
| <p>STUDY PURPOSE: Was the purpose and/or research question stated clearly? <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p> | <p>Outline the purpose of the study and/or research question. Diese Studie nutzt das Framework Doing-Being-Becoming um die Stellung der Betätigung bei Menschen mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung zu untersuchen. Die Forschungsfrage lautet: Was sind Betätigungserfahrungen von Frauen und Männer mit einer lebensbedrohlichen Krankheit, welche an einem Tagesprogramm in einem Hospiz teilnehmen?</p> |
| | <p>How does the study apply to your practice and/or to your research question? Is it worth continuing this review? Sample sind Menschen mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung. Unterscheidet Betätigung durch das Framework Doing-Being-Becoming.</p> |
| <p>STUDY DESIGN: What was the design? <input type="checkbox"/> phenomenology <input type="checkbox"/> ethnography <input checked="" type="checkbox"/> grounded theory <input type="checkbox"/> participatory action research <input type="checkbox"/> other</p> | <p>Was the design appropriate for the study question? (i.e., rationale) Explain. Die Theorie entsteht bei diesem Studiendesign während des Prozesses der Datensammlung. Dabei muss nicht immer eine neue Theorie entstehen, da die Methode auch angewandt wird, um bekannte Theorien zu verändern, zu verfeinern und anzupassen (Barth, 2005). So nutzten sie die Grounded Theory um den bereits bestehenden Framework Doing-Being-Becoming von Wilcock (1998) zu erweitern, indem die Stellung der Betätigung von Menschen mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung untersucht und in 28 Kategorien eingeteilt wurden.</p> |
| <p>SAMPLING: Was the process of purposeful selection described? <input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/> no</p> | <p>Describe sampling methods used. Was the sampling method appropriate to the study purpose or research question? → Wie sind sie zu Teilnehmern gekommen Die Anwerbung der Teilnehmer wurde nicht beschrieben. Studie fand in einem Hospiz statt, wird jedoch auch nicht genannt, wieso sie gerade diese Institution ausgewählt haben. Zwei Autoren waren aktiv in diesem Hospiz involviert.</p> |
| | <p>Are the participants described in adequate detail? How is the sample applicable to your practice or research question? Is it worth continuing? → Spezifisch auf unsere BA-Frage bezogen Die Erfahrungen von 13 Männer und 10 Frauen mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung, die an dem regulären Hospizprogramm teilnahmen, wurden über 5 Monate untersucht. Alle waren mittleren Alters oder älter, lebten zu Hause und bekamen Unterstützung von Bezugspersonen.</p> |
| <p>Was informed consent obtained? <input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> not addressed</p> | <p>→ Ethische Fragen Nicht beschrieben. Wäre für diese Fragestellung von Bedeutung.</p> |
| | <p>Describe method(s) of data analysis. Were the methods appropriate? What were the findings? → Resultate und evtl. Datenanalyse Wilcock (1998) beschreibt Betätigung als „a synthesis of doing, being and becoming“ (p. 248). Doing sind beobachtbare Aktionen, being sind innere Bedeutungen und becoming ist das Gefühl von Wachstum und Veränderung. Doing: oft können die Leute im Tageshospiz Dinge tun, die sie sonst nicht tun können. Es befreit sie von der Langeweile und Einsamkeit zu Hause. Auch nur andern zuschauen können, wenn sie etwas tun, ist oft sehr angenehm für sie. Die Leute können selber entscheiden, was sie tun wollen und was nicht. Sie können auch kleine Dinge erlernen, die ihnen etwas Selbständigkeit zurückgeben. Erhaltung von phys. und psych. Funktionen. Auch Gedächtnistraining möglich. Being: Sein Selbst erleben. Weg vom Druck des Tuns einfach mal nur Sein (Meditation, Yoga...). Oft haben Leute, die dem Tod gegenüberstehen, ein grösseres Gefühl des Seins. Die Beziehungen im Tageshospiz zu den Angestellten und den Mitpatienten ist den Patienten sehr wichtig. Oft gibt es ein Familiengefühl, man kann so sein wie man ist. Becoming: Durch Betätigung kann man etwas entwickeln und verändern. Diese Leute können nicht mehr viel an ihrer Zukunft ändern, aber sie können neue Dinge lernen, z.B. Mosaik herstellen, was ihnen Freude bringt. Sie können so neu Dinge kennen lernen, die sie herausfordern und die sie auch bewältigen können. Die Leute können so vielleicht eine Betätigung finden, durch die sie sich nicht mehr hilflos, nutzlos und hoffnungslos fühlen wie sonst immer. Da die Leute zu Hause viel Unterstützung brauchen von ihrer Familie, sind sie froh, wenn sie durch das ‚day hospice‘ der Familie Freizeit geben können.</p> |

| | |
|---|---|
| | |
| <p>OVERALL RIGOUR Was there evidence of the four components of trustworthiness? Credibility <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Transferability <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Dependability <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Confirmability <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p> | <p>For each of the components of trustworthiness, identify what the researcher used to ensure each. What meaning and relevance does this study have for your practice or research question? → Allgemeine Vertrauenswürdigkeit und nur spezifisch relevant für unsere Frage! <u>Credibility</u> Glaubwürdigkeit wurde durch verschieden Datenerhebungsmethoden (Beobachtung, Interviews, Fokusgruppen) und Member checking gegeben <u>Transferability</u> In der Studie wird das Setting so gut beschrieben, dass es nachvollziehbar ist. Einzig die Angaben zu den Teilnehmern könnten genauer sein, z.B. an was für lebensbedrohliche Erkrankungen sie leiden. Hingegen ist die Rolle der vier Forscher ausführlich erklärt. <u>Dependability</u> Zuverlässigkeit ist gesichert durch eine genau beschriebene Datenerhebung und nachvollziehbare Analyse durch den Prozess des „constant comparison“ und der Kategoriencodierung <u>Comfirmability</u> Beweisbarkeit wurde den Gebrauch von reflektiven Analysen während der Datensammlung und Datenanalyse sichergestellt.</p> |
| <p>CONCLUSIONS & IMPLICATIONS Conclusions were appropriate given the study findings? <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no The findings contributed to theory development & future OT practice/ research? <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p> | <p>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? → Limitations and Bias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verzerrungen wurden durch den Gebrauch von reflektiven Analysen während der Datensammlung und Datenanalyse verhindert. • Die Anwerbung der Teilnehmer und Angaben zur Einverständniserklärung wurde nicht beschrieben <p>Forscher sprechen an, dass beim Lesen der Studie die Frage aufkommen kann, ob die Daten so manipuliert wurden, dass sie in das Framework Doing-Being-Becoming passen. Sie argumentieren, dass die Verwendung des Frameworks ihnen bei der Dateninterpretation erlaubte, ihnen ein tieferes Verständnis brachte und die Analyse bereicherte. → Klinische Wichtigkeit Studie zeigt einen anderen Blickwinkel, was das Einbinden in Betätigung für Vorteile für Menschen mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung bring. Studie betont die Wichtigkeit der Ergotherapie im Hospiz.</p> |

Rahman, H. (2000). Journey of providing care in hospice: perspectives of occupational therapists. *Qualitative Health Research*, 10(6), 806-818.

| | |
|--|--|
| <p>STUDY PURPOSE: Was the purpose and/or research question stated clearly? <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p> | <p>Outline the purpose of the study and/or research question. Das Ziel der Studie war, die Perspektiven der Ergotherapeuten in der USA, im Hinblick auf deren Rollen im Hospiz, zu untersuchen, und herauszufinden, ob ein Konflikt für Therapeuten existiert, wenn sie die Patienten, in ihrem Doppelzustand von Leben und Tod, unterstützten.</p> |
| | <p>How does the study apply to your practice and/or to your research question? Is it worth continuing this review? Zeigt aus Therapeutensicht die Rolle der Ergotherapie. Untersuchung zielte zwar auf Hospiz ab, Ergebnisse sind aber auch auf Domizilbehandlung übertragbar.</p> |
| <p>STUDY DESIGN: What was the design? <input type="checkbox"/> phenomenology <input type="checkbox"/> ethnography <input checked="" type="checkbox"/> grounded theory <input type="checkbox"/> participatory action research <input type="checkbox"/> other</p> | <p>Was the design appropriate for the study question? (i.e., rationale) Explain. Daten wurden durch einen Kodierungsprozess und einer Inhaltsanalyse untersucht, auftauchende Muster oder Themen wurden identifiziert. Erfahrungen → Phänomenologisches Design besser?</p> |

| | |
|--|---|
| | |
| | <p>Describe sampling methods used. Was the sampling method appropriate to the study purpose or research question? → Wie sind sie zu Teilnehmern gekommen</p> <p>Teilnehmer wurden nach der Verfügbarkeit untersucht. Verschieden Hospizen wurden per Brief und Telefon angefragt. Mailinglisten und Mund-zu-Mund-Propaganda wurde auch eingesetzt. Total 4 Teilnehmer konnten gefunden werden.</p> |
| | <p>Are the participants described in adequate detail? How is the sample applicable to your practice or research question? Is it worth continuing? → Spezifisch auf unsere BA-Frage bezogen</p> <p>Ergotherapeuten, die mind. ein Jahr in einem Hospiz gearbeitet haben. Arbeits Erfahrung, primäre Rollen und Arbeitsfelder wurden aufgezeigt.</p> |
| <p>Was informed consent obtained?</p> <p><input type="checkbox"/> yes</p> <p><input type="checkbox"/> no</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> not addressed</p> | <p>→ Ethische Fragen</p> |
| | |
| | <p>Describe method(s) of data analysis. Were the methods appropriate? What were the findings? → Resultate und evtl. Datenanalyse</p> <p>Zwei Themenkategorien traten in den Daten hervor: Patientenversorgung und fachliche Themen. Patientenversorgung beinhaltete die Themen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sich ermutigen und auf die Behandlung einstellen: Die Teilnehmer begannen ihre Arbeit im Hospiz damit, dass sie sich auf die Bedürfnisse der Klienten und deren Familie einstellten. Das primäre • Verlust • Arbeiten Richtung Tod • Reisen mit dem Patienten. <p>Fachliche Themen beinhalteten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Teamfähig • Nutzen der ET • Alternative Rollen |
| | |
| <p>OVERALL RIGOUR</p> <p>Was there evidence of the four components of trustworthiness?</p> <p>Credibility</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p> <p>Transferability</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p> <p>Dependability</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p> <p>Comfirmability</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p> | <p>For each of the components of trustworthiness, identify what the researcher used to ensure each. What meaning and relevance does this study have for your practice or research question? → Allgemeine Vertrauenswürdigkeit und nur spezifisch relevant für unsere Frage!</p> <p>Die Strenge der Daten wurde durch das Guba's Modell der Vertrauenswürdigkeit (Krefting, 1191) untersucht.</p> <p>Credibility: Die Glaubwürdigkeit ist durch Triangulation gegeben, da der Forscher 3 vers. Datensammlungsmethoden angewendet hat (Interview, Beobachtung, Feldtagebuch).</p> <p>Transferability: Genügende Beschreibung der Teilnehmer</p> <p>Dependability: Zuverlässigkeit wurde abgesichert durch verschiedene Messungen / Angaben der transkribierten Interviews und durch einen Umkodierungsprozess.</p> <p>Comfirmability: Beweisbarkeit wurde durch reflektive Analysen gesichert. Diese dokumentieren die Gedanken, Gefühle, Verzerrungen und vorherige Vermutungen der Forschungsmitarbeiter, welche störende Auswirkungen auf die Datenanalyse haben könnten.</p> |
| <p>CONCLUSIONS & IMPLICATIONS</p> <p>Conclusions were appropriate given the study findings?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p> <p>The findings contributed to theory development & future OT practice/ research?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p> | <p>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? → Klinische Wichtigkeit</p> <p>Die Studie hat gezeigt, dass Ergotherapeuten eine bedeutende Rolle im Hospiz haben, damit Bedürfnisse der Patienten erfüllt werden können.</p> <p>Obwohl die Ergotherapie eine wichtige Rolle im Hospiz hat, wird sie immer noch nur am Rand eingesetzt. Die Ergotherapeuten müssen sich mehr der Öffentlichkeit stellen, damit ihre Rolle und ihr Beitrag im Hospiz bekannter wird.</p> |

Reynolds, F. & Prior, S. (2006). Creative Adventures and Flow in Art-Making: a Qualitative Study of Women Living with Cancer. *British Journal of Occupational Therapy*, 69(6), 255-262.

| | |
|--|--|
| <p>STUDY PURPOSE: Was the purpose and/or research question stated clearly? <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p> | <p>Outline the purpose of the study and/or research question. Diese qualitative Studie versucht herauszufinden, ob Frauen, die mit Krebs leben und welche visuelles Kunstwerk machen, Erfahrungen assoziiert mit dem Flowgefühl beschreiben. Und falls ja, ob dieses Flowgefühl den Teilnehmerinnen half, positiver mit Krebs zu leben.</p> |
| <p>LITERATURE: Was relevant background literature reviewed? <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p> | <p>Describe the justification of the need for this study. Was it clear and compelling? In der Einführung beschreiben die Autorinnen, welche Folgen eine Krebsdiagnose haben kann und welche Ziele sich im Leben der Klienten möglicherweise ändern. Jedoch tendierten frühere Studien den potenziellen Beitrag von bedeutungsvoller Betätigung zur Erhaltung und Verbesserung des subjektiven Wohlbefindens bei Krebs auszulassen. In der Literaturreview legen die Autorinnen ausführlich den theoretischen Hintergrund der Flow-Erfahrung aus und wie dieses Gefühl Menschen mit einer lebensbedrohlichen Diagnose helfen kann. Ausserdem werden verschiedene Kriterien, welche eine Flow-Erfahrung ausmachen, dargelegt.</p> |
| | <p>How does the study apply to your practice and/or to your research question? Is it worth continuing this review? Die Teilnehmer sind Frauen mit einer lebensbedrohlichen Diagnose und es wird eine mögliche Intervention aufgezeigt und was ihr Nutzen ist. Es unterstützt die Argumentation, dass kreative Tätigkeiten in der ET mit solchen Klientinnen nützlich sind.</p> |
| <p>STUDY DESIGN: What was the design? <input checked="" type="checkbox"/> phenomenology <input type="checkbox"/> ethnography <input type="checkbox"/> grounded theory <input type="checkbox"/> participatory action research <input type="checkbox"/> other</p> | <p>Was the design appropriate for the study question? (i.e., rationale) Explain. Phänomenologische Studie, da Erfahrungen einer bestimmten Klientengruppe untersucht wird. Bei der Analyse der Interviews wird nach Codes gesucht, welche mit den Kriterien der Flow-Theorie übereinstimmen Studiendesign gut: Autorinnen wollen die Erfahrungen der Teilnehmerinnen erfahren und nicht Daten. Da auf diesem Gebiet noch nicht viel Forschung vorhanden ist, wurde eine qualitative Untersuchung gemacht, um mehr über dieses Thema zu erfahren und eine Theorie zu bilden.</p> |
| <p>Was a theoretical perspective identified? <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p> | <p>Describe the theoretical or philosophical perspective for this study e.g., researcher's perspective. Die Autorinnen stützen sich in der Literaturreview stark auf die Flow-Theorie von Csikszentmihalyi ab. Danach folgen zwei Beispiele (Drachenbootrennen und Garten-therapie), welche den Bezug zur ET und bedeutungsvoller Betätigung herstellen sollen. Die Verbindung von der Flow-Theorie zur Ergotherapie wird zu wenig dargestellt. Das Konzept der bedeutungsvollen Betätigung und warum eine kreative Aktivität gewählt wurde, wird nicht genauer erklärt.</p> |
| <p>Method(s) used: <input type="checkbox"/> participant observation <input checked="" type="checkbox"/> interviews <input type="checkbox"/> document review <input type="checkbox"/> focus groups <input type="checkbox"/> other</p> | <p>Describe the method(s) used to answer the research question. Are the methods congruent with the philosophical underpinnings and purpose? Semi-strukturierte Interviews, 60-90 Minuten Dauer. Alle wurden aufgenommen und vollständig transkribiert. Die Autorinnen argumentieren, dass diese Methode den Vorteil hat, Gemeinsamkeiten unter den Teilnehmerinnen herausgefunden werden können, jedoch auch genügend Raum für unerwartete Antworten zulässt.</p> |
| <p>SAMPLING: Was the process of purposeful selection described? <input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/> no</p> | <p>Describe sampling methods used. Was the sampling method appropriate to the study purpose or research question? Es wird beschrieben, in welchem Magazin inseriert wurde, um Teilnehmerinnen zu finden. Jedoch ist unklar, wie viele sich auf dieses Inserat gemeldet haben und ob eine Auswahl stattgefunden hat, und falls ja, warum gerade diese 10 ausgesucht wurden.</p> |
| <p>Was sampling done until redundancy in data was reached? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/> not addressed</p> | <p>Are the participants described in adequate detail? How is the sample applicable to your practice or research question? Is it worth continuing? Ja. Tabelle wäre übersichtlicher und genauer. Für unsere Frage genügend: Erwachsene mit einer lebensbedrohlicher Erkrankung.</p> |
| <p>Was informed consent obtained? <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> not addressed</p> | <p>Ethische Zulassung von der Brunel Universität.</p> |

| | |
|--|---|
| <p>DATA COLLECTION: Descriptive Clarity Clear & complete description of site: <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no participants: <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p> <p>Role of researcher & relationship with participants: <input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/> no</p> <p>Identification of assumptions and biases of researcher: <input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/> no</p> | <p>Describe the context of the study. Was it sufficient for understanding of the “whole” picture? What was missing and how does that influence your understanding of the research?</p> <p>7 Interviews wurden bei den Teilnehmerinnen zu Hause durchgeführt, 3 per Telefon. Informationen genügen, um ein Bild von der Studie zu bekommen. Allerdings werden die Teilnehmerinnen nur grob beschrieben. So werden „verschiedene Krebsdiagnosen“ erwähnt und das dies ein Vorteil für die Studie sei, jedoch nicht die einzelnen aufgelistet. Das Alter wird auch nur im Mittel aufgeführt. Des Weiteren wird nicht, welche Rolle die Forscherinnen hatten, und wer von den beiden Autorinnen welche Aufgaben ausführten.</p> |
| <p>Procedural Rigour Procedural rigor was used in data collection strategies? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/> not addressed</p> | <p>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.</p> <p>Ungenau. Es wurde nur gesagt, dass es qualitative, semi-strukturierte Interviews sind, und was die Interviews untersuchten, aber nicht, wie die Autorinnen auf die ausgewählten Fragen kamen (kein standardisiertes Interview).</p> |
| <p>DATA ANALYSES: Analytical Rigour Data analyses were inductive? <input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> not addressed</p> <p>Findings were consistent with & reflective of data? <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p> | <p>Describe method(s) of data analysis. Were the methods appropriate? What were the findings?</p> <p>Kriterien von Flow-Erfahrungen wurden kodiert und nach diesen Kodes wurde in den Interviewdaten gesucht. Die Findings sind daher nicht direkt aus den Daten entstanden, da die Ergebnisse aus den Interviews in einen vorgefertigten Rahmen aus diesen Kriterien eingefügt wurden. Die thematischen Kodierungen wurden von den Forschern gegenseitig nachgeprüft um die Beweisbarkeit zu erhöhen.</p> <p>Findings: Als erstes kurzes Résumé der Teilnehmer über die Erfahrungen mit Krebs Kategorien der Flow-Theorie: - Herausforderung: Beinahe alle Teilnehmerinnen gefiel die Kunstwerkherstellung, weil es eine andere Herausforderung darstellte, als wenn sie mit dem Krebs konfrontiert waren. - Intensive Konzentration: Die Vertiefung in ein Kunstwerk half den Teilnehmerinnen neue Fertigkeiten zu lernen und schlechte Gedanken und Ängste wegen Krebs für eine Weile zu vertreiben. - Verändertes Zeitgefühl / verlängerte Gegenwart: Während dem vertieften Arbeiten erlebten die Teilnehmerinnen ein anderes Zeitgefühl. - Reduziertes Bewusstsein der Umwelt und sich selbst: Die Teilnehmer beschrieben ein geringeres Bewusstsein über ihre Gesundheit, Schmerz, Stress oder ihrer Umgebung während den kreativen Aufgaben. Hingegen haben sie ihre Umgebung sonst in ihrem täglichen Leben mehr beobachtet und geschätzt. Entwicklung von Fertigkeiten: Fast alle Teilnehmerinnen betonten ihr Engagement mehr über ihre bevorzugte Form des Kunstwerks zu lernen und weitere Fertigkeiten zu entwickeln. Gefühl von Selbstvertrauen und Erfolg während und nach einer Aktivität: Dies stärkte den Selbstwert der Teilnehmerinnen, welche dadurch Ressourcen gewonnen haben, um mit den negativen Folgen von Krebs auf das Selbstbild umzugehen. Klare Ziele und Feedback: Kunst stellt sofort Feedback bereit, z.B. etwas Aufbauen zu sehen, der Vergleich mit anderen oder externes Feedback von Besuchern oder Familie an Ausstellungen. Klare Ziele ist die Kategorie, die nicht konkret erfüllt wurde. Wichtiger als der Nutzen für klare Ziele waren die inneren Prozesse, die durch die kreative Tätigkeit angeregt wurde. Weg ist wichtiger als Ziel, sagen Autorinnen! Weitere Aspekte, die in der Flow-Literatur zur Zeit wenig Beachtung bekommen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sinnliche Vitalität: Ein Gefühl von Lebendigkeit während der Herstellung von Kunstwerk • Flexible Ansprechbarkeit: Teilnehmerinnen betonen, dass weniger das Planen und klare Ziele wichtig sind für diese Tätigkeit, sondern das Medium intuitiv gehandhabt werden muss. • Kreatives Abenteuer: Der Herstellungsprozess wurde von den Teilnehmerinnen als ein Erlebnis für sich beschrieben. |

| | |
|---|--|
| <p>Auditability Decision trail developed? <input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> not addressed</p> <p>Process of analyzing the data was described adequately? <input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> not addressed</p> | <p>Describe the decisions of the researcher re: transformation of data to codes/themes. Outline the rationale given for development of themes. Zur Datenanalyse wurde der "template approach" genutzt. Dieser wird verwendet, um dem qualitativen Forscher die Testung die Relevanz einer vorherigen Theorie zu ermöglichen. Die Autorinnen haben diesen Ansatz als geeignet für die Forschung empfunden, weil ihr Ziel war herauszufinden in welchem Ausmass die Teilnehmerinnen in den Interviews in ihren Worten zu Flow-Erfahrungen Bezug nahmen. Daher wurde der bereits vorgefertigte Kodierungsrahmen verwendet, mit den Kriterien in der Flow-Literatur nach Csikszentmihalyi.</p> |
| <p>Theoretical Connections Did a meaningful picture of the phenomenon under study emerge? <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p> | <p>How were concepts under study clarified & refined, and relationships made clear? Describe any conceptual frameworks that emerged. Studie wurde bereits auf einem konzeptuellen Rahmen aufgebaut (Flow-Literatur). Die Ergebnisse wurden in Bezug zu dieser Theorie gesetzt um aufzuzeigen, dass die Teilnehmerinnen während der kreativen Arbeit Flow-Erfahrungen machten.</p> |
| <p>OVERALL RIGOUR Was there evidence of the four components of trustworthiness? Credibility <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Transferability <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Dependability <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Comfirmability <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p> | <p>For each of the components of trustworthiness, identify what the researcher used to ensure each.</p> <p><u>Credibility (Vertrauenswürdigkeit):</u> Die Forscher brauchten nicht lange um Daten zu sammeln, da sie nur einen Fragebogen genommen haben. Die Triangulation wurde erreicht. Memberchecking hat nicht statt gefunden</p> <p><u>Transferability (Übertragbarkeit):</u> Das Sample wurde genug ausführlich beschrieben</p> <p><u>Dependability (Abhängigkeit):</u> Der Prozess von der Datenerhebung zu den Ergebnissen wurde nicht beschrieben</p> <p><u>Comfirmability (Bestätigung):</u> Die Forscher überprüften bei der Datenanalyse gegenseitig ihre Ergebnisse und verschiedene berufliche Perspektiven, sowie die Flowtheorie wurden eingebracht.</p> |
| <p>CONCLUSIONS & IMPLICATIONS</p> <p>Conclusions were appropriate given the study findings? <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p> <p>The findings contributed to theory development & future OT practice/ research? <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p> | <p>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?</p> <p>Einige Frauen haben mit der Kunstwerkerherstellung neu angefangen oder sie intensiviert, nachdem sie die Diagnose Krebs erhalten haben. Diese Aktivitäten leisten wertvolle Möglichkeiten für Flowerfahrungen und kreative Abenteuer, welche die wahrgenommene Lebensqualität verbessert. Ausserdem kann sie die Aufmerksamkeit von Symptomen und Sorgen wegen der Krankheit verbannen. Dies hat ergotherapeutischen Wert.</p> <p>Limitations:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Samplegrösse war relativ klein und spezifisch • Durch die Freiwilligkeit waren die Probandinnen sehr motiviert • Datenanalyse |

Rose, A. (1999). Spirituality and Palliative Care: the Attitudes of Occupational Therapists. *British Journal of Occupational Therapy*. 62(7), 307-312.

| | |
|---|--|
| <p>STUDY PURPOSE: Was the purpose and/or research question stated clearly? <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p> | <p>Outline the purpose of the study and/or research question. Das Ziel von dieser Studie war, die Einstellung von Ergotherapeuten im Bezug zur Spiritualität in der Palliativmedizin zu prüfen.</p> |
| <p>LITERATURE: Was relevant background literature reviewed? <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p> | <p>Describe the justification of the need for this study. Was it clear and compelling? Der Spirituelle Nutzen (Johnston und Abraham 1995) und die Rolle der ET in der Bereitstellung von spiritueller Betreuung ist unklar (Engquist et al. 1997). Es wurde erwartet, dass die Studie zeigen sollte wie die Rolle der Spiritualität in aktuellen UK-ET ist und sollte eine Basis für weitere Forschung in diesem Gebiet darstellen. Ein Wissen über Spirituelle Dimensionen könnten uns helfen ein tieferes Verständnis für die Möglichkeit von Betätigung um Wohlbefinden und Gesundheit zu sichern (Christiansen 1997).</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>How does the study apply to your practice and/or to your research question? Is it worth continuing this review?</p> <p>Es zeigt auf wie wichtig die Spiritualität in der Ergotherapie ist. Es bezieht sich auf das alltägliche Leben und es zeigt weitere Behandlungsmöglichkeiten dar, die Ergotherapeuten in der Palliativmedizin anwenden können.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Innerhalb der ET-Literatur wird argumentiert, dass Spiritualität sich durch bedeutungsvolle Betätigung ausdrückt (Egan and DeLaat 1994, 1997; Urbanowski and Vargo 1994) • CMOP hat Spiritualität als Kernkonzept (CAOT 1997) |
| <p>STUDY DESIGN: What was the design? <input checked="" type="checkbox"/> phenomenology <input type="checkbox"/> ethnography <input type="checkbox"/> grounded theory <input type="checkbox"/> participatory action research <input type="checkbox"/> other</p> | <p>Was the design appropriate for the study question? (i.e., rationale) Explain.</p> <p>Es ist angemessen, da das Studiendesign Erfahrungen und Erlebnisse innerhalb dem Gebiet der Spiritualität untersucht und versucht wird deren Bedeutung zu verstehen.</p> |
| <p>Was a theoretical perspective identified? <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p> | <p>Describe the theoretical or philosophical perspective for this study e.g., researcher's perspective.</p> <p>Spiritualität und Religion haben einen signifikanten Einfluss auf die Gesundheit und Rehabilitation (Engquist et al 1997). Es wird angenommen, dass die Spiritualität besonders wichtig auf dem Gebiet der Palliativmedizin ist, da es bei diesen Patienten um physische und emotionale Herausforderungen geht (Stanworth 1997). Spiritualität ist nicht greifbar und schwierig zu definieren (Cawley 1997), wird oft als Synonym für Religion gehandhabt (Grey 1994), Es wurde in der ET-Literatur argumentiert, dass Spiritualität sich durch Engagement mit persönlicher und wichtiger Betätigung ausdrückt (Egan and DeLaat 1994, 1997, Urbanowski and Vargo 1994). Die Definition von Spiritualität innerhalb der ET hat sich fokussiert auf die Erfahrungsbedeutung vom alltäglichen Leben (Urbanowski and Vargo 1994). und auf die Bedeutung in unserem Leben (Egan and DeLaat 1997). Ein Wissen über Spiritualität gibt ein tieferes Verständnis für Betätigung um Gesundheit und Wohlbefinden zu verbessern (Christiansen 1997).</p> |
| <p>Method(s) used: <input type="checkbox"/> participant observation <input checked="" type="checkbox"/> interviews <input type="checkbox"/> document review <input type="checkbox"/> focus groups <input type="checkbox"/> other</p> | <p>Describe the method(s) used to answer the research question. Are the methods congruent with the philosophical underpinnings and purpose?</p> <p>Ein Fragebogen wurde per Post verschickt, um deren Meinung in Bezug zur Spiritualität innerhalb der Palliativmedizin zu erfahren.</p> |
| <p>SAMPLING: Was the process of purposeful selection described? <input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/> no</p> | <p>Describe sampling methods used. Was the sampling method appropriate to the study purpose or research question?</p> <p>60 staatlich registrierte Ergotherapeuten wurden zielgerichtet ausgewählt von der Liste HIV & AIDS, Onkologie, Palliative Pflegeausbildung (HOPE). Es ist nicht klar, warum die Forscher diese ETs ausgewählt haben.</p> |
| <p>Was sampling done until redundancy in data was reached? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/> not addressed</p> | <p>Are the participants described in adequate detail? How is the sample applicable to your practice or research question? Is it worth continuing?</p> <p>Die Teilnehmer wurden im Detail beschrieben. Da es uns interessiert was für Strategien Ergotherapeuten anwenden können und wir nicht beschrieben haben was für ETs das sein müssen, ist das Sample für uns nicht interessant.</p> |
| <p>Was informed consent obtained? <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> not addressed</p> | <p>Wurde nicht explizit beschrieben. ETs geben automatisch ihr Einverständnis durch das Zurücksenden. Der Fragebogen garantierte Vertraulichkeit und versicherte, dass alle Befragten über die gleichen Punkte befragt wurden, dadurch wurde die Auswertung erleichtert.</p> |
| <p>DATA COLLECTION: Descriptive Clarity Clear & complete description of site: <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no participants: <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p> <p>Role of researcher & relationship with participants: <input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/> no</p> <p>Identification of assumptions and biases of researcher: <input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/> no</p> | <p>Describe the context of the study. Was it sufficient for understanding of the "whole" picture?</p> <p>Kontext der Studie bezieht sich auf das Senden des Fragebogens. Durchschnittsalter, Professionsgrad, Religion, Arbeitsort Die Befragten mussten biografische und demografische Angaben machen, diese wurden aber nicht aufgelistet.</p> <p>What was missing and how does that influence your understanding of the research?</p> <p>Geschlecht der Teilnehmer</p> <p>Die Forscher selbst wurden nicht beschrieben Was genau die Ergotherapeuten für eine Rolle bei ihrer Arbeit haben.</p> |

| | |
|---|---|
| <p>Procedural Rigour Procedural rigor was used in data collection strategies? <input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> not addressed</p> | <p>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. Ein früherer strukturierter Fragebogen (beschrieben und validiert von 1997, von Knox 1992) wurde auf die Befragten innerhalb der UK angepasst. Die Änderungen versicherten dass alle Fragen vom Amerikanischen Gesundheitssystem bereitgestellt wurden. Der Fragebogen beinhaltete zwei Definitionen von Spiritualität, auf der Basis von ET-Theorie.</p> |
| <p>DATA ANALYSES: Analytical Rigour Data analyses were inductive? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/> not addressed</p> <p>Findings were consistent with & reflective of data? <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p> | <p>Describe method(s) of data analysis. Were the methods appropriate? What were the findings? Der Fragebogen beinhaltete zuerst 15 Aussagen die mit Einverstandenen/Nicht Einverstandenen angekreuzt werden musste. Danach mussten sie aufschreiben welche Berufsgruppen Spiritualität in ihrer Arbeit beinhalten sollen. Bei der dritten Frage mussten sie eine Diskussion mit Klienten starten und aufschreiben wie es gelaufen ist. Die vierte Frage beinhaltet wie die Befragten Spiritualität in ihre Arbeit mit einbeziehen. Am Schluss konnten sie noch Kommentare hinschreiben und sie wurden gefragt ob der Fragebogen ihre Meinung über Spiritualität erfragt hat.</p> |
| <p>Auditability Decision trail developed? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/> not addressed</p> <p>Process of analyzing the data was described adequately? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/> not addressed</p> | <p>Describe the decisions of the researcher re: transformation of data to codes/themes. Outline the rationale given for development of themes.</p> |
| <p>Theoretical Connections Did a meaningful picture of the phenomenon under study emerge? <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p> | <p>How were concepts under study clarified & refined, and relationships made clear? Describe any conceptual frameworks that emerged Spirituelle Gefühle können durch die Krankheit blockiert werden, die Krise wird grösser und der Patient wird gezwungen, die Bedeutung für das Leben zu finden (Egan and DeLaat 1994). Spiritualität wird erfahren durch alltägliche Aktivitäten und das spirituelle Ziel in der Ergotherapie ist der Sinn des Lebens zu finden (Urbanowsky and Vargo 1994). Spirituelle Aufgaben könnten die Individuen befähigen, um bedeutungsvolle Aktivitäten zu machen und eine Verbindung zwischen Vergangenheit und Zukunft durch Betätigung herzustellen (Egan and DeLaat 1997, Howard and Howard 1997).</p> |
| <p>OVERALL RIGOUR Was there evidence of the four components of trustworthiness? Credibility <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Transferability <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Dependability <input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/> no Confirmability <input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/> no</p> | <p>For each of the components of trustworthiness, identify what the researcher used to ensure each. What meaning and relevance does this study have for your practice or research question? <u>Credibility (Glaubwürdigkeit):</u> Die Forscher brauchten nicht lange um Daten zu sammeln, da sie nur einen Fragebogen genommen haben. Triangulierung hat durch das einbeziehen vieler Theorien stattgefunden. Memberchecking wurde nicht durchgeführt. <u>Transferability (Übertragbarkeit):</u> Ausführliche Beschreibung der TN; purposive sample <u>Dependability (Abhängigkeit):</u> Der Prozess von der Datenerhebung zu den Ergebnissen (Datenanalyse) wurde nicht beschrieben. <u>Confirmability (Bestätigung):</u> Keine Strategien bekannt, um Bias zu limitieren.</p> |
| <p>CONCLUSIONS & IMPLICATIONS Conclusions were appropriate given the study findings? <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p> <p>The findings contributed to theory development & future OT practice/ research? <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p> | <p>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? Spiritualität hat eine wichtige Position im Leben und der Arbeit von vielen Ergotherapeuten in dieser Studie. Der Hauptteil der Befragten stimmte zu, dass Spiritualität eine wichtige Rolle im alltäglichen Leben und der Arbeit und ein wichtiger Aspekt für Gesundheit und Therapie spiel. Viele stimmten zu, das Therapeuten spirituelle Aktivitäten in die Therapie mit einzubeziehen. In dieser Studie haben viele Befragte beschrieben, dass sie Spiritualität durch Diskussion und Aktives Zuhören mit einbeziehen. Ebenso haben viele beschrieben, dass die Schule ihnen nicht viel geholfen haben die spirituellen Dilemmas zu beheben. Es ist ein allgemeiner Wunsch für weiteres Training.</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>Limitations Kleine Stichprobengröße ET's konnten aufgrund der Struktur beeinflusst worden sein, nicht alles Wissen könnte gesagt worden sein → Einige schrieben sie möchten die Fragen später diskutieren Nächste Studie: Ist Ansatz valid und hilfreich für ET? Diese Studie zeigt, dass Unsicherheit unter den Befragten ist welches aufzeigt, dass Klarheit in diesem Gebiet fehlt. Ein tieferes Verständnis könnte für eine Entwicklung von Richtlinien wo Spiritualität innerhalb ET in UK beinhaltet beitragen.</p> |
|--|--|

Vockins, H. (2004). Occupational therapy intervention with patients with breast cancer: a survey. *Euro-pean Journal of cancer Care* 13, 45 – 52.

| | |
|--|---|
| <p>STUDY PURPOSE: Was the purpose and/or research question stated clearly? <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p> | <p>Outline the purpose of the study and/or research question. Umfrage untersucht, welche Behandlungen Ergotherapeuten in einem spezialisierten Krebszentrum anwenden und wie viel Zeit sie für die verschiedenen Interventionen brauchen.</p> |
| | <p>How does the study apply to your practice and/or to your research question? Is it worth continuing this review? Lebensbedrohliche Erkrankung, Betätigungsperformanz in den verschiedenen Bereichen (ATL, Arbeit, Freizeit), zeigt Strategien auf, Rolle der ET im multidisziplinären Team, verbindet verschiedene Studien die wir lesen</p> |
| <p>STUDY DESIGN: What was the design? <input type="checkbox"/> phenomenology <input type="checkbox"/> ethnography <input type="checkbox"/> grounded theory <input type="checkbox"/> participatory action research <input checked="" type="checkbox"/> other</p> | <p>Was the design appropriate for the study question? (i.e., rationale) Explain. Survey: Forschungen die auf Umfragen basieren, werden benutzt, um deskriptive Forschung zu beantworten während sie eine Momentaufnahme von einer Anzahl Variablen (oder Interessensgebiete) für eine bestimmte Population (oder Gruppe von Menschen) zu einem bestimmten Zeitpunkt erzeugen.</p> |
| <p>SAMPLING: Was the process of purposeful selection described? <input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/> no</p> | <p>Describe sampling methods used. Was the sampling method appropriate to the study purpose or research question? → Wie sind sie zu Teilnehmern gekommen Es wird nicht beschrieben, wie die Autorin zu den 5 Ergotherapeuten kommt.</p> |
| | <p>Are the participants described in adequate detail? How is the sample applicable to your practice or research question? Is it worth continuing? → Spezifisch auf unsere BA-Frage bezogen Sample = 5 Ergos in einem spezialisierten Krebszentrum wurden befragt, inkl. Ausbildungsstand. Für 21 Patientinnen wurde das Protokoll ausgefüllt. Patientinnen sind in verschiedenen alt (33-75), ambulant oder stationär, mit Metastasen oder 1. Diagnose. Metastasen (17) und stationärer Aufenthalt (16) korrelieren miteinander.</p> |
| <p>Was informed consent obtained? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/> not addressed</p> | <p>→ Ethische Fragen In der Studie wird nicht beschrieben, ob die Patienten einwilligten.</p> |
| | <p>Describe method(s) of data analysis. Were the methods appropriate? What were the findings? → Resultate und evtl. Datenanalyse Datenanalyse nur in %, Resultate: ETs wenden die meiste Zeit damit auf, administrative Aufgaben zu erledigen und Berichte zu schreiben (19%). Viel Zeit beanspruchte ebenfalls die Durchführung eines Aufklärungsprogramms „Lernen mit Krebs zu leben“ (14%). Weitere hohe Zeitansprüche stellt der Kontakt und / oder die Überweisung mit den sozialen Diensten (Sozialarbeit, RS-Service, Hospiz, Spitex etc.) (14%), sowie multidiszi-</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>plinäre Treffen und der Kontakt mit dem Spitalpersonal (12%).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patienten mit 1. Diagnose + ambulant <ul style="list-style-type: none"> ○ Aufklärungsprogramm ○ Entspannung-/Angst- und Atemmanagement ○ Berichte und Administration • Patienten mit Metastasen + stationär <ul style="list-style-type: none"> ○ Berichte und Administration ○ Multidisziplinäre Treffen ○ Meiste Zeit für "direkte" Interventionen mit Erstinterviews und RS-Abklärung und Versorgung <p>Es wurde keine Zeit für Heimabklärung erfasst (0%).</p> |
| | |
| | |
| <p>CONCLUSIONS & IMPLICATIONS</p> <p>Conclusions were appropriate given the study findings? <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p> <p>The findings contributed to theory development & future OT practice/ research? <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p> | <p>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? → Limitations und Bias</p> <p>Conclusion.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Zeitaufnahme von Interventionen, welche von ETs in einem spezialisierten Krebszentrum angewendet werden. ○ Schafft ein Sprungbrett für Diskussionen für Weiterentwicklung des Service → Casemanagement? ○ Es ist erforderlich, immer wieder zu evaluieren, was für diese grosse Patientengruppe von Bedeutung ist und die Behandlung dementsprechend anzupassen. <p>Klinische Relevanz:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Autorin deutet an, dass die Zeit für andere Interventionen durch die viele Papierarbeit (Administration, Berichte, etc.) reduziert wurde. ○ Überraschend ist, dass bei den Resultaten in dieser Umfrage keine Zeit für die Heimabklärung aufgewendet wurde (0%). Obwohl man herausfand, dass gerade für metastasierende Diagnosepatienten ein komplexerer Entlassungsplan benötigt wird. Diese sind oft weniger selbstständig und mobil als ambulante Patientinnen mit Erstdiagnose, und brauchen daher mehr Unterstützung um wieder nach Hause gehen zu können. <p>Limitation:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Nur kurzes Zeitfenster (1 Monat) → nur eine Momentaufnahme und daher nicht repräsentativ ○ Anhaltspunkte, um Vertrauenswürdigkeit zu gewährleisten, sind wenig beschrieben. <p>Trotzdem gut weil:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Liste der Interventionen stützt sich auf vorhergehende Literatur und wurde nach der Diskussion mit anderen Ergotherapiekollegen weiterentwickelt. ○ Umfrage hatte zum Ziel, dass der Zeitaufwand für die verschiedenen Interventionen herausgefunden wird → wurde gemacht (zu wenig lang...) ○ Interventionen werden in Zusammenhang mit der Betätigungsperformanz gebracht ○ Übersichtliche Darstellung, verständlich ○ Theoretischer Hintergrund und KB dargelegt. |

Vrkljan, B. & Miller-Polgar, J. (2001). Meaning of occupational engagement in life-threatening illness: a qualitative pilot project. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 68(4), 237-246.

| | |
|--|---|
| <p>STUDY PURPOSE:</p> <p>Was the purpose and/or research question stated clearly? <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p> | <p>Outline the purpose of the study and/or research question.</p> <p>Ziel der Studie von Vrkljan & Miller-Polgar (2001) war, Betätigung und ihre Bedeutung für lebensbedrohlich erkrankte Menschen zu untersuchen.</p> |
| | <p>How does the study apply to your practice and/or to your research question? Is it worth continuing this review?</p> |

| | |
|---|---|
| | Krebspatienten, Bedeutung der Betätigung wird untersucht |
| STUDY DESIGN: What was the design? <input type="checkbox"/> phenomenology <input type="checkbox"/> ethnography <input checked="" type="checkbox"/> grounded theory <input type="checkbox"/> participatory action research <input type="checkbox"/> other | Was the design appropriate for the study question? (i.e., rationale) Explain. Ja, da gefragt wird, wie Klienten etwas erleben, dabei versuchten sie gemeinsame Themen herauszufinden und zu kodieren mit Hilfe einer konstanten Vergleichsanalyse |
| SAMPLING: Was the process of purposeful selection described? <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no | Describe sampling methods used. Was the sampling method appropriate to the study purpose or research question? → Wie sind sie zu Teilnehmern gekommen Angeworben anhand Snowball sample of convenience |
| | Are the participants described in adequate detail? How is the sample applicable to your practice or research question? Is it worth continuing? → Spezifisch auf unsere BA-Frage bezogen Drei Frauen mit Brustkrebs, Alter, Behandlung, Familie, Arbeit |
| Was informed consent obtained? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/> not addressed | → Ethische Fragen |
| | Describe method(s) of data analysis. Were the methods appropriate? What were the findings? → Resultate und evtl. Datenanalyse Die Ergebnisse der Studie zeigen auf, dass sich Menschen mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung durch bedeutungsvolle Betätigung als fähig und gesund erleben können. Bedeutungsvolle Betätigung und tägliche Routine gibt Bestätigung „am leben zu sein“ gab und dass das Leben auch mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung weitergeht. Es wird betont, dass es wichtig ist, Betätigungen, die vor der Diagnose von Bedeutung waren, auch danach weiterführen zu können und sie eine Quelle von Motivation, Zufriedenheit und Ablenkung von Krankheit und Zukunftsängsten bietet. Durch die Behandlung und die Nebenwirkungen ist es wichtig, dass verschiedene Anpassungen an Aktivitäten und Umwelt vorgenommen werden, damit die tägliche Routine aufrechterhalten werden kann. |
| OVERALL RIGOUR Was there evidence of the four components of trustworthiness? Credibility <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Transferability <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Dependability <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Comfirmability <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no | For each of the components of trustworthiness, identify what the researcher used to ensure each. What meaning and relevance does this study have for your practice or research question? → Allgemeine Vertrauenswürdigkeit und nur spezifisch relevant für unsere Frage! Die Vertrauenswürdigkeit wird z.B. durch Memberchecking, regelmässiges Diskutieren und Reflektieren, sowie genügende Beschreibung der Teilnehmer und „snowball sample“ gegeben. |
| CONCLUSIONS & IMPLICATIONS Conclusions were appropriate given the study findings? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no The findings contributed to theory development & future OT practice/ research? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no | 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? → Limitations and Bias Es wird jedoch unzureichend beschreiben, was mit den Schwierigkeiten mit bedeutungsvoller Betätigung gemeint ist. Es stellt sich die Frage, ob die Störung der Betätigung aufgrund physisch oder physischen Faktoren aufgetreten ist. Zudem sind wegen der Sampel Auswahl (Snowball sample of convenience) die Ergebnisse nicht repräsentativ und es wurden ebenso nur 3 Klientinnen mit der Diagnose Brustkrebs befragt. → Klinische Wichtigkeit Die Studie ist für diese Literaturübersicht sehr relevant, da alle Phasen (vor Diagnose der lebensbedrohlichen Erkrankung, Diagnosestellung, während und nach der Behandlung) berücksichtigt wurden. |

Critical Review Form – Quantitative Studies

©Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L. Bosch, J., & Westmorland, M.
[McMaster University](#)

- Adapted Word Version Used with Permission -

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

Gitlin, L. N., Hauck, W. W., Winter, L., Dennis, M. & Schulz, R. (2006). Effect of an In-Home Occupational and Physical Therapy Intervention on Reducing Mortality in Functionally Vulnerable Older People: Preliminary Findings. *JAGS*, 54, 950-955.

| | |
|---|--|
| <p>STUDY PURPOSE</p> <p>Was the purpose stated clearly?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> | <p>Outline the purpose of the study. How does the study apply to your research question?</p> <p>Evaluation des Effekts einer Multi-Komponenten Intervention (Domizilbehandlung durch Ergotherapie und Physiotherapie) auf die Sterblichkeit und die Rolle von kontrollorientierten Strategien als Veränderungsmechanismus und Schutz vor Mortalität.</p> <p>Zeigen Strategien auf, um Mortalität bei älteren Menschen, die meist auch chronisch krank und funktionell beeinträchtigt sind, zu reduzieren.</p> |
| <p>LITERATURE</p> <p>Was relevant background literature reviewed?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> | <p>Describe the justification of the need for this study:</p> <p>In der Einführung wird beschrieben wie die Reduktion des funktionellen Status eine der Hauptfolgen von chronischen Krankheiten ist und wie sich das auf eine schlechtere Lebensqualität und höhere Gesundheitskosten auswirkt. Daher ist die Entwicklung und Testung von Interventionen, die diesen funktionellen Konsequenzen für chronisch Kranke entgegenwirken von grosser Bedeutung für die öffentliche Gesundheitsvorsorge. Bisher fokussierten die Ergebnisse der Studien, die sich mit der Funktionellen Reduktion beschäftigten, wenig auf das Risiko der Mortalität.</p> |
| <p>DESIGN</p> <p><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>Describe the study design. Was the design appropriate for the study question? (e.g., for knowledge level about this issue, outcomes, ethical issues, etc.):</p> <p>Zwei-Gruppen Randomisierung mit Überlebensrate innerhalb 14 Monaten. 319 funktionell gefährdete Erwachsene über 70 Jahre alt.</p> <p>Ist das Studiendesign ethisch vertretbar? Personen in der Kontrollgruppe bekamen keine Behandlung. Nur Sterberate wurde untersucht.</p> <p>Specify any biases that may have been operating and the direction of their influence on the results:</p> <p>Bias in der Interventionsgruppe: Aufmerksamkeit und sozialer Kontakt mit Gesundheitspersonal könnte einen Einfluss gehabt haben. Ausserdem kann das Gesundheitspersonal schneller akute medizinische Probleme entdecken und eine Behandlung empfehlen, so dass die Teilnehmer in der Interventionsgruppe eher Hilfe aufsuchen. Freiwilligkeit?</p> |
| <p>SAMPLE</p> <p>N = 319</p> <p>Was the sample described in detail?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>Was sample size justified?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A</p> | <p>Sampling (who; characteristics; how many; how was sampling done?) If more than one group, was there similarity between the groups?</p> <p>319 Erwachsene über 70 Jahre alt, kognitiv ok. (MMS > 23), Englisch sprechend, erhielten keine ET oder PT zu Hause und funktionell gefährdet (= brauchen Hilfe bei zwei IADLs und haben Schwierigkeiten bei der Durchführung einer ADL oder haben einen oder mehr Stürze innerhalb einem Jahr vor der Studie erlebt.</p> <p>Teilnehmer wurden nach Rasse und Lebensweise geschichtet. Randomisierung wurde vom Projektmanager vorgenommen und es wurden „random permutet blocks“ verwendet.</p> <p>Describe ethics procedures. Was informed consent obtained?</p> <p>Schriftliche Einverständniserklärung wurde gegeben Es wurde kein Ethikkomitee konsultiert.</p> |

| | | | |
|--|---|---|---|
| <p>OUTCOMES</p> <p>Were the outcome measures reliable?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Were the outcome measures valid?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Not addressed</p> | <p>Specify the frequency of outcome measurement (i.e., pre, post, follow-up): Baseline, nach Intervention und Follow-up. Teilnehmer wurden nach 6 und 12 Monaten interviewt. Mortalität wurde nach 14 Monaten untersucht.</p> <table border="1" data-bbox="496 271 1404 517"> <tr> <td data-bbox="496 271 954 517"> <p>Outcome areas: Health and Physical Funktion Mortalität (über 14 Monate) Anwendung von kontrollorientierten Strategien</p> </td> <td data-bbox="954 271 1404 517"> <p>List measures used.: Selbsteinschätzung ADL/IADL Follow – up - Interview 8-Item rating und 4-Punkte Skala</p> </td> </tr> </table> | <p>Outcome areas: Health and Physical Funktion Mortalität (über 14 Monate) Anwendung von kontrollorientierten Strategien</p> | <p>List measures used.: Selbsteinschätzung ADL/IADL Follow – up - Interview 8-Item rating und 4-Punkte Skala</p> |
| <p>Outcome areas: Health and Physical Funktion Mortalität (über 14 Monate) Anwendung von kontrollorientierten Strategien</p> | <p>List measures used.: Selbsteinschätzung ADL/IADL Follow – up - Interview 8-Item rating und 4-Punkte Skala</p> | | |
| <p>INTERVENTION</p> <p>Intervention was described in detail?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Contamination was avoided?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Not addressed <input type="checkbox"/> N/A</p> <p>Cointervention was avoided?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Not addressed <input type="checkbox"/> N/A</p> | <p>Provide a short description of the intervention (focus, who delivered it, how often, setting). Could the intervention be replicated in practice?</p> <p>Kontrollorientierte Strategien: Teilnehmer wurden darin trainiert, Umweltmodifikationen, Verhaltenstrategien und kognitive Strategien anzuwenden, um ihre Durchführung zu optimieren und für ihre abnehmenden Fertigkeiten zu kompensieren. ET traf sich mit den Teilnehmern zu Hause über 6 Monate hinweg für 4 Besuche und ein telefonischer Kontakt. PT traf sich mit den Teilnehmern für eine 90-minütige Einheit und über die 6 Monate hinweg bekamen die Teilnehmer 3 weitere Telefonanrufe, um die Strategien zu bekräftigen.</p> <p>Nach 10 Monaten fand ein letztes Treffen statt, um die Intervention zu beenden.</p> | | |
| <p>RESULTS</p> <p>Results were reported in terms of statistical significance?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Were the analysis method(s) appropriate?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed</p> | <p>What were the results? Were they statistically significant (i.e., $p < 0.05$)? If not statistically significant, was study big enough to show an important difference if it should occur? If there were multiple outcomes, was that taken into account for the statistical analysis?</p> <p>Teilnehmer der Intervention haben eine Mortalität von 1% gezeigt, verglichen mit 10% in der Kontrollgruppe. ($P = .003$, confidence interval 95%).</p> <p>An der Baseline haben die Teilnehmer, die während der Studie starben, höhere Werte für die Spitalaufenthaltszeit und niedrigere Anwendung von den kontrollorientierten Strategien. Keiner der Interventionsteilnehmer mit vorherigem Spitalaufenthalt starb, während in der Kontrollgruppe 21% von diesen starben ($P = .001$).</p> <p>Grosse Signifikanz bei den kontrollorientierten Strategien hat das Item „willingness to make home modifications“ aufgezeigt.</p> | | |
| <p>Clinical importance was reported?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed</p> | <p>What was the clinical importance of the results? Were differences between groups clinically meaningful? (if applicable)</p> <p>ET und PT können funktionelle Schwierigkeiten verbessern und damit die Sterblichkeit von älteren Menschen reduzieren. Kontrollorientierte Strategien haben einen protektiven Effekt. Daher ist es wichtig, älteren Menschen diese durch befähigte Interventionen beizubringen.</p> | | |
| <p>Drop-outs were reported?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> | <p>Did any participants drop out from the study? Why? (Were reasons given and were drop-outs handled appropriately?)</p> <p>34 (11%) 14 sind gestorben (8 unbekannt, 2 Krebs, 1 Emphysem, 1 Herzversagen, 1 Sepsis, 1 Lungenentzündung) 20 leben (Pflegeheim, Spital, Unzufriedenheit mit der Studie, nicht erreichbar für Re-Assessment)</p> | | |
| <p>CONCLUSIONS AND IMPLICATIONS</p> <p>Conclusions were appropriate given study methods and results</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> | <p>What did the study conclude? What are the implications of these results for practice? What were the main limitations or biases in the study?</p> <p>Das Mortalitätsrisiko bei älteren Menschen die funktionell gefährdet sind nimmt durch die Multi-Komponenten Intervention ab. Diese beinhalten Strategien für die Erhöhung zur Kontrolle über das tägliche Leben in dem Verhaltensmodifikationen, kognitive Strategien und die physikalisch Umwelt angepasst werden.</p> <p>Die Sterblichkeit innerhalb einem Jahr nach Studienbeginn war in der Kontrollgruppe 9-mal höher als in der Interventionsgruppe.</p> | | |

| | |
|--|---|
| | <p>Limitations: Todesursache war nicht allgemein bekannt. Forscher begründen, dass Todesursache nicht unbedingt wichtig für das Verständnis der Ergebnisse ist → für uns ist es jedoch nicht klar, welcher Einfluss die funktionellen Schwierigkeiten auf die Mortalität hat, was eigentlich wichtig wäre. Selbsteinschätzung anstatt beobachtbare Messung von Funktion wurde in der Studie benutzt.</p> |
|--|---|

Harrison-Paul, J. & Drummond, A. (2006). A Randomised Controlled Trial of Occupational Therapy in Oncology: Challenges in Conducting a Pilot Study. *British Journal of Occupational Therapy*, 69(3), 130-133.

| | | |
|---|--|---|
| <p>STUDY PURPOSE Was the purpose stated clearly? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> | <p>Outline the purpose of the study. How does the study apply to your research question? Diese Studie hatte zum Ziel, zu identifizieren ob durch Ergotherapie, die Laune, das Müdigkeitsmanagement und die Durchführung der Aktivitäten des täglichen Lebens von ambulanten Onkologiepatienten verbessert wird. → Onkologiepatienten, Wirkung von Ergotherapie</p> | |
| <p>LITERATURE Was relevant background literature reviewed? <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No</p> | <p>Describe the justification of the need for this study: Die Autoren beschreiben, dass keine Literatur vorhanden ist. In diesem Bereich gäbe es jedoch genügend Literatur, um den Hintergrund auszu-leuchten.</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>Describe the study design. Was the design appropriate for the study question? (e.g., for knowledge level about this issue, outcomes, ethical issues, etc.) Es gab eine Behandlung- und Kontrollgruppe (bekamen keine ET). Die Autoren beschreiben, dass wenig Literatur über das Thema vorhanden ist, darum ist das Studiendesign nicht passend. Möglichkeiten wären:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eine Qualitative Studie • Vorher-Nachherstudie <p>Specify any biases that may have been operating and the direction of their influence on the results: Co-Intervention: wäre möglich, ist aber nicht erwähnt. Die Kontrollgruppe bekam zwar keine ET, ausser sie hätten dieses vielleicht vom statutory service bekommen. Viele Informationen, um die Verzerrungen beurteilen zu können, fehlen.</p> | |
| <p>SAMPLE N = 20 Was the sample described in detail? <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No Was sample size justified? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A</p> | <p>Sampling (who; characteristics; how many; how was sampling done?) If more than one group, was there similarity between the groups? Die Teilnehmer waren ambulante Patienten aus zwei Kliniken (Lunge und Leber). Die Autoren geben aus Grund an, dass diese Krebsarten oft unheilbar, progressiv und behindernd sind. Die Autoren beschrieben, dass das einzige Aufnahmekriterium war, dass die Teilnehmer in einer dieser Kliniken behandelt wurde und nicht ausserhalb des Einzugsgebiets wohnen durften. Die Autoren begründeten, dass ihre Auswahl so unspezifisch war mit dem Nicht-Vorhandensein von Literatur. Describe ethics procedures. Was informed consent obtained? Ethisches Einverständnis wurde vom Ethik Komitee gegeben. Einverständniserklärung wurde von den Teilnehmern unterschrieben.</p> | |
| <p>OUTCOMES Were the outcome measures reliable? <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed Were the outcome measures valid? <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed</p> | <p>Specify the frequency of outcome measurement (i.e., pre, post, follow-up): Statistische Tests konnten wegen der zu kleinen Anzahl nicht durchgeführt werden. Baseline Assessment, erneute Untersuchung nach 6 und nach 12 Wochen</p> <p>Outcome areas: Stimmung, Müdigkeitsmanagement, Durchführung der Aktivitäten des täglichen Lebens, Patientenziele. Lebensqualität und erweiterte Aktivitäten des täglichen Lebens (Wieso erst nach 6 und 12 Wochen?) → die Outcome areas sind für die ergotherapeutische Praxis geeignet</p> | <p>List measures used.: General Health Questionnaire (Die verkürzte 12-Punkte-Version wurde benutzt), Fatigue Assessment Instrument (wurde vorher schon bei chronisch und terminalkranken Patienten angewendet, ist relativ schnell und einfach bei der Durchführung), Barthel Index (wurde gebraucht, um die Fähigkeiten des Patienten sammeln) SF-36, Nottingham EADL</p> |

| | |
|--|--|
| <p>INTERVENTION</p> <p>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 type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Not addressed <input type="checkbox"/> N/A</p> <p>Cointervention was avoided? <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed <input type="checkbox"/> N/A</p> | <p>Provide a short description of the intervention (focus, who delivered it, how often, setting). Could the intervention be replicated in practice?</p> <p>Die Patienten in der Behandlungsgruppe bekamen mind. 5 ET- Therapieeinheiten, welche individuelle Probleme, sowie allgemeine Probleme behandelten. Weitere Einheiten wurden durchgeführt, wenn diese angebracht waren, max. 7 Therapieeinheiten. In den Einheiten wurden die Assessments durchgeführt, sowie Umgang mit Müdigkeit und Angst angesprochen und Hilfsmaterial wenn nötig bereitgestellt. In der letzten Therapieeinheit fand die Evaluation statt</p> <p>Mit ergotherapeutischem Fachwissen im Hintergrund können die Interventionen in der Praxis gut umgesetzt werden.</p> |
| <p>RESULTS</p> <p>Results were reported in terms of statistical significance? <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Were the analysis method(s) appropriate? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Not addressed</p> | <p>What were the results? Were they statistically significant (i.e., $p < 0.05$)? If not statistically significant, was study big enough to show an important difference if it should occur? If there were multiple outcomes, was that taken into account for the statistical analysis?</p> <p>Es gab keine relevanten Resultate und deshalb auch keine statistische Auswertung. Die Autoren begründen dies zum einen damit, dass fast die Hälfte der Patienten gestorben sind, einen Rückzieher gemacht haben oder nicht für die beiden Follow up - Assessments erreichbar waren (11 Pat. Nach 6 Wo und 7 Pat. Nach 7 Wo). Zudem gab es sehr viele inkomplette Assessments.</p> |
| <p>Clinical importance was reported? <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed</p> | <p>What was the clinical importance of the results? Were differences between groups clinically meaningful? (if applicable)</p> <p>Keine klinische Relevanz, aber dennoch ermutigendes Feedback für die behandelnden Therapeuten. Patienten und Hilfspersonen gewannen durch den regelmässigen Kontakt Trost.</p> |
| <p>Drop-outs were reported? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> | <p>Did any participants drop out from the study? Why? (Were reasons given and were drop-outs handled appropriately?)</p> <p>Fast die Hälfte der Patienten starben, haben einen Rückzieher gemacht oder waren nicht für die beiden Follow up - Assessments erreichbar (11 Pat. nach 6 Wo und 7 Pat. nach 7 Wo).</p> |
| <p>CONCLUSIONS AND IMPLICATIONS</p> <p>Conclusions were appropriate given study methods and results <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No</p> | <p>What did the study conclude? What are the implications of these results for practice? What were the main limitations or biases in the study?</p> <p>Keine Schlussfolgerung möglich, da Resultate nicht verwertbar waren.</p> <p>In der Diskussion wurden folgenden Punkten von den Autoren erwähnt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ein Onkologe wäre für die Studie nötig gewesen, der von der Studie überzeugt war, um mehr Teilnehmer gewinnen zu können. • Viele Patienten wollten nicht an der Studie teilnehmen, weil sie sich entweder zu gesund oder zu krank gefühlt haben, um ET zu erhalten. Um die Hintergründe zu erfahren ist mehr qualitative Forschung nötig → Unsere Literaturreview ist darum sinnvoll, um aufzeigen wo ET angebracht ist. • Onkologie und Pallativpflege sind herausfordernde Forschungsgebiete, da es schwer ist Daten zu sammeln und randomisieren → anderes Design? <p>Limitation und Bias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zu kleine Samplegrösse für RCT • Die Dauer der Studie war zu kurz, um genügend Informationen zu erhalten • Die Zeitabstände der Follow-up – Assessments waren zu lang, da die Patienten zu krank oder zu unwillig waren → Fraglich ob nicht zu terminale Patientengruppe? • Die Institutionen, von welchen sie die Teilnehmer gefunden haben, wurde nicht sinnvoll ausgesucht (neues Team, grosses regionales Akutspital) |

Lee, W. T. K., Chan, H. F. & Wong, E. (2005). Improvement of feeding independence in end stage cancer patients under palliative care – a prospective, uncontrolled study. *Supportive Care in Cancer*, 13(12), 1051-1056.

| | |
|--|---|
| <p>STUDY PURPOSE Was the purpose stated clearly?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> | <p>Outline the purpose of the study. How does the study apply to your research question? Die Studie hat zum Ziel, die Wirksamkeit von ET in der Förderung von Essensunabhängigkeit bei Krebspatienten im Endstadium in der Palliativmedizin zu evaluieren.</p> |
| <p>DESIGN <input type="checkbox"/> Randomized (RCT) <input type="checkbox"/> cohort <input type="checkbox"/> single case design <input checked="" type="checkbox"/> before and after <input type="checkbox"/> case-control <input type="checkbox"/> cross-sectional <input type="checkbox"/> case study</p> | <p>Describe the study design. Was the design appropriate for the study question? (e.g., for knowledge level about this issue, outcomes, ethical issues, etc.): RCT könnte Signifikanz besser aufzeigen, jedoch unethisch, da Kontrollgruppe keine Behandlung bekäme.</p> |
| <p>SAMPLE N = 36 Was the sample described in detail? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>Was sample size justified? <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A</p> | <p>Sampling (who; characteristics; how many; how was sampling done?) If more than one group, was there similarity between the groups? → Spezifisch auf unsere BA-Frage bezogen! Klienten im Endstadium Krebs</p> <p>Describe ethics procedures. Was informed consent obtained? - Patienten wurden an die ET verwiesen, es wurde nicht beschrieben, ob eine Einverständniserklärung gegeben wurde. + Es wurde kein RCT durchgeführt, da es als unethisch bewertet wurde einer Patientengruppe keine Behandlung zukommen zu lassen.</p> |

| | | | |
|--|---|---|--|
| <p>OUTCOMES Were the outcome measures reliable? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Were the outcome measures valid? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Not addressed</p> | <table border="1"> <tr> <td data-bbox="502 1093 965 1413"> <p>Outcome areas: Essen-Selbstständigkeit Funktioneller Status</p> </td> <td data-bbox="965 1093 1398 1413"> <p>List measures used.: Fünf-Punkte Skala Barthel Index</p> </td> </tr> </table> | <p>Outcome areas: Essen-Selbstständigkeit Funktioneller Status</p> | <p>List measures used.: Fünf-Punkte Skala Barthel Index</p> |
| <p>Outcome areas: Essen-Selbstständigkeit Funktioneller Status</p> | <p>List measures used.: Fünf-Punkte Skala Barthel Index</p> | | |
| | <p>Provide a short description of the intervention (focus, who delivered it, how often, setting). Could the intervention be replicated in practice? → nur Strategien! Strategien zur Förderung der Essensunabhängigkeit:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Bei Ungeeignete Positionierung des Rumpfes und der oberen Extremitäten: Hilfsmittelbereitstellung zur Stütze, Anpassen der Position und Orientierung zum Essenstablett, Winkel und Höhe des Bettes adaptieren ○ Bei Einhändigkeit: Spezielles Geschirr, Gabelähnlicher Löffel ○ Obere Extremitäten Einschränkung: Unterarmstütze, Schiene ○ Bei schwacher Essutensilien-Handhabung: Löffel mit erweit. Griff, Löffelhalter ○ Bei psychologischer Abhängigkeit: Ermächtigung und Vorteile von Selbstkontrolle betonen <p>Behandlungsmodalitäten für das Essen beinhalten normalerweise Hilfsmittel zum Essen, Positionierungstechniken, Haltungshilfsmittel, Orthesen und Energieerhaltungstechniken. In der Studie wurden die Strategien zur richtigen Positionierung am häufigsten benutzt (58%) und waren am erfolgreichsten (71%). Inkorrekte Positionierung stellte effektiv die grösste Barriere für das selbstständige Essen dar. Die Bereitstellung von angemessenen Hilfsmittel für das Essen wurde als zweithäufigste Strategie genutzt (25%), welche den Klienten halfen Hand- und / oder Koordinationsprobleme beim Essen zu beheben. Auch diese Intervention kam zu einem wirksamen Ergebnis (67%). Der Erfolg der Behandlung war abhängig von Wille des Patienten die Essschwierigkeiten zu überwinden, wiederholte Beobachtung und Kontrollgänge während des Essens, sowie gut Zusammenarbeit zwischen Ergotherapeuten, Betreuern und Spitalpersonal.</p> | | |

| | |
|--|---|
| <p>RESULTS Results were reported in terms of statistical significance? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Were the analysis method(s) appropriate? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed</p> | <p>What were the results? Were they statistically significant (i.e., $p < 0.05$)? If not statistically significant, was study big enough to show an important difference if it should occur? If there were multiple outcomes, was that taken into account for the statistical analysis? → Kurz und relevant! Signifikante Verbesserung bei 67% der Klienten zwischen Baseline und der 1. Woche ($P < 0.0001$). Hingegen gab es keine signifikante Unterschiede in der Essunabhängigkeit zwischen Woche 1 und 2 ($P=0.246$) und Woche 1 und 3 ($P=0.165$). Jedoch wurde die Verbesserung bis zur Woche 3 bei den meisten aufrechterhalten.</p> |
| <p>Clinical importance was reported? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Not addressed</p> | <p>What was the clinical importance of the results? Were differences between groups clinically meaningful? (if applicable) Die Unselbstständigkeit im Essen bestärkt den Patienten im Gefühl der Abhängigkeit und Nutzlosigkeit, einfach im Bett zu liegen und auf die Hilfe von anderen für alle ADL zu warten. Einerseits kann der Klient in seiner Würde verletzen, andererseits bedeutet es auch eine erhöhte Arbeitsauslastung für das Spitalpersonal und die Betreuer. Die Studie zeigt auf, dass die ET hierbei eine wichtige Rolle spielt, um Krebspatienten im Endstadium Selbstständigkeit beim Essen zu ermöglichen.</p> |
| <p>CONCLUSIONS AND IMPLICATIONS Conclusions were appropriate given study methods and results <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> | <p>What did the study conclude? What are the implications of these results for practice? What were the main limitations or biases in the study? → Limitations und Bias Keine Kontrollgruppe, Autor schlägt jedoch vor, dass Randomisierung möglich wäre: Eine Gruppe mit ET-Intervention und Kontrollgruppe wird vom Spitalpersonal oder Betreuung versorgt. So kann die Wirksamkeit der Ergotherapie aufgezeigt werden. Anzahl Teilnehmer Resultate können nicht nur auf die ergotherapeutische Intervention zurückgeführt werden. Die Autoren beschreiben nicht, wie die Betreuung beim Essen ausserhalb der Therapieeinheit stattgefunden hat. → Klinische Wichtigkeit Erste Studie, die aufzeigt, dass ET effektiv in diesem Gebiet ist.</p> |

Miller, J. & Hopkinson, C. (2008). A retrospective audit exploring the use of relaxation as an intervention in oncology and palliative care. *European Journal of Cancer Care*, 17, 488-491.

| | |
|--|---|
| <p>STUDY PURPOSE Was the purpose stated clearly? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> | <p>Outline the purpose of the study. How does the study apply to your research question? Ziel der retrospektiven klinischen Prüfung von Miller & Hopkinson (2008) war, die Art der Überweisungen zum Entspannungsprogramm zu identifizieren, verschiedene angewandte Entspannungsverfahren zu untersuchen und diese auf allgemeine Wirksamkeit zu prüfen.</p> |
| <p>DESIGN <input type="checkbox"/> Randomized (RCT) <input type="checkbox"/> cohort <input type="checkbox"/> single case design <input type="checkbox"/> before and after <input checked="" type="checkbox"/> case-control <input type="checkbox"/> cross-sectional <input type="checkbox"/> case study</p> | <p>Describe the study design. Was the design appropriate for the study question? (e.g., for knowledge level about this issue, outcomes, ethical issues, etc.) Es werden Daten untersucht, die schon vorher erhoben wurden. In dieser Art von Studie können unabhängige Einflussfaktoren nicht oder schlecht kontrolliert werden. Auch die Qualität der erhobenen Daten für die untersuchte Fragestellung kann nicht immer garantiert werden. Auf der anderen Seite können in retrospektiven Studien Fragen untersucht werden, für die eine prospektive Studie noch nicht existiert oder auch – z. B. aus ethischen Gründen – nicht durchgeführt werden kann.</p> |
| <p>SAMPLE N = 186 Was the sample described in detail? <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No Was sample size justified? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A</p> | <p>Sampling (who; characteristics; how many; how was sampling done?) If more than one group, was there similarity between the groups? → Spezifisch auf unsere BA-Frage bezogen! Krebsklienten</p> <p>Describe ethics procedures. Was informed consent obtained? Einwilligung wurde eingeholt, sollte jedoch nach den Forschern auf einem formellen Weg geschehen, als sie es gemacht haben.</p> |

| | | |
|---|--|------------------------------------|
| OUTCOMES Were the outcome measures reliable? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Not addressed Were the outcome measures valid? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Not addressed | Outcome areas: Wirksamkeit von Entspannungsverfahren Betätigungsperformanz | List measures used.: VAS |
| | Provide a short description of the intervention (focus, who delivered it, how often, setting). Could the intervention be replicated in practice? → nur Strategien! Progressive Muskelrelaxation, Passive neuromuskuläre „release-only“ Entspannung, Autogene Entspannung, Geführte und ungeführte Visualisation, Als Richtwert schlagen sie vor, dass dem Klienten vier Therapieeinheiten angeboten werden, mit dem Ziel die Spannung oder andere Symptome zu reduzieren und damit die Betätigungsperformanz zu verbessern. | |
| RESULTS Results were reported in terms of statistical significance? <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Not addressed Were the analysis method(s) appropriate? <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed | 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? → Kurz und relevant! Es werden keine Aussagen zur Signifikanz der Ergebnisse gemacht und diese werden auch nicht genügend genau dargestellt werden, was viel Raum für Interpretationen offen lässt. | |
| Clinical importance was reported? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed | What was the clinical importance of the results? Were differences between groups clinically meaningful? (if applicable) Klienten wendeten es auch zu Hause an und haben Auswirkungen auf die Lebensqualität. | |
| CONCLUSIONS AND IMPLICATIONS Conclusions were appropriate given study methods and results <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | What did the study conclude? What are the implications of these results for practice? What were the main limitations or biases in the study? → nur Allgemeines (was war gut, was ist zu kritisieren) Die Forschungsarbeit zeigt eine Verbesserung der subjektiv empfundenen Spannung und die Verbindung zwischen Spannung und Betätigungsperformanz auf. Der VAS als einziges Messinstrument ist ungenügend, da er nur subjektive Werte darstellt und sich diese im Verlauf durch erhöhtes Bewusstsein der Spannung verzerren. Da die Forscher auch an der Betätigungsperformanz und Lebensqualität der Klienten interessiert waren, wären zusätzlich geeignete Assessments das COPM und der SF-36 zur Ergebnismessung der Lebensqualität. | |

Söderback, I., Pettersson, I., von Essen, L. & Stein, F. (2000). Cancer Patients' and their Physicians' Perceptions of the Formers' need for Occupational therapy. *Scandinavian Journal of Occupational therapy*, 7, 77-86.

| | |
|---|--|
| STUDY PURPOSE Was the purpose stated clearly? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Outline the purpose of the study. How does the study apply to your research question? Das Ziel dieser Studie war zu: a) die Wahrnehmung von Krebspatienten und deren Ärzte für den Nutzen der Ergotherapie zu beschreiben, b) herauszufinden ob individuelle Patienten und Ärzte sich einig sind über den Bedarf der Ergotherapie und c) herauszufinden ob das Geschlecht, Alter, erwartete Überlebenschance und aktive Krankheitsphase in Beziehung stehen zu der Wahrnehmung der Ärzte und/oder Patienten für den Nutzen der ET. Beantwortet Frage ob ET gebraucht wird, Krebspatienten |
|---|--|

| | | |
|---|--|---|
| <p>LITERATURE</p> <p>Was relevant background literature reviewed?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> | <p>Describe the justification of the need for this study:</p> <p>Cooper & Doyle (1997/8) beschreiben, dass viele Krebspatienten Hilfe brauchen um sekundäre Schäden zu vermeiden, Verluste zu kompensieren und um Fähigkeiten wiederaufzubauen, zu erhalten oder zu verbessern, um Betätigungen auszuführen. Nach Bunston (1995) ist einer der Gründe für eine Bedarfsanalyse ist zu bestimmen ob der Bedarf der Patienten erfüllt wird. - Ergotherapie innerhalb der Krebsbehandlung können den Patienten aufklären wie sie Energie sparen (Packer, Foster & Brouwer 1997 und Robinson & Posner 1992), wie man Hilfsmittel benutzt (Mann & Lane 1991) und wie man die ADL selbstständig mit oder ohne Hilfe erledigt (Guadagnoly & Mor 1991). Heimmodifikationen können beitragen das die Patienten ss laufen und den Pflegepersonen leichter helfen/pflegen (Iwarsson, Isacson & Lanke 1998)</p> <p>Gap of Knowledge: Wenig ist bekannt was Krebspatienten während der Krankheitsphase von der Ergotherapie erwarten und es besteht Uneinigkeit zwischen Krebspatienten und deren Gesundheitserbringer</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 checked="" type="checkbox"/> cross-sectional</p> <p><input type="checkbox"/> case study</p> | <p>Describe the study design. Was the design appropriate for the study question? (e.g., for knowledge level about this issue, outcomes, ethical issues, etc.):</p> <p>Die Patienten die einverstanden waren, füllten den OTNA Fragebogen aus. Die Ärzte füllten den OTNA immer nach der Untersuchung aus. Alle Daten wurden nach dem SPSS analysiert Die Resultate wurde mit einer deskriptiven Statistik dargestellt. Das Design dieser Studie ist für die Fragestellung geeignet, da es beschreibend ist, zwischen zwei Gruppen vergleicht (wie stimmen die Ergebnisse überein) und die Datenerhebung wurde zu einem bestimmten Zeitpunkt ausgeführt.</p> <p>Specify any biases that may have been operating and the direction of their influence on the results:</p> <p>Es wurde nur ein Fragebogen (nur ein Mass für das Outcome) gebraucht. Nur Interviews, Erinnerung fraglich (welche Betätigungen sind im Alltag schwierig ist vielleicht zu diesem Zeitpunkt beim Arzttermin nicht relevant, weil die Krankheit mehr im Zentrum steht in diesem Setting). Fragebogen wurde von den Ärzten mehrmals ausgefüllt.</p> | |
| <p>SAMPLE</p> <p>N = 102</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>Sampling (who; characteristics; how many; how was sampling done?) If more than one group, was there similarity between the groups?</p> <p>Aufnahmekriterien: Patienten die seit mind. 3 Monaten Krebs diagnostiziert haben und mind. eine Visite bei der ärztlichen Beratung und eine geplante Kontrolle haben während der 3wöchigen Studie. Die demogr. Daten der Stichprobe sind übersichtlich zusammengefasst. Ingesamt sind es 102 Patienten und 11 Ärzte welche alle während dieser Zeit in der Krebsunit gearbeitet haben Die Studie stammt vom Departement der Onkologie in einem schwedischen Spital. Die Teilnehmer repräsentierten die Patienten, welche normalerweise dieses Spital besuchen.</p> <p>Describe ethics procedures. Was informed consent obtained?</p> <p>Die Patienten und Ärzte wurden befragt, ob sie an der Studie mitmachen wollen. Die Oberärzte von dem onkologischen Department haben das Design und Ethik der Studie anerkannt. → Warum wurde keine Genehmigung von einem Ethikkomitee erfragt? Teilweise wurden aus ethischen Gründen Fragen aus dem OTNA gestrichen → Es wird nicht begründet, warum diese Fragen gestrichen wurden.</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>Were the outcome measures valid?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p> | <p>Specify the frequency of outcome measurement (i.e., pre, post, follow-up):</p> <p>Ein Fragebogen wurde verschickt und untersucht</p> <p>Outcome areas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bedarf an Ergotherapie - Wahrnehmung von Patienten und / oder Ärzte - Übereinstimmung von Patienten und Ärzte → k coefficient, interpretiert nach Fleiss' - Demografische Resultate, Alter und Überlebenschance → chi-squared-Analyse. Ein mögliches Level von <0.05 wurde für die stat. Signifikanz genutzt: | <p>List measures used.:</p> <p>OTNA (Occupational Therapy Needs Assessment) wird für Gesundheitsberufe gebraucht um den Bedarf an ET zu untersuchen. Die Originalversion hat 31 Fragen von welchen 7 die Krebsdiagnose reflektieren und 4 die Prognose darstellen. Für diesen Zweck wurden die Fragen umformuliert. 21 Fragen wurden um Vergleichen gebraucht.</p> |
| <p>INTERVENTION</p> <p>Intervention was described in detail?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Not addressed</p> | <p>Provide a short description of the intervention (focus, who delivered it, how often, setting). Could the intervention be replicated in practice?</p> <p>Keine Intervention Vorgehen für die Interviews/Datenerhebung</p> <p>Die Ärzte wurden einen Monat vor dem Beginn der Datenerfassung verbal informiert und dann schriftlich eine Woche davor. Patienten welche die Aufnahmekriterien erfüllten wurden mit einem Brief eingeladen. Während der Besuche wurden die</p> | |

| | |
|--|---|
| <p>Contamination was avoided? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed <input checked="" 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>Patienten von dem zweiten Autor befragt ob sie mitmachen wollen. Die die einverstanden waren, füllten den Fragebogen aus. Die Ärzte füllten den OTNA für seine Patienten immer sofort nach der Untersuchung aus. Die Studie dauerte insgesamt 3 Wochen</p> <p>Contamination und Cointervention nicht relevant, da keine Intervention stattgefunden hat.</p> |
| <p>RESULTS</p> <p>Results were reported in terms of statistical significance? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Were the analysis method(s) appropriate? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed</p> | <p>What were the results? Were they statistically significant (i.e., $p < 0.05$)? If not statistically significant, was study big enough to show an important difference if it should occur? If there were multiple outcomes, was that taken into account for the statistical analysis?</p> <p><u>Wahrnehmung von Patienten und oder Ärzte:</u> Haben sich die Fähigkeiten geändert, bei bedeutungsvollen Betätigungen (60.7%) und bei Betätigungen die wichtig sind für die ADL (47%)? Denken Sie der Patient braucht Instruktionen um die Performanz auszuführen? (22.5%) Braucht der Patient oder die Angehörigen Ratschläge um verschiedene Betätigungen auszuführen welche Müdigkeit, Schwäche oder unnützerweise harte Arbeit beheben? (21.5%) Denken sie, dass sie ET brauchen um die Betätigungen auszuführen die sie wollen? (28.4%)</p> <p><u>Übereinstimmung von Patienten und Ärzten:</u> Nach kappa coefficient war ausreichend Übereinstimmung zwischen Patient und Arzt bei folgenden Fragen: Haben sich die Fähigkeiten geändert bei Betätigungen die wichtig sind für die ADL? Ist der Patient abhängig von anderen Personen bei der Selbsthilfe? Denken Sie der Patient braucht modifizierte Kleidung für seine physischen deformität?</p> <p><u>Demografische Resultate, Alter und Überlebenschance:</u> Die Resultate zeigen das der Nutzen der ET mehr von über 66jährigen ($X^2=3.99$, $df=1$, $p<0.05$), in der Aktivphase ($X^2=9.59$, $df=1$, $p<0.01$) und Überlebenszeit von weniger als 6 Monate ($X^2=7.08$, $df=1$, $p<0.01$) wahrgenommen wird. Mehr Frauen als Männer brauchen Ratschläge um gewollte Betätigungen auszuführen ($X^2=3.96$, $df=1$, $p<0.05$). Mehr Männer brauchen Instruktionen bei den Modifikationen um die Performanz auszuführen ($X^2=7.78$, $df=1$, $p<0.05$). → statistisch signifikant</p> |
| <p>Clinical importance was reported? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed</p> | <p>What was the clinical importance of the results? Were differences between groups clinically meaningful? (if applicable)</p> <p>Die Resultate zeigen die Validität vom OTNA-Fragebogen für den klinischen Gebrauch bei Patienten und Ärzte um den Nutzen der ET herauszufinden. (a coefficient of 0.87 Ärzte und 0-89 Patienten). Aufgrund der Antworten kristallisiert sich heraus, dass die ET gefordert ist, zu unterstützen und Ratschläge zu geben, damit Patient Betätigungen ausführen kann, dass sie Instruktionen geben und Adaptationen vornehmen. Die Ziele der ET könnten erfüllt werden, so dass Krebspatienten fähig sind die ADL zu managen und / oder die Fähigkeiten zu steigern um im eigenen Heim zu bleiben. Ebenso zeigte sich heraus, dass Klienten verschiedene Erwartungen an die Therapie haben und das wenig bisher ET bekommen haben.</p> |
| <p>Drop-outs were reported? <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No</p> | <p>Did any participants drop out from the study? Why? (Were reasons given and were drop-outs handled appropriately?)</p> <p>Nicht relevant</p> |
| <p>CONCLUSIONS AND IMPLICATIONS</p> <p>Conclusions were appropriate given study methods and results <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> | <p>What did the study conclude? What are the implications of these results for practice? What were the main limitations or biases in the study?</p> <p>Die Resultate zeigen einen grösseren Bedarf an ET bei den über 66jährigen, in der Aktivphase und Überlebenszeit von weniger als 6 Monate. Mehr Frauen als Männer brauchen Ratschläge um gewollte Betätigungen auszuführen. Mehr Männer brauchen Instruktionen bei den Modifikationen um die Performanz auszuführen. Die Resultate können helfen bei der Planung von ET-Interventionen, da die Resultate zeigen wo Hilfe erwünscht ist und es zeigt die Unterschiede zwischen den Geschlechtern</p> <p>Limitations: Die Summe und Intensität von ET ist schwierig zu erstellen, da viele Faktoren die Entscheidung beeinflussen. Die Resultate können nicht verallgemeinert werden. Ein entscheidender Faktor ist, dass einige Ärzte mehr OTNA ausgefüllt haben. Ein anderer Fehler ist, dass die Patienten in einer aneinanderfolgenden Reihe ausgewählt wurden und darum ist es schwierig zu sagen, ob sie repräsentativ für die Schwedische Population sind. Es wird empfohlen, dass weitere Studien die Effektivität von ET für Krebspatienten, basiert auf OTNA, eruieren.</p> |

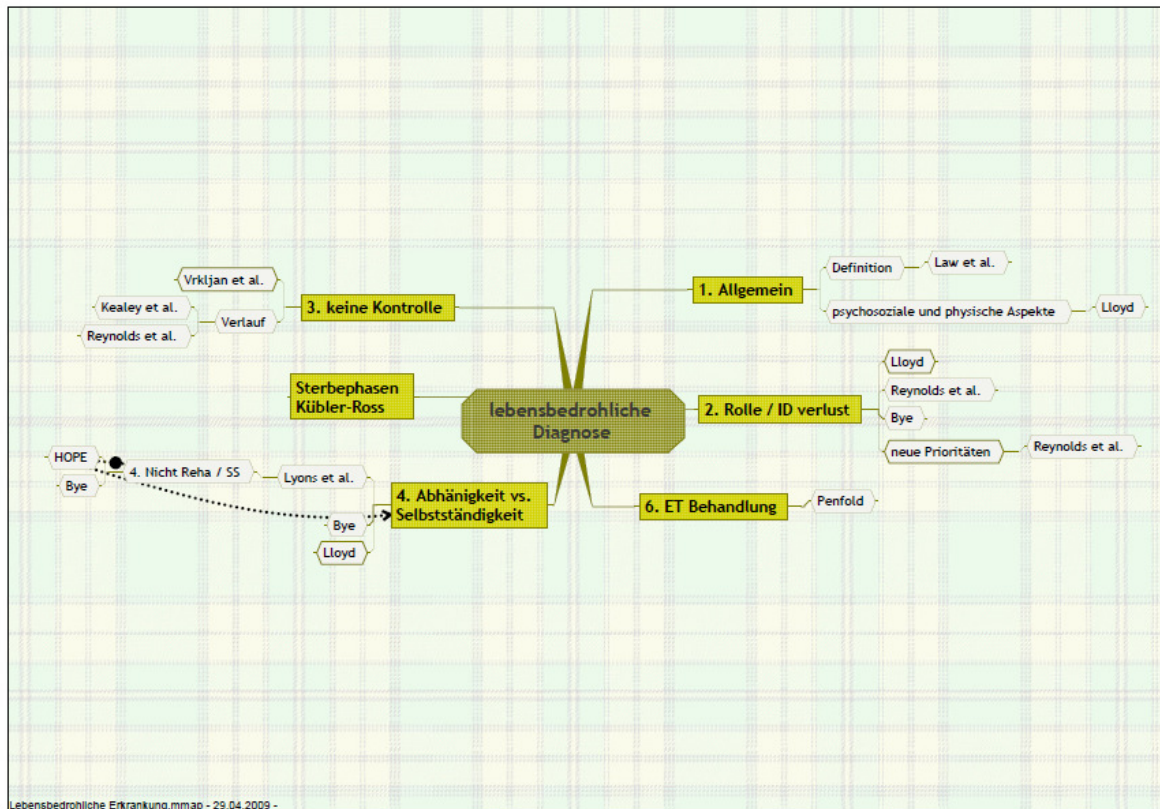
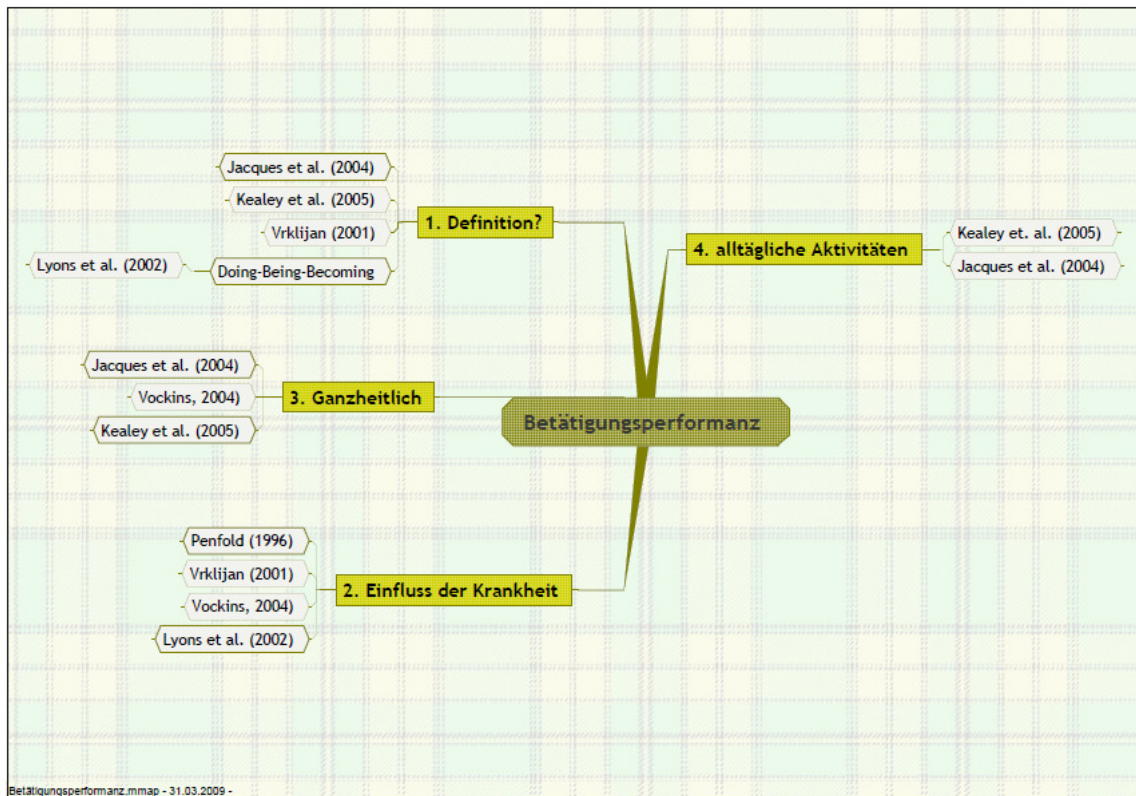
Anhang C: Tabelle

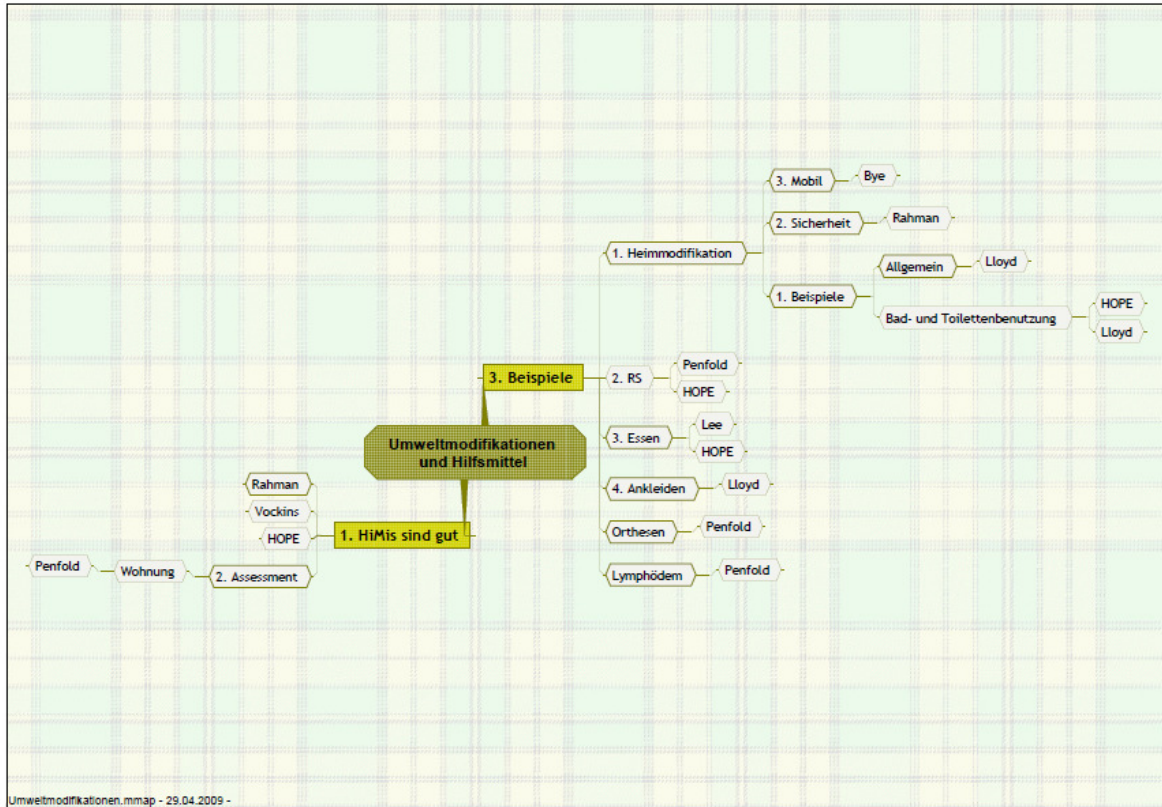
| Studie | Fragestellung / Ziel | Design | Sample/Setting <i>Transferability</i> | Design zu Fragestellung | Relevant für unsere Fragestellung |
|-----------------------------------|--|------------------------|---|---|---|
| Bye (1998) | Perspektiven von Ergotherapeuten, welche in der palliativen Medizin arbeiten, zu untersuchen um möglich Widersprüche zwischen ergotherapeutischen Prinzipien und Annahmen und den Bedürfnissen und Erfahrungen von Menschen mit lebensbedrohlichen Erkrankungen herauszufinden | Grounded Theory | 10 Ergotherapeuten von sieben verschiedenen Institutionen, zwischen 22 und 60 Jahre alt. <i>Purposeful Sampling</i> <i>Ausreichender Beschrieb der Teilnehmer</i> | Die Untersuchung fand in einer gegebenen sozialen Situation statt, in welcher die Forscherin versuchte, entscheidenden sozialen Prozess zu identifizieren. Daher ist die Grounded Theory ein passendes Studiendesign. | Menschen mit lebensbedrohlichen Erkrankungen; Wird von vielen Studien zitiert; Unterstreicht Diskrepanz von unserer Rolle in der Arbeit mit solchen Klienten. |
| Gitlin et al. (2006) | Evaluation des Effekts einer Multi-Komponenten Intervention (Domizilbehandlung durch Ergotherapie und Physiotherapie) auf die Sterblichkeit, und die Rolle von kontrollorientierten Strategien als Veränderungsmechanismus und Schutz vor Mortalität. | RCT | 319 Erwachsene, 70 Jahre und älter mit funktionellen Einschränkungen, kognitiv unbeeinträchtigt, in der Stadt lebenden unabhängige Menschen | Es stellt sich die Frage, ob das Studiendesign ethisch vertretbar ist, da Personen in der Kontrollgruppe keine Behandlung bekamen (Nur Sterberate wurde untersucht). | Studie zeigt Strategien auf, um Mortalität bei älteren Menschen, die meist auch chronisch krank und funktionell beeinträchtigt sind, zu reduzieren. |
| Harrison-Paul und Drummond (2006) | Diese Studie hatte zum Ziel, zu identifizieren, ob durch Ergotherapie die Laune, das Müdigkeitsmanagement und die Durchführung der Aktivitäten des täglichen Lebens von ambulanten Onkologiepatienten verbessert wird. | RCT | 20 ambulante Patienten Zwei Kliniken (Lunge und Leber) | Die Autoren beschreiben, dass wenig Literatur über das Thema vorhanden ist, darum ist das Studiendesign nicht passend. Möglichkeiten wären: Ein qualitatives Forschungsdesign oder eine Vorher-Nachher-Studie. Harrison-Paul et al. (2006) warfen in ihrer randomisierten, kontrollierten Studie die Frage auf, wie die Bedeutung der Intervention in der Palliativpflege interpretiert werden kann. Nach Hudson, Aranda und McMurray beschreiben Forscher in diesem Gebiet oft Schwierigkeiten mit dem Sammeln von genügend Teilnehmern, deren Randomisierung und der hohen Zahl von Ausfällen während der Studie (2001, zit. nach Harrison-Paul und Drummond, 2006). | Onkologiepatienten Studie erläutert verschiedene Assessments |
| Jacques et al. (2004) | Das Ziel war, weiteres Verständnis für Betätigung von sterbenden Menschen und ihren Betreuern zu gewinnen und wie sie gestaltet und erfahren wird. | Ethnographische Studie | 25 Mitarbeiter, Bewohner und Familien Hospiz <i>Ausführlicher Beschrieb des Setting</i> | Da es das Ziel war, weiteres Verständnis in einem Gebiet zu bekommen, ist dieses Studiendesign passend. | Menschen mit lebensbedrohlichen Erkrankungen; Bedeutung von Betätigung bezogen auf das Sterben wird untersucht |

| | | | | | |
|-----------------------------|---|-----------------------|--|--|--|
| Kealey und McIntyre (2005) | Das Ziel der Studie war es, die ergotherapeutische Domizilbehandlung bei Klienten im palliativen Stadium von Krebs zu evaluieren. | Phänomenologie | 30 palliative Krebspatienten und ihre Betreuer <i>Ausführliche Beschreibung der Teilnehmer</i> <i>Purposive Sampling</i> | Da sich die Frage damit beschäftigt, welche Bedeutung das Erlebnis Domizilbehandlung hat, ist das Studiendesign geeignet. | Krebspatienten Erfahrungen mit Domizilbehandlung wird aufgezeigt |
| La Cour et al. (2005) | Ziel war, Komponenten von kreativen Beschäftigungen / Aktivitäten für ältere Menschen mit einer lebensbedrohlichen Krankheit in der Ergotherapie herauszufinden und zu charakterisieren. | Grounded Theory | 8 Klienten mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung und 7 Therapeuten <i>Ausführliche Beschreibung der Teilnehmer</i> <i>Purposive Sample</i> | Es wird gefragt wie Klienten etwas erleben und es sollten Komponenten identifiziert werden, die bei kreativen Aktivitäten eine wichtige Rolle spielen. Es spricht für die Grounded Theory, dass bei ihr im Laufe der Datenanalyse verschiedene Kategorien (Komponenten) identifiziert werden. | Klienten mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung. Studie zeigt eine Strategie auf |
| Lee et al. (2005) | Die Studie hat zum Ziel, die Wirksamkeit von ET in der Förderung von Essensunabhängigkeit bei Krebspatienten im Endstadium in der Palliativmedizin zu evaluieren. | Vorher-Nachher-Studie | 36 Klienten im Endstadium Krebs Zwei Spitäler in Hong Kong | RCT wurde von Forschern als unethisch bewertet. Randomisierung wäre möglich, wenn eine Gruppe ET-Behandlung und Kontrollgruppe Betreuung durch Spitalpersonal bekommt. So kann die Wirksamkeit der Ergotherapie besser aufgezeigt werden. | Krebspatienten Studie zeigt Strategie bezogen ADL auf |
| Lyons, et al. (2002) | Ziel: Diese Studie nutzt das Framework Doing-Being-Becoming von Wilcock (1998), um die Stellung der Betätigung bei Menschen mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung zu untersuchen. | Grounded Theory | 13 Männer und 10 Frauen mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung Tageshospiz <i>Genügende Beschreibung des Settings und snowball Sample</i> | Das Design wurde benutzt um den bereits bestehenden Framework Doing-Being-Becoming von Wilcock (1998) zu erweitern, darum ist das Design geeignet. Die Theorie entsteht während des Prozesses der Datensammlung. Dabei muss nicht immer eine neue Theorie entstehen, da die Methode auch angewandt wird, um bekannte Theorien zu verändern, zu verfeinern und anzupassen (Barth, 2005). | Klienten mit lebensbedrohlicher Erkrankung Unterscheidet Betätigung durch das Framework Doing-Being-Becoming |
| Miller und Hopkinson (2008) | Ziel der Studie war, die Art der Überweisungen zum Entspannungsprogramm zu identifizieren, verschiedene angewandte Entspannungsverfahren zu untersuchen und diese auf allgemeine Wirksamkeit zu prüfen. | Retrospektive Studie | 186 Klienten mit Krebs(erst)diagnose Spital mit Krebs- und Palliativbehandlung | Es werden Daten untersucht, die schon vorher erhoben wurden. In dieser Art von Studie können unabhängige Einflussfaktoren nicht oder schlecht kontrolliert werden. Auch die Qualität der erhobenen Daten für die untersuchte Fragestellung kann nicht immer garantiert werden. Auf der anderen Seite können in retrospektiven Studien Fragen untersucht werden, für die eine prospektive Studie noch nicht existiert oder auch – z. B. aus ethischen Gründen – nicht durchgeführt werden kann. | Krebspatienten Studie zeigt Entspannungstechniken, die Ergotherapeuten ausführen |

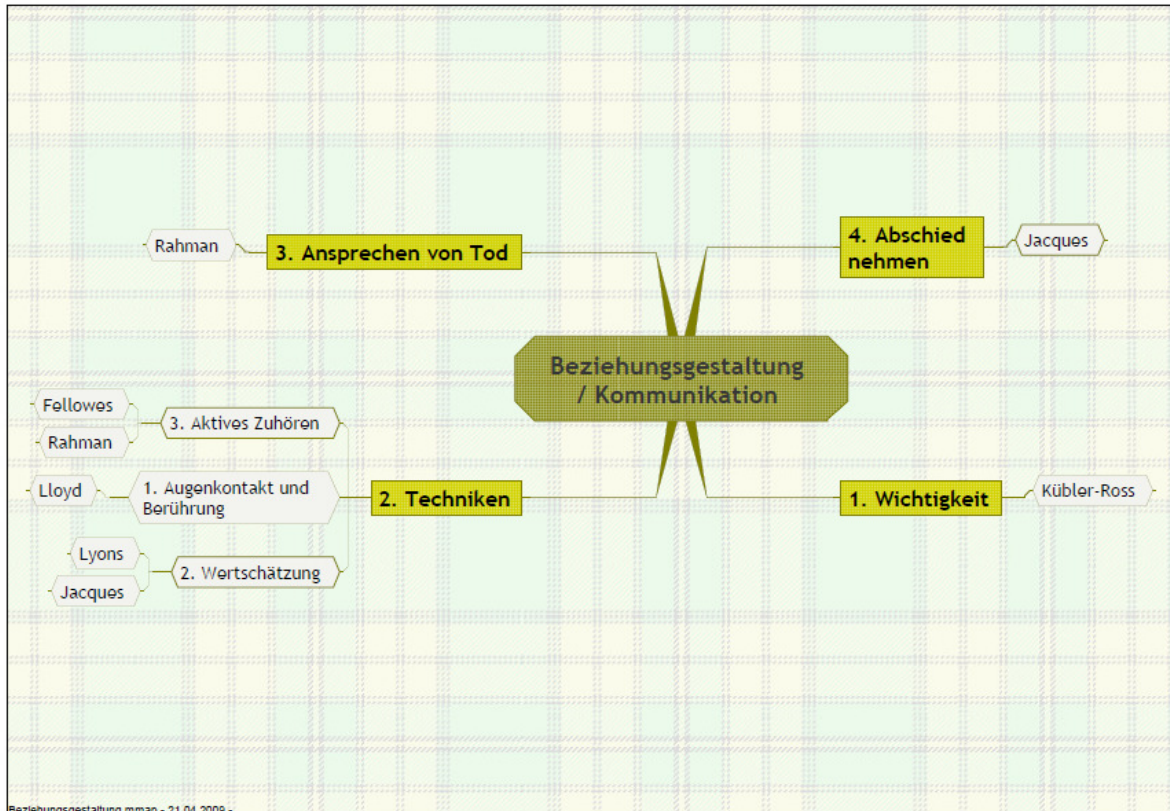
| | | | | | |
|----------------------------------|---|---------------------|--|---|--|
| Rahman (2000) | Das Ziel der Studie war, die Perspektiven der Ergotherapeuten in der USA, im Hinblick auf deren Rollen im Hospiz, zu untersuchen, und herauszufinden, ob ein Konflikt für Therapeuten existiert, wenn sie die Patienten, in ihrem Doppelzustand von Leben und Tod, unterstützten. | Grounded Theory | 4 Ergotherapeuten Hospiz <i>Genügende Beschreibung der Teilnehmer</i> | Daten wurden durch einen Kodierungsprozess und einer Inhaltsanalyse untersucht; auftauchende Muster oder Themen wurden identifiziert Erfahrungen → Phänomenologisches Design besser? | Zeigt aus Therapeutenperspektive die Rolle der Ergotherapie. |
| Reynolds und Prior (2006) | Diese qualitative Studie versucht herauszufinden, ob Frauen, die mit Krebs leben und welche visuelles Kunstwerk machen, Erfahrungen assoziiert mit dem Flowgefühl beschreiben. Und falls ja, ob dieses Flowgefühl den Teilnehmerinnen half, positiver mit Krebs zu leben. | Phänomenologie | 10 Frauen die an Krebs leiden Zu Hause und per Telefon <i>Genügende Beschreibung der Teilnehmer</i> | Phänomenologische Studie, da Erfahrungen einer bestimmten Klientengruppe untersucht wird. Bei der Analyse der Interviews wird nach Codes gesucht, welche mit den Kriterien der Flow-Theorie übereinstimmen; Studiendesign gut: Autorinnen wollen die Erfahrungen der Teilnehmerinnen erfahren und nicht Daten. Da auf diesem Gebiet noch nicht viel Forschung vorhanden ist, wurde eine qualitative Untersuchung gemacht, um mehr über dieses Thema zu erfahren und eine Theorie zu bilden. | Frauen mit einer lebensbedrohlichen Diagnose Es wird eine mögliche Intervention aufgezeigt und was ihr Nutzen ist. Es unterstützt die Argumentation, dass kreative Tätigkeiten in der ET mit solchen Klientinnen nützlich sind. |
| Rose (1999) | Das Ziel von dieser Studie war, die Einstellung von Ergotherapeuten im Bezug zur Spiritualität in der Palliativmedizin zu prüfen. | Phänomenologie | 44 Ergotherapeuten <i>Ausführliche Beschreibung der TN; purposive sample</i> | Es ist angemessen, da dass Studiendesign Erfahrungen und Erlebnisse innerhalb dem Gebiet der Spiritualität untersucht und versucht wird deren Bedeutung zu verstehen. | ETs, die in der Palliativmedizin arbeiten; Strategien bezogen auf die Spiritualität |
| Söderback et al. (2000) | Das Ziel dieser Studie war, herauszufinden wie Krebspatienten und deren zuständige Ärzte den Nutzen der Ergotherapie wahrnehmen. | Querschnitts-Studie | 102 Patienten mit Krebs Departement der Onkologie in einem schwedischen Spital. | Das Design dieser Studie ist für die Fragestellung geeignet, da es beschreibend ist und zwischen zwei Gruppen vergleicht und die Datenerhebung wurde zu einem bestimmten Zeitpunkt ausgeführt. | Krebspatienten Beantwortet Frage ob ET gebraucht wird |
| Vockins (2004) | Umfrage untersucht, welche Behandlungen Ergotherapeuten in einem spezialisierten Krebszentrum anwenden und wie viel Zeit sie für die verschiedenen Interventionen brauchen. | Qualitative Survey | 5 Ergotherapeuten Für 21 Krebs Patientinnen wurde das Protokoll ausgefüllt. spezialisiertes Krebszentrum | Forschungen, die auf Umfragen basieren, werden benutzt, um deskriptive Forschung zu beantworten während sie eine Momentaufnahme von einer Anzahl Variablen (oder Interessensgebiete) für eine bestimmte Population (oder Gruppe von Menschen) zu einem bestimmten Zeitpunkt erzeugen. | Krebspatienten Betätigungsperformance in verschiedenen Bereichen; Strategien; Rolle der ET im Team, verbindet verschiedene Studien |
| Vrkljan und Miller-Polgar (2001) | Ziel der Studie war, Betätigung und ihre Bedeutung für lebensbedrohlich erkrankte Menschen zu untersuchen. | Grounded Theory | 3 Frauen mit Krebs <i>Ausführliche Beschreibung der Teilnehmer</i> | Es wird gefragt wie Klienten etwas erleben, dabei versuchten sie gemeinsame Themen herauszufinden und zu kodieren mit Hilfe einer konstanten Vergleichsanalyse | Krebspatienten Bedeutung der Betätigung wird untersucht |

Anhang D: Beispiele Mindmaps





Umweltmodifikationen.mmap - 29.04.2009 -



Beziehungsgestaltung.mmap - 21.04.2009 -