

Bachelorarbeit

Veränderung des Lebensstils – Freude am Alter

Effektive präventive Ergotherapieinterventionen bei selbstständig lebenden älteren Menschen zur Verbesserung der Betätigungsperformanz

**Iris Bieri
Sonnhaldestr. 3
6210 Sursee**

S08257289

**Ines Wenger
Werdbach 6
8252 Schlatt**

S08257362

Departement:

Gesundheit

Institut:

Ergotherapie

Studienjahr:

2008

Eingereicht am:

20.05.2011

Betreuende Lehrperson:

**Brigitte Gysin, dipl. Ergotherapeutin HF /
MAS Gerontologie**

Inhaltsverzeichnis

Abstract.....	4
1. Einleitung	5
1.1 Demographische Entwicklung.....	5
1.2 Begriffe zum Thema Gesundheit und Alter	5
1.2.1 Gesundheit.....	5
1.2.2 Gesundheitsförderung und Prävention.....	5
1.2.3 Alter.....	6
1.2.4 Aktives Altern	7
1.3 Einfluss von Betätigung auf die Gesundheit.....	7
1.4 Primärprävention durch die Ergotherapie im Alter.....	8
1.4.1 Situation im Ausland	8
1.4.2 Situation in der Schweiz.....	9
1.5 Wissenslücke und Forschungsfrage	11
1.7 Zielsetzung	12
1.8 Abgrenzungen des Themas	12
2. Hauptteil.....	13
2.1 Methodik.....	13
2.1.1 Methodisches Vorgehen	13
2.1.2 Einschlusskriterien für Haupt- und Nebenstudien	13
2.1.3 Literatursuche	14
2.2 Canadian Model of Occupational Performance and Engagement.....	17
2.3 Präventive Ergotherapieinterventionen bei selbständig lebenden älteren Menschen.....	20
2.3.1 Hauptstudien.....	20
2.3.2 Nebenstudien.....	29
3. Diskussion.....	37
3.1 Vergleich der Hauptstudien	37
3.1.1 Kritische Besprechung der Hauptstudien	37
3.1.2 Gemeinsamkeiten der untersuchten Programme.....	39
3.1.3 Unterschiede der untersuchten Programme	41
3.1.4 Übertragbarkeit der Ergebnisse	41
3.2 Verknüpfung des Canadian Model of Occupational Performance and Engagement mit präventiven Ergotherapieprogrammen.....	42
3.2.1 Einfluss der Ergotherapie auf Person, Betätigung und Umwelt.....	42

3.2.2 Auftrag der Ergotherapie bei präventiven Programmen	46
3.2.3 Erkenntnisse der Verknüpfung des Modelles mit den Programmen	47
3.3 Kombination von Gruppen- und Einzelinterventionen	47
3.3.1 Gruppeninterventionen.....	48
3.3.2 Einzelinterventionen in Form von Hausbesuchen	48
3.4 Von der Theorie in die Praxis – eine mögliche Umsetzung	49
3.4.1 Gewinnen von Teilnehmern	49
3.4.2 Gestaltung von Informationsbroschüren	50
3.4.3 Zu beachtende Umweltbedingungen.....	50
3.4.4 Durchführung	51
3.4.5 Abschluss.....	52
3.4.6 Anknüpfungsmöglichkeiten in der Deutschschweiz	53
4. Schlussfolgerung.....	54
4.1 Zusammenfassung der wichtigsten Erkenntnisse	54
4.2 Zukunftsaussichten	55
4.3 Offene Fragen	55
Glossar.....	56
Wortzahl.....	60
Verzeichnisse.....	61
Literaturverzeichnis	61
Abbildungsverzeichnis	69
Tabellenverzeichnis	69
Abkürzungsverzeichnis	69
Danksagung	70
Eigenständigkeitserklärung	71
Anhang.....	72
Studienmatrix	72
Kritische Beurteilungen der Hauptstudien	83

Abstract

Ziel: Ziel dieser Bachelorarbeit war es anhand einer Literaturübersicht einen Überblick über mögliche ergotherapeutische Interventionen in der Prävention zu geben. Diese sollen sich positiv auf die Betätigungsperformanz von älteren selbständig lebenden Menschen auswirken.

Methode: Für die Literaturrecherche wurden die Datenbanken AMED, CINAHL, Cochrane Library, Medline, OTDBASE, OTseeker und SAPHIR von September 2010 bis Februar 2011 durchsucht. Die Suche ergab 5 Hauptstudien und 7 Nebenstudien, welche für die Beantwortung der Fragestellung verwendet wurden.

Resultat: Es hat sich gezeigt, dass ergotherapeutische Gruppenprogramme geeignet sind um die Gesundheit und das Wohlbefinden im Alter zu erhalten und/oder zu verbessern. In diesen Programmen werden die Teilnehmer dazu befähigt ihren Lebensstil umzugestalten, indem sie für sich bedeutungsvolle Betätigungen identifizieren und in ihrem Leben verankern.

Diskussion und Schlussfolgerung: Die Hauptstudien werden kritisch diskutiert und die Inhalte der Programme mit dem *Canadian Model of Occupational Performance and Engagement* in Verbindung gebracht. Es wird aufgezeigt welche Punkte in einem präventiven Ergotherapieprogramm zu beachten sind, um eine effektive Verbesserung der Betätigungsperformanz von älteren Menschen zu erreichen. Ergotherapeuten eignen sich für die Durchführung solcher Programme, da sie mit dem Zusammenspiel von bedeutungsvoller Betätigung, Person und Umwelt vertraut sind.

Schlüsselwörter: Ergotherapie, selbständig lebend, ältere Menschen, Prävention.

1. Einleitung

1.1 Demographische Entwicklung

Die Betrachtung der demographischen Entwicklung zeigt auf, dass die Anzahl der älteren Menschen weltweit steigt und gleichzeitig ein höheres Alter erreicht wird (World Health Organization [WHO], 2007). Das Bundesamt für Statistik [BFS] geht davon aus, dass die Zahl der über 80-Jährigen in der Schweiz bis im Jahre 2050 um mehr als das Zweieinhalbfache zunehmen wird (Blozik et al., 2007). Dieser demographische Wandel wirkt sich auf die Gesellschaft und auf das Gesundheitswesen aus (BFS, 2007).

Die Auswirkungen der längeren Lebenserwartung werden stark durch die Entwicklung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung beeinflusst. Behinderungen und chronisch-degenerative Erkrankungen nehmen trotz fortschreitender Medizin im Alter zu, was zu Autonomieverlust und erhöhter Langzeitpflegebedürftigkeit führt. Die Anzahl der von Beschwerden und Krankheiten betroffenen Personen wird in den folgenden Jahren voraussichtlich steigen. (Schmid-Botkine & Rausa-de Luca, 2007) Ein anzustrebendes Ziel ist also, durch Gesundheitsförderung und Prävention im Alter die behinderungsfreien Lebensjahre zu erhöhen, um Pflegebedürftigkeit und Abhängigkeit aufzuschieben (Schmid-Botkine et al., 2007; Blozik et al. 2007). Durch solche Interventionen könnte den immer steigenden Kosten im Gesundheitswesen entgegen gewirkt werden (Schmid-Botkine et al., 2007).

1.2 Begriffe zum Thema Gesundheit und Alter

1.2.1 *Gesundheit*

Die WHO (1946, zit. nach Schäfer, 2010) versteht unter Gesundheit den „Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen“ (S. 2).

1.2.2 *Gesundheitsförderung und Prävention*

Das Bundesamt für Gesundheit [BAG] (k.D) definiert Gesundheitsförderung als „Interventionen, die zur Stärkung der individuellen und kollektiven Faktoren beitragen, die für den Schutz vor Krankheiten relevant sind“ (Abs. 6). Präven-

tion beinhaltet „Interventionen, die das Auftreten von Krankheitsrisiken oder Krankheiten sowie die negativen Auswirkungen der Krankheiten selbst weniger wahrscheinlich machen, vermindern oder verhindern“ (Abs.3).

Die Prävention kann in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention unterteilt werden (Dachs-Verband, k.D.):

- „Primärprävention setzt an, noch bevor es zur Krankheit kommt. Sie trägt dazu bei, gesundheitsschädigende Faktoren zu vermeiden, um die Entstehung von Krankheiten zu verhindern“ (Abs. 13).
- „Sekundärprävention soll das Fortschreiten eines Krankheitsfrühstadiums durch Frühdiagnostik und -behandlung verhindern. Sie greift also in bestehende Risikosituationen ein und versucht, diese abzuwenden“ (Abs.14).
- „Tertiärprävention konzentriert sich darauf, nach einem Krankheitsereignis neben der Wiederherstellung der Gesundheit, Folgeschäden und Verschlimmerungen zu verhüten“ (Abs.15).

1.2.3 Alter

Der Begriff *Alter* kann in ein soziales, chronologisches oder biografisches Alter unterteilt werden. Das soziale Alter wird anhand gesetzlicher Vorgaben oder gesellschaftlichen Entwicklungen, wie beispielsweise dem Rentenalter, festgelegt. Unter dem chronologischen Alter wird laut Habermann (2005) das „vom Tag und Jahr der Geburt an gezählte numerische Alter“ (S. 4) verstanden. Das biografische Alter wird durch die eigenen Erfahrungen im Verlaufe des Lebens und die subjektive Wahrnehmung des eigenen Alters im Vergleich zu den Mitmenschen bestimmt. (Habermann, 2005)

Die WHO (zit. nach Hendriks & Seizinger, 2009) hat folgende Einteilungen des Alters erstellt:

- „50 – 60 Jahre = alternder Mensch
- 61 – 75 Jahre = älterer Mensch
- 76 – 90 Jahre = alter/betagter Mensch
- 91 – 100 Jahre = sehr alter/hochbetagter Mensch
- über 100 Jahre = langlebiger Mensch“ (S. 6).

1.2.4 Aktives Altern

Unter dem Begriff *aktives Altern* wird das Erreichen oder Aufrechterhalten einer guten Lebensqualität im Alter verstanden (Carlson, Clark & Young, 1998). *Aktives Altern* wird laut Rowe und Kahn (1998) durch eine gute Gesundheit, Kraft und Vitalität gekennzeichnet. Indem ältere Menschen vermehrt auf ihre Umwelt und einen gesunden Lebensstil¹ achten, können die meisten im Sinne des *aktiven Alterns* älter werden (Rowe et al., 1998). Carlson et al. (1998) beschreiben, dass auch das Bestimmen über das eigene Leben und das Weiterführen von bisherigen Aktivitäten* und Rollen Bestandteile des *aktiven Alterns* sind. Laut Rowe et al. (1998) unterstützt das Ausführen von glücklich machenden Aktivitäten, die Teilhabe an einem sozialen Netzwerk, das Weiterführen von produktiven Aktivitäten, regelmässige körperliche Betätigung, kognitiv fordernde Aktivitäten und eine gesunde Ernährung das *aktive Altern*.

1.3 Einfluss von Betätigung auf die Gesundheit

Betätigung wird als „Komplex von Aktivitäten, der persönliche und soziokulturelle Bedeutung hat, kulturell definiert ist und die Partizipation* an der Gesellschaft ermöglicht“, definiert (ENOTHE, 2007; zit. nach Weise et al., 2011, S. 4). Betätigung gibt dem Leben eine Bedeutung und ist ein bestimmender Faktor für die Gesundheit und Wohlbefinden. Während dem Leben entwickelt und verändert sich Betätigung immer wieder. Sie formt die Umwelt, wird gleichzeitig aber auch durch die Umwelt geformt. Betätigung gibt dem Verhalten eine Struktur und hat ein therapeutisches Potenzial. (CAOT, 2007)

Die Partizipation an Betätigung beeinflusst die Definition der eigenen Person und die Rollenidentifikation in der Gesellschaft. Fallen Betätigungen weg, führt dies zu Stress, psychologischen Veränderungen und einer Abnahme des allgemeinen Gesundheitsstatus (Sanders, Miller Polgar, Kloseck & Crilly, 2005). Gründe weshalb bedeutungsvolle Betätigungen im Alter wegfallen, können folgende sein:

- Lebensereignisse, wie eine Krankheit, ein Sturz, ein Todesfall oder der Verlust einer Rolle (Mountain, 2004).

¹ Wörter, welche mit einem Asterisk (*) gekennzeichnet sind, werden im Glossar erklärt.

- Limitierte finanzielle Möglichkeiten, keinen Zugang zu Vergnügungsaktivitäten und das Nichtvorhandensein von günstigen und verlässlichen Transportmitteln (Age Concern, 2006).
- Die Ausführung von ADL* und IADL* kann im Alter schwieriger sein und mehr Zeit und Energie beanspruchen. Daraus resultiert, dass für andere Aktivitäten weniger Energie übrig bleibt. (Borrell et al., 2001; zit. nach Mountain, 2008, S. 407).

Um das Wohlbefinden und die Gesundheit zu erhalten ist es wichtig, dass Menschen auch im Alter die Möglichkeit haben, die für sie bedeutungsvollen Betätigungen durchzuführen (Perlmutter, Bhorade, Gordon, Hollingsworth & Baum, 2010) und selbständig zu bleiben (Schulz & Heckhausen, 1996). Ergotherapeuten sind geeignete Fachpersonen um Aktivitäten zu adaptieren oder Klienten dabei zu helfen, bedeutungsvolle Betätigungen zu identifizieren (Perlmutter et al., 2010). Daher ist es sinnvoll, dass Ergotherapeuten mit älteren Menschen zusammen arbeiten um sie in ihren Betätigungen und ihrer Selbständigkeit zu fördern (Voigt-Radloff, 2010).

1.4 Primärprävention durch die Ergotherapie im Alter

1.4.1 Situation im Ausland

In Ländern wie Dänemark, Schweden, Großbritannien, Kanada und Australien ist die Ergotherapie laut Angaben deren Berufsverbände stark in der Gesundheitsförderung und der Primärprävention tätig (Dachs-Verband, k.D.). Auch in den Niederlanden führen Ergotherapeuten bereits gesundheitsfördernde Programme für ältere Menschen durch (Löffler, 2010). Hay, LaBree, Luo, Clark und Carlson (2002) zeigen in einer Studie auf, dass präventive Ergotherapieinterventionen in der Primärprävention auch zur Senkung der Kosten im Gesundheitswesen beitragen.

1.4.2 Situation in der Schweiz

1.4.2.1 Deutschschweiz

Der Behandlungsschwerpunkt von Ergotherapeuten in den deutschsprachigen Regionen liegt hauptsächlich in der Akutbehandlung und in der Rehabilitation, somit also in der Sekundär- und Tertiärprävention. Gesundheitsförderung und Primärprävention werden bis jetzt von Ergotherapeuten kaum ausgeführt. (Dachs-Verband, k.D.)

Die in der Schweiz im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention bestehenden Projekte für ältere Menschen werden von anderen Professionen ausgeführt. Folglich werden einige Präventionsprojekte kurz erklärt.

EIGER-Projekt

Das EIGER- Projekt (**E**rforschung **i**nnovativer **g**eriatischer Hausbesuche) war von 1992 - 1998 eines der ersten präventiven Hausbesuchsprogramme in der Schweiz. Bei diesem Projekt wurden Ergotherapeuten für Wohnungsabklärungen mit einbezogen. In der EIGER-Studie wurde ersichtlich, dass präventive Hausbesuche kosteneffektiv sind. Die gewonnenen Daten der EIGER-Studie trugen zur Entwicklung des Gesundheits-Profil Verfahrens bei. (Universität Bern, 2007)

Gesundheits-Profil Verfahren

Das Gesundheits-Profil Verfahren wurde von der geriatrischen Universität Bern entwickelt, mit dem Ziel effiziente Programme zur Gesundheitsförderung und Prävention im Alter zu erarbeiten (Universität Bern, 2007). Das Verfahren wurde aus den USA übernommen, in der PRO AGE Studie überarbeitet und auf die Schweiz angepasst (Stuck et al., 2002). Der erste Teil des Verfahrens besteht daraus, dass Menschen im Alter von über 65 Jahren, welche zu Hause leben, einen Gesundheits-Profil Fragebogen ausfüllen. Der Fragebogen evaluiert anhand konkreter Fragen aus dem Alltag, die Risikofaktoren welche zu Pflegebedürftigkeit und Behinderung führen. Im zweiten Teil wird der ausgefüllte Fragebogen mittels eines Computerprogrammes ausgewertet und die Resultate werden zu einem persönlichen Gesundheitsbericht zusammengestellt. Dieser persönliche Gesundheitsbericht dient dem älteren Men-

schen und den Fachpersonen zur Standortbestimmung und als Grundlage für gesundheitsfördernde und präventive Interventionen. (Universität Bern, 2007)

Die beiden folgenden Präventionsprojekte bauen auf dem Gesundheits-Profil Verfahren auf.

Zwäg is Alter

Dieses Projekt wird von der Pro Senectute des Kanton Berns geleitet. Das Angebot besteht aus einem Hausbesuch bei welchem der Gesundheitsbericht besprochen wird und je nach Bedarf weitere Gesundheitsberatungen durchgeführt werden. Zusätzlich werden der Gruppenkurs *Älter werden - gesund und selbständig bleiben* sowie Nachfolgekurse angeboten. (Zwäg is Alter, 2007)

Sanaprofil Solothurn

Bei diesem Projekt wird der Gesundheitsbericht nicht bei einem Hausbesuch besprochen, sondern per Post zugeschickt. Zusätzlich bietet Sanaprofil den Kurs, *Gesundheit und Alter* an (Sanaprofil, 2008). Das Sanaprofil-Projekt wurde Ende Dezember 2010 gestoppt (Amt für soziale Sicherheit Solothurn, 2010). Der Kurs *Gesundheit und Alter* wird jedoch weiterhin durch die ProSenectute Solothurn durchgeführt.

1.4.2.2 Westschweiz

Im Kanton Waadt ist Gesundheitsförderung und Prävention schon seit längerer Zeit ein Thema. Das Programm „Prävention von Stürzen und Mangelernährung“ wurde 1999 entwickelt. Die Umsetzung findet über zwei Wege statt (Samitca, Huis-soud & Dubois-Arber, 2003):

- Ergotherapeuten und Pflegefachpersonen des Centre médico-social* [CMS] evaluieren bei Hausbesuchen Risikofaktoren, suchen Lösungen und bieten bei Bedarf Interventionen an.
- Die ältere Bevölkerung wird anhand verschiedener Aktivitäten, Informationsveranstaltungen sowie altersgerechten Broschüren über Stürze und Fehlernährung aufgeklärt.

1.4.2.3 Gesetzliche Bestimmungen zur Prävention

Bis jetzt sind in der Schweiz präventive Interventionen noch nicht gesetzlich verankert und Interventionen im präventiven Bereich werden nicht von der obligatorischen Krankenversicherung übernommen. Im Krankenversicherungsgesetz [KVG] sind nur „die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen“ eingeschlossen (Art. 25). Eine Ausnahme gibt es für bestimmte vorsorgliche Interventionen, welche von Ärzten durchgeführt oder angeordnet werden (Art. 26). Ergotherapeutische Interventionen in der Primärprävention können also bei der obligatorischen Krankenversicherung nicht abgerechnet werden.

Um die Bereiche Prävention, Gesundheitsförderung und Früherkennung zu stärken, erteilte der Bundesrat im September 2007 den Auftrag neue gesetzliche Grundlagen für diese Bereiche auszuarbeiten. Ziel ist es, „die Koordination und die Effizienz der laufenden Aktivitäten zu verbessern“ (BAG, 2009, Abs. 1). Voraussichtlich wird das neue Präventionsgesetz frühestens 2012 zur Volksabstimmung vorgelegt werden (Neck-Häberli, 2011).

1.5 Wissenslücke und Forschungsfrage

In den deutschsprachigen Regionen hat die Ergotherapie noch Entwicklungspotenzial im Bereich der Primärprävention. Durch Interventionen in diesem Bereich kann ein Beitrag zur Entlastung der Gesundheits- und Sozialsysteme geleistet werden (Dachs-Verband, k.D.). Dies wird auch durch die positiven Ergebnisse aus anderen Ländern bestätigt.

Wie vorhergehend erwähnt, nimmt der Anteil der älteren Bevölkerung und deren Lebenserwartung stetig zu. Die Bedürfnisse der Bevölkerung beschränken sich aber nicht nur auf ein möglichst langes Leben, sondern es wird im Alter auch eine möglichst grosse Selbständigkeit, eine gute Gesundheit und Wohlbefinden angestrebt. Die Resultate der Bachelorarbeit von Müller und Roux (2010) zeigen, dass das Wohnen im eigenen Zuhause einen entscheidenden Einfluss auf ein gesundes und aktives Altern hat.

Bei den Verfasser* kam durch Erfahrungen während den Praktika und aus dem persönlichen Umfeld das Interesse auf, zu erfahren, wie ältere Menschen gesund und selbständig zu Hause leben können. Sie sind der Meinung, dass die Ergo-

therapie geeignete präventive Angebote anbieten kann, um älteren Menschen ein gesundes und selbständiges Leben zu Hause zu ermöglichen.

Aus all diesen Aspekten entwickelte sich die folgende Forschungsfrage:
Wie sehen effektive präventive Ergotherapieinterventionen aus, welche die Betätigungsperformanz von über sechzig jährigen, selbständig lebenden Personen verbessern?

1.7 Zielsetzung

Mit der Arbeit möchte untersucht werden, welche präventiven ergotherapeutischen Interventionen es für ältere, selbständig lebende Menschen gibt und was sie beinhalten. Eine weitere Zielsetzung ist die Auswirkung dieser Interventionen auf die Betätigungsperformanz, die Gesundheit und das Wohlbefinden der älteren Menschen darzustellen. Zusätzlich ist das Aufzeigen von Faktoren, welche die Annahme eines präventiven Programmes durch ältere Menschen begünstigen, ein Ziel.

1.8 Abgrenzungen des Themas

In der vorliegenden Arbeit wird nicht...

... auf gesundheitspolitische Aspekte eingegangen. Nur schon der Teilaspekt der Finanzierung hätte den Rahmen dieser Arbeit gesprengt.

... detailliert darauf eingegangen, welche Professionen bereits präventive Programme für ältere Menschen ausführen und wie eine mögliche interdisziplinäre Zusammenarbeit aussehen könnte.

... auf Unterschiede zwischen spezifischen Bevölkerungsgruppen (z. B. Bergbevölkerung-Stadtbevölkerung) und deren Auswirkung auf ein präventives Programm eingegangen.

... auf das biografische und das soziale Alter eingegangen. Der Fokus liegt ausschliesslich auf dem chronologischen Alter.

...auf die Familienangehörigen eingegangen. Es wird lediglich die Beziehung zwischen dem Klienten und dem Ergotherapeuten betrachtet.

... auf die Gesundheitsförderung eingegangen. Der Schwerpunkt liegt auf ergotherapeutischen Interventionen in der Primärprävention.

2. Hauptteil

2.1 Methodik

2.1.1 Methodisches Vorgehen

Die vorliegende Arbeit ist eine reine Literaturarbeit (Kruse, 2007). Im Hauptteil wird ein Überblick über das *Canadian Model of Occupational Performance and Engagement* [CMOP-E], das der Arbeit zugrundeliegende Modell, gegeben. Anschliessend folgt eine Beschreibung der Hauptstudien und eine Ergänzung derer Inhalte mit Nebenstudien. Die Studienmatrix mit den Haupt- und Nebenstudien ist im Anhang aufgeführt. In der Diskussion werden die Ergebnisse aller Studien zusammengefasst, in Beziehung zum CMOP-E gesetzt und die Meinung der Verfasser eingebracht. Im Theorie-Praxis Transfer werden die Resultate auf die praktische Umsetzung in der Schweiz übertragen. In der Schlussfolgerung werden die wichtigsten Aussagen der Arbeit zusammengefasst und auf offene Fragestellungen für zukünftige Arbeiten hingewiesen. In der vorliegenden Arbeit werden aufgrund der Lesefreundlichkeit nur die männlichen Bezeichnungen verwendet. Es wird von einer Gleichberechtigung der Geschlechter ausgegangen. Die mit einem Asterisk (*) gekennzeichneten Wörter werden im Glossar erklärt.

2.1.2 Einschlusskriterien für Haupt- und Nebenstudien

Für die vorliegende Arbeit wurden nur Studien mit Teilnehmer eingeschlossen, welche selbständig zu Hause leben. Unter selbständig lebenden Personen werden Menschen bezeichnet, welche keine Hilfe von Drittpersonen bei der Ausführung von elementaren alltäglichen Lebensverrichtungen benötigen (Georg, 2004; zit. nach Schweizerischer Seniorenrat, 2007, S. 2). Zudem dürfen die Teilnehmer keine kognitiven Einschränkungen im Sinne von dementiellen Entwicklungen haben.

Die Altersbegrenzung wurde bei 60 Jahren festgelegt. Dies aus dem Grund, dass die Wahrscheinlichkeit einer guten Gesundheit im Alter steigt, je früher eine Umstellung auf einen gesunden Lebensstil erfolgt (Kessler, Bonsack, Seematter & Biedermann, 2010). Veränderungen in den Lebensgewohnheiten

müssen laut Laukel-Pfeiffer (2005) schon vor der Pensionierung stattfinden, damit sie nach der Pensionierung beibehalten werden.

Als Haupt- und Nebenstudien wurden nur Studien einbezogen, welche 1997 oder später publiziert wurden, um die Aktualität der Ergebnisse zu gewährleisten. Da die Resultate der Studien auch auf die Situation der Ergotherapie in der Schweiz übertragbar sein sollen, wurden nur Studien eingeschlossen, welche aus westlich geprägten Ländern stammen.

Es wurde darauf geachtet, dass die Studien eine möglichst gute Qualität aufweisen.

Hauptstudien müssen zusätzlich zu den oben beschriebenen Kriterien ein ganzheitliches präventives Programm beschreiben und die Veränderung des Lebensstils muss ein zentraler Bestandteil des Programmes sein.

2.1.3 Literatursuche

Für diese Arbeit wurde eine Literaturrecherche auf den Datenbanken AMED, CINAHL, Cochrane Library, Medline, OTDBASE, OTseeker und SAPHIR im Zeitraum von September 2010 bis Februar 2011 durchgeführt. In Tabelle 1 werden die Inhalte der Datenbanken sowie deren Bedeutung für die Arbeit aufgezeigt.

Tabelle 1

Übersicht Datenbanken

Name der Datenbank	Inhalt der Datenbank	Bedeutung für die Arbeit
AMED (Hochschulbibliothek, 2010a)	Studien aus vielen Medizini- schen Berufen	Studien aus der Ergothera- pie
CINAHL (Hochschulbibliothek, 2010b)	Studien aus der Kranken- pflege	Studien aus verwandten Berufen im Gesundheits- wesen
Cochrane Library (Hochschulbibliothek, 2010c)	Resultate von führenden medizinischen Studien und Reviews	Aktuelle medizinische Stu- dien und Reviews
Medline (Hochschulbibliothek, 2010d)	Studien aus medizinischen Bereichen	Studien aus der Ergothera- pie und der Geriatrie
OTDBASE (Hochschulbibliothek, 2011a)	Internetbasierter Index- und Abstractservice	Über 9000 Abstracts aus nationalen und internatio- nalen Ergotherapiezeitschriften
OTseeker (Hochschulbibliothek, 2011b)	Abstracts von systemati- schen Reviews und rando- misierten kontrollierten Studien für die Ergothera- pie	Abstracts von ergotherapiespezifischen Reviews und randomisierte kontrollierte Studien
SAPHIR (Hochschulbibliothek, 2010e)	Studien aus dem Gesund- heitswesen verzeichnet durch Schweizer Fachbibli- otheken und Dokumentati- onszentren	Der Bereich Prävention ist enthalten

Die Schlüsselwörter wurden aufgrund der Fragestellung entwickelt. Es wurden Begriffe gewählt, welche die Inhalte der Forschungsfrage möglichst treffend beschreiben. Durch die Übersetzung der Schlüsselwörter auf Englisch wurden die Keywords festgelegt und entsprechende Synonyme gesucht. Für jedes Keyword wurde, wenn möglich das entsprechende Schlagwort im Verzeichnis der Datenbanken gesucht. Die Schlüsselwörter, Keywords, deren Synonyme sowie die Schlagwörter sind in Tabelle 2 ersichtlich.

Tabelle 2

Keywordtabelle

Schlüsselwörter	Keywords	Synonyme	Schlagwörter
Alter	old age	senior, the elderly, elderly people, homebound, senior citizen, aged person, older adult, pensioner, young-old, old-old, oldest-old	Aged
Betätigungsperformanz	occupational performance	performance, activity performance, task performance	
Ergotherapie	Occupational Therapy	Therapeutics, OT, therapist, Ergotherapy	Occupational Therapy
Intervention	intervention	therapeutic intervention, implementation, therapy session	Intervention Trials
Prävention	prevention	preventive, prevent, anticipate, primary / secondary / tertiary prevention, home safety	preventive Health Care, preventive Trials
selbständig	independent-living	alone, single-handed, unpaired, solitarily, self-consistent, self-contained, community-dwelling	community living, Independent Living

Die oben genannten Datenbanken wurden zuerst nach den Keywords *Occupational Therapy*, *old age*, *independent living* und *occupational performance* durchsucht. Ergab die Suche nach einem Keyword nur wenige Ergebnisse, wurde ein Trunkierungszeichen verwendet um die Ergebnismenge zu vergrößern. Beinhaltete die Ergebnismenge eines einzelnen Keyword mehr als 40 Studien so wurde dieses Keyword durch eine oder mehrere AND Verknüpfungen auf eine überschaubare Menge verkleinert.

Wurde die Ergebnismenge aber durch eine Verknüpfung mit AND zu stark eingeschränkt, wurde die Verknüpfung mit OR gewählt. Als weitere Möglichkeit die Ergebnismenge zu vergrößern, wurde beispielsweise folgende Suche eingegeben: *Prevention AND (old age OR aged OR older adults) AND (community living OR independent living) AND Occupational Therapy*. Um die Ergebnismengen zu vergrößern, wurden auch die Schlagwörter der jeweiligen Datenbanken in der Suche angewendet.

In der Datenbank OTDBASE wurden die Kategorien ADL, Aged und OT Practice durchsucht. Innerhalb dieser Kategorien wurde dann nach den relevanten Suchbegriffen gesucht.

Zusätzlich wurden die Referenzlisten der gelesenen Studien durchgegangen und interessante Studien nach der Schneeballsuche* gesucht.

Die Ergebnisse einer Suche wurden jeweils aufgrund von Titel und Abstract durchsucht und für das Thema relevante Studien ausgewählt und gelesen. Aufgrund der Einschlusskriterien und der methodischen Qualität wurde entschieden, ob die Studie für die Arbeit verwendet wird. Die Suche ergab unter Anwendung der Einschlusskriterien 12 Studien, wovon 5 Studien als Hauptstudien definiert werden konnten.

Zusätzlich zur Literatursuche auf den genannten Datenbanken wurden die Bibliothek der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften des Departements Gesundheit in Winterthur und die Bibliothek der Pro Senectute Schweiz in Zürich nach nützlicher Primär-, Sekundär- und Tertiärliteratur durchsucht.

Für die Beurteilung von qualitativen Studien wurde das Formular *Critical Review Form – Qualitative Studies (Version 2.0)* nach Letts et al. (2007a) und die *Anleitung zum Formular für eine kritische Besprechung qualitativer Studien* nach Law et al. (1998a) verwendet. Quantitative Studien wurden nach dem *Critical Review Form – Quantitative Studies* von Law et al. (1998c) und der dazugehörigen *Anleitung zum Formular für eine kritische Besprechung quantitativer Studien* (Law et al., 1998b) beurteilt. Reviews wurden nach den Kriterien des *10 questions to help you make sense of reviews* von der Public Health Resource Unit (2006) beurteilt.

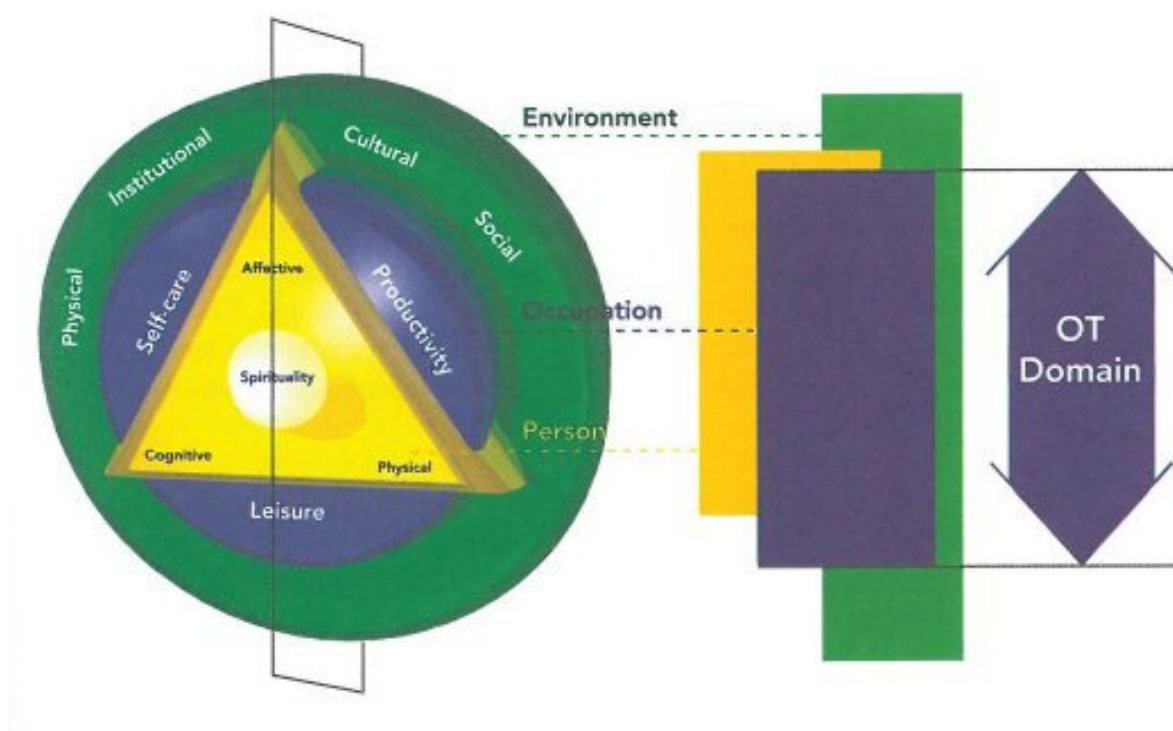
2.2 Canadian Model of Occupational Performance and Engagement

Im folgenden Kapitel wird das *Canadian Model of Occupational Performance and Engagement* [CMOP-E] beschrieben. Dieses Ergotherapie Modell wurde von der Canadian Association of Occupational Therapy [CAOT], sprich dem kanadischen Verband der Ergotherapeuten entwickelt. Das Modell ist einerseits für die Behandlung von Einzelpersonen anwendbar, wie auch für die gemeindebasierte Ergothera-

pie*. Ein Bereich der gemeindebasierten Ergotherapie können gesundheitsfördernde Programme sein.

Das CMOP-E ist in Abbildung 1 ersichtlich. Das Modell zeigt die dynamischen Beziehungen zwischen der Person, ihrer Betätigung und ihrer Umwelt auf. (CAOT, 2007)

Abbildung 1 Canadian Model of Occupational Performance and Engagement



Eine **Person** hat drei Performanzkomponenten zur Verfügung um durch Betätigungen in der Umwelt zu interagieren: die kognitiven*, affektiven* und physischen* Komponenten. In der Mitte der Person steht die Spiritualität. Spiritualität ist laut den kanadischen Autoren „der Geist, das, was jemanden unverwechselbar und einzigartig macht wie sein Charakter, sein Antrieb, seine Weltsicht“ (Dehnhardt, 2003, S.18). Die Spiritualität ist Bestandteil jeder Person, wird durch die Umwelt geformt und gibt der Betätigung Bedeutung (CAOT, 1997).

Die **Umwelt** wird in den physischen, institutionellen, kulturellen und sozialen Kontext unterteilt. Jede Person lebt eingebettet in ihrem einzigartigen Kontext (CAOT, 2007). Als institutionelle Umwelt werden Institutionen verstanden, welchen sich Menschen unterordnen müssen wie zum Beispiel die Gesetzte, Regierung und Schu-

len. Als kulturelle Umwelt werden bestimmte Gewohnheiten und Traditionen bezeichnet. Alles was mit den fünf Sinnen erfasst werden kann, wird als physische Umwelt bezeichnet. Die soziale Umwelt wird durch alle Menschen gebildet, welche mit einer Person Kontakt haben. (Dehnhardt, 2003)

Die **Betätigung** ist die Verbindung zwischen der Umwelt und der Person. Die Person wirkt durch die Betätigung in der Umwelt (CAOT, 2007). Betätigung ist ein wichtiger Ausgangspunkt des CMOP-E und wird im Modell folgendermassen definiert: „Gruppen von Aktivitäten und Aufgaben im täglichen Leben, die von den Individuen und ihrer Kultur bestimmt und strukturiert, sowie mit Wert und Bedeutung belegt werden. „Occupation“ ist alles, was Menschen tun, um sich zu betätigen; dazu gehören die Selbstversorgung*, die Freude am Leben (Freizeit*) und das Beitragen zum sozialen und ökonomischen Gefüge der Gemeinschaften, in denen sie leben (Produktivität*)“ (CAOT, 1997, zit. nach Jerosch-Herold, Marotzki, Hack & Weber, 2004, S. 37)

Ein weiterer Ausgangspunkt ist die **Betätigungsperformanz**. Sie ist „die Fähigkeit, sinnvolle kulturell bedingte und altersentsprechende Betätigungen auszuwählen, zu organisieren und zufriedenstellend auszuführen um sich selbst zu versorgen, Freude am Leben zu haben und zum sozialen und ökonomischen Gefüge einer Gemeinschaft beizutragen“ (CAOT, 1997; zit. nach Jerosch-Herold et al., 2004, S. 30).

Der dritte Ausgangspunkt des Modells ist die **klientenzentrierte Perspektive** (Marotzki & Reichel, 2007). Daher wird in der graphischen Darstellung des Modells die Person ins Zentrum gestellt. Die CAOT (1997) versteht unter Klientenzentriertheit einen Ansatz, bei welchem der Ergotherapeut Respekt gegenüber dem Klienten zeigt, ihn in Entscheidungen mit einbezieht, sich für die Bedürfnisse des Klienten einsetzt und den Klienten als Experte für seine Situation sieht.

Das **E** des CMOP-**E** steht für *Engagement*. *Engagement* bedeutet, dass Ergotherapeuten den Klienten zur Teilnahme und Ausführung von bedeutungsvollen Betätigungen verhelfen, in dem sie die Menschen dazu befähigen diese zu wählen, organisieren und auszuführen. Indem den älteren Menschen ermöglicht wird, Betätigungen auszuführen, werden gleichzeitig die Gesundheit und das Wohlbefinden gefördert. (CAOT, 2007)

2.3 Präventive Ergotherapieinterventionen bei selbständig lebenden älteren Menschen

2.3.1 Hauptstudien

In diesem Kapitel werden drei präventive Ergotherapieprogramme für ältere, selbständig lebende Menschen anhand deren zugrunde liegenden Studien beschrieben. Das *Lifestyle Redesign – the Well Elderly Program* wird anhand von drei Hauptstudien beschrieben, das *Wellness Program for Older Adults* und das *Lifestyle Matters Programme* von je einer Hauptstudie.

2.3.1.1 Lifestyle Redesign – the Well Elderly Program

Die *Well Elderly Study* untersuchte die Wirksamkeit von präventiven Ergotherapieinterventionen, welche speziell für selbständig lebende ältere Menschen mit verschiedenen kulturellen Hintergründen entwickelt wurden. Die Studie wurde als randomisierte kontrollierte Studie* von 1994 bis 1996 durchgeführt. Die Daten wurden in der Umgebung von Los Angeles in den USA erhoben. (Clark et al., 1997) Die theoretischen Grundlagen für die Studie bilden die Theorie des aktiven Alterns und aktuelle Annahmen über das Alter. Diese theoretischen Grundlagen werden von Carlson et al. (1998) in einem separaten Review beschrieben. Die Erkenntnisse aus den theoretischen Grundlagen veranlassten die Autoren dazu, effektive aktivitätsbasierte Interventionen zu erstellen. Diese Interventionen hatten zum Ziel, die Lebensqualität von älteren Menschen zu verbessern. (Carlson et al., 1998)

Die Studienteilnehmer waren mindestens 60 Jahre alte Männer und Frauen. Sie lebten alle in einer Stadt und hatten verschiedene Nationalitäten. Es wurden explizit auch chinesisch sprechende Teilnehmer eingeschlossen, um zu testen, wie sehr das Programm an andere Kulturen und Sprachen angepasst werden kann. Ausschlusskriterien waren Anzeichen einer Demenz und permanente Pflege. Alle 361 Personen nahmen freiwillig an der Studie teil. (Clark et al., 1997)

Um die Auswirkungen von saisonalen Veränderungen zu vermeiden, wurden die Studienteilnehmer zu zwei verschiedenen Zeitpunkten im Jahr rekrutiert. Die Teilnehmer wurden durch eine computergesteuerte Randomisierung* einer von drei Gruppen zugeteilt. Es gab eine Gruppe, welche durch Ergotherapeuten betreut wurde (Ergotherapiegruppe), eine Gruppe, welche soziale Aktivitäten durchführte (Aktivi-

tätskontrollgruppe) und eine Gruppe, welche keine Interventionen bekam (Kontrollgruppe). Eine Gruppe bestand aus acht bis zehn Teilnehmern. Die Gruppenprogramme wurden über einen Zeitraum von neun Monaten durchgeführt. (Clark et al., 1997)

Das Hauptthema der Ergotherapiegruppe war Gesundheit durch Betätigung zu erlangen. Das Ziel der Gruppe war, den Teilnehmern die Wichtigkeit von bedeutungsvoller Betätigung verständlich zu machen. Es wurde ihnen Wissen vermittelt, wie sie Aktivitäten auswählen und durchführen können, um ein gesundes und zufriedenes Leben zu führen. Zur Vermittlung des Wissens wurde ein didaktischer Ansatz gewählt, welcher durch praktische Erfahrungen in Aktivitäten ergänzt wurde. Zusätzlich wurden die Teilnehmer gebeten, den Einfluss jeder Aktivität auf ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden zu analysieren. Es wurden Themen wie *Einführung in die Macht der Betätigung, Altern, Gesundheit und Betätigung, Transportsysteme, Sicherheit, soziale Beziehungen, Kulturbewusstsein, Finanzen* und eine Zusammenfassung aller Gruppeneinheiten diskutiert. Die Teilnehmer der Ergotherapiegruppe erhielten wöchentlich zwei Stunden Gruppentherapie und neun Stunden Einzeltherapie verteilt über neun Monate. (Clark et al., 1997)

In der Aktivitätskontrollgruppe wurden Aktivitäten zur Förderung der sozialen Interaktion unter den Gruppenmitgliedern durchgeführt. Die Inhalte der einzelnen Gruppentunden richteten sich nach den Interessen der Teilnehmer. Es wurden Spiele gespielt, Filme gesehen, getanzt, handwerkliche Aktivitäten oder gemeinsame Ausflüge gemacht. Die Teilnehmer trafen sich wöchentlich für 2 ½ Stunden in der Gruppe. Sie erhielten keine zusätzlichen Einzelinterventionen. Die Gruppe wurde nicht durch ausgebildete Fachpersonen betreut.

Die Kontrollgruppe erhielt keine Interventionen über den untersuchten Zeitraum hinweg. (Clark et al., 1997)

Um die Wirksamkeit der Behandlungen zu erfassen, wurden am Anfang und am Ende der neun Monate Messungen durchgeführt. Die verwendeten Messinstrumente sind in Tabelle 3 aufgeführt. Die Zusammensetzung der drei Gruppen war zu Beginn der Studie miteinander vergleichbar. Zur Messung der Daten wurden verschiedene Selbsteinschätzungsfragebogen verwendet, welche die physischen und sozialen

Funktionen*, die Gesundheit, die Lebenszufriedenheit und depressive Symptome erfassten. (Clark et al., 1997)

Tabelle 3

Verwendete Messinstrumente für die Well Elderly Study

Verwendete Messinstrumente (Clark et al., 1997; Clark et al. 2001)	Gemessene Grössen
Functional Status Questionnaire	Potentielle funktionelle Behinderungen oder Unterbrechungen von täglichen Aktivitäten in den physischen und sozialen Domänen (Jette & Cleary, 1987, zit. nach Clark et al., 1997, S. 1322).
Life Satisfaction Index-Z	Lebenszufriedenheit in älteren Populationen (Wood, Wylie & Sheafor, 1969, zit. nach Clark et al., 1997, S. 1323).
Center for Epidemiologic Studies (CES) Depression Scale	Häufigkeit von erfahrenen depressiven Symptomen innerhalb der vergangenen Woche (Radloff, 1977, zit. nach Clark et al. 1997, S. 1323).
Medical Outcomes Study (MOS) Short Form General Health Survey	Einschätzung der eigenen generellen Gesundheit (Stewart, Hays & Ware, 1988, zit. nach Clark et al., 1997, S. 1323).
RAND 36-Item Health Status Survey, Short Form-36 (RAND SF-36)	Physische und mentale Funktionen, die einen Einfluss auf die Gesundheit haben (Hays, Sherbourne & Mazel, 1993; Ware & Sherbourne, 1992, zit. nach Clark et al, 1997, S. 1323).

Die Resultate, welche in Tabelle 4 dargestellt sind, zeigten auf, dass die Teilnehmer der Ergotherapiegruppe nach der Intervention signifikant* bessere Werte in der Qualität der Interaktion, der Lebenszufriedenheit, der Gesundheitseinschätzung, den physischen Funktionen, der Vitalität, den sozialen Funktionen und in der generellen mentalen Gesundheit erreichten. Auch konnten die Rolleneinschränkungen aufgrund von Gesundheitsproblemen und aufgrund von emotionalen Problemen, sowie der körperliche Schmerz reduziert werden. Der Gesundheitszustand und das Wohlbefinden der Teilnehmer der Aktivitätskontrollgruppe und der Kontrollgruppe verschlechterten sich während dem untersuchten Zeitraum. (Clark et al., 1997)

Tabelle 4

Resultate nach der 9-monatigen Intervention

Bereiche	p-Werte*
Qualität der Interaktion	p = .03
Lebenszufriedenheit	p = .03
Gesundheitseinschätzung	p = .05
Körperlicher Schmerz	p = .03
Physische Funktionen	p = .008
Rolleneinschränkungen aufgrund von Gesundheitsproblemen	p = .02
Rolleneinschränkungen aufgrund von emotionalen Problemen	p = .05
Vitalität	p = .004
Soziale Funktionen	p = .05
Generelle mentale Gesundheit	p = .02

Carlson et al. (1998) fanden in ihrem Review zusätzlich heraus, dass sich diejenigen älteren Menschen am meisten verbesserten, welche zu Beginn des Programmes den schlechtesten Gesundheitszustand hatten. Die Resultate der eingeschlossenen Studien verdeutlichen auch, dass das Programm an verschiedene Kulturen angepasst werden kann und dass präventive Ergotherapieprogramme die Krankheitsrisiken von älteren Menschen vermindern und folglich wirksam sind. Limitierungen der Studien sind, dass die Resultate nicht auf ältere Menschen übertragbar sind, welche in anderen Wohnformen leben oder einen anderen sozioökonomischen Hintergrund haben (Clark et al., 1997).

Die Autoren empfehlen die Kombination von präventiven Ergotherapieprogrammen mit anderen Angeboten um die Gesundheitsvorsorge vorausschauend zu planen. Es können entweder Verbesserungen in der Gesundheit von älteren Menschen erreicht werden oder der Abbau an Funktionen kann verlangsamt werden. Dabei ist es wichtig, dass solche Programme von Ergotherapeuten ausgeführt werden, welche das Konzept der bedeutungsvollen Betätigung verstehen. Denn die Resultate der Aktivitätsgruppe haben klar gezeigt, dass Aktivität an sich keine Verbesserung der Gesundheit und des Wohlbefindens zur Folge hat. (Clark et al., 1997)

Die Studie von Clark et al. (2001) wurde als Folgestudie der oben beschriebenen Studie durchgeführt. In der Folgestudie wurden alle 361 Teilnehmer der Studie von Clark et al. (1997) sechs Monate nach Ende des oben beschriebenen Programmes erneut mit den gleichen Messinstrumenten erfasst. Die Teilnehmer erhielten während den sechs Monaten keine Behandlung mehr. Da zwischen den beiden Kon-

trollgruppen (Aktivitätskontrollgruppe und Kontrollgruppe) in den Messungen nach Ende des neunmonatigen Programmes keine signifikanten Unterschiede ersichtlich waren, wurden diese beiden Gruppen für die erneuten Messungen nach sechs Monaten zu einer Gruppe zusammengefasst. (Clark et al., 2001)

Die Resultate zeigten auf, dass die Teilnehmer der Ergotherapiegruppe sechs Monate nach Abschluss des Programmes weiterhin einen besseren Gesundheitszustand aufwiesen und folglich einen signifikanten Nutzen aus dem Programm gezogen haben. Es zeigten sich signifikant bessere Werte in den physischen Funktionen, der Vitalität, der Qualität der Interaktion, den sozialen Funktionen, den Rollenfunktionen sowie den emotionalen Rollen und in der generellen mentalen Gesundheit. Die jeweiligen p-Werte sind in Tabelle 5 aufgeführt.

Tabelle 5

Resultate 6 Monate nach Ende der Intervention des Well Elderly Programs

Bereiche	p-Werte
Physische Funktionen	p < .05
Vitalität	p < .05
Qualität der Interaktion	p = .05
Soziale Funktionen	p < .05
Rollenfunktionen	p < .05
Emotionale Rollen	p < .05
Generelle mentale Gesundheit	p < .05

Dies Bestätigt, dass präventive Ergotherapieinterventionen in einer Gruppe mit älteren Menschen auch sechs Monate nach Ende der Behandlung noch einen positiven Effekt haben. Die Verbesserungen in den psychosozialen Bereichen waren dabei am nachhaltigsten. Die Resultate der Folgestudie bekräftigen die Resultate der Studie von Clark et al. (1997) bezüglich bedeutungsvoller Betätigung. Es ist also nicht einfach Aktivität an sich, die zu einer Verbesserung der Gesundheit und des Wohlbefindens führt, sondern die Aktivität muss den ergotherapeutischen Charakteristiken von bedeutungsvoller Betätigung unter Beachtung und Einschliessung des Kontexts* entsprechen. Dabei spielt die individuelle Betreuung der Personen während der Gruppentherapie eine wichtige Rolle. Die Bedenken, Werte sowie Umweltressourcen und -barrieren jeder einzelnen Person müssen beachtet werden um Veränderungen zu unterstützen. Werden die Veränderungen durch die Motivation der Person angestrebt und sind sie mit den gegebenen Umweltbedingungen vereinbar,

so kann ein langanhaltender Therapeutischer Effekt erzielt werden. (Clark et al., 2001)

Die Autoren beschreiben keine Faktoren, welche die Ergebnisse der Studie beeinflusst haben könnten (Clark et al., 2001).

2.3.1.2 *Wellness Program for Older Adults*

Matuska, Giles-Heinz, Flinn, Beighbor & Bass Haugen (2003) führten das *Wellness Program for Older Adults* in Form einer Studie durch. Das *Wellness Program for Older Adults* basiert auf dem oben beschriebenen *Well Elderly Program*. In der Studie wurden die folgenden Fragen untersucht:

1. Wie verändert sich die Selbsteinschätzung der Lebensqualität durch die Teilnahme am Programm?
2. Nimmt die Häufigkeit an sozialer und gesellschaftlicher Partizipation durch die Teilnahme am Programm zu?
3. Was zeichnet die Personen aus, welche am häufigsten am Programm teilgenommen haben?
4. Wie ist die Zufriedenheit der Teilnehmer mit dem Programm?

An der Studie nahmen 65 Männer und Frauen im Alter von 70 bis 92 Jahren teil. Die Teilnehmer stammten aus mittelwestlichen städtischen und vorstädtischen Gemeinden in Amerika, waren aus der Mittel- und Oberschicht und lebten selbständig in Alterswohnungen. Die Messungen der quantitativen Studie* wurden vor und nach dem Programm durchgeführt. Die verwendeten Messinstrumente sind in Tabelle 6 aufgeführt. Das Programm beinhaltete während sechs Monaten wöchentlich 1 ½ Stunden Gruppentherapie, welche von zwei Ergotherapeuten durchgeführt wurde. Die Gruppentherapie fand in einem Alterswohncentrum statt. Das Programm fokussierte darauf, die Wichtigkeit von Partizipation an bedeutungsvoller Betätigung zur Erreichung einer besseren Lebensqualität zu vermitteln. Zusätzlich erlernten die Teilnehmer Strategien um persönliche und Umwelt-Barrieren, welche von der Partizipation abhalten, zu beseitigen. Wöchentlich wurden Themen wie *Transport, Altern, Sicherheit und Sturzprävention, Stress, Lifestyle Balance* und *Kommunikation* in der Gruppe diskutiert und praktisch geübt. Das Programm wurde dreimal in verschiedenen Al-

terswohntzentren durchgeführt. Folgende Ergebnisse zeigten sich nach Ende des Programmes:

1. Das Programm trug zur Verbesserung der Lebensqualität bei. In den Bereichen Vitalität, soziale Funktionen und mentale Gesundheit zeigte sich eine signifikante Verbesserung. Die p-Werte dazu sind in Tabelle 7 ersichtlich. In den Bereichen generellen Gesundheit, physische Rollen, soziale Funktionen und emotionale Rollen wurde ein durchschnittlicher Effekt sichtbar.
2. Der Anteil der sozialen Partizipation erhöht sich durch die Programmteilnahme. Die Anzahl Teilnehmer, welche mindestens drei Mal in der Woche mit der Familie oder Freunden telefonierten, erhöhte sich von 47% auf 56%. Die Anzahl Teilnehmer, welche an sozialen und gesellschaftlichen Aktivitäten teilnahmen stieg von 56% auf 66% an. Besonders die Nichtautofahrer zeigten in allen Bereichen der sozialen Partizipation eine Verbesserung.
3. Die Resultate der Studie zeigten einen engen Zusammenhang zwischen Autofahrern und der Regelmässigkeit der Teilnahme am Programm auf. Nichtautofahrer zeigen eine höhere Anwesenheit auf als Autofahrer.
4. Die Zufriedenheit mit dem Programm war hoch. 87% von den 31 ausgefüllten Auswertungsbögen zeigten eine gute oder exzellente Zufriedenheit. Die beliebtesten Themen, welche im Programm besprochen wurden, waren *Stress-managing*, *Alter und Gesundheit* und *effektive Kommunikation*. Von den Teilnehmern wurde das aktive Lernen mit Unterstützung durch Studenten und Gruppenleitern, die Gruppendiskussionen und die Gelegenheit soziale Kontakte zu knüpfen, besonders geschätzt.

Die Autoren nennen mehrere Limitierungen für die Studie. Eine Hauptlimitierung ist, dass die Studie nach einem Vorher-Nachher Design aufgebaut ist und es somit keine Kontrollgruppe gibt. Ein weiterer Faktor, der die Studienergebnisse möglicherweise beeinflusste ist, dass die Forscher zugleich auch die behandelnden Ergotherapeuten waren. Die Forscher waren also nicht verblindet*. (Matuska et al., 2003)

Tabelle 6

Verwendete Messinstrumente für das Wellness Program for Older Adults

Verwendete Messinstrumente (Matuska et al., 2003)	Gemessene Grössen
RAND 36-Item Health Status Survey, Short Form-36 (RAND SF-36)	Physische und mentale Funktionen, die einen Einfluss auf die Gesundheit haben (Hays, Sherbourne & Mazel, 1993; Ware & Sherbourne, 1992, zit. in Clark et al, 1997, S. 1323).
Erfassungsformular für das Designing a Life of Wellness Program	Häufigkeit der wöchentlichen Kommunikation und der monatlichen sozialen Partizipation in demografischen und quantitativen Informationen (Matuska et al., 2003).
Likert-Skala	Häufigkeit der wöchentlichen Kommunikation mit Familienmitglieder, Freunden und Betreuungspersonen (Matuska et al., 2003).
Fragebogen zur Programmmzufriedenheit	Zufriedenheit mit den Inhalten und Lernmethoden des Programmes (Matuska et al., 2003).

Tabelle 7

Resultate nach der 6-monatigen Intervention des Wellness Program for Older Adults

Bereiche	p-Werte
Vitalität	p < .05
Soziale Funktionen	p < .01
Mentale Gesundheit	p < .05

2.3.1.3 Lifestyle Matters Programme

Das *Lifestyle Matters Programme* basiert ebenfalls auf den Ergebnissen des *Well Elderly Program*. Das *Well Elderly Program* wurde auf die britische Kultur angepasst um es in Grossbritannien anzuwenden. In einer Fokusgruppe* bestehend aus älteren Menschen wurden mögliche Anpassungen des Programmes diskutiert. Anhand der Studie sollte herausgefunden werden, ob das betätigungsbasierte, gesundheitsfördernde *Lifestyle Matters Programme* für ältere, in der Gemeinde lebende Menschen in Grossbritannien erfolgreich ausgeführt werden kann. Im Programm ging es hauptsächlich darum, die Selbsterkenntnis und einen aktiven Lebensstil der älteren Menschen zu fördern. Dafür wurden die eigenen Erfahrungen ausgetauscht, Fertigkeiten trainiert und das Problemlösungsverhalten gefördert. Es nahmen 28 Teilnehmer zwischen 60 und 92 Jahren an der Studie teil. Die Teilnehmer wurden in zwei Gruppen eingeteilt. Die eine Gruppe wurde von zwei Ergotherapeuten betreut,

die andere von zwei Ergotherapieassistenten. Um an der Studie teilzunehmen, durften die älteren Menschen keine kognitiven Auffälligkeiten zeigen und mussten selbstständig leben. (Mountain, Mozley, Craig & Ball, 2008)

Die Datenerhebung wurde vor und nach dem Programm durchgeführt. Die dazu verwendeten Messinstrumente sind in Tabelle 8 aufgeführt. Zusätzlich zu den quantitativen Messinstrumenten wurden qualitative Interviews über die Erfahrungen bezüglich der Teilnahme am Programm durchgeführt. Die Studie ist somit eine Mischung aus quantitativem und qualitativem* Design. (Mountain et al., 2008)

Das Programm dauerte acht Monate, wobei die Teilnehmer ein Mal pro Woche während zwei Stunden die Gruppentherapie besuchten und zusätzlich ein Mal pro Monat eine Einzeltherapie zu Hause in Anspruch nehmen konnten.

Inhaltlich ist das *Lifestyle Matters Programme* in 8 Sektionen aufgebaut, wobei bei jeder Sektion ein spezifisches Thema behandelt und diskutiert wird.

Die quantitativen Ergebnisse der Messinstrumente zeigten nach dem Programm eine Verbesserung der Depressionswerte, der Performanz von täglichen Aktivitäten sowie der mentalen und physischen Gesundheit auf. Die Resultate der Studie waren statistisch jedoch nicht signifikant. Im qualitativen Interview erwähnten viele Teilnehmer, dass sie die soziale Partizipation in der Gruppe sehr geschätzt haben. Das Ausprobieren von neuen Aktivitäten, wie zum Beispiel das Benützen des Computers, erfüllte gewisse Teilnehmer mit Stolz. Der Austausch von Erfahrungen, Gefühlen und Befürchtungen sowie die Diskussionen über gewisse Themen waren wertvoll für die Teilnehmer. Sie konnten viel von den anderen Teilnehmern und durch die Inputs der Ergotherapeuten oder externen Fachpersonen lernen. Die Ergebnisse der Studie zeigten auf, dass es sinnvoll ist, ein Programm zur Förderung der Gesundheit, Selbstständigkeit und Partizipation im Alter durchzuführen. Die Studie verdeutlicht auch die Komplexität einer erfolgreichen Einführung eines solchen Programms. Besonders die Rekrutierung von isolierten älteren Menschen erweist sich als schwierig. (Mountain et al., 2008)

Eine Limitierung der Studie war die geringe Anzahl Teilnehmer. Um die Forschungsfrage der Studie zu beantworten, schlagen die Autoren vor, eine weitere, umfangreichere Studie bei welcher gleichzeitig die Kosteneffektivität getestet wird, durchzuführen. (Mountain et al., 2008)

Tabelle 8

Verwendete Messinstrumente für das Lifestyle Matters Programme

Verwendete Messinstrumente (Mountain et al., 2008)		Gemessene Grössen
Quantitative Messinstrumente	Mini-Mental Status Test	Kognitive Einschränkungen (Folstein et al. 1975, zit. nach Mountain et al., 2008, S. 407).
	Barthel Index	Aktivitäten des täglichen Lebens (Mahoney & Barthel, 1965, zit. nach Mountain et al., 2008, S. 407).
	Geriatrische Depressionsskala (GDS)	Depression (Yesavage et al, 1983, zit. nach Mountain et al., 2008, S. 407)
	RAND 36-Item Health Survey, Questionnaire (SF-36)	Physische und mentale Funktionen, die einen Einfluss auf die Gesundheit haben (Hays, Sherbourne & Mazel, 1993; Ware & Sherbourne, 1992, zit. nach Clark et al., 1997, S. 1323).
Qualitative Messinstrumente	Fragebogen	Basisdaten über die Teilnehmer, die Lebensumstände und Gesundheitsprobleme (Mountain et al., 2008).
	Interview	Lebensqualität, Lebensstil, Bedenken und Erwartungen an das Programm (Mountain et al., 2008).

2.3.2 Nebenstudien

Nachdem in den vorangehenden Kapiteln die Hauptstudien und ihre Effektivität beschrieben wurden, wird im folgenden Unterkapitel das Kernprinzip dieser Programme erläutert. Anschliessend wird beschrieben wie durch die Programme Barrieren für die Betätigungsperformanz beseitigt werden können.

2.3.2.1 Zentraler Bestandteil der Programme

Im *Lifestyle Redesign Program*, dem *Wellness Program for Older Adults* und dem *Lifestyle Matters Programme* liegt der therapeutische Schwerpunkt darauf, den Teilnehmern zu vermitteln, wie sie ihren Lebensstil selber aktiv gestalten können um Zufriedenheit, Gesundheit und Wohlbefinden durch bedeutungsvolle Betätigung zu erlangen (Carlson et al., 1998; Matuska et al., 2003; Mountain et al., 2008). Die Teilnehmer werden dazu befähigt, ihre eigene Betätigungsperformanz zu analysieren und den Nutzen von positiven Veränderungen sowie Faktoren, welche zu einer lang-

anhaltenden Veränderung beitragen, zu erkennen (Jackson, Carlson, Mandel, Zemke & Clark, 1998). Während dem Programm wird dies erarbeitet, indem sich die älteren Menschen mit ihrem eigenen Leben, ihren Zielen, Stärken und Schwächen auseinandersetzen (Carlson et al., 1998), sowie mit Betätigungen, welche eine Verbindung zu ihren früheren Lebensjahren haben (Jackson et al., 1998).

Durch die Programme erfahren die älteren Menschen die Wirkung von bedeutungsvoller Betätigung und deren Auswirkung auf ihre Gesundheit anhand von praktischen Erfahrungen und theoretischem Wissen. Die Teilnehmer lernen dadurch ihre persönlichen Möglichkeiten einzuschätzen, Ängste zu überwinden und Bedeutung und Zufriedenheit in ihrem Alltag zu erfahren. (Jackson et al., 1998)

Aufgrund der Erkenntnisse, welche die älteren Menschen durch das Programm gewinnen, sind sie am Ende des Programmes fähig, selbständig Veränderungen in ihrem Lebensstil einzuleiten. Dies ermöglicht ein *aktives Altern*.

Damit die Veränderungen des Lebensstils langfristig umgesetzt und beibehalten werden, müssen sie mit der täglichen Routine vereinbar sein und im Alltag verankert werden. Das Schaffen einer persönlich bedeutungsvollen Routine ist dabei der Schlüssel zum Erfolg. (Carlson et al., 1998)

In den beschriebenen präventiven Ergotherapieprogrammen werden Aktivitäten so gewählt, dass während einer Aktivität verschiedene Fertigkeiten trainiert werden (Jackson et al., 1998; Matuska et al., 2003; Mountain et al., 2008). Die Gruppe bietet einen geschützten Rahmen, der den Teilnehmern ermöglicht voneinander zu lernen. Dieser Lernprozess wird durch den Ergotherapeuten unterstützt. (Jackson et al., 1998)

2.3.2.2 Abbau von Barrieren für die Betätigungsperformanz

Oftmals werden ältere Menschen durch persönliche oder Umwelt-Barrieren an der Ausführung von bedeutungsvollen Betätigungen und der Partizipation in der Gesellschaft gehindert. Barrieren können verminderte physische Fertigkeiten*, eingeschränkte finanzielle Möglichkeiten, nicht genügend Zeit, Mangel an Informationen oder mangelnde Kenntnisse der eigenen Möglichkeiten darstellen. Die Benützung von öffentlichen Verkehrsmitteln stellt oft eine Herausforderung für ältere Menschen dar. Ältere Menschen, welche nicht mehr Auto fahren und/oder auf Hilfsmittel wie

Stöcke, Rollatoren oder Rollstühle angewiesen sind, fürchten sich vor der Benutzung oder sind aufgrund der Mobilitätseinschränkungen nicht in der Lage die öffentlichen Verkehrsmittel zu benutzen. (Jackson et al., 1998)

In den Gruppentherapien können diese Barrieren thematisiert und Lösungen besprochen werden. Vorträge von Ergotherapeuten oder Gastdozenten, Diskussionen, praktische Erfahrungen in der Gruppe und Selbsterfahrungen tragen zur Lösungsfindung bei. In der Gruppentherapie werden bewusst alltägliche Betätigungen thematisiert, damit der Transfer in den Alltag einfach möglich ist. Zudem sollten Ergotherapeuten die älteren Menschen bei Aktivitäten begleiten, Empfehlungen abgeben, wie die anstehenden Barrieren umgangen werden können und die Teilnehmer dabei unterstützen, eigene Lösungen zu finden (Jackson et al., 1998). Zur Beseitigung der Barrieren sollen möglichst einfache Strategien angewendet werden (Carlson et al., 1998).

2.3.2.3 Interventionen zur Verbesserung der Betätigungsperformanz

In diesem Kapitel werden die Inhalte der oben beschriebenen Programme durch weitere Studien vertieft. Die Studien beschreiben Interventionen, die zur Verbesserung der Betätigungsperformanz und den dazu erforderlichen Fertigkeiten von älteren Menschen beitragen.

Mentale Aktivitäten

Thompson und Foth (2005) zeigen in ihrem Review auf, dass durch mentale Aktivitäten die kognitiven Fertigkeiten verbessert werden können. Dazu existieren verschiedene mentale Trainingsformen. Es können sowohl kombinierte, ganzheitliche Ansätze oder ein spezifisches Training der Merkfähigkeit angewendet werden. Einige der im Review untersuchten Studien zeigten, dass es wichtig ist den älteren Menschen externe wie auch interne Merkstrategien zu vermitteln. Unter externen Merkstrategien werden Umweltressourcen wie Notizbücher oder Kalender verstanden. Als interne Merkstrategien gelten mentale Prozesse, wie die Vorstellungskraft. Viele ältere Menschen mögen die künstlichen Inhalte der Trainingsprogramme nicht. Stattdessen bevorzugen sie mentale Aktivitäten wie Lesen, Reisen, Weiterbildungen, Gedichte auswendig lernen, Singen in Chören, Theater spielen, ein Musikinstrument spielen

zu lernen, im Internet surfen, Kartenspiele spielen, Kreuzworträtsel lösen oder Puzzle machen. Das Üben von kognitiven Fertigkeiten in einer Gruppe wird als geeignet angesehen, da nebst den kognitiven Fertigkeiten auch das Selbstvertrauen der Teilnehmer und soziale Kontakte innerhalb der Gruppe gefördert werden. Die Inhalte des Trainingsprogrammes sollen sich auf die Bedürfnisse der älteren Menschen ausrichten. Für jeden Teilnehmer sollen individuelle Schwerpunkte gesetzt werden. Alltägliche Aktivitäten können von Ergotherapeuten bewusst zur Verbesserung spezifischer kognitiver Funktionen eingesetzt werden. So kann auch ein Lesetreff ein geeignetes Angebot zur Verbesserung oder Erhaltung der kognitiven Funktionen sein. (Thompson et al., 2005)

Physische Aktivitäten

Laut der Studie von Wagstaff (2005) führen körperliche Aktivitäten zu einer verbesserten Performanz in ADL und IADL. Sie werden von älteren Menschen zudem mit einer positiven Auswirkung auf die Stimmung und einem ausgewogenen Schlaf- und Tagesrhythmus zwischen Aktivität und Erholung verbunden. Im Weiteren lenken regelmässige sportliche Betätigungen wie auch andere Freizeitaktivitäten von aktuellen Problemen ab. Dabei spielt die erfahrene soziale Partizipation durch die Teilnahme an sportlichen Aktivitäten in der Gruppe eine wichtige Rolle.

Personen aus dem Gesundheitswesen, wie Ärzte oder Therapeuten, können ältere Menschen zur Teilnahme an sportlichen Aktivitäten ermutigen. Die Betreuung durch professionelles Personal wird geschätzt, da die Übungen im Sinne einer klientenzentrierten Vorgehensweise individuell an die Bedürfnisse und Einschränkungen der älteren Menschen angepasst werden können. In ergotherapeutischen Interventionen können körperliche Aktivitäten eingebracht werden, die das Wohlbefinden von älteren Menschen steigern, fortschreitende Einschränkungen vermindern und neue Freizeitinteressen mit sozialer Partizipation aktivieren. Unter körperlichen Aktivitäten sollen nicht nur sportliche Aktivitäten verstanden werden, sondern auch Aktivitäten wie Gartenarbeit oder der Weg zum Einkaufsladen. (Wagstaff, 2005)

Sturzprävention

Ballinger und Clemson (2006) beschreiben in ihrer Studie ein ergotherapeutisches Sturzpräventionsprogramm, welches zum Ziel hatte, die Teilnehmer zur Ausführung eines aktiven Lebensstils zu befähigen und so langfristig die Sturzgefährdung zu reduzieren. Im Programm wurden Erfahrungen im Zusammenhang mit Stürzen ausgetauscht und körperliche Kraft- und Balance-Übungen erlernt. Im Weiteren wurden Risiken im eigenen zu Hause, unpassendes Schuhwerk, eingeschränkte Sehfähigkeit und die Kombination von Medikamenten als Risikofaktoren thematisiert. Am Schluss des Programmes wurden die Themen zusammengefasst und das weitere Vorgehen geplant. Das Programm baute auf den Prinzipien der Erwachsenenbildung auf. Es wurden verschiedene Lernstrategien angewendet wie zum Beispiel das Erzählen der eigenen Lebensgeschichte. Dabei wurde die Verbesserung der Selbstwirksamkeit in Risikosituationen für Stürze besonders beachtet. Die Teilnehmer lernten die praktische Umsetzung von sicheren Verhaltensweisen sowie Möglichkeiten zur Vermeidung von Stürzen zu identifizieren.

Das Programm dauerte 7 Wochen, pro Woche fand jeweils ein zweistündiges Gruppentreffen statt. Zusätzlich erhielten alle Teilnehmer während dem Programm zwei Besuche durch Ergotherapiestudenten. (Ballinger et al., 2006)

Körperliche Übungen sind laut Gillespie et al. (2004; zit. nach Ballinger et al., 2006, S. 268) dabei eine der effektivsten Strategien in der Sturzprävention.

Die Teilnehmer eines Sturzpräventionsprogrammes können sich nach Ende des Programmes am besten an die körperlichen Übungen erinnern und empfinden diese auch als den wichtigsten Inhalt des Programmes. Sturzprävention in Form einer Gruppentherapie empfinden die älteren Menschen als besonders bereichernd, weil sie Teil einer Gruppe sind. Sie schätzen das Zusammensein mit den anderen Gruppenmitgliedern und den Gruppenleitern. Die Teilnehmer empfinden den Austausch von Erfahrungen und Tipps in der Gruppe bezüglich Stürzen als eine angenehme Lernmethode. Durch die Teilnahme am Gruppenprogramm gewannen die Teilnehmer an Selbstvertrauen, Unabhängigkeit und Mobilität. Das soziale Umfeld in der Gruppe kann zur Motivation und aktiven Partizipation der Teilnehmer beitragen. Die Autoren schlagen vor das Thema Sturzprävention in übergreifende Programme zur Verbesserung des Wohlbefindens zu integrieren. (Ballinger et al., 2006)

Umweltanpassungen

In ihrer Studie beschreiben Stark, Landsbaum, Palmer, Somerville und Morris (2009) ein klientenzentriertes Programm zur Hausanpassung für ältere, selbständig lebende Menschen. Das Programm wurde von Ergotherapeuten durchgeführt. Die Ergotherapeuten wendeten eine Kombination von architektonischen Modifikationen und der Versorgung mit Hilfsmitteln an. Durch die Hausanpassung wurden Umweltbarrieren beseitigt und das zu Hause an die funktionellen Möglichkeiten der älteren Person angepasst. Dabei wurde nach einem klientenzentrierten Ansatz vorgegangen. Zu Beginn der Intervention wurden die Performanzprobleme und deren Bedeutung für die älteren Menschen erfasst. Nachdem der Ergotherapeut die Barrieren durch Beobachtung des Teilnehmers bei der Durchführung einer Aktivität identifiziert hatte, wurde gemeinsam nach einer Lösung gesucht. Der Ergotherapeut schlug dem Teilnehmer verschiedene Adaptationsmöglichkeiten vor und klärte ihn über deren Auswirkungen auf. Anschliessend konnte sich der Teilnehmer für einen oder auch keinen dieser Vorschläge entscheiden. Die Modifikationen wurden in der Folge während täglichen Aktivitäten so lange geübt, bis die Teilnehmer zufrieden waren mit ihrer Performanz und die Ausführung sicher war. (Stark et al., 2009)

Damit eine Hausanpassung den gewünschten Nutzen zeigt und akzeptiert wird, ist es von grosser Bedeutung, dass der Ergotherapeut mit einem klientenzentrierten Ansatz arbeitet. Die Resultate der Studie zeigen, dass klientenzentrierte Hausanpassungen zur langanhaltenden Verbesserung der Ausführung von täglichen Aktivitäten beitragen. (Stark et al., 2009)

2.3.2.4 Einflussfaktoren der Teilnahme an einem präventiven Programm

Verschiedene Faktoren können einen Einfluss auf die Annahme einer präventiven Intervention bei älteren Menschen haben. Dies sind einerseits die Fertigkeiten und das Wissen des Ergotherapeuten, sowie die Beziehung zwischen dem Ergotherapeuten und der älteren Person. (McNaughton, 2000; zit. nach Ekmann et al., 2010, S. 564)

Andererseits kommt es auch auf das Alter, die Gesundheit und die funktionellen Fähigkeiten* der älteren Person an (Vass, Avlund, Hendriksen, Philipson & Riis, 2007).

Weiter wird die Annahme durch die Form der Einladung und die vorhandenen Umweltfaktoren beeinflusst.

Therapeutische Beziehung

Eine positive therapeutische Beziehung ist die Grundlage für eine erfolgreiche Zusammenarbeit mit älteren, selbständig lebenden Personen. Die therapeutische Beziehung beruht auf einer freundlichen Atmosphäre, welche auf Gegenseitigkeit, Vertrauen und Empathie* für das tägliche Leben der älteren Person aufbaut. Weitere wichtige Elemente einer therapeutischen Beziehung sind Ehrlichkeit, Respekt und eine positive Einstellung gegenüber dem Alter. Der Ergotherapeut soll sich Zeit nehmen, der älteren Person zu zuhören und sie sprechen zu lassen. Daraufhin kann der Ergotherapeut persönliche Fragen stellen um sein Interesse an der Person zu verdeutlichen und zu zeigen, dass er sie ernst nimmt. Auch sollen die älteren Menschen in Entscheidungen mit einbezogen werden. Älteren Menschen mit einem kleinen sozialen Netzwerk gibt die Betreuung durch eine Fachperson zusätzlich das Gefühl, nicht vergessen zu sein. (Vass et al., 2007)

Persönliche Faktoren

Begünstigende personenbezogene Faktoren und Einstellungen für die Annahme eines präventiven Hausbesuches durch ältere Personen sind laut Dapp, Anders, Meier-Baumgartner und von Renteln-Kruse (2007)

- höheres Alter
- höheres Bildungsniveau
- Interesse an der eigenen Gesundheit
- schlechterer Gesundheitszustand
- Einschätzung der eigenen Gesundheit als mässig oder schlecht
- körperliche Einschränkungen der Sinne (Sehen, Hören)
- Einschränkungen der Kraft und Balance in Form von Stürzen oder Sturzangst
- Schmerzen
- Einschränkungen durch Fähigkeitsstörungen in der Durchführung von IADL Ausserhalb des Hauses
- seltene Teilnahme an organisierten sozialen Aktivitäten

Begünstigende Faktoren und Einstellungen für die Annahme eines Gruppenprogrammes sind laut Dapp et al. (2007)

- hohes Bildungsniveau
- gute soziale Lage
- Durchführung der vom Hausarzt empfohlenen Vorsorgeuntersuchungen
- Teilnahme an organisierten sozialen Aktivitäten
- Kennen des Veranstaltungsortes
- Einschätzung der Anreise als unproblematisch

Alte selbständig lebende Menschen bevorzugen die Teilnahme an Gruppenprogrammen statt an präventiven Einzelinterventionen (Dapp et al., 2007).

Anwerbung

Damit ältere Menschen an den Programmen teilnehmen, ist ein erfolgreiches Anwerben bereits ein wichtiger Punkt. Laut Ekmann, Vass und Avlund (2010) soll ein persönlicher und direkter Einladungsbrief mit konkretem Datum verschickt werden. Weiter können Teilnehmer gewonnen werden, indem in bereits bestehenden Altersgruppen wie Seniorenturnen, Kirchenchor oder an Gemeindeanlässen Werbung gemacht wird.

Umweltfaktoren

Eine der häufigsten Umweltbarrieren, welche ältere Menschen an der Partizipation hindern, ist das Fehlen von Transportmitteln und die damit verbundenen Kosten. Präventive Programme sollen daher in der Nähe von Alterswohnungen stattfinden, damit die Anreise nicht zu umständlich ist oder gar ein Auto erforderlich ist. (Matuska et al., 2003)

3. Diskussion

3.1 Vergleich der Hauptstudien

3.1.1 Kritische Besprechung der Hauptstudien

Die Qualität der Hauptstudien wurde durch die Verfasser aufgrund der Formulare für eine kritische Besprechung von qualitativen oder quantitativen Studien und Reviews beurteilt. Im Folgenden werden die wichtigsten Punkte der Beurteilungen erläutert. Die ausgefüllten Formulare befinden sich im Anhang.

Lifestyle Redesign – the Well Elderly Program

Die Teilstudien des *Well Elderly Program* weisen alle eine gute Qualität auf. Die erste Studie von Clark et al. wurde 1997 als randomisierte kontrollierte Studie durchgeführt. Darauf folgte sechs Monate später die Folgestudie in Form einer Langzeitstudie von Clark et al. (2001). Die theoretischen Grundlagen auf welchen das Programm aufbaut, wurden in einem Review beschrieben (Carlson et al., 1998).

Das *Well Elderly Program* untersucht eine grosse Teilnehmermenge von 361 älteren Menschen, welche in eine Interventionsgruppe und zwei unterschiedliche Kontrollgruppen eingeteilt wurden. Über alle Studien hinweg werden wenige Drop-outs* verzeichnet. Die Ergotherapeuten und Laien, welche die Gruppen- und Einzelinterventionen durchführten, kannten die Forschungsfrage nicht. (Clark et al., 1997)

Die Teilnehmer der Ergotherapiegruppe und der Aktivitätskontrollgruppe wurden dazu ermutigt an allen Einheiten teil zu nehmen und sich nicht mit Teilnehmern der Kontrollgruppen über die Inhalte der Gruppeneinheiten zu unterhalten (Clark et al., 1997). Trotzdem kann es zu einem Austausch zwischen den Teilnehmern der verschiedenen Gruppen gekommen sein. Da alle Teilnehmer von sich aus an den Studien teilnahmen, ist es möglich, dass sie sehr motiviert waren und daher die Studienergebnisse beeinflusst haben könnten.

Wellness Programm for Older Adults

Die Studie von Matuska et al. (2003) weist eine niedrigere Qualität auf. Alle 65 Teilnehmer wurden durch die Autoren ausgewählt. Dadurch besteht die Möglichkeit, dass vor allem diejenigen Teilnehmer gewählt wurden, welche sehr motiviert waren am Programm teilzunehmen und somit Resultate positiv beeinflussen könnten. Die Forscher waren zugleich auch die behandelnden Therapeuten. Dadurch besteht die Möglichkeit, dass die Ergebnisse beeinflusst wurden. Es gab keine Kontrollgruppe, sondern es wurden lediglich die Resultate der Messungen zu Beginn und am Ende der Studie miteinander verglichen. Somit gibt es keinen Vergleich, ob die positiven, signifikanten Endresultate wirklich nur durch das Programm bewirkt wurden. Wie im Hauptteil bereits erwähnt, waren die Teilnehmer sehr zufrieden mit dem Programm. Dieses Ergebnis ist jedoch kritisch zu betrachten da der Auswertungsbogen nur durch die 31 Teilnehmer ausgefüllt wurde, welche bis zur letzten Gruppenstunde anwesend waren. Es kann also davon ausgegangen werden, dass diese mit dem Programm zufrieden waren, da sie bis zum Schluss blieben. Die Zufriedenheit der Teilnehmer, welche das Programm nicht beendeten, wurde nicht untersucht.

Lifestlye Matters Programme

Die Studie von Mountain et al. (2008) weist eine durchschnittliche Qualität auf. Die Teilnehmeranzahl war mit 28 Teilnehmern eher gering für eine quantitative Studie. Während der Studie stiegen zwei Teilnehmer aufgrund einer schweren Krankheit aus. Obwohl die Teilnehmer in zwei Gruppen eingeteilt wurden, kann nicht wirklich von einer Kontrollgruppe gesprochen werden. Die eine Gruppe wurde von ausgebildeten Ergotherapeuten und die andere Gruppe von Ergotherapieassistenten geleitet. Zudem waren die Bedingungen und Programminhalte bei beiden Gruppen gleich. Es konnte also nur herausgefunden werden, ob die Durchführung durch ausgebildete Ergotherapeuten zu einem besseren Ergebnis führt als die Durchführung durch Assistenten. Aufgrund der Resultate der Studie konnte dies nicht bestätigt werden.

Die Resultate zeigten in allen Bereichen Verbesserungen auf, diese waren jedoch nicht signifikant. Laut den Autoren könnte der Grund für die nicht signifikanten Resultate die kleine Teilnehmeranzahl sein. Die Autoren gaben an, dass es schwierig war, ältere isolierte Menschen für die Teilnahme am Programm zu erreichen.

3.1.2 Gemeinsamkeiten der untersuchten Programme

In allen drei Programmen stand die bedeutungsvolle Betätigung im Mittelpunkt. Ziel der Programme war es, die älteren Menschen dazu zu befähigen, aufgegebenen oder auch neue bedeutungsvolle Betätigungen in ihrem Leben zu identifizieren und diese so zu verankern, dass daraus eine langanhaltende und positive Veränderung des Lebensstils resultiert. Dies wird bei allen Programmen anhand eines didaktischen Ansatzes und praktischen Übungen erreicht. Die älteren Menschen diskutieren, reflektieren und analysieren in der Gruppe über vorgegebene Themen, tauschen eigene Erfahrungen und Tipps aus und lassen sich von dem Ergotherapeuten oder auch einer externen Fachperson unterstützen und beraten. Die besprochenen Themen aller drei Programme beziehen sich auf ähnliche Inhalte. Im *Well Elderly Program* und dem *Lifestyle Matters Programme* werden zusätzlich zu den Gruppentherapien monatlich stattfindende Einzelinterventionen bei den Teilnehmern zu Hause durchgeführt. Die Resultate der Studien zeigen, dass durch das Ausführen der Programme Verbesserungen in allen Lebensbereichen erreicht worden sind. (Clark et al., 1997; Matuska et al., 2003; Mountain et al., 2008) In der Tabelle 9 werden die wichtigsten Inhalte der Studien bzw. Programme einander gegenüber gestellt.

Tabelle 9

Übersicht über die Hauptstudien und die darin beschriebenen präventiven Ergotherapieprogramme

	Well Elderly Program (Carlson et al., 1998; Clark et al., 1997; Clark et al., 2001)	Wellness Program for Older Adults (Matuska et al., 2003)	Lifestyle Matters Programme (Mountain et al., 2008)
Intensität/Dauer			
Gruppenprogramm	während 9 Monaten, 1 x pro Woche, 2 Stunden	während 6 Monaten, 1 x pro Woche, 1,5 Stunden	während 8 Monaten, 1 x pro Woche, 2 Stunden
Hausbesuch	während 9 Monaten, 1 x pro Monat, 1 Stunde	nicht vorhanden	während 8 Monaten, 1x pro Monat, 2 Stunden
Programmleiter			
Gruppe 1	2 Ergotherapeuten	mind. 2 Ergotherapeuten + Ergotherapie-studenten	2 Ergotherapeuten
Gruppe 2 Kontrollgruppe	2 Laien	nicht vorhanden	2 Ergotherapie-assistenten
Teilnehmer			
Anzahl Studienteilnehmer	361	65	28
Alter	60 und älter	70-92 Jahre	60-92 Jahre
Inhalte der Gruppen	1. Introduction to the power of occupations 2. Ageing, Health and Occupation 3. Transportation 4. Safety 5. Social Relationships 6. Cultural Awareness 7. Finances 8. Integrative Summary	1. Transportation 2. Ageing 3. Safety and falls prevention 4. Stress 5. Lifestyle balance 6. Communication	1. A celebration of achievements 2. The relationship between activity and health 3. Maintaining mental well-being 4. Maintaining physical well-being 5. Activity in the home and community 6. Safety in the community and around the home 7. Personal circumstances 8. Endings-assessment and evaluation
Studiendesign	Quantitativ (RCT) (Clark et al., 1997) Review (Carlson et al., 1998) Quantitativ (Kohortenstudie) (Clark et al., 2001)	Quantitativ (Vorher-Nachher Design)	Qualitativ (Machbarkeitsstudie) Quantitativ (Kohortendesign)

3.1.3 Unterschiede der untersuchten Programme

Die Inhalte der Programme richten sich nach den Bedürfnissen der lokalen älteren Bevölkerung. Da die Studien auf verschiedenen Kontinenten und in unterschiedlichen Regionen durchgeführt wurden, gibt es kulturelle Unterschiede. Daher wurde im *Well Elderly Program* das Thema *kulturelles Bewusstsein* untersucht (Carlson et al., 1998). Im *Lifestyle Matters Programme* hingegen wurde mehr auf Beziehungen in der Familie und auf die Spiritualität eingegangen (Mountain et al., 2008). Zu beachten ist, dass die Bedürfnisse und der kulturelle Hintergrund der älteren Menschen je nach Land und Region verschieden sind und daher die Inhalte der Programme immer an die lokalen Gegebenheiten angepasst werden sollen (Jackson et al., 1998).

3.1.4 Übertragbarkeit der Ergebnisse

Die untersuchten älteren Menschen lebten selbständig, zeigten keine Anzeichen von dementiellen Entwicklungen und waren eher aktiv (Clark et al., 1997; Mountain et al., 2008).

In die Studien wurden keine schwer erreichbaren älteren Menschen mit einbezogen, da sich alle Teilnehmer aus eigener Motivation für die Studien meldeten. Die Teilnehmer bringen verschiedene kulturelle Hintergründe mit (Afroamerikaner, Asiaten, Weisse, Lateinamerikaner) und wohnen in verschiedenen Ländern (USA, England, Schottland). (Clark et al., 1997; Matuska et al., 2003; Mountain et al., 2008)

Die Daten der Hauptstudien sind auf die Mittel- bis Oberschicht, welche in Städten und Vorstädten lebt, übertragbar (Clark et al., 1997; Matuska et al., 2003). Aus diesen Gründen sind die Resultate der Studien nur unter Beachtung der kulturellen Unterschiede auf die Schweiz übertragbar.

3.2 Verknüpfung des Canadian Model of Occupational Performance and Engagement mit präventiven Ergotherapieprogrammen

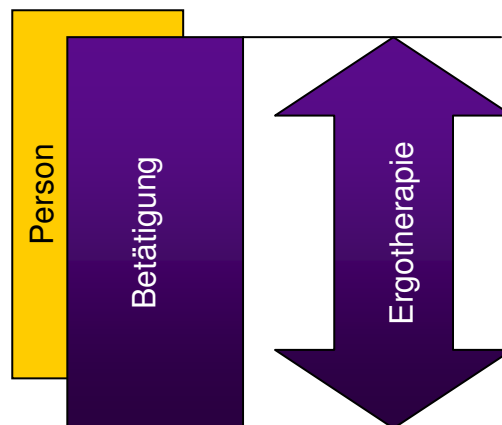
3.2.1 Einfluss der Ergotherapie auf Person, Betätigung und Umwelt

Das CMOP-E so wie die oben beschriebenen Programme gehen davon aus, dass durch das Verändern der Umwelt, der Betätigung und/oder den persönlichen Fertigkeiten die Performanz von bedeutungsvollen Betätigungen ermöglicht wird (CAOT, 2007; Clark et al., 1997; Matuska et al., 2003).

Im folgenden Abschnitt wird beschrieben, wie Ergotherapeuten in präventiven Gruppenprogrammen diese Wechselwirkung beeinflussen können. Es wird jeweils nur auf die Interaktion von zwei Bereichen eingegangen, um die gegenseitige Beeinflussung genauer aufzuzeigen. In der Realität interagieren immer alle drei Bereiche miteinander.

Betätigung - Person

Abbildung 2 Wechselwirkung Betätigung - Person



Wie im Hauptteil beschrieben wurde, wirkt sich das Ausüben von Betätigung im Sinne von sozialen, mentalen und physischen Aktivitäten positiv auf die affektiven, physischen und kognitiven Komponenten einer Person aus. Dies führt zur Steigerung des Wohlbefindens und der Gesundheit. (Wagstaff, 2005; Thompson et al., 2005)

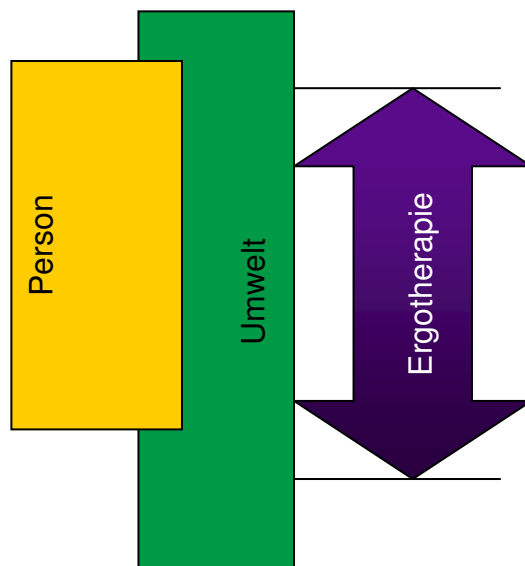
Die affektiven, kognitiven und physischen Komponenten einer Person bestimmen wiederum, welche Betätigung sie durchführen kann (Marotzki et al., 2007).

Die Ergotherapeuten haben also die Möglichkeit mit ihren Interventionen bei der Person oder auf der Betätigungsebene anzusetzen. In den drei vorgestellten, ganzheitlichen Präventionsprogrammen wirken die Ergotherapeuten hauptsächlich auf der Personenebene. Ziel ist es, die älteren Menschen in der Selbsteinschätzung ihrer eigenen Situation zu stärken und dadurch einen aktiven Lebensstil zu erlangen. Durch einen monatlich stattfindenden Ausflug haben die Teilnehmer die Möglichkeit, ihre Ideen und Fertigkeiten, welche sie während den Gruppenstunden diskutiert und erworben haben, in praktische Erfahrung umzusetzen. Somit setzen die präventiven Programme nicht nur bei der Person an, sondern fördern auch direkt die Betätigung. Der Ergotherapeut soll die Teilnehmer bei der gemeinsamen Betätigung unterstützen. Die Ausflüge sollen für alle Teilnehmer ein erfolgreiches Erlebnis werden, aus welchem sie positive Erfahrungen für ihre Zukunft gewinnen können. (Craig & Mountain, 2007)

Auch im Bezug auf die Sturzprävention wird ein Ansatz auf der Personenebene empfohlen, um langfristige und wirksame Ergebnisse zu erreichen. Die Person soll ebenfalls durch die ergotherapeutischen Interventionen befähigt werden, einen aktiven Lebensstil auszuführen um so die Sturzgefahr zu reduzieren. Auch die Verbesserung der physischen Fertigkeiten einer Person anhand von körperlichen Übungen ist wirksam. (Ballinger et al., 2006)

Person – Umwelt

Abbildung 3 Wechselwirkung Person - Umwelt



Das isolierte Zusammenspiel zwischen Person und Umwelt aufzuzeigen ist fast unmöglich, denn laut CAOT (2007) ist die Betätigung das Verbindungslied dieser beiden Bereiche. Durch das Handeln wirkt die Person in der Umwelt. Die Umwelt wiederum gibt der Person den Raum zu handeln.

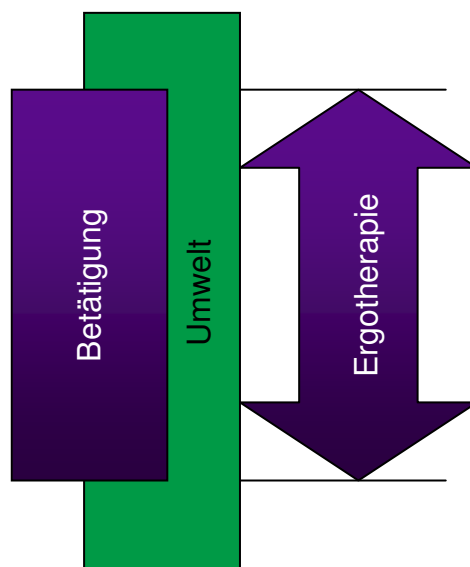
Ergotherapeuten bringen durch ihre ganzheitliche Sichtweise die nötigen Fertigkeiten mit, um diese Wechselwirkung zu beeinflussen. Sie beachten das Zusammenspiel der kulturellen, institutionellen, sozialen und physischen Umwelt mit den kognitiven, physischen und affektiven Performanzkomponenten einer Person. (Woodland & Hobson, 2003)

Bei Umwelthanpassungen wie zum Beispiel Hausanpassungen soll der Ergotherapeut besonders auf eine klientenzentrierte Haltung achten, damit die ältere Person versteht, wieso eine Anpassung notwendig ist. Dadurch kann sie diese akzeptieren und in ihren Alltag integrieren. (Stark et al., 2009)

In den beschriebenen Programmen wird die Person dazu befähigt, Strategien zu entwickeln um in Zukunft selbständig Umwelthanpassungen zu initiieren (Jackson et al., 1998).

Umwelt – Betätigung

Abbildung 4 Wechselwirkung Umwelt - Betätigung



Die kulturelle, institutionelle, soziale und räumliche Umwelt hat einen starken Einfluss darauf, ob und welche Betätigung durchgeführt werden kann. Ein gut zugängliches Transportsystem ist für ältere Menschen zum Beispiel äusserst wichtig um soziale Partizipation, die Anbindung an das Gemeinwesen und den Zugang zu präventiven Programmen zu ermöglichen (Jackson et al., 1998; Sanders et al., 2005). Ebenso wichtig ist ein Angebot an Aktivitäten für ältere Menschen durch das Gemeinwesen. Dabei ist zu beachten, dass die Kosten möglichst tief gehalten werden, damit sich die älteren Menschen die Teilnahme leisten können (Clark et al., 1997). Technische Mittel wie Telefon (Cream & Teaford, 1999), Internet und E-Mail ermöglichen auch älteren Menschen mit Mobilitätseinschränkungen soziale Kontakte mit Freunden und Familie (Malcom et al., 2001). Damit der Umgang mit dem Computer und dem Internet erlernt werden kann, braucht es in der Umwelt jedoch Computerkurse, die auf die Fähigkeiten von älteren Menschen angepasst sind (Schelling & Seifert, 2010).

Der Ergotherapeut hat einen optimalen Hintergrund die Umwelt so zu verändern, dass eine Person die bestmögliche Betätigung darin ausführen kann

(Jackson et al., 1998). Ein bekannter und bedeutungsvoller Teil der Ergotherapie machen dabei Umweltanpassungen im öffentlichen Raum (Scaffa, 2001) oder auch zu Hause und Hilfsmittelversorgungen aus (Stark, 2009).

3.2.2 Auftrag der Ergotherapie bei präventiven Programmen

3.2.2.1 Auftrag während dem Präventionsprogramm

Ergotherapeuten haben gute Voraussetzungen um ein präventives Programm für ältere Menschen durchzuführen. Ihnen ist die Wirkung von Betätigung auf die Gesundheit bekannt und sie können flexibel auf die individuellen Bedürfnisse der älteren Menschen eingehen. (Carlson et al., 1998)

Zudem konnte mit der Studie von Clark et al. (1997) gezeigt werden, dass nur Teilnehmer an einem ergotherapeutischen Programm signifikante Verbesserungen in der Gesundheit und dem Wohlbefinden erreichten.

Die individuelle Betreuung jedes Gruppenmitgliedes ist ein entscheidender Punkt um langanhaltende Verbesserungen des Gesundheitszustandes und des Wohlbefindens der Teilnehmer zu erzielen. Der Ergotherapeut soll also die individuellen Werte, Bedenken, Ressourcen und Barrieren jeder Person erfassen. (Clark et al., 2001)

Als geeignetes Erfassungsinstrument könnte das *Canadian Occupational Performance Measure** [COPM] verwendet werden. Mit diesem Erfassungsinstrument werden die Probleme in der Durchführung von Aktivitäten in den Lebensbereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit erfasst. (Knagge, 2003)

Während des Programmes besteht die Aufgabe des Ergotherapeuten darin, die Sicherheit der Gruppe zu gewährleisten, Informationen zu vermitteln und die Diskussionen so zu führen, dass alle Gruppenteilnehmer zu Wort kommen (Craig et al., 2007).

Es ist wichtig, dass der Ergotherapeut auf eine positive therapeutische Beziehung zur älteren Person achtet, um eine erfolgreiche Zusammenarbeit zu erreichen. Das Schaffen einer freundlichen Atmosphäre, Ehrlichkeit, Vertrauen, Respekt und Empathie sind dabei zentrale Elemente. Ebenfalls soll der Ergotherapeut eine positive Einstellung gegenüber dem Alter mitbringen und genügend Zeit zur Verfügung haben. (Vass et al., 2007)

3.2.2.2 Auftrag während den Umwelthanpassungen

Ist die Ausführung von bestimmten Betätigungen für ältere Menschen nicht mehr möglich, so sehen sie diese Betätigungen als nicht mehr bedeutungsvoll an und geben sie auf. Sie passen also eher ihr Verhalten an, als dass sie versuchen die Umwelt so anzupassen, dass die Ausführung der Aktivitäten weiterhin möglich ist. (Stark, 2004; zit. nach Stark et al., 2009, S. 237)

Der Ergotherapeut kann die älteren Menschen in der Anpassung der Umwelt unterstützen. Dabei sollte dem älteren Menschen der Nutzen, sowie allfällige Risiken und Konsequenzen der Anpassung erklärt werden. Auch sollen die Auswirkungen der Anpassung auf die Betätigungsperformanz aufgezeigt werden. Anpassungen sind auf längere Zeit nur wirksam, wenn die ältere Person bereit für eine Veränderung ist und von den Auswirkungen der Anpassungen überzeugt ist. Um die ältere Person im Sinne einer klientenzentrierten Arbeitsweise aktiv in die Therapie mit einzubeziehen, ist die Beachtung ihrer Einstellungen und Werte ausschlaggebend. Besonders wichtig ist, dass die ältere Person selber entscheiden kann, welche der vorgeschlagenen Anpassungen umgesetzt werden soll. (CAOT, 2007; Stark, 2009)

3.2.3 Erkenntnisse der Verknüpfung des Modelles mit den Programmen

Das CMOP-E hat sich als ein geeignetes Modell erwiesen um den Hauptinhalt der Programme zu erfassen. Es verdeutlicht die Wechselwirkungen von Person, Betätigung und Umwelt. Das Verstehen dieser Wechselwirkungen ist entscheidend, um die älteren Menschen zu befähigen bedeutungsvolle Betätigungen in ihrem Leben auszuführen. Die Klientenzentriertheit zeigt sich sowohl während dem Gruppenprogramm wie auch bei den Einzelinterventionen als ein ausschlaggebender Punkt um Veränderungen im Leben von älteren Personen einzuleiten.

3.3 Kombination von Gruppen- und Einzelinterventionen

Bei der Literatursuche wurde ersichtlich, dass präventive Ergotherapieinterventionen hauptsächlich in Form von Gruppenprogrammen und/oder Hausbesuchen durchgeführt werden. Durch die Auseinandersetzung mit präventiven Interventionen

wurde ersichtlich, warum eine Kombination von Gruppen- und Einzelinterventionen sinnvoll ist.

3.3.1 Gruppeninterventionen

Eine von Ergotherapeuten organisierte Gruppe ermöglicht den Teilnehmern ihre Erfahrungen auszutauschen, praktische Übungen auszuprobieren und ihre Aktivitäten zu reflektieren (Craig et al., 2007; Jackson et al., 1998). Teilnehmer schätzen folgende Punkte an einer Gruppe:

- Erleben von sozialer Unterstützung, Finden von neuen Freundschaften (Jackson et al., 1998) und Teil einer Gruppe zu sein (Ballinger et al., 2006).
- Lernen von anderen Teilnehmern, sowie Ratschläge und Tipps geben zu können (Craig et al., 2007).
- Diskussionen über Themen, die sonst wenig angesprochen werden, jedoch sehr wichtig sind (Craig et al., 2007).
- Sprechen über Lebensverhältnisse und Gefühle in einem geschützten, unterstützenden und strukturierten Rahmen ohne dabei Vorurteilen ausgeliefert zu sein (Craig et al., 2007).
- Ein Ort zum wohl und unabhängig fühlen (Ballinger et al., 2006).

3.3.2 Einzelinterventionen in Form von Hausbesuchen

Es genügt jedoch nicht, den alten Menschen nur ein Gruppenprogramm anzubieten. In der Gruppe kann nicht ausreichend auf die Bedürfnisse und Bedenken der einzelnen Personen eingegangen werden. Es ist deshalb zu empfehlen, dass der Ergotherapeut bei allen Teilnehmern Hausbesuche durchführt. (Clark et al., 1997; Craig et al., 2007)

Einzelinterventionen zu Hause sind aus folgenden Gründen sinnvoll:

- Die Beziehung zwischen dem Therapeut und dem Teilnehmer kann vertieft werden (Craig et al., 2007).
- Die Ängste, Sorgen und Bedenken können in einem vertrauten Umfeld besprochen werden (Craig et al., 2007).
- Die individuellen Wünsche und Ziele der älteren Person können mittels

COPM identifiziert und erfasst werden (Knagge, 2003).

- Die ältere Person kann über die für sie nützlichen Angebote der Gemeinde oder Unterstützungsdienste informiert werden (Craig et al., 2007).
- Es kann personenbezogen auf Themen eingegangen werden, welche in der Gruppe besprochen wurden und individuell vertieft werden müssen (Craig et al., 2007; Jackson et al., 1998).

3.4 Von der Theorie in die Praxis – eine mögliche Umsetzung

3.4.1 Gewinnen von Teilnehmern

Es gibt verschiedene Arten, wie ältere Menschen für präventive Programme gewonnen werden können. Eine wirksame Möglichkeit ist, in bereits bestehenden Altersgruppen anhand von Informationsveranstaltungen oder durch Flyer und Informationsbroschüren auf das Programm aufmerksam zu machen. (Clark et al., 1997; Mountain et al., 2008)

Die Flyer und Informationsbroschüren können zusätzlich an Orten, bei welchen sich die Zielgruppe oft aufhält, wie der Post, dem Dorfladen oder der Waschküche von Alterswohnungen verteilt werden (Sanders et al., 2005). Bei diesen beiden Werbungsarten ist jedoch zu beachten, dass die dadurch erreichten Personen noch relativ aktiv und unabhängig sind (Mountain et al., 2008). Um isolierte und/oder Menschen mit Mobilitätseinschränkungen auf das Programm aufmerksam zu machen, kann einer gewissen Altersklasse eine persönliche Einladung mit einer Informationsbroschüre direkt nach Hause geschickt werden (Ekman et al., 2010).

Es besteht auch die Möglichkeit, dass involvierte Fachpersonen wie Hausärzte oder Pflegefachpersonen der Spitex ältere Menschen auf das Programm hinweisen. Es ist jedoch empfehlenswert, sich nicht nur auf die letztbeschriebene Möglichkeit zu verlassen, da durch ein fehlendes Engagement der Fachpersonen nur wenige Teilnehmer erreicht werden. (Mountain et al., 2008)

3.4.2 Gestaltung von Informationsbroschüren

Der Einladungsbrief soll persönlich und direkt sein (Eaker et al., 1998; Edwards et al., 2002; Manjer et al., 2002; Brogger et al., 2003; zit. nach Ekmann et al., 2010; S. 568), sowie ein konkretes Datum für den Erstkontakt enthalten (Ekmann et al., 2010). Werden Teilnehmer, welche nicht auf die erste Einladung reagiert haben, nochmals persönlich kontaktiert, können diese doch noch zur Teilnahme gewonnen werden (Ekmann, 2008; zit. nach Ekmann, 2010, S.568).

Beim Einladungsbrief sowie den Informationsbroschüren soll darauf geachtet werden, dass die Seiten nicht mit Text überfüllt sind, mindestens eine Schriftgröße von 12 Punkt verwendet wird und die Inhalte mit Illustrationen und Diagrammen veranschaulicht werden. Wichtige Informationen sollen hervorgehoben werden. Es empfiehlt sich Informationsbroschüren im A5- Format zu gestalten. Die verwendete Sprache soll möglichst klar und verständlich sein. Ältere Menschen fühlen sich durch die einfache Sprache nicht bevormundet, sondern bevorzugen Informationsbroschüren, welche ihnen am meisten Wissen vermitteln. (McKenna & Scott, 2007)

3.4.3 Zu beachtende Umweltbedingungen

Transport

Auf die Benützung von öffentlichen Transportmitteln angewiesen zu sein, kann ältere Menschen von der Teilnahme an einem präventiven Programm abhalten (Sanders et al., 2005). Um diese Barriere zu vermeiden, empfehlen Craig et al. (2007) bei den ersten Gruppenstunden einen kostenlosen Tür-zu-Tür Transportservice anzubieten. Während dem Programm sollen sich die Teilnehmer mit den verschiedenen Transportmitteln, dem Lesen eines Fahrplanes, dem Lösen von Fahrkarten usw. auseinander setzen und dies praktisch üben. Ein Ziel der Gruppe könnte sein, dass am Ende des Programmes alle Teilnehmer selbständig in die Gruppe kommen.

Kosten

Es wird empfohlen die präventiven Interventionen kostenlos anzubieten. Kosten sind für ältere Menschen oft ein Grund nicht an einem Programm teilzunehmen. (Craig et al., 2007; Hakim, Newton, Segal & DuCette, 2003)

Ort

Die Programme sollten an einem gut erreichbaren Ort stattfinden, damit mobilitätseingeschränkten Personen der Zugang möglich ist (Matuska et al., 2003).

3.4.4 Durchführung

Wie im Diskussionsteil aufgezeigt wurde, haben Gruppenprogramme viele positive Aspekte. Ergotherapeuten ist also zu empfehlen, präventive Interventionen in einer Gruppe durchzuführen (Ballinger et al., 2006; Craig et al., 2007). Als wirkungsvoll zeigen sich Interventionen, welche eine Dauer von mehreren Monaten haben (ca. 6 - 9 Monate) und jeweils einmal pro Woche während ungefähr 2 Stunden ausgeführt werden. Die im Hauptteil beschriebenen Programme haben alle einen ähnlichen inhaltlichen Aufbau. Sie setzen sich mit Themen wie *Alter(n)*, *bedeutungsvolle Betätigung*, *Auswirkung von Aktivitäten auf die Gesundheit*, *Sicherheit*, *Transportmitteln*, *soziale Beziehungen* und *Finanzen* auseinander. (Clark et al., 1997; Matuska et al., 2003; Mountain et al., 2008)

Durch Diskussionen und Reflexionen dieser Themen sowie praktischen Erfahrungen wird der aktive, selbstreflektierende und selbständige Teil im Menschen gefördert. Das *Well Elderly Program* und das *Lifestyle Matters-Programme* haben dafür je ein Handbuch erstellt. In jedem Kapitel sind Leitfragen und Arbeitsblätter integriert, die dem Ergotherapeuten sowie den Gruppenteilnehmern helfen sich vertieft mit den Inhalten auseinander zu setzen. (Craig et al., 2007; Mandel, Jackson, Zemke, Nelson & Clark, 1999)

Damit die Teilnehmer motiviert sind und der bestmögliche Nutzen erreicht werden kann, ist es wichtig, dass der Programminhalt auf die Bedürfnisse der älteren Bevölkerung in der Schweiz angepasst wird. Neben den wöchentlichen Gruppeninterventionen wird vorgeschlagen bei jedem Teilnehmer einmal pro

Monat einen Hausbesuch (Dauer ca. 2 Stunden) zu machen (Clark et al., 1997; Mountain et al., 2008).

Bei diesen Einzelinterventionen soll der Ergotherapeut auf die individuellen Bedürfnisse, Ängste und Befürchtungen der Person eingehen. In einer klientenzentrierten Vorgehensweise können die Person und der Ergotherapeut zusammen Strategien erarbeiten und wenn nötig Hausanpassungen vornehmen. (Stark et al., 2009; Woodland et al., 2003)

Um die vielen theoretischen Ideen, welche während dem Programm ausgearbeitet werden, auch praktisch umzusetzen, ist es sinnvoll nach jedem bearbeiteten Thema (ca. 1 Mal pro Monat) einen gemeinsamen Ausflug durchzuführen. Dabei ist zu beachten, dass die Gruppenmitglieder den Ausflug möglichst selbständig planen und realisieren. Der Ergotherapeut soll darauf achten, dass dabei jeder Teilnehmer positive Erfahrungen für die Zukunft sammeln kann. (Craig et al., 2007)

3.4.5 Abschluss

Am Ende eines Programmes oder einer Interventionszeit ist es wichtig, dass genügend Zeit eingeplant wird um den Abschluss zu feiern. Die Gruppenmitglieder sollen sich überlegen und diskutieren, was sie während dem Programm alles gelernt haben, welche Erfolge und Schwierigkeiten sie erlebten und was sie für die Zukunft mitnehmen. Der Ergotherapeut achtet darauf, dass der Schwerpunkt dabei vor allem auf den positiven Erlebnissen liegt. Damit die Teilnehmer das Programm mit einem positiven Gefühl verlassen und die gelernten Fertigkeiten weiterhin in ihrem Leben anwenden. (Craig et al., 2007)

Oft ist es der Wunsch der Gruppe, sich weiterhin zu sehen um ihre neuen Erfahrungen auszutauschen, gemeinsame Aktivitäten zu machen und die Gemeinschaft zu geniessen (Craig et al., 2007; Hakim et al., 2003; Mountain et al., 2008).

Um die Fortsetzung von gemeinsamen Treffen zu ermöglichen, sollen sich Ergotherapeuten am Ende des Programmes Zeit nehmen, mit den Teilnehmern zusammen einen geeigneten Gruppenraum oder ein Café zu organisieren,

damit sich die älteren Menschen zukünftig ohne Ergotherapeuten treffen können (Craig et al., 2007).

3.4.6 Anknüpfungsmöglichkeiten in der Deutschschweiz

Wie in der Einleitung erläutert wurde, gibt es in der Deutschschweiz bereits einige Präventionsprojekte für ältere Menschen, jedoch keines, das von Ergotherapeuten durchgeführt wird. Nach Ansicht der Verfasser macht es Sinn, ein präventives Ergotherapieprogramm in Zusammenarbeit mit bestehenden Projekten durchzuführen. Beispielsweise bietet das *Zwäg is Alter* Projekt der Pro Senectute Bern bereits verschiedene Kurse an. Ein präventives Ergotherapieprogramm könnte das Angebot dieser Kurse erweitern.

Eine Anbindung an ein bereits bestehendes Projekt oder an eine Organisation wie die Pro Senectute oder die Spitex erleichtert auch das Anwerben von potenziellen Teilnehmern. Über die Homepage und Informationsbroschüren der Pro Senectute könnte auf das präventive Ergotherapieprogramm aufmerksam gemacht werden. Zusätzlich könnten die Pflegefachpersonen der Spitex sowie Hausärzte dazu aufgefordert werden, die älteren Menschen an die Organisatoren des präventiven Ergotherapieprogrammes weiterzuleiten.

4. Schlussfolgerung

4.1 Zusammenfassung der wichtigsten Erkenntnisse

Das Ziel von effektiven präventiven Ergotherapieinterventionen für ältere, selbständig lebende Menschen besteht darin, sie zu befähigen einen aktiven Lebensstil auszuführen. Dies wird möglich indem sie für sich bedeutungsvolle Betätigungen identifizieren und diese ausführen. Die Ausführung bedeutungsvoller Betätigungen beeinflusst auch die Gesundheit und das Wohlbefinden positiv.

Um die Bedürfnisse älterer Menschen, wie soziale Partizipation, gegenseitiges Lernen und Unterstützen sowie Diskussionen innerhalb eines geschützten Rahmens am besten abzudecken, sind Gruppenprogramme zu bevorzugen. Eine geeignete Möglichkeit um vertieft auf die individuellen Bedürfnisse, Ziele und Umweltbarrieren der Teilnehmer einzugehen, ist das Anbieten von zusätzlichen Einzelinterventionen in Form von Hausbesuchen. Um die ergotherapeutischen Interventionen möglichst erfolgreich umzusetzen, ist ein klientenzentrierter Ansatz geeignet. Dazu gehört eine positive therapeutische Beziehung und das Abgeben von Verantwortung an die älteren Personen, indem sie aktiv an Entscheidungen beteiligt werden.

Das *Canadian Model of Occupational Performance and Engagement* ist ein sehr gut geeignetes Modell um die Inhalte eines präventiven Ergotherapieprogrammes für ältere, selbständig lebende Menschen zu verstehen. Der Schwerpunkt des Modelles liegt auf der Klientenzentriertheit, den Wechselwirkungen zwischen Person, Betätigung und Umwelt und der Betätigungsperformanz.

Ergotherapeuten sind geeignete Fachpersonen für die Umsetzung der Programme, da sie das Zusammenspiel von bedeutungsvoller Betätigung, Person und Umwelt verstehen und wissen, wie sie die einzelnen Bereiche positiv beeinflussen und verändern können.

Bei der Umsetzung eines Programmes, sollte darauf geachtet werden, dass die Teilnahmekosten so tief wie möglich gehalten werden und dass der Veranstaltungsort auch für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen gut erreichbar ist. Auch das Einladungsprozedere beeinflusst den Erfolg des Programmes.

4.2 Zukunftsaussichten

Es ist zu beachten, dass jede Generation andere Bedürfnisse und Hintergründe hat. Für die nächste Generation wird mit einem vermehrten Einsatz von Computern und technischen Geräten zu rechnen sein (Schelling et al., 2010). Diese Veränderungen stellen eine neue Herausforderung für präventive Tätigkeiten und die Organisation von präventiven Programmen dar (Vass et al., 2007).

In Zukunft wäre eine enge Zusammenarbeit von Ergotherapeuten mit der Spitex oder anderen Organisationen, welche in der Prävention tätig sind, sinnvoll. Ein weiterer Tätigkeitsbereich von Ergotherapeuten ist die Mitarbeit in der Raumgestaltung von öffentlichen Gebäuden, damit älteren Menschen die Partizipation an Aktivitäten im öffentlichen Raum ermöglicht wird (Künzi & Detzel, 2007).

4.3 Offene Fragen

Um die Übertragbarkeit der Resultate aus den Studien auf die Schweiz zu gewährleisten, muss ein bestehendes präventives Ergotherapieprogramm auf die Schweiz angepasst und die Wirkung des Programmes mit einer Studie evaluiert werden.

In der vorliegenden Arbeit ist der Fokus auf die städtische Bevölkerung gerichtet. Zu untersuchen wäre, ob die vorgeschlagenen präventiven Ergotherapieinterventionen auch auf die ländliche Bevölkerung zu übertragen sind und wie sie allenfalls angepasst werden müssten.

Da die Teilnehmer aller verwendeten Studien von sich aus an den angebotenen Programmen teilnahmen, stellt sich die Frage, wie isolierte und unmotivierte ältere Personen erreicht werden können und was sie zur Teilnahme an einem präventiven Ergotherapieprogramm bewegen könnte.

Die Resultate dieser Arbeit sind nur auf den westlichen Kontext übertragbar, da die Menschen in diesen Kulturen möglichst lange selbständig bleiben möchten. In anderen Kulturen hat die Selbstständigkeit einen andern Stellenwert (Kubli, 2011). Daher wäre es spannend zu untersuchen, wie präventive Ergotherapieprogramme in diesen Kulturkreisen aussehen können.

Glossar

Affektive Komponente: Das ist der emotionale und soziale Aspekt, der in einer Betätigung vorkommt (Jerosch-Herold et al., 2004).

ADL: Unter ADL werden die Aktivitäten des täglichen Lebens verstanden. Diese Aktivitäten beziehen sich auf die Fürsorge des eigenen Körpers. Darunter sind Aktivitäten wie Essen, Ankleiden, Schlafen, Waschen etc. gemeint. (AOTA, 2002)

Aktivität: Aktivität wird als „strukturierte Folge von Teilschritten oder Aufgaben, die Teil einer Betätigung/ Handlung/ Beschäftigung sind“ definiert (ENOTHE, 2007; zit. nach Weise et al., 2011, S. 2).

Centre médico-social: Das *Centre médico-social* [CMS] ist dem *Organisme médico-social* [OMSV] im Kanton Waadt untergeordnet. Die OMSV ist eine öffentlich-rechtliche Institution, welche verantwortlich ist für die Organisation von kantonalen Hilfs- und Pflegedienstleistungen bei Klienten zu Hause. Die CMS sind die Zentren, welche diesen Auftrag übernehmen und den Klienten Domizilbehandlungen anbieten. In einem CMS arbeiten folgende Fachpersonen interdisziplinär zusammen: Ergotherapeuten, Familienhilfe, Hauspflegerinnen, Pflegefachpersonen, Pflegeassistenten und Sozialassistenten.

Canadian Occupational Performance Measure [COPM]: Das COPM ist ein Beurteilungsinstrument, welches die Probleme in der Durchführung von Aktivitäten in den Lebensbereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit erfasst. Dabei geht es um die Eigenwahrnehmung der Person. Sie stuft die identifizierten Probleme nach Wichtigkeit, Zufriedenheit und Ausführung ein. Das COPM wird in regelmässigen Abständen und/oder am Ende einer Intervention zur Evaluation durchgeführt. (Jerosch-Herold et al., 2004)

Drop-outs: Als Drop-outs wird die Anzahl der Teilnehmer bezeichnet, welche im Verlaufe einer Studie ausscheiden (Law et. al, 1998b).

Empathie: Unter Empathie wird „die emotionale Einfühlung in die Erlebnisweise einer fremden Person“ verstanden. Dies ist für die Therapeut- Klient- Beziehung wichtig. (Pschyrembel, 2004, S. 481)

Fähigkeit: Als Fähigkeit wird die „persönliche Voraussetzung, welche die Betätigungsperformanz unterstützt“, definiert (ENOTHE, 2007; zit. nach Weise et al.,

2011, S. 5). Diese setzten sich aus genetischen Faktoren und Lernen zusammen (Weise et al., 2011).

Fertigkeit: Fertigkeiten sind „durch Übung entwickelte Fähigkeiten, die erfolgreiche Ausführung von Betätigung ermöglichen“ (ENOTHE, 2007; zit. nach Weise et al., 2011, S. 5).

Fokusgruppe: Als Fokusgruppe wird eine Gruppe von Personen bezeichnet, die sich über ein bestimmtes Thema unterhält. Fokusgruppen werden gebildet, um von den Studienteilnehmern zu lernen und verschiedene Sichtweisen zu erfassen. (Letts et al., 2007b)

Freizeit: Im Bereich Freizeit werden Betätigungen ausgeführt wie ruhige Erholung (Lesen, Kartenspiele, Fernsehen), aktive Erholung (Sport, Ausflüge, Reisen) und soziale Aktivitäten (Besuche, Telefonieren) (Jerosch- Herold et al., 2004).

Funktion: Funktionen sind laut ENOTHE (2007; zit. nach Weise et al., 2011, S. 6) die „zugrundeliegende physische, psychische und kognitive Komponenten, die Betätigungsperformanz ermöglichen“.

Gemeindebasierte Ergotherapie: Unter gemeindebasierter Ergotherapie wird verstanden, dass Ergotherapeuten direkt im Gemeinwesen wirken. Dadurch fördern sie Rehabilitation, Chancengleichheit, Reduzierung von Armut und soziale Integration für alle Menschen mit Behinderungen. Die Ergotherapeuten arbeiten in gemeindebasierten Diensten wie Prävention und Gesundheitsförderung, medizinische Behandlung, Habilitation, Rehabilitation und Dienstleistungserbringung. Alle diese Dienstleistungen werden in Gemeinsettings erbracht. Die gemeindebasierte Ergotherapie unterstützt auch die Gemeinde- und Gesundheitsförderung, indem sie die Bildung, Umwelt und die soziale Integration fördert. (Scaffa, 2001).

IADL: Unter instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens werden Aktivitäten verstanden die in der Interaktion mit der Umwelt stattfinden und ein unabhängiges Leben fördern. Dies sind Aktivitäten wie Essen zubereiten, auf jemanden aufpassen, Umgang mit Geld, Einkaufen usw. . (AOTA, 2002)

Kognitive Komponente: Die kognitiven Komponenten sind die geistigen Anteile, die in einer Betätigung vorkommen. Dies sind Kognition, Intellekt, Konzentration, Beurteilung und Gedächtnis. (Jerosch-Herold et al., 2004)

Kontext: Der Kontext bezieht sich auf miteinander zusammenhängende Bedingungen innerhalb sowie auch ausserhalb des Menschen. Diese Bedingungen beeinflussen die Performanz des Menschen. (AOTA, 2002)

Lebensstil: In der vorliegenden Arbeit wird unter Lebensstil die Art und Weise der Lebensführung verstanden. Ein aktiver Lebensstil bedeutet nicht, dass eine Person den ganzen Tag über Aktivitäten ausführt, sondern dass sie aktiv über die eigene Lebensführung entscheidet.

Partizipation: Partizipation bedeutet „Einbezogenheit in eine Lebenssituation durch Aktivitäten in einem sozialen Kontext“ (ENOTHE, 2007; zit. nach Weise et al., 2011, S. 7).

Performanz: Performanz ist die „Auswahl, Organisation und Durchführung von Betätigungen bzw. von Aktivitäten und Aufgaben in Interaktion mit dem Umfeld“ (ENOTHE, 2007; zit. nach Weise et al., 2011, S. 7).

Physische Komponente: Zu den physischen Komponenten gehören die motorischen und sensorischen Aspekte die bei einer Betätigung vorkommen (Jerosch-Herold et al., 2004).

Produktivität: Betätigung welche im Bereich Produktivität ausgeführt werden, können bezahlte oder unbezahlte Arbeit, die Haushaltsführung und das Spiel oder die Schule sein (Jerosch-Herold et al., 2004).

Qualitatives Design: Unter einem qualitativen Forschungsdesign werden die verschiedenen Ansätze in der Qualitativen Forschung verstanden (Letts et al., 2007b). Qualitative Forschung beschäftigt sich mit den individuellen Perspektiven von Menschen und untersucht die Subjektivität (Krieger, 2008). Mögliche Designs sind Phänomenologie, Ethnographie, Grounded Theory und Participatory Action Research (Letts et al., 2007b).

Quantitatives Design: In der Quantitativen Forschung wird die Objektivität untersucht (Meichtry, 2008b). Mögliche Designs in der quantitativen Forschung sind Randomisierte kontrollierte Studien (RCT), Kohortendesign, Einzelfalldesign, Vorher-Nachher-Design, Fall-Kontroll-Design, Querschnitts-Design und Fallstudien-Design (Law et. al, 1998b).

Randomisierte kontrollierte Studie (RCT): Eine Randomisierte kontrollierte Studie zeichnet sich dadurch aus, dass die Zuteilung der Studienteilnehmer in zwei

oder mehr Gruppen nach dem Zufallsprinzip erfolgt. Eine Gruppe wird mit der in der Studie untersuchten Behandlungsform behandelt. Die Teilnehmer der zweiten Gruppe (Kontrollgruppe) erhalten oftmals keine oder die Standard Behandlung. Die Wahrscheinlichkeit, dass in jeder Gruppe ähnliche Klienten sind, nimmt durch die zufällige Einteilung der Studienteilnehmer stark zu. Auf der anderen Seite verringert sich die Möglichkeit, dass ein anderer Faktor die Resultate beeinflusst, stark. (Law et. al, 1998b)

Randomisierung: Als Randomisierung wird die zufällige Zuteilung von Studienteilnehmern zu zwei oder mehr Gruppen bezeichnet (Law et. al, 1998b).

p-Wert: p steht für die Wahrscheinlichkeit und bezeichnet den kritischen Wert für das Signifikanzniveau. Häufig wird p bei 5% oder 0.05 festgelegt. Das heisst, die Wahrscheinlichkeit, dass die Unterschiede zwischen Messungen rein zufällig erreicht wurden, liegt bei weniger als 5%. Ist $p < 0.05$ kann davon ausgegangen werden, dass der berechnete Wert signifikant ist. (Meichtry, 2008a)

Schneeballsuche: Bei der Schneeballsuche werden die Literaturverzeichnisse der Artikel durchgesehen und relevante Literatur aufgrund der aufgeführten Literaturangaben gesucht (i-literacy, 2010).

Selbstversorgung: Im Bereich Selbstversorgung werden Betätigungen ausgeführt die zur Selbstversorgung (Anziehen, Essen), Regelung der persönlichen Angelegenheiten (Finanzen, Dienstleistungen) und für die Fortbewegung/Mobilität dienen (Jerosch-Herold et al., 2004).

Signifikant: Als signifikant werden Werte bezeichnet, die unter dem Grenzwert Alpha (α) liegen. Alpha wird häufig bei 5% oder 0.05 festgelegt. Ist $p < \alpha$ gilt der Wert als signifikant. Bei signifikanten Werten kann davon ausgegangen werden, dass die gefundenen Unterschiede in der Studie sehr wahrscheinlich nicht zufällig verursacht wurden. (Meichtry, 2008a)

Verblindet: Als verblindet werden Forscher oder Therapeuten einer Studie bezeichnet, die nicht wissen, welcher Gruppe die Teilnehmer, die sie untersuchen oder behandeln, zugeteilt sind (PEDro, 1999).

Verfasser: Als Verfasser werden die Personen bezeichnet, welche die vorliegende Arbeit geschrieben haben.

Wortzahl

Anzahl Wörter im Abstract:

195

Anzahl Wörter in der Arbeit (ohne Abstract, Tabellen, Abbildungen und Anhänge):

11'419

Verzeichnisse

Literaturverzeichnis

- Age Concern. (2006). Promoting mental health and wellbeing in later life: a first report into the UK inquiry into mental health and wellbeing in later life. Heruntergeladen von
<http://www.nationalcareforum.org.uk/content/Inquiry%20report%20Promoting%20mental%20health%20and%20well-being%20in%20later%20life%20-%20FINAL.pdf>
- Amt für soziale Sicherheit Solothurn. (09.03.2010). *Kanton Solothurn Präventionsprojekte*. Heruntergeladen von
http://www.praevention.so.ch/fileadmin/praevention/gesundheit/gesundheit_im_alter/pjb_asa_2010_03_08_sanaprofil.pdf
- Ballinger, C. & Clemson, L. (2006). Older People's View about Community Falls Prevention: an Australian Perspective. *British Journal of Occupational Therapy*, 69(6), 263-270.
- Blozik, E., Meyer, K., Simmet, A., Gillmann, G., Bass, A & Stuck, A. E. (2007). *Gesundheitsförderung und Prävention im Alter in der Schweiz*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Bundesamt für Gesundheit. (k.D.). *Prävention*. Heruntergeladen von
<http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00042/00628/index.html?lang=de>
- Bundesamt für Gesundheit. (2009). *Gesetzesentwurf*. Heruntergeladen von
<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07492/07493/index.html?lang=de>
- Bundesamt für Statistik. (2007). *Demografische Alterung und soziale Sicherheit*. Heruntergeladen von
http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/dienstleistungen/publikationen_statistik/publikationskatalog.Document.113897.pdf
- Canadian Association of Occupational Therapists. (1997). *Enabling occupation: An occupational therapy perspective*. Ottawa: CAOT Publication ACE.
- Canadian Association of Occupational Therapists. (2007). *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy vision for health, well-being & justice through Occupation*. Ottawa: CAOT Publications ACE.

- Carlson, M., Clark, F. & Young, B. (1998). Practical Contributions of Occupational Science to the Art of Successful Ageing: How to Sculpt a Meaningful Life in Older Adulthood. *Journal of Occupational Science*, 5(3), 107-118.
- Clark, F., Stanley, P. A., Carlson, M., Mandel, D., LaBree, L., Hay, J., ... Lipson, L. (2001). Embedding Health-Promoting Changes Into the Daily Lives of Independent-Living Older Adults: Long-Term Follow-Up of Occupational Therapy Intervention. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 56B(1), 60-63.
- Clark, F., Stanley, P. A., Zemke, R., Jackson, J., Carlson, M., Mandel, D., ... Lipson, L. (1997). Occupational Therapy for Independent-Living Older Adults. *Journal of the American Medical Association*, 278(16), 1321-1326.
- Craig, C. & Mountain, G. (2007). *Lifestyle Matters: An Occupational Approach to Healthy Ageing*. Bicester: Speechmark.
- Cream, A. & Teaford, M. H. (1999). Maintaining Independence Through Home Modifications: A Focus on the Telephone. *Aging in Place: Designing, Adapting and Enhancing the Home Environment*, 16(3/4), 117-134.
- Dachs-Verband (k.D.) *Das Kerngeschäft der Ergotherapie*. Heruntergeladen von <http://www.dachs.it/de/kap-3.php>
- Dapp, U., Anders, J., Meier-Baumgartner, H. P. & v. Renteln-Kruse, W. (2007). Geriatrische Gesundheitsförderung und Prävention für selbständig lebende Senioren Angebote und Zielgruppen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 40, 226-240.
- Dehnhardt, B. (2003). Das Kanadische Modell der Betätigungsperformanz CMOP und sein Assessmentinstrument COPM. *Ergotherapie & Rehabilitation*, 8, 17-21.
- Ekman, A., Vass, M. & Avlund, K. (2010). Preventive home visits to older home-dwelling people in Denmark: are invitational procedures of importance?. *Health and Social Care in the Community*, 18(6), 563-571.
- Habermann, C. (2005). Altern als Abfolge im Lebenslauf. In C. Habermann & C. Wittmershaus (Hrsg.), *Ergotherapie im Arbeitsfeld Geriatrie* (S. 4-7). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

- Hay, J., LaBree, L., Luo, R., Clark, F., Carlson, M., Mandel, D, ... Azen, S. P. (2002). Cost-Effectiveness of Preventive Occupational Therapy for Independent-Living Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50, 1381-1388.
- Hakim, R., Newton, R., Segal, J & DuCette, J. (2003). A Group Intervention to Reduce Fall Risk Factors in Community-Dwelling Older Adults. *Physical & Occupational in Geriatrics*, 22(1), 1-20.
- Hendriks, S. & Seizinger, C. (2009). *Behandlungsverfahren Alter Mensch* [PDF document]. Heruntergeladen von http://elearning.zhaw.ch/moodle/file.php/2293/Dateiablage_Ergotherapie_2.Semester/Modulgruppe_Theorien_Modelle/Behandlungsverfahren/Unterrichtsmaterial_Geriatrie/Woche_14/BV_Geriatrie_1_08-hend.pdf
- Hochschulbibliothek (2010a). *AMED - Allied and Complementary Medicine Database*. Heruntergeladen von <http://www.zhaw.ch/de/zhaw/hochschulbibliothek/datenbanken/detailansicht-datenbanken/news/amed.html>
- Hochschulbibliothek (2010b). *CINAHL Database*. Heruntergeladen von <http://www.zhaw.ch/de/zhaw/hochschulbibliothek/datenbanken/detailansicht-datenbanken/news/cinahl-database.html>
- Hochschulbibliothek (2010c). *Cochrane Library*. Heruntergeladen von <http://www.zhaw.ch/de/zhaw/hochschulbibliothek/datenbanken/detailansicht-datenbanken/news/cochrane-library.html>
- Hochschulbibliothek (2010d). *Medline via Ovid SP*. Heruntergeladen von <http://www.zhaw.ch/de/zhaw/hochschulbibliothek/datenbanken/detailansicht-datenbanken/news/medline-via-ovidsp.html>
- Hochschulbibliothek (2010e). *SAPHIR*. Heruntergeladen von <http://www.zhaw.ch/de/zhaw/hochschulbibliothek/datenbanken/detailansicht-datenbanken/news/saphir.html>
- Hochschulbibliothek (2011a). *OTDBASE*. Heruntergeladen von <http://www.zhaw.ch/de/zhaw/hochschulbibliothek/datenbanken/detailansicht-datenbanken/news/otdbase.html>

- Hochschulbibliothek (2011b). *OTseeker*. Heruntergeladen von <http://www.zhaw.ch/de/zhaw/hochschulbibliothek/datenbanken/detailansicht-datenbanken/news/otseeker.html>
- i-literacy (2010). *1.2 Suchstrategien*. Heruntergeladen von <http://i-literacy.e-learning.imb-uni-augsburg.de/node/660>
- Jackson, J., Carlson, M., Mandel, D., Zemke, R. & Clark, F. (1998). Occupation in Lifestyle Redesign: The Well Elderly Study Occupational Therapy Program. *The American Journal of Occupational Therapy*, 52(5), 326-336.
- Jerosch-Herold, C., Marotzki, U., Hack, B. M. & Weber, P. (2004). *Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis*. Berlin: Springer.
- Kessler, D., Bonsack, S., Seematter, L., Biedermann, A. (2010). *Gesundheitsförderung im Alter – Synthese von Interviews mit Expertinnen in der Schweiz und einer auf diesen Interviews basierenden Literaturanalyse*. Bolligen: Pro Senectute Kanton Bern.
- Knagge, S. (2003). Das Kanadische Modell der Betätigungsperformanz CMOP und sein Assessment-Instrument COPM. Teil 5: Einsatz in der Geriatrie. *Ergotherapie & Rehabilitation*, 12, 17-20.
- Krieger, B. (2008). *Qualitative Forschung Einführung (Teil 1)* [Unterrichtsskript]. Winterthur: ZHAW Departement Gesundheit.
- Kruse, O. (2007). *Keine Angst vor dem leeren Blatt: ohne Schreibblockaden durchs Studium*. Frankfurt am Main: Campus.
- Kubli, R. (2011). *Interkulturelle Kompetenzen in der Ergotherapie* [Unterrichtsskript]. Winterthur: ZHAW Institut für Ergotherapie.
- Künzi, K. & Detzel, P. (2007). *Innovationen in der ambulanten Grundversorgung durch vermehrten Einbezug nichtärztlicher Berufsleute*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Laukel-Pfeiffer, H. (2005). Soziale Veränderungen im Alter. In C. Habermann & C. Wittmershaus (Hrsg.), *Ergotherapie im Arbeitsfeld Geriatrie* (S. 104-121). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Law, M., Stewart, D., Letts, L., Pollock, N., Bosch, J., & Westmorland, M. (1998a). *Anleitung zum Formular für eine kritische Besprechung qualitativer Studien*. Qualitative Review Form Guidelines.

- Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J., & Westmorland, M. (1998b). *Anleitung zum Formular für eine kritische Besprechung quantitativer Studien. Qualitative Review Form Guidelines.*
- Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J. & Westmorland, M. (1998c). *Critical Review Form – Quantitative Studies* [Word document]. Heruntergeladen von http://elearning.zhaw.ch/moodle/mod/resource/view.php?id=129218&subdir=/Quantitative_Aspects
- Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J., & Westmorland, M. (2007a). *Critical Review Form – Qualitative Studies (Version 2.0)*. McMaster University.
- Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J., & Westmorland, M. (2007b). *Guidelines for Critical Review Form: Qualitative Studies (Version 2.0)*. McMaster University.
- Löffler, K. (2010). Gesund und aktiv älter werden – ein ergotherapeutisches Gesundheitsförderungsprogramm aus den Niederlanden. In N. Thapa- Görder & S. Voigt- Radloff (Hrsg.), *Prävention und Gesundheitsförderung- Aufgaben der Ergotherapie* (S.124-129). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Malcom, M., Mann, W. C., Tomita, M. R., Fraas, L. F., Stanton, K. M. & Gitlin, L. (2001). Computer and Internet Use in Physically Frail Elders. *Physical & Occupational therapy in Geriatrics*, 19(3), 15- 32.
- Mandel, D. R., Jackson, J. M., Zemke, R., Nelson, L. & Clark, F. A. (1999). *Lifestyle Redesign: Implementing the Well Elderly Program*. Bethesda: American Occupational Therapy Association.
- Marotzki, U. & Reichel, K. (2007). Canadian Model of Occupational Performance – CMOP. In C. Scheepers, U. Steding-Albrecht & P. Jehn (Hrsg.), *Ergotherapie Vom Behandeln zum Handeln* (S. 120 – 123). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Matuska, K., Giles-Heinz, A., Flinn, N., Neighbor, M. & Bass-Haugen, J. (2003). Outcomes of a Pilot Occupational Therapy Wellness Program for Older Adults. *American Journal of Occupational Therapy*, 57, 220-224.
- McKenna, K. & Scott, J. (2007). Do written education materials that use content and design principles improve older people's knowledge?. *Australian Occupational Therapy Journal*, 54, 103-112.

- Meichtry, A. (2008a). *Einführung Statistik WA 1* [Unterrichtsskript]. Winterthur: ZHAW Departement Gesundheit.
- Meichtry, A. (2008b). *Wissenschaftliches Arbeiten I – Einführung* [Unterrichtsskript]. Winterthur: ZHAW Departement Gesundheit.
- Mountain, G. A. (2004). *Occupational Therapy with older people*. London: Whurr.
- Mountain, G, Mozley, C., Craig, C. & Ball, L. (2008). Occupational Therapy Led Health Promotion for Older People: Feasibility of the Lifestyle Matters Programme. *British Journal of Occupational Therapy*, 71(10), 406-413.
- Müller, K. & Roux, F. (2010). *Die Auswirkung des zu Hause Wohnens auf die erfahrene Betätigungsperformanz bei achtzig- und über achtzigjährigen Menschen* (Unveröffentlichte Bachelorarbeit). Winterthur: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.
- Neck-Häberli, R. (2011). *Gesundheitsförderung und Prävention* [PDF document]. Heruntergeladen von http://elearning.zhaw.ch/moodle/file.php/4965/Dateiablage_IPM_6.Sem/Gesundheitsvorsorge_und_Praevention/Unterrichtsmaterial/05_Neues_Gesetz_und_Akteure_in_GF_P_in_der_Schweiz/GF_P_Rueckblick_Gesetz_Akteure.pdf
- PEDro. (03.1999). *PEDro Scale*. Heruntergeladen von http://pedro.fhs.usyd.edu.au/german/scale_item_german.html
- Perlmutter, M. S., Bhorade, A., Gordon, M., Hollingsworth, H. H. & Baum, M. C. (2010). Cognitive, Visual, Auditory, and Emotional Factors That Affect Participation in Older Adults. *American Journal of Occupational Therapy*, 64, 570-579.
- Pschyrembel (2004). *Klinisches Wörterbuch*. Berlin: Walter de Gruyter.
- Public Health Resource Unit. (2006). *10 questions to help you make sense of reviews*. England.
- Rowe, J. W. & Kahn, R. L. (1998). *Successful Aging*. New York: Pantheon Books.
- Samitca, S., Huissoud, T. & Dubois- Arber, F. (2003). *Evaluation du Projet de l'OMSV «Prevention des Chutes et de la Malnutrition chez les Personnes agees»*. Heruntergeladen von http://www.iumsp.ch/Unites/uepp/files/rds93_fr.pdf

- Sanaprofil. (2008). *Informationen zu „Sanaprofil Solothurn“*. Solothurn: Pro Senectute Kanton Solothurn.
- Sanders, S., Miller Polgar, J., Kloseck, M. & Crilly, R. (2005). Homebound Older Individuals Living in the Community: A Pilot Study. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 23(2/3), 145-160.
- Scaffa, M. E. (2001). *Occupational therapy in community-based practice settings*. Philadelphia: F. A. Davis.
- Schäfer, C. (2010). Gesundheit. In N. Thapa-Görder & S. Voigt-Radloff (Hrsg.) *Prävention und Gesundheitsförderung- Aufgabe der Ergotherapie* (S. 2-9). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Schelling, H. P. & Seifert, A. (2010). *Internet- Nutzung im Alter*. Zürich: Universität Zürich.
- Schmid Botkine, C. & Rausa-de-Luca, F. (2007). *Demografische Alterung und soziale Sicherheit*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Schulz, R. & Heckhausen, J. (1996). A Life Span Model of Successful Aging. *American Psychologist*, 51(7), 702-714.
- Schweizerischer Seniorenrat. (2007). *Bericht über die Qualität in der Langzeitpflege*. Heruntergeladen von http://www.ssr-csa.ch/d/data/253/Microsoft_Word_-_QS-Lpfl_Bericht_dt_2-20070424.pdf
- Stark, S., Landsbaum, A., Palmer, J. L., Somerville, E. K. & Morris, J. C. (2009). Client-centred home modifications improve daily activity performance of older adults. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 76, 235-245.
- Stuck, A. E., Elkuch, P., Dapp, U., Anders, J., Iliffe, S. & Swift, G. (2002). Feasibility and yield of a self-administered questionnaire for health risk appraisal in older people in three European countries. *Age and Ageing*, 31, 463-467.
- Thompson, G. & Foth, D. (2005). Cognitive-Training Programs for Older Adults: What are they and can they enhance Mental Fitness?. *Educational Gerontology*, 31, 603-626.
- Universität Bern (09.2007). *Entwicklung des „Gesundheits-Profil Verfahrens“* [PDF document]. Heruntergeladen von http://www.gesundheitsfoerderung.ch/pdf_doc_xls/d/betriebliche_gesundheitsfoerderung/allgemeines/Sanaprofil_Entwicklung_GPV.pdf

- Vass, M., Avlund, K., Hendriksen, C., Philipson, L. & Riis, P. (2007). Preventive home visits to older people in Denmark. Why, how, by whom, and when?. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 40, 209-216.
- Voigt- Radloff, S. (2010). Wirksamkeitsstudien zur betätigungsorientierten Primärprävention und Gesundheitsförderung. In N. Thapa- Görder & S. Voigt- Radloff (Hrsg.), *Prävention und Gesundheitsförderung- Aufgaben der Ergotherapie* (S.62- 69). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Wagstaff, S. (2005). Supports and Barriers for Exercise Participation for Well Elders: Implication for Occupational Therapy. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 24(2), 19-33.
- Weise, A., Thalmann, M., Müller, E., Mosimann, C., Matter, B., Gysin, B. & Gantschnig, B. (04.2011). *Zwischenresultate der Arbeitsgruppe Terminologie* [PDF documents]. Heruntergeladen von http://www.ergotherapie.ch/resources/uploads/Verband/Arbeitsgruppe%20Terminologie_Projekte_def.pdf
- Woodland, J. E. & Hobson, S. J. G. (2003). An occupational therapy perspective on falls prevention among community-dwelling older adults. *Revue Canadienne d'Ergothérapie*, 3(70), 174-182.
- World Health Organisation. (28.09.2007). *10 facts on ageing and the life course*. Heruntergeladen von <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/en/index.html>
- Zwäg is Alter (04.2007). *Pilotprojekt Zwäg is Alter (ZiA)- Präventive Hausbesuche im Oberaargau* [PDF documents]. Heruntergeladen von http://www.region-eo.ch/data/80/Infoblatt_2.pdf

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Canadian Model of Occupational Performance and Engagement
Canadian Association of Occupational Therapists. (2007). *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy vision for health, well-being & justice through Occupation*. Ottawa: CAOT Publications ACE.

Abbildung 2. Wechselwirkung Betätigung – Person

Abbildung 3. Wechselwirkung Person – Umwelt

Abbildung 4. Wechselwirkung Umwelt - Betätigung

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Übersicht Datenbanken

Tabelle 2. Keywordtabelle

Tabelle 3. Verwendete Messinstrumente für die Well Elderly Study

Tabelle 4. Resultate nach der 9-monatigen Intervention der Well Elderly Study

Tabelle 5. Resultate 6 Monate nach Ende des Well Elderly Programs

Tabelle 6. Verwendete Messinstrumente für das Wellness Program for Older Adults

Tabelle 7. Resultate nach der 6-monatigen Intervention des Wellness Program for Older Adults

Tabelle 8. Verwendete Messinstrumente für das Lifestyle Matters Programme

Tabelle 9. Übersicht über die Hauptstudien und die darin beschriebenen präventiven Ergotherapieprogramme

Abkürzungsverzeichnis

Abs. Absatz

k.D. kein Datum

Danksagung

In erster Linie möchten wir uns bei Frau Gysin für die Betreuung der Bachelorarbeit herzlich bedanken.

Ein weiteres Dankeschön geht an unsere Freunde und Familien, die uns bei der Überarbeitung dieser Arbeit unterstützt haben.

Eigenständigkeitserklärung

Hiermit erklären wir, die vorliegende Bachelorarbeit selbständig, ohne Mithilfe Dritter und unter der Benutzung der angegebenen Quellen verfasst zu haben.

Datum

Datum

Unterschrift

Unterschrift

Anhang

Studienmatrix

Referenz	Fragestellung / Ziel der Studie	Teilnehmer	Design	Methodische Qualität	Ergebnisse	Anwendbarkeit / Limitierungen für die Arbeit
Hauptstudien						
Carlson, M., Clark, F. & Young, B. (1998). Practical Contributions of Occupational Science to the Art of Successful Ageing: How to Sculpt a Meaningful Life in Older Adulthood. <i>Journal of Occupational Science</i> , 5(3), 107-118.	Die Bedeutung der Betätigung um einen grundlegenden, persönlich relevanten Kontext zu schaffen, wird untersucht. Dieser Kontext führt zu einer nachhaltigen Gestaltung des Lebensstils und fördert einen erfolgreichen Alterungsprozess.	Es nahmen 361 selbstständig lebende Frauen und Männer teil. Die Teilnehmer waren 60 Jahre alt oder älter. Sie hatten verschiedene kulturelle Hintergründe und sprachen entweder Englisch oder Mandarin. Sie wohnten in einer Alterssiedlung, in privaten Häusern oder ähnlichen Wohnformen in Los Angeles oder Pasadena. Die Teilnehmer zeigten keine de-	Review	Es werden fast ausschliesslich Studien des Well Elderly Programs für das Review verwendet.	Ältere Menschen können mit Hilfe von Ergotherapeuten lernen ihr Leben so zu gestalten, dass ein aktives Altern möglich ist. Sie erreichen Verbesserungen in der Lebensqualität und dem Gesundheitszustand. Auch bei Menschen mit chronischen Krankheiten oder schlechtem Gesundheitszustand trägt das Programm zu Verbesserungen in der Lebensqualität und dem Gesundheitszustand bei.	Das Well Elderly Program war ein Programm für ältere selbstständig lebende Leute. Es zeigt, dass Ergotherapeuten ältere Leute dazu befähigen können ein gesundes, zufriedenes Leben zu führen. Dies wird erreicht, in dem die Prinzipien der bedeutungsvollen Betätigung vermittelt werden.

Referenz	Fragestellung / Ziel der Studie	Teilnehmer	Design	Methodische Qualität	Ergebnisse	Anwendbarkeit / Limitierungen für die Arbeit
		<p>mentuellen Entwicklungen und wohnten nicht in einem betreuten Wohnheim.</p>				
<p>Clark, F., Stanley, P. A., Zemke, R., Jackson, J., Carlson, M., Mandel, D., ... Lipson, L. (1997). Occupational Therapy for Independent-Living Older Adults. <i>Journal of the American Medical Association</i>, 278(16), 1321-1326.</p>	<p>Die Studie untersucht den Effekt von präventiven Ergotherapieinterventionen in einer Population von kulturell verschiedenen, selbständig lebenden älteren Menschen.</p>	<p>Es nahmen 361 selbstständig lebende Frauen und Männer teil. Die Teilnehmer waren mindestens 60 Jahre alt. Sie hatten verschiedene kulturelle Hintergründe und sprachen Englisch oder Mandarin. Sie wohnten in einer Alterssiedlung, in privaten Häusern oder ähnlichen Wohnformen in den USA. Die Teilnehmer zeigten keine dementiellen Entwicklungen und wohnten nicht in einem betreuten Wohnheim.</p>	<p>Quantitativ (Rondomisierte kontrollierte Studie)</p>	<p>Als einzige Limitierung wird genannt, dass die Resultate nicht auf eine Population übertragen werden können, die in anderen Wohnformen lebt.</p>	<p>In der Gruppe, welche durch Ergotherapeuten betreut wurde, erreichten die Teilnehmer signifikante Verbesserungen in verschiedenen Bereichen der Gesundheitsfunktionen und Lebensqualität. Es wurde festgestellt, dass reine Aktivität keine Verbesserung in den Gesundheitsfunktionen und der Lebensqualität bringt. Die Betätigung muss bedeutungsvoll sein. Daher sollen ähnliche Programme von Ergotherapeuten geleitet werden. Präventive Programme für ältere Menschen sind effektiv und können die Gesundheitsrisiken minimieren.</p>	<p>Die Studie beschreibt ein wirkungsvolles ergotherapeutisches Präventionsprogramm für ältere Menschen, in dem es um das Erkennen der Wichtigkeit von bedeutungsvoller Betätigung geht und wie dadurch das Leben positiv verändert werden kann.</p>

Referenz	Fragestellung / Ziel der Studie	Teilnehmer	Design	Methodische Qualität	Ergebnisse	Anwendbarkeit / Limitierungen für die Arbeit
<p>Clark, F., Stanley, P. A., Carlson, M., Mandel, D., LaBree, L., Hay, J., ... Lipson, L. (2001). Embedding Health-Promoting Changes Into the Daily Lives of Independent-Living Older Adults: Long-Term Follow-Up of Occupational Therapy Intervention. <i>Journal of Gerontology: Psychological Sciences</i>, 56B(1), 60-63.</p>	<p>Die Hypothese der Studie ist, dass die Teilnehmer der Ergotherapiegruppe der Well Elderly Study auch 6 Monat nach dem Abschluss des Programmes eine bessere Lebensqualität und Gesundheitszustand aufweisen, als die Teilnehmer der Kontrollgruppen.</p>	<p>Es nahmen 285 Teilnehmer der oben beschriebenen 361 Teilnehmer der Well Elderly Study teil.</p>	<p>Quantitativ (Kohortenstudie)</p>	<p>In der Studie werden keine Limitierungen genannt.</p>	<p>Die Studie zeigt auf, dass Aktivitäten an sich keine Verbesserungen des Gesundheitszustandes und der Lebensqualität zur Folge haben. Verbesserungen im Gesundheitszustand und der Lebensqualität können nur durch bedeutungsvolle Betätigungen erreicht werden. Die individuelle Betreuung der Personen unter Einbezug ihrer Bedenken, Werte und Umweltressourcen ist eine Voraussetzung, damit langanhaltende Veränderungen im Lebensstil umgesetzt werden können.</p>	<p>Das oben beschriebene ergotherapeutische Präventionsprogramm hat eine längerfristige Wirkung auf die Gesundheit und die Lebensqualität von älteren selbständig lebenden Menschen. Um diese Wirkung zu erzielen, ist es wichtig, dass ein solches Programm von Ergotherapeuten durchgeführt wird.</p>
<p>Matuska, K., Giles-Heinz, A., Flinn, N., Neighbor, M. & Bass-Haugen, J. (2003). Outcomes of a Pilot Occupational Therapy Well-</p>	<p>Die Studie untersucht das „Designing a Life of Wellness Program“ nach 4 Aspekten: -änderst sich die Lebensqualität der Teilnehmer</p>	<p>65 ältere Menschen zwischen 70 und 92 Jahren. Die Teilnehmer stammen aus mittelwestlichen, städtischen und vorstädtischen Gemeinden in</p>	<p>Quantitativ (Vorher-Nachher Design)</p>	<p>Die Studie hat einige Limitierungen und somit keine hohe Qualität: - keine Kontrollgruppe, - keine Verblindung</p>	<p>- Durch das Programm wurden Verbesserungen in den Bereichen Vitalität, soziale Funktionen und Mentale Gesundheit und eine grössere Partizipation in sozialen und gesellschaftlichen Aktivitäten</p>	<p>-Die Studie beschreibt ein interessantes, ergotherapeutisches, Präventionsprogramm, welches auf dem Well Elderly Program basiert. Die Studie zeigt, dass durch ergotherapeutische Interventio-</p>

Referenz	Fragestellung / Ziel der Studie	Teilnehmer	Design	Methodische Qualität	Ergebnisse	Anwendbarkeit / Limitierungen für die Arbeit
<p>ness Program for Older Adults. <i>American Journal of Occupational Therapy</i>, 57, 220-224.</p>	<p>nach dem Programm? -erhöht sich die soziale Partizipation? -Was sind die Charakteren der häufigsten Teilnehmer? -Wie war die Zufriedenheit der Teilnehmer mit dem Programm?</p>	<p>Amerika und kommen aus der Mittel- und Oberschicht. Sie leben hauptsächlich in Alterswohnungen.</p>		<p>der Forscher - das Ausfüllen des Fragebogens war freiwillig. Somit ist wahrscheinlich, dass Daten inkomplett sind und die Fragebogen von Teilnehmern mit hoher Zufriedenheit ausgefüllt wurden.</p>	<p>erreicht Das Programm wurde am meisten von den ältesten Personen besucht und von Personen, die nicht Autofahren können. Die Teilnehmer stufen ihre Zufriedenheit mit dem Programm mehrheitlich zwischen gut bis exzellent ein.</p>	<p>nen positive Wirkungen bei älteren Menschen erzielt werden können. Die Resultate sind wegen den vielen Limitierungen mit Vorsicht zu betrachten.</p>
<p>Mountain, G., Mozley, C., Craig, C. & Ball, L. (2008). Occupational Therapy Led Health Promotion for Older People: Feasibility of the Lifestyle Matters Programme. <i>British Journal of Occupational Therapy</i>, 71(10),</p>	<p>Das Ziel der Studie war es, herauszufinden, ob ein betätigungsbasiertes, gesundheitsförderndes Ergotherapieprogramm für ältere in der Gemeinde lebende Menschen erfolgreich ausgeführt werden kann. Ein</p>	<p>28 Teilnehmer, im Alter zwischen 60 und 92 Jahren. Das Durchschnittsalter lag bei 78.5 Jahren. 3 Männer, 25 Frauen. 10 Personen waren verheiratet, 17 verwitwet und eine Person geschieden. 19 Personen lebten alleine, 20 Perso-</p>	<p>Qualitativ (Machbarkeitsstudie) Quantitativ (Kohortendesign)</p>	<p>Die Studie umfasst nur 28 Teilnehmer, was wenig ist für eine quantitative Studie.</p>	<p>Die Resultate der Studie empfehlen das gesundheitsfördernde Lifestyle Matters Programm. Es zeigten sich Verbesserungen in den depressiven, physischen und mentalen Gesundheitswerten und in der Ausführung von Alltagsaktivitäten. Die Studie verdeutlicht, dass die Rekrutierung von älteren, isolierten</p>	<p>Das Programm wurde in Grossbritannien durchgeführt. Die Inhalte des Programmes wurden aus dem Well Elderly Programm entnommen und an die Bedürfnisse der lokalen Bevölkerung angepasst. Diese Studie ist für die Schweiz interessant, da sie in Europa durchgeführt wurde.</p>

Referenz	Fragestellung / Ziel der Studie	Teilnehmer	Design	Methodische Qualität	Ergebnisse	Anwendbarkeit / Limitierungen für die Arbeit
406-413.	weiteres Ziel war, Informationen für eine zukünftige klinische Effektivitätsstudie zu erhalten.	nen besaßen ein eigenes Haus, 6 lebten in gemieteten Häusern od. Wohnungen und zwei lebten in Alterswohnungen mit Anschluss an Betreuungsdienste.			Menschen schwierig ist.	

Referenz	Fragestellung / Ziel der Studie	Teilnehmer	Design	Methodische Qualität	Ergebnisse	Anwendbarkeit / Limitierungen für die Arbeit
Nebenstudien						
Ballinger, C. & Clemson, L. (2006). Older People's View about Community Falls Prevention: an Australian Perspective. <i>British Journal of Occupational Therapy</i> , 69(6), 263-270.	Das Ziel der Studie war, die Perspektive von älteren Teilnehmern einer Sturzpräventionsgruppe zu untersuchen und ihre Sicht über die Nützlichkeit des Programmes zu erforschen.	Die Teilnehmer haben zuvor an einem Sturzpräventionsprogramm teilgenommen. 11 Teilnehmer (9 Frauen und 2 Männer) im Alter zwischen 69 und 91 haben sich für das Interview bereit erklärt. Alle Teilnehmer haben Stürze erlitten, keine kognitiven Einschränkungen und können das Haus selbständig verlassen.	Qualitativ (Grounded Theory)	- für eine Grounded Theory Studie wenig Teilnehmer - Die Vertrauenswürdigkeit der Studie ist gegeben	Die Teilnehmer haben eine sehr positive Meinung von dem Sturzpräventionsprogramm. Laut den Perspektiven der Teilnehmenden, wirkt das Programm nicht nur zur Verringerung von Stürzen, sondern fördert und erhält weitere wichtige Aspekte wie die sozialen Partizipation, das Selbstvertrauen, die Selbständigkeit und die Gesundheit.	Die Studie beschreibt ein präventives Ergotherapieprogramm, welches sich jedoch nur auf die Sturzprävention beschränkt. Der Schwerpunkt liegt somit nicht auf einem ganzheitlichen Programm.
Dapp, U., Anders, J., Meier-Baumgartner, H. P. & v. Renteln-Kruse, W. (2007). Geriatrische Gesundheitsförderung und Prävention für selbst-	Es wurden zwei unterschiedliche präventive Ansätze an einem geriatrischen Zentrum unter Einbeziehung der Hausärzte untersucht. 1. multidimensionale Beratung in	Es nahmen 878 selbständig lebende Menschen ab 60 Jahren teil. Sie waren nicht pflegebedürftig und zeigten keine dementiellen Auffälligkeiten. Alle Teilnehmer	Quantitativ	In der Studie werden keine Limitierungen genannt.	Es unterscheiden sich drei Teilnehmergruppen: - Die Teilnehmer der Kleingruppenberatung sind mobil und motiviert, nehmen aktiv an ihrer Umwelt teil und sind offen und fähig, gesundheitsfördernde	Die Studie beschreibt kein präventives Ergotherapieprogramm.

Referenz	Fragestellung / Ziel der Studie	Teilnehmer	Design	Methodische Qualität	Ergebnisse	Anwendbarkeit / Limitierungen für die Arbeit
ständig lebende Senioren Angebote und Zielgruppen. <i>Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie</i> , 40, 226-240.	Kleingruppen am geriatrischen Zentrum durch ein interdisziplinäres Expertenteam 2. multidimensionale Einzelberatung durch einen Experten des geriatrischen Zentrums in Form eines präventiven Hausbesuches.	stammten aus Hamburg.			Empfehlungen anzunehmen und umzusetzen. Die Nicht-Teilnehmer übernehmen weniger Selbstverantwortung und Selbsterkenntnis und zeigen typische Verhaltensweisen die die Gesundheit aktiv und passiv gefährden. - Teilnehmer der Hausbesuche haben eine deutlich eingeschränkte Mobilität und zeigen viele Risikofaktoren älterer, gebrechlicher Menschen.	
Ekman, A., Vass, M. & Avlund, K. (2010). Preventive home visits to older home-dwelling people in Denmark: are invitation procedures of importance?. <i>Health and Social Care in the Commu-</i>	Die Studie untersucht und beschreibt, ob verschiedene Einladungsprozedere einen Zusammenhang haben mit der Akzeptanz eines ersten präventiven Hausbesuches.	Es nahmen 2399 Teilnehmer aus 34 dänischen Gemeinden teil. Die Teilnehmer waren mindestens 75 Jahre alt.	Review	Die Datenerhebung stammte aus einer anderen Studie und passte daher nicht genau zu dem durchgeführten Review. Eine weitere Einschränkung waren	Es wurden verschiedene Einladungsprozedere untersucht. - Ein Brief mit einem spezifischen Datum für den Hausbesuch. - Ein Telefonanruf. - Ein Brief mit der Aufforderung einen Termin für den Hausbesuch zu vereinbaren. Männer wiesen den ersten Hausbesuch sig-	Die Studie beschreibt kein präventives Ergotherapieprogramm.

Referenz	Fragestellung / Ziel der Studie	Teilnehmer	Design	Methodische Qualität	Ergebnisse	Anwendbarkeit / Limitierungen für die Arbeit
<p>ity, 18(6), 563-571.</p>				<p>die nicht validierten Fragen. Durch die unklar formulierten Fragen wurden eventuell mehr Teilnehmer ausgeschlossen. Daher können die Studienergebnisse unterbewertet sein.</p>	<p>nifikant öfter ab als Frauen. Zudem war die Akzeptanz von präventiven Hausbesuchen bei Männern geringer als bei Frauen. Ein persönlicher Brief mit einem konkreten Datum für den ersten Hausbesuch wird am besten akzeptiert.</p>	
<p>Jackson, J., Carlson, M., Mandel, D., Zemke, R. & Clark, F. (1998). Occupation in Lifestyle Redesign: The Well Elderly Study Occupational Therapy Program. <i>The American Journal of Occupational Therapy</i>, 52(5), 326-336.</p>	<p>Der Artikel beschreibt eine innovative ergotherapeutische Intervention für ältere selbständig lebende Menschen.</p>	<p>Es nahmen 361 selbstständig lebende Frauen und Männer teil. Die Teilnehmer waren 60 Jahre alt oder älter. Sie hatten verschiedene kulturelle Hintergründe und sprachen entweder Englisch oder Mandarin. Sie wohnten in einer Alterssiedlung, in privaten Häusern</p>	<p>Artikel</p>	<p>Der Artikel ist weder eine Studie noch ein Review.</p>	<p>Es werden der philosophische Hintergrund, die Art der Entwicklung des Well Elderly Programms, die Inhalte der einzelnen Themen, welche in den Gruppenstunden behandelt wurden, die Methoden der Programmausführung und der Mechanismus, welchem die positiven Resultate des Programmes zugrunde lagen, beschrieben. Zusätzlich werden die</p>	<p>Der Artikel beschreibt zwar sehr ausführlich ein präventives Ergotherapieprogramm, ist jedoch weder eine Studie noch ein Review.</p>

Referenz	Fragestellung / Ziel der Studie	Teilnehmer	Design	Methodische Qualität	Ergebnisse	Anwendbarkeit / Limitierungen für die Arbeit
		oder ähnlichen Wohnformen in Los Angeles oder Pasadena. Die Teilnehmer zeigten keine dementiellen Entwicklungen und wohnten nicht in einem betreuten Wohnheim.			Implikationen für die Ergotherapie diskutiert.	
Stark, S., Landsbaum, A., Palmer, J.L., Someville, E.K. & Morris, J.C. (2009). Client-centred home modifications improve daily activity performance of older adults. <i>Canadian Journal of Occupational Therapy</i> , 76, 235- 245.	Das Ziel der Studie ist, ein klientenzentriertes ergotherapeutisches Hausanpassungsprogramm zu beschreiben und deren Auswirkung auf die Performanz von täglichen Aktivitäten zu untersuchen.	Die Teilnehmer waren mindestens 60 Jahre alt.	Quantitativ (Quasi-experimentelles Design)	- eher wenig Teilnehmer - keine Kontrollgruppe - Zudem kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Performanzverbesserung bei Alltagsaktivitäten auf den Hawthorne Effekt (Aufmerksamkeit der Therapeutin) zurück zu führen ist. - Therapeutin	Die Studie bestätigt einerseits, dass Hausanpassungen sich positiv auf die Betätigung in täglichen Aktivitäten auswirken. Zudem zeigt sie, dass klientenzentrierte Hausanpassungsinterventionen die Verbesserungen in der Betätigungsperformanz auch 2 Jahre nach Ende der Intervention erhalten bleiben.	Die Studie beschreibt kein Ergotherapieprogramm. Es werden Hausbesuche in Form von Hausanpassungen gemacht.

Referenz	Fragestellung / Ziel der Studie	Teilnehmer	Design	Methodische Qualität	Ergebnisse	Anwendbarkeit / Limitierungen für die Arbeit
				ist sogleich auch Forschungsperson und somit nicht verblindet.		
Thompson, G. & Foth, D. (2005). Cognitive Training Programs for Older Adults: What are they and can they enhance mental fitness?. <i>Educational Gerontology</i> , 31, 603–626.	Das Review schafft einen Überblick über verschiedene kognitive Trainingsprogramme, deren Inhalt und Evidenz.	Es wird nicht beschrieben, wie viele Studien eingeschlossen wurden.	Review	Es werden keine Limitierungen genannt.	Für die Praxis sollen kognitive Trainingsprogramme angewendet werden, die auf der besten Evidenz basieren. Daraus können Trainings und Aktivitäten zusammengestellt werden, die zugänglich, erschwinglich und unterhaltsam sind für ältere Menschen.	Die beschriebenen Programme beschränken sich auf kognitive Trainingsprogramme.
Vass, M., Avlund, K., Hendriksen, C., Philipson, L. & Riis, P. (2007). Preventive home visits to older people in Denmark. Why, how, by whom, and when?. <i>Zeitschrift für Gerontologie und</i>	Die gesetzlich verankerten präventiven Hausbesuche in Dänemark werden beschrieben.	Es nahmen 4000 Menschen über 75 Jahren aus 34 dänischen Gemeinden teil.	Qualitativ; Machbarkeitsstudie	Es werden keine Limitierungen beschrieben.	Durch individuelle präventive Hausbesuche verbessern sich die Teilnehmer in funktionalen Bereichen. Die Teilnehmer über 80 Jahren, sowie die Teilnehmer mit einer guten gesundheitlichen Situation verbesserten sich am meisten. Präventive Hausbesuche sind in Dänemark seit 1996	Das Programm besteht nur aus Hausbesuchen.

Referenz	Fragestellung / Ziel der Studie	Teilnehmer	Design	Methodische Qualität	Ergebnisse	Anwendbarkeit / Limitierungen für die Arbeit
<i>Geriatrics</i> , 40, 209-216.					gesetzlich verankert und werden individuell durch die Gemeinden organisiert.	
Wagstaff, S. (2005). Supports and Barriers for Exercise Participation for Well Elders: Implication for Occupational Therapy. <i>Physical & Occupational Therapy in Geriatrics</i> , Vol. 24(2), 20-32 .	Die Studie untersucht die Einschätzung von Barrieren und Förderfaktoren bei der Ausübung von körperlichen Aktivitäten durch ältere Menschen. Zusätzlich werden auch die Implikationen für die Ergotherapie untersucht.	Es nahmen 5 Frauen über 65 Jahren teil. Sie wohnten in einer Alterssiedlung und nahmen regelmässig (mindestens 2 Mal pro Woche) an einem Sportprogramm teil. Alle Teilnehmer hatten chronische Erkrankungen, wie Arthritis oder Diabetes.	Qualitativ (Phänomenologie)	Die kleine Menge von Teilnehmermenge und die Tatsache, dass alle Teilnehmer freiwillig an der Studie teilnahmen, schränken die Qualität der Studie ein.	Die Teilnehmer der Studie nahmen regelmässig an sportlichen Aktivitäten in der Alterssiedlung teil, weil es für sie eine bedeutungsvolle Betätigung ist. Die Gründe für die Teilnahme waren verbesserte physische und mentale Gesundheit und eine bessere Performanz in den ADL. Der Anreiseweg, die Kosten und die Programmgestaltung können mögliche Barrieren für ältere Menschen darstellen.	Die Studie beschreibt kein Programm, sondern die Erfahrungen von fünf Frauen, die an regelmässig stattfindenden Sportklassen teilnehmen.

Kritische Beurteilungen der Hauptstudien

10 questions to help you make sense of reviews

Public Health Resource Unit, England (2006)

Literatur: Carlson, M., Clark, F. & Young, B. (1998). Practical Contributions of Occupational Science to the Art of Successful Ageing: How to Sculpt a Meaningful Life in Older Adulthood. *Journal of Occupational Science*, 5(3), 107-118.

Screening Questions

1. Did the review ask a clearly-focused question? Yes Can't tell No

Consider if the question is 'focused' in terms of:

- *the population studied*
- *the intervention given or exposure*
- *the outcomes considered*

Es wurden die Teilnehmer und die Interventionen des Well Elderly Programs untersucht. Das heisst, im Review wurden die Resultate der Ergotherapiegruppe, der Aktivitätsgruppe und der Kontrollgruppe miteinander verglichen. Das Ziel war darzustellen, welchen Beitrag die Ergotherapie leisten kann, um eine langanhaltende Veränderung des Lebensstils in Kraft zu setzen, welche einen erfolgreichen Alterungsprozess fördert.

2. Did the review include the right type of study? Yes Can't tell No

Consider if the included studies:

- *address the review's question*
- *have an appropriate study design*

Das Review beinhaltet Studien, die eine präventive Ergotherapieintervention untersuchten und Studien zum successful aging.

Is it worth continuing?

Ja

Detailed Questions

3. Did the reviewers try to identify all relevant studies? Yes Can't tell No

Consider:

- *which bibliographic databases were used*
- *if there was follow-up from reference lists*
- *if there was personal contact with experts*
- *if the reviewers searched for unpublished studies*
- *if the reviewers searched for non-English-language studies*

Es wurde Literatur zum Thema successful ageing, current assumptions about ageing und des Well Elderly Program eingeschlossen. Die Autoren arbeiteten auch am Well Elderly Program mit.

Für eine breitere Übersicht des Themas hätte Literatur von anderen ergotherapeutischen Programmen mit ähnlichem Inhalt eingeschlossen werden können.

Es wurden keine unpublizierten Studien und nicht englische Studien eingeschlossen.

4. Did the reviewers assess the quality of the included studies? Yes Can't tell No

Consider:

- *if a clear, pre-determined strategy was used to determine which studies were included. Look for:*
 - *a scoring system*
 - *more than one assessor*

Die Kriterien für die Auswahl der Studien wurden nicht beschrieben.

5. If the results of the studies have been combined, was it reasonable to do so? Yes Can't tell No

Consider whether:

- *the results of each study are clearly displayed*
- *the results were similar from study to study (look for tests of heterogeneity)*
- *the reasons for any variations in results are discussed*

Die Resultate der einzelnen Studien, welche zum Well Elderly Program gehören, ergänzen sich sinnvoll. Die Literatur zum Thema successful ageing und current assumptions about ageing untermauern den theoretischen Hintergrund des Programmes.

6. How are the results presented and what is the main result?

Consider:

- *how the results are expressed (e.g. odds ratio, relative risk, etc.)*
- *how large this size of result is and how meaningful it is*
- *how you would sum up the bottom-line result of the review in one sentence*

Es werden die Resultate des Well Elderly Programs dargestellt. Die Resultate werden unter anderem auch mit Grafiken verdeutlicht.

Ältere Menschen in einer Risikogruppe können mit Hilfe von Ergotherapeuten lernen ihr Leben erfolgreich zu gestalten. Dies trägt zur Verbesserung ihres Gesundheitszustandes und Wohlbefindens bei.

7. How precise are these results?

Consider:

- *if a confidence interval were reported. Would your decision about whether or not to use this intervention be the same at the upper confidence limit as at the lower confidence limit?*
- *if a p-value is reported where confidence intervals are unavailable*

Durch die Interventionen des Well Elderly Programs verbesserten sich die Teilnehmer in allen untersuchten Bereichen signifikant. Die p-Werte für die untersuchten Bereiche werden angegeben.

8. Can the results be applied to the local population? Yes Can't tell No

Consider whether:

- *the population sample covered by the review could be different from your population in ways that would produce different results*
- *your local setting differs much from that of the review*
- *you can provide the same intervention in your setting*

Die Interventionen können auf andere Populationen übertragen werden. Dabei muss aber beachtet werden, dass die Inhalte überarbeitet und an die Bedürfnisse der lokalen Bevölkerung angepasst werden müssen. Die Inhalte der Studie wurden an einer ethnisch sehr unterschiedlichen Gruppe (u. a. auch auf Mandarin) getestet.

9. Were all important outcomes considered? Yes Can't tell No

Consider outcomes from the point of view of the:

- *individual*
- *policy makers and professionals*
- *family/carers*
- *wider community*

Die Resultate haben eine Relevanz für ältere Menschen, Politiker, Ergotherapeuten und andere Berufsgruppen.

10. Should policy or practice change as a result of the evidence contained in this review? Yes Can't tell No

Consider:

- *whether any benefit reported outweighs any harm and/or cost. If this information is not reported can it be filled in from elsewhere?*

Die positiven Resultate des Review zeigen auf, dass präventive ergotherapeutische Interventionen positive Auswirkungen auf den Gesundheitszustand von älteren Menschen haben. Die Interventionen können auch bei älteren Menschen mit chronischen Krankheiten oder einem schlechtem Gesundheitszustand erfolgreich sein.

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.

Instructions: Use tab or arrow keys to move between fields, mouse or spacebar to check/uncheck boxes.

<p>CITATION</p>	<p>Clark, F., Stanley, P. A., Zemke, R., Jackson, J., Carlson, M., Mandel, D., ... Lipson, L. (1997). Occupational Therapy for Independent-Living Older Adults. Journal of the American Medical Association, 278(16), 1321-1326.</p>
<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? Die Studie untersucht den Effekt von präventiven Ergotherapieinterventionen in einer Population von multiethnischen, selbständig lebenden älteren Menschen.</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: Literatur zur demografischen Entwicklung, der Lebens- und Gesundheitsqualität, sowie zum psychologischen Wohlbefinden von älteren Menschen wurde gesichtet. Im Weiteren wurde Literatur zum Thema successful aging gelesen. Aufgrund der Ergebnisse aus dieser Literatur wurde die folgende Studie durchgeführt.</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.): Das Design ist passend für die Forschungsfragen. Durch die drei Gruppen konnte der Effekt von Ergotherapie und Aktivität auf das Wohlbefinden und die Gesundheit von älteren, selbständig lebenden Menschen untersucht werden.</p> <p>Specify any biases that may have been operating and the direction of their influence on the results: - Die Teilnehmer wussten, dass sie an einer Studie teilnehmen und es ist möglich, dass sie aufgrund der ihnen gewidmeten Aufmerksamkeit günstigere Antworten gaben. Es gab keine Aufmerksamkeitskontrollgruppe in der Studie. - Es kann sein, dass die Teilnehmer der Gruppe mit Ergotherapieinterventionen sich über die besprochenen Inhalte in der Gruppe mit Teilnehmern aus anderen Gruppen ausgetauscht</p>

	<p>haben. Obwohl sie gebeten wurden, dies nicht zu tun. - Falls Teilnehmer der Kontrollgruppe zusätzlich in ergotherapeutischer oder physiotherapeutischer Behandlung waren, konnte es sein, dass die Resultate beeinflusst wurden.</p>
<p>SAMPLE</p> <p>N = 361</p> <p>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? Die Teilnehmer waren selbständig lebende Frauen und Männer mit verschiedenen kulturellen Hintergründen. Sie waren mindestens sechzig Jahre alt. Sie alle konnten in mehreren Bereichen von ergotherapeutischen Interventionen profitieren. Die Teilnehmer sprachen entweder Englisch oder Mandarin. Es wurden Teilnehmer rekrutiert, die in einer Alterssiedlung, in privaten Häusern oder ähnlichen Wohnformen in Los Angeles oder in Pasadena wohnten. Alle Teilnehmer nahmen freiwillig an der Studie teil. Einschlusskriterien waren selbständiges Wohnen und ein Alter über 60 Jahren. Ausschlusskriterien waren dementielle Entwicklungen und betreutes Wohnen. Um Teilnehmer zu finden, wurden verschiedene betreute Tische an Orten wie im Eingangsbereich von Alterssiedlungen oder in Tanz- und Kaffeestunden platziert. Zudem wurden Flyer verteilt, Artikel im Newsletter der Alterssiedlung publiziert, Präsentationen an regelmässigen Treffen gemacht und Briefe unter den Türen der Bewohner platziert. Die randomisierte Zuteilung der Teilnehmer erfolgte per Computer zu einer der drei Gruppen. Um saisonale Einflüsse und Interaktion zwischen den Teilnehmern zu minimieren, wurden die Teilnehmer zu verschiedenen Zeiten in zwei Kohorten rekrutiert. Die zweite Kohorte beendete die Studie ca. 16 Monate nach der ersten Kohorte.</p> <p>Es wird nicht beschrieben wieso gerade 361 Teilnehmer gewählt wurden. Die eine Kohorte beinhaltete 143 Teilnehmer, die andere Kohorte 218 Teilnehmer. Wovon 60% der Teilnehmer in der Alterssiedlung in Los Angeles wohnten und 20% der Teilnehmer ausserhalb wohnten, aber die Einrichtungen nutzten. Weitere 20% wohnten in Pasadena. Eine Gruppe beinhaltete bis zu 10 Personen. Nach der Randomisierung hatten die 3 Gruppen eine vergleichbare Grösse.</p> <p>Describe ethics procedures. Was informed consent obtained? Alle Teilnehmer unterschrieben ein informed consent Formular, dass von der Institution abgenommen wurde, bevor sie an der Studie teilnahmen.</p>

<p>OUTCOMES</p> <p>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>	<p>Specify the frequency of outcome measurement (i.e., pre, post, follow-up): Es wurden zwei Messungen durchgeführt. Die erste Messung zu Beginn der Studie und die zweite Messung am Enden der Studie, d. h. nach 9 Monaten. Die Messungen wurden von verblindeten Forschungsassistenten ausgewertet.</p>		
	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="507 533 938 958"> <p>Outcome areas: - Physische und soziale Funktionen - Selbsteinschätzung der Gesundheit - Lebenszufriedenheit - Depressive Symptome</p> </td> <td data-bbox="946 533 1407 958"> <p>List measures used: - Selbsteinschätzungsbögen (Functional Status Questionnaire, Life Satisfaction Index-Z, Center for Epidemiologic Studies (CES) Short Form General Health Survey, Rand 36-Item Health Status Survey, Short Form-36 (RAND SF-36) - Depression Scale - Medical Outcomes Study (MOS)</p> </td> </tr> </table>	<p>Outcome areas: - Physische und soziale Funktionen - Selbsteinschätzung der Gesundheit - Lebenszufriedenheit - Depressive Symptome</p>	<p>List measures used: - Selbsteinschätzungsbögen (Functional Status Questionnaire, Life Satisfaction Index-Z, Center for Epidemiologic Studies (CES) Short Form General Health Survey, Rand 36-Item Health Status Survey, Short Form-36 (RAND SF-36) - Depression Scale - Medical Outcomes Study (MOS)</p>
<p>Outcome areas: - Physische und soziale Funktionen - Selbsteinschätzung der Gesundheit - Lebenszufriedenheit - Depressive Symptome</p>	<p>List measures used: - Selbsteinschätzungsbögen (Functional Status Questionnaire, Life Satisfaction Index-Z, Center for Epidemiologic Studies (CES) Short Form General Health Survey, Rand 36-Item Health Status Survey, Short Form-36 (RAND SF-36) - Depression Scale - Medical Outcomes Study (MOS)</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 checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed <input type="checkbox"/> N/A</p> <p>Cointervention was avoided? <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>Provide a short description of the intervention (focus, who delivered it, how often, setting). Could the intervention be replicated in practice? Ergotherapiegruppe: 2 Stunden Ergotherapie wöchentlich in der Gruppe und 9 Stunden Einzeltherapie während den 9 Monaten (ca. 1h Einzeltherapie pro Monat). Zentrales Thema der Gruppe war Gesundheit durch Betätigung zu erlangen.</p> <p>Aktivitätsgruppe: Die Gruppe traf sich ein Mal in der Woche während 2 ¼ Stunden. Thema dieser Gruppe waren Aktivitäten, die die soziale Interaktion unter den Gruppenmitgliedern fördern. Die Gruppe wurde von Menschen ohne professionelle Ausbildung geleitet. Diese kannten den Zweck der Studie nicht.</p> <p>Kontrollgruppe: Diese Teilnehmer bekamen keine Intervention.</p> <p>Die Teilnehmer wurden gebeten, sich nicht untereinander auszutauschen. Es ist jedoch nicht klar, ob nicht doch ein Austausch stattfand.</p> <p>Es wird nicht beschrieben, dass die Teilnehmer keine anderen Therapeutischen Interventionen, wie zum Beispiel Physiotherapie oder Ergotherapie hatten.</p>		

<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed <input type="checkbox"/> N/A	
<p>RESULTS</p> <p>Results were reported in terms of statistical significance?</p> <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Not addressed <p>Were the analysis method(s) appropriate?</p> <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed	<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>Demografische Faktoren wie Geschlecht, Altersgruppe, Behinderungsstatus und Lebensstatus hingen signifikant mit einer oder mehreren Veränderungen zusammen ($P < 0.5$). In der Gruppe mit Ergotherapieintervention wurden signifikante Verbesserungen innerhalb von drei Assessments (Functional Status Questionnaire, MOS Health Perception, RAND SF-36) erreicht. Dabei gab es Unterschiede zwischen den Kulturen. Signifikante Unterschiede wurden in den Bereichen verschiedener Gesundheitsfunktionen und der Lebensqualität gefunden.</p>
<p>Clinical importance was reported?</p> <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed	<p>What was the clinical importance of the results? Were differences between groups clinically meaningful? (if applicable)</p> <p>Die Studie zeigt den umfangreichsten und aktuellsten Test der Effektivität von Ergotherapie auf. Die beiden Kontrollgruppen verschlechterten sich in den Bereichen, in denen signifikante Unterschiede gefunden wurden, wobei sich die Interventionsgruppe entweder verbesserte oder sich nur minim verschlechterte. Präventive Programme, die für ältere Menschen entwickelt wurden, sind effektiv. Es ist wichtig, dass solche Programme von Ergotherapeuten ausgeführt werden. Ergotherapeutische Programme können die Gesundheitsrisiken von älteren Menschen minimieren.</p>
<p>Drop-outs were reported?</p> <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<p>Did any participants drop out from the study? Why? (Were reasons given and were drop-outs handled appropriately?)</p> <p>Der häufigste Grund für ein Ausscheiden aus der Studie vor der Randomisierung war, dass die Teilnehmer keine Zeit für die Studie hatten. Nach der Randomisierung waren Gründe für das Ausscheiden Tod, Krankheit, Umzug, persönliche Angelegenheiten und Verlust von follow up.</p>
<p>CONCLUSIONS AND IMPLICATIONS</p> <p>Conclusions were appropriate given</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 Aussage <i>Beschäftigung erhält die Gesundheit</i> trifft nicht zu. Es ist wichtig, dass die Betätigung bedeutungsvoll ist. Da-</p>

study methods and results <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	her sollen solche Programme von Ergotherapeuten geleitet werden. Limitierungen der Studie sind, dass die Resultate nicht auf ältere Menschen übertragbar sind, welche in anderen Wohnformen leben oder einen anderen sozioökonomischen Status haben.
---	---

Critical Review Form – Quantitative Studies

Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L. Bosch, J., & Westmorland, M.

CITATION	Clark, F., Stanley, P. A., Carlson, M., Mandel, D., LaBree, L., Hay, J., ... Lipson, L. (2001). Embedding Health-Promoting Changes Into the Daily Lives of Independent-Living Older Adults: Long-Term Follow-Up of Occupational Therapy Intervention. <i>Journal of Gerontology: Psychological Sciences</i> , 56B(1), 60-63.
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? Die Studie soll die Hypothese bestätigen, dass die Ergotherapiegruppe der Well Elderly Study auch 6 Monaten nach dem Abschluss des Programms eine bessere Gesundheit und Lebensqualität aufweisen als die beiden Kontrollgruppen.
LITERATURE Was relevant background literature reviewed? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Describe the justification of the need for this study: In der Studie <i>Occupational therapy for independent-living older adults: A randomized controlled trial</i> wird bereits gezeigt, dass nach dem 9 monatigen Programm, signifikante Verbesserungen in der Gesundheit und Lebensqualität erzielt wurde. Es wird durch Hintergrundliteratur auch darauf hingewiesen, dass präventive Interventionen aufgrund der demographischen Entwicklungen sinnvoll sind.
DESIGN <input type="checkbox"/> Randomized (RCT) <input checked="" 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	Describe the study design. Was the design appropriate for the study question? (e.g., for knowledge level about this issue, outcomes, ethical issues, etc.): Weil zwischen den beiden Kontrollgruppen keine signifikanten Unterschiede ersichtlich waren, wurden diese zu einer Gruppe zusammengefasst. In der zweiten Gruppe sind die Teilnehmer, bei welchen während der Well Elderly Studie die Interventionen von den Ergotherapeuten durchgeführt wurden. Das Kohortendesign passt zu der Studienfrage. Nach einer längeren Zeit (6 Monate) werden die zwei Gruppen miteinander verglichen um zu sehen, ob die Intervention eine langanhaltende Wirkung auf die Gesundheit und das Wohlbefinden für ältere selbständig lebende Menschen hat. Specify any biases that may have been operating and the di-

	<p>rection of their influence on the results: Es ist möglich, dass die Teilnehmer der Gruppe ohne Ergotherapie während der Dauer der Studie an einem anderen Programm oder Training teilnahmen. Dies würde die Resultate beeinflussen.</p>	
<p>SAMPLE</p> <p>N =</p> <p>Was the sample described in detail? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>Was sample size justified? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A</p>	<p>Sampling (who; characteristics; how many; how was sampling done?) If more than one group, was there similarity between the groups?:</p> <p>Von den 361 Teilnehmern der Well Elderly Study, nahmen 285 (79%) an der Folgestudie teil. Es werden die Prozentzahlen der ethnischen Gruppen, Alter, alleinstehender Personen und das Geschlecht angeben.</p> <p>Describe ethics procedures. Was informed consent obtained?: Es werden keine genaueren Angaben dazu gemacht. Die Teilnehmer mussten jedoch bereits bei der vorherigen Studie (Occupational Therapy for Independetn-Living Older Adults) ein Formular unterschreiben.</p>	
<p>OUTCOMES</p> <p>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>	<p>Specify the frequency of outcome measurement (i.e., pre, post, follow-up): Die Messungen wurden zu Beginn und am Ende der neunmonatigen Behandlungsphase durchgeführt. 6 Monate nach Ende der Behandlungsphasen wurden die Teilnehmer erneut mit den gleichen Messinstrumenten erfasst.</p>	<p>Outcome areas: - Physische und soziale Funktionen - Selbsteinschätzung der Gesundheit - Lebenszufriedenheit - Depressive Symptome</p> <p>List measures used.: - Selbsteinschätzungsbögen (Functional Status Questionnaire, Life Satisfaction Index-Z, Center for Epidemologic Studies (CES) Short Form General Health Survey, Rand 36-Item Health Status Survey, Short Form-36 (RAND SF-36)), - Depression Scale - Medical Outcomes Study (MOS)</p>
<p>INTERVENTION</p> <p>Intervention was described in detail? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <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>Es wird keine Intervention durchgeführt, da die Studie eine Folgestudie der Studie von Clark et al. (1997) ist. Die Intervention wird in dieser Studie durchgeführt und beschrieben. In der Studie von Clark et al. (2001) wird ein kurzer Überblick über die erfolgte Intervention gegeben. Die Teilnehmer wurden in drei Gruppen eingeteilt (Ergotherapiegruppe, Aktivitätsgruppe, Kontrollgruppe).</p>	

<p>Contamination was avoided?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> N/A</p> <p>Cointervention was avoided?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> N/A</p>	<p>Ergotherapiegruppe: 2 Stunden Ergotherapie wöchentlich in der Gruppe und 9 Stunden Einzeltherapie während den 9 Monaten (ca. 1h Einzeltherapie pro Monat). Zentrales Thema der Gruppe war Gesundheit durch Betätigung zu erlangen.</p> <p>Aktivitätsgruppe: Die Gruppe traf sich ein Mal in der Woche während 2 ¼ Stunden. Thema dieser Gruppe waren Aktivitäten, die die soziale Interaktion unter den Gruppenmitgliedern fördern. Diese Gruppe wurde von Menschen ohne professionelle Ausbildung geleitet. Sie kannten den Zweck der Studie nicht.</p> <p>Kontrollgruppe: Diese Teilnehmer bekamen keine Intervention.</p> <p>Die Teilnehmer wurden gebeten, sich nicht untereinander auszutauschen. Es ist jedoch nicht klar, ob nicht doch ein Austausch stattfand.</p> <p>Es wird nicht beschrieben, dass die Teilnehmer keine anderen Therapeutischen Interventionen, wie zum Beispiel Physiotherapie oder Ergotherapie hatten.</p>
<p>RESULTS</p> <p>Results were reported in terms of statistical significance?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> N/A</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Were the analysis method(s) appropriate?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p>	<p>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>Bei den physischen Fertigkeiten, funktionelle Rollen, Vitalität, soziale Fertigkeiten, emotionale Rollen und der generellen Gesundheit zeigten sich signifikante Resultate ($p < 0.05$) Am Ende der 6 Monate waren 7 Messungen signifikant und 2 geringfügig 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) Die Studie zeigt, dass Aktivität an sich keine Verbesserung in der Gesundheit und der Lebensqualität von älteren, selbständig lebenden Menschen bringt. Sind die Aktivitäten bedeutungsvoll für die Menschen und gut mit ihrem Alltag vereinbar, so hat dies auch 6 Monate nach Ende der Intervention noch eine positive Auswirkung auf die Gesundheit und die Lebenszufriedenheit von älteren, selbständig lebenden Menschen.</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?) Es schieden 76 Teilnehmer von den ursprünglich 361 Teilnehmern aus der Studie aus. Die Gründe für das Ausscheiden wurden nicht genauer beschrieben.</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? Die besseren Effekte zeigten sich in den psychosozialen Bereichen wie Vitalität, soziale Funktionen und Rollenfunktionen als in den physischen Bereichen. Dieses Resultat ist ermutigend, da eine frühere Metaanalyse (Okun, Olding & Cohn, 1990) zeigte, dass der Effekt von Interventionen für das psychische Wohlbefinden nicht langanhaltend ist. Die Studie zeigt auf, dass es nicht die Aktivität ist, welche die Gesundheit und das Wohlbefindet steigert. Sondern es braucht persönlich bedeutungsvolle Betätigung, welche im Kontext verankert ist, damit die Auswirkung auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der älteren Menschen signifikant ist. Es wird angenommen, dass die klientenzentrierte Behandlung in der Intervention eine wichtige Rolle spielt. Indem die einzelnen Bedenken, Werte und Umweltressourcen der älteren Menschen berücksichtigt wurde, konnten Veränderungen im Lebensstil gefördert werden.</p>

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.

Instructions: Use tab or arrow keys to move between fields, mouse or spacebar to check/uncheck boxes.

<p>CITATION</p>	<p>Provide the full citation for this article in APA format: Matuska, K., Giles-Heinz, A., Flinn, N., Neighbor, M. & Bass-Haugen, J. (2003). Outcomes of a Pilot Occupational Therapy Wellness Program for Older Adults. <i>American Journal of Occupational Therapy</i>, 57, 220-224.</p>
<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>Die Studie beschreibt die Resultate des Occupational Therapy Wellness Program for Older Adults. Das Ziel des Programmes war es, alten Menschen die Bedeutung von Betätigung, wie zum Beispiel soziale und gesellschaftliche Partizipation und wie sie persönliche und Umweltbarrieren überwinden können, zu vermitteln. Folgende Aspekte wollten mit der Studie untersucht werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verändern sich die Bewertungen der Lebensqualität nach Teilnahme am Programm? - Nimmt die Häufigkeit an sozialer und gesellschaftlicher Partizipation zu, während dem Programm? - Welche Charakteristiken haben Personen die am meisten und am wenigsten vom Programm profitieren? - Wie zufrieden sind die Personen mit den Inhalten des Programms?
<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>Die zukünftige Finanzierung von gesellschaftlich basierten Programmen hängt von positiven evidenzbasierten Resultaten ab. Ausser dem Well Elderly Program existiert wenig Literatur zu Ergotherapeutischen Wohlbefindungsprogrammen und deren Wirksamkeit.</p> <p>Literatur zur Adaptation von Präventionsmodellen durch Ergotherapeuten, zum aktuellen Zustand von älteren Menschen und zur Partizipation an bedeutungsvoller Betätigung wurde gesichtet. Die Studie von Clark et al. (1997) des Well Elderly Program wurde als Basis genommen.</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 checked="" type="checkbox"/> before and after</p> <p><input type="checkbox"/> case-control</p> <p><input type="checkbox"/> cross-sectional</p> <p><input type="checkbox"/> case study</p>	<p>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>Das Design ist angemessen um die Auswirkungen des Programmes zu erfassen.</p> <p>Specify any biases that may have been operating and the direction of their influence on the results:</p> <p>Die Teilnehmer nahmen von sich aus an der Studie teil und waren daher motiviert am Gruppenprogramm teilzunehmen. Sie könnten zusätzlich noch weitere Therapien od. Programme in Anspruch genommen haben, die einen Einfluss auf ihr Wohlbefinden hatten. Da die Teilnahme sowie auch das Ausfüllen der Fragebogen freiwillig war, ist es möglich, dass nur diejenigen Personen den Fragebogen ausfüllten, welche eher mit dem Programm zufrieden waren.</p>	
<p>SAMPLE</p> <p>N = 65</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>Ältere Menschen aus der Mittel- und Oberschicht, welche in Alterswohnungen leben. Die Menschen waren zwischen 70 und 92 Jahren alt und stammten aus Mittelwestlichen städtischen und vorstädtischen Gemeinden in Amerika. Die einen lebten in ihren eigenen Häusern bzw. Wohnungen, die anderen lebten in Alterswohnungen.</p> <p>Die Grösse der Teilnehmergruppe wurde nicht begründet.</p> <p>Describe ethics procedures. Was informed consent obtained?:</p> <p>Wenn die Teilnehmer einverstanden waren, dass die Informationen von ihren Assessments weiter verwendet wurden, unterzeichneten sie ein Formular. Für die weitere Analyse und Publikation wurde eine ethische Prüfung von einem College Institutional Review Committee eingeholt.</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>Specify the frequency of outcome measurement (i.e., pre, post, follow-up):</p> <p>Es wurde eine Messung zu Beginn und am Ende der Intervention durchgeführt.</p> <p>Outcome areas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wahrgenommene gesundheitsverbundene Lebensqualität - Demographische und quantitative Information über die Häufigkeit der wö- 	<p>List measures used.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - SF-36 Health Survey - Erfassungsformular

<input type="checkbox"/> Not addressed	<p>entlichen Kommunikation und die monatliche gesellschaftliche Partizipation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wöchentliche Kommunikation mit Familienmitgliedern, Freunden und Betreuungspersonen - Einschätzung verschiedener Aspekte des Programmes 	<ul style="list-style-type: none"> - Likert Skala - Programmmzufriedenheitsumfrage
<p>INTERVENTION</p> <p>Intervention was described in detail?</p> <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed <p>Contamination was avoided?</p> <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed <input type="checkbox"/> N/A <p>Cointervention was avoided?</p> <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed <input type="checkbox"/> N/A	<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 Programme wurden in öffentlichen Räumen in drei verschiedenen Alterswohnungskomplexen während insgesamt 18 Monaten durchgeführt. Die Programme waren in jedem Alterswohnungskomplex gleich. Das Programm beinhaltete während 6 Monaten wöchentlich 1 ½ Stunden Unterricht, welcher durch mindestens zwei Ergotherapeuten aus einem Team von drei Ergotherapeuten durchgeführt wurde. Die Ergotherapeuten erhielten Unterstützung durch Ergotherapiestudenten im Praktikum. Es fanden 24 Einheiten statt. Das Programm fokussierte darauf, die Wichtigkeit von Partizipation an bedeutungsvoller Betätigung für eine bessere Lebensqualität zu unterrichten und Strategien um persönliche und Umweltbarrieren, welche von der Partizipation abhalten, zu beseitigen.</p> <p>Es gab wöchentliche Themen wie Transport, Altern, Sicherheit und Sturzprävention, Stress, Lifestyle Balance und Kommunikation. Alle drei Gruppen hatten die gleichen Themen, Handouts und Diskussionsfragen. Die Teilnehmer mussten auch kleine Hausaufgaben erledigen. Am Ende der Gruppe war Zeit vorhanden für spontane soziale Interaktionen. Ungefähr ein Mal pro Monat wurde ein Ausflug durch die Gruppe organisiert, um die gelernten Theorien anzuwenden.</p> <p>Das Programm wurde zwar in drei verschiedenen Alterswohnungskomplexen ausgeführt, da es aber keine Kontrollgruppe gab, ist es egal, wenn sich die Teilnehmer unter einander austauschen. Die Menschen können zusätzlich andere Therapien in Anspruch nehmen.</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? Chi-square wurde verwendet um einen Zusammenhang zwischen Autofahrern und nicht Autofahrern zu finden. Es kam heraus, dass nicht Autofahrer öfter am Programm teilnehmen als Autofahrer. Die Lebensqualität verbesserte sich in den Bereichen Vitalität, soziale Funktionen und mentale Gesundheit signifikant. Die durchschnittlichen Standartwerte zeigten einen Aufwärtstrend in allen acht Kategorien. Dabei gab es keine statistisch Signifikanten Unterschiede zwischen Autofahrern und nicht Autofahrern. Die Kommunikation mit der Familie, Freunden, Angehörigen und Betreuungspersonen und die Partizipation an sozialen und gesellschaftlichen Aktivitäten stieg prozentual an. Die Zufriedenheit mit dem Programm war sehr hoch (87% der 31 Personen, welche den Fragebogen beantworteten, waren sehr zufrieden).</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) Es wurde nicht beschrieben, ob sich die Gruppen unterscheiden. Da es keine Kontrollgruppe gab, war dies auch nicht nötig.</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?) Alle 65 Teilnehmer beendeten die Studie, wobei die Teilnahme freiwillig war und nicht immer alle Teilnehmer an allen Einheiten teilnehmen mussten. Von den 26 Teilnehmern mit inkompletten Daten, gaben 9 Teilnehmer ein Assessmentformular nicht ab, 1 Teilnehmer lehnte es ab und 16 reichten lückenhaft ausgefüllte Assessmentformulare ein.</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? Das Programm wurde am meisten von den ältesten Personen besucht und von Personen, die nicht Autofahren können. Das Programm ist am nützlichsten für sehr ältere Menschen und Menschen, die nicht mehr Autofahren können. Das Programm wurde als nützlich eingeschätzt. Die Bereiche soziale Beziehungen, aktives Lernen durch Beziehungen mit Studenten und Gruppeninstruktoren, Gruppendiskussionen und Gelegenheiten um soziale Kontakte zu knüpfen wurden am meisten geschätzt. Durch das Programm wurden Verbesserungen in den Bereichen Vitalität, soziale Funktionen und mentale</p>

	<p>Gesundheit sowie eine grössere Partizipation in sozialen und gesellschaftlichen Aktivitäten erreicht.</p> <p>Die Studie trägt zur Prävention bei älteren Menschen, welche in städtischen oder vorstädtischen Gebieten wohnen, bei. Wellnessprogramme sollten in unmittelbarer Nähe der Wohnungen von älteren Menschen stattfinden, damit sehr alten Menschen und Menschen, die nicht Autofahren können, der Zugang möglich ist. Intergenerationelle Aktivitäten, Aktivitäten mit aktivem Lernen und Gelegenheiten um soziale Kontakte zu knüpfen sind die wichtigsten Punkte eines wirkungsvollen Programmes für ältere Menschen.</p> <p>Biases: Das Ausfüllen der Auswertungsbögen war freiwillig, daher ist die Evaluation über die Zufriedenheit des Programmes verfälscht. Es ist sehr wahrscheinlich, dass nur diejenigen Teilnehmer den Fragebogen zur Zufriedenheit ausfüllten, welche auch mit dem Programm zufrieden waren. Da das Programm in erster Linie ein Serviceprojekt für die Gesellschaft war und in zweiter Linie ein Forschungsprojekt, entstanden inkomplette Daten und unterschiedliche Teilnehmeranzahlen. Es gab keine Kontrollgruppe. Bei der statistischen Analyse von multiplen t-Tests wurden keine Korrekturen gemacht um Typ 1 Fehler zu vermeiden. Die Forscher waren selbst ins Programm involviert und daher nicht verblindet. Es konnte nicht herausgefunden werden, durch welche Teile des Programmes die Verbesserungen erreicht wurden.</p>
--	--

Critical Review Form - Qualitative Studies (Version 2.0)

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

CITATION:

Mountain, G., Mozley, C., Craig, C. & Ball, L. (2008). Occupational Therapy Led Health Promotion for Older People: Feasibility of the Lifestyle Matters Programme. *British Journal of Occupational Therapy*, 71(10), 406-413.

	Comments
<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>Das Ziel der Studie war es, herauszufinden, ob eine betätigungs-basier- te, gesundheitsfördernde Intervention für ältere in der Gemeinde le- bende Menschen, erfolgreich ausgeführt werden kann. Ein weiteres Ziel war es, Informationen zu erhalten für eine zukünftige klinische Ef- fektivitätsstudie.</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. Was it clear and compelling?</p> <p>Literatur zur bedeutungsvollen Betätigung und deren Wirkung auf die Lebensqualität, zu kritischen Lebensereignissen, welche eine Ab- wärtsspirale der Betätigung zur Folge haben, zur Veränderung von ADL und IADL, zu den Folgen von externer Unterstützung, zum Zu- sammenhang von physischer Aktivität und der Erhaltung der Gesund- heit und zum Zusammenhang von sozialen Aktivitäten und der Le- benszufriedenheit, wurde gesichtet.</p> <p>In den USA konnte gezeigt werden, dass das Lifestyle Redesign Pro- gramme effektiv ist in der Erhaltung oder Verbesserung der physi- schen und mentalen Gesundheit, der Betätigungsfunktion und der Le- benszufriedenheit von älteren in der Gemeinde lebenden Menschen. Offen bleibt die Frage, wie der Ansatz, welcher aufgrund der amerika- nischen Kultur entstanden ist, auf die englische Kultur übertragen wer- den kann.</p>

	<p>How does the study apply to your practice and/or to your research question? Is it worth continuing this review?</p> <p>Mit der Studie soll untersucht werden, ob die älteren Menschen in England auch Interesse an einem solchen Program haben, was die beste Struktur und Inhalt eines solchen Programmes in England wäre, ob andere Berufsgruppen unter Supervision von Ergotherapeuten die Interventionen ausführen können und wie die Ergebnisse bezogen auf die Gesundheit am besten gemessen werden können in der untersuchten Population.</p> <p>Die Studie ist hoch relevant für die Bachelorarbeit, da davon ausgegangen wird, dass der Kontext und die Kultur in England der Schweiz ähnlicher sind, als der Kontext und die Kultur in den USA. Ausserdem liefert die Studie Hinweise, wie ein Transfer eines Programmes aus einem anderen (kulturellen) Kontext vorgenommen werden kann.</p>
<p>STUDY DESIGN:</p> <p>What was the design?</p> <p><input type="checkbox"/> phenomenology</p> <p><input type="checkbox"/> ethnography</p> <p><input type="checkbox"/> grounded theory</p> <p><input type="checkbox"/> participatory action research</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> other</p> <p>_____</p>	<p>Was the design appropriate for the study question? (i.e., rationale) Explain.</p> <p>Machbarkeitsstudie</p>
<p>Was a theoretical perspective identified?</p> <p><input type="checkbox"/> yes</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> no</p>	<p>Describe the theoretical or philosophical perspective for this study e.g., researcher's perspective.</p> <p>Der Inhalt des Programmes wurde aufgrund von Interviews mit fünf älteren Menschen zusammengestellt. Keine weiteren Ausführungen zur theoretischen oder philosophischen Perspektive der Forscher werden beschrieben.</p>

<p>Method(s) used:</p> <p><input type="checkbox"/> participant observation</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> interviews</p> <p><input type="checkbox"/> document review</p> <p><input type="checkbox"/> focus groups</p> <p><input type="checkbox"/> other</p> <hr/>	<p>Describe the method(s) used to answer the research question. Are the methods congruent with the philosophical underpinnings and purpose?</p> <p>Alle Teilnehmer wurden zu einem Interview mit einem Forscher eingeladen, welcher nicht am Programm teilnahm. Um den kognitiven Status zu erfassen, wurde der Mini Mental Status Test durchgeführt. Weitere standardisierte Instrumente wurden eingesetzt um folgendes zu erfassen: ADL, Depression und Lebensqualität. Über einen Fragebogen wurden Basisdaten über die Personen und ihre jeweiligen Lebensumstände gesammelt. Ausserdem wurden die Teilnehmer dazu aufgefordert relevante gesundheitliche Probleme zu beschreiben.</p> <p>Alle Freiwilligen, welche die Aufnahmebedingungen erfüllt hatten, wurden zu einem zweiten Interview eingeladen. Für die Interviews wurden qualitative Methoden zur Befragung nach Ritchie und Sencer (1994) angewendet.</p> <p>Die Interviewfragen entstanden aus dem vorhandenen, evidenzbasierten Wissen der Forscher und beinhalteten Fragen um die Sichten der Teilnehmer im Bezug auf ihre Lebensqualität, ihren Lebensstil, ihre Befürchtungen und Hoffnungen im Bezug auf Partizipation zu eruieren.</p> <p>Aus den Teilnehmern wurden zwei Gruppen gebildet. Die Interventionsgruppe erhielt wöchentliche eine Gruppenintervention und zwei Stunden Einzelergothérapie pro Monat. Eine Gruppe wurde von zwei Ergotherapeuten geleitet, die andere Gruppe von zwei technischen Ergotherapieinstruktoren.</p> <p>Am Ende des Programmes wurden die Teilnehmer nochmals gebeten einige Fragen zu beantworten. Sie wurden unter anderem auch qualitativ zu ihrer Wahrnehmung von Erfahrung in der Partizipation befragt.</p>
<p>SAMPLING:</p> <p>Was the process of purposeful selection described?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> yes</p> <p><input type="checkbox"/> no</p>	<p>Describe sampling methods used. Was the sampling method appropriate to the study purpose or research question?</p> <p>Ziel war es, ältere Menschen am Scheitelpunkt von Wohlbefinden und Gebrechlichkeit zu rekrutieren. Die Teilnehmer wurden aus zwei benachbarten Gemeinden rekrutiert. In den Gemeinden tätige Krankenschwestern unterstützten interessierte ältere Menschen in der Teilnahme. Poster und Flyer wurden an häufig besuchten Orten wie Arztpraxen, Post, Bibliothek oder Supermärkten deponiert. Ebenfalls wurde über den lokalen Radiosender und die Lokalzeitung auf das Programm aufmerksam gemacht.</p>

<p>Was sampling done until redundancy in data was reached?</p> <p><input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/> no <input 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>Das Ziel der Forscher war 24 Studienteilnehmer zu finden. (Die Forscher rekrutierten absichtlich mehr als 24 Teilnehmer, da sie damit rechneten, dass einige wieder abspringen werden od. nicht den Einschlusskriterien entsprechen.) Weshalb sie 24 Teilnehmer suchten, ist nicht bekannt. In der Diskussion wird erwähnt, dass die Finanzen die Anzahl Teilnehmer limitierten.</p> <p>Die Teilnehmer sind ausreichend beschrieben. Sie sind zwischen 60 und 92 Jahren alt, wobei das Durchschnittsalter bei 78,5 Jahren liegt. Ausserdem werden das Geschlecht, Zivilstand, Lebensart, Hausart, Pflegebedürftigkeit, Gruppentätigkeit und Anzahl Krankheiten beschrieben.</p> <p>Die Teilnehmer sind älteren Menschen, welche in einer Gemeinde leben. Die Leute stehen am Scheitelpunkt zwischen Wohlbefinden und Gebrechlichkeit. Die Stichprobe widerspiegelt auch unsere Zielgruppe.</p>
<p>Was informed consent obtained?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> not addressed</p>	<p>Nach dem ersten Interview wurde der signed consent eingeholt um die folgenden Assessments durchzuführen.</p>
<p>DATA COLLECTION:</p> <p>Descriptive Clarity Clear & complete description of site: <input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/> no participants: <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p> <p>Role of researcher & relationship with participants: <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p> <p>Identification of assumptions and biases of researcher: <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p>	<p>Describe the context of the study. Was it sufficient for understanding of the “whole” picture?</p> <p>Die Rekrutierung der Teilnehmer wird genau beschrieben. Ebenfalls wird beschrieben wer die Ausbilder sind, wer die Interventionen und die Interviews durchführt und welches Training die Forscher erhielten.</p> <p>What was missing and how does that influence your understanding of the research?</p> <p>Es wird nicht beschrieben, wo die Interviews durchgeführt werden. Dies beeinflusst aber das Verständnis der Studie kaum. Es wird nicht beschrieben wer die zweiten Interviews durchgeführt hat.</p> <p>Die Forscher erwähnen, dass aufgrund der kleinen Stichprobenmenge, die Resultate mit Vorsicht betrachtet werden müssen. Die Forscher geben keinen möglichen Bias durch Vermischung der Kenntnisse unter den Teilnehmern an. Obwohl die Teilnehmer aus benachbarten Gemeinden stammen.</p>

<p>Procedural Rigor 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. Die Inhalte der Interviews werden klar beschrieben. Es werden aber keine weiteren Details zur Dauer und dem Ort der Interviews, sowie die Menge der gesammelten Daten beschrieben.</p>
<p>DATA ANALYSES: Analytical Rigor Data analyses were inductive? <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> not addressed Findings were consistent with & reflective of data? <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p>	<p>Describe method(s) of data analysis. Were the methods appropriate? What were the findings? Wilcoxon Signed Ranks test for non-parametric data, box plots und ein Softwareprogram wurden für die Analyse der qualitativen und quantitativen Daten verwendet. Wichtige Zitate von den Teilnehmern werden in der Studie dargestellt. Als Resultat kam heraus, dass sich die Teilnehmer durchschnittlich um 10 Punkte in den Bereichen physische und mentale Gesundheit verbesserten. Es werden keine Angaben zur Flexibilität des Datenerhebungsprozesses gemacht. Es wird lediglich beschrieben, dass sich die Inhalte der Interviews aus den theoretischen Kenntnissen der Forscher zusammensetzt.</p>
<p>Auditability Decision trail developed? <input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> not addressed Process of analyzing the data was described adequately? <input checked="" type="checkbox"/> yes <input 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. Die Überlegungen der Forscher werden nicht klar beschrieben. Es werden nur die verwendeten Programme erwähnt. Es wird die Framework Analysis verwendet um die qualitativen Daten zu analysieren.</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. Die Flexibilität des Programmes und die Anpassbarkeit für aktive ältere Menschen, sowie auch für gebrechlichere und abhängigere Menschen wurde bestätigt.</p>

<p>OVERALL RIGOR Was there evidence of the four components of trustworthiness? Credibility <input 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. Triangulierung wurde erreicht, indem mehrere Teilnehmer befragt wurden. Nebst den Interviews machten die Teilnehmer zusätzlich Assessments, die ähnliche Bereiche wie in den Interviews erhoben. Die Interventionen wurden von verschiedenen Therapeuten durchgeführt. "Member Checking" wird nicht beschrieben, daher ist die Korrektheit der Befunde aus Sicht der Teilnehmer fraglich.</p> <p>What meaning and relevance does this study have for your practice or research question? Die Studie zeigt auf, wie schwer es ist isolierte, ältere Menschen zu erreichen. Sie zeigt auch, dass die Umsetzung eines ähnlichen Programmes möglich ist und sich die Teilnehmer in mehreren Bereichen verbessern.</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? Die Resultate der Studie empfehlen ein Programm zur Gesundheitsförderung im Alter durchzuführen. Das Programm sollte von lokalen Organisationen in Zusammenarbeit mit anderen Agenturen realisiert werden. Die Studie verdeutlicht den Nutzen, den älteren Menschen von einem solchen Program haben. Ebenfalls verdeutlicht die Studie die Komplexität einer erfolgreichen Einführung eines solchen Programmes. Die untersuchte Population war relativ klein und es konnten keine Aussagen über den Kostenaufwand des Programmes gemacht werden.</p>

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.

Instructions: Use tab or arrow keys to move between fields, mouse or spacebar to check/uncheck boxes.

<p>CITATION</p>	<p>Provide the full citation for this article in APA format: Mountain, G., Mozley, C., Craig, C. & Ball, L. (2008). Occupational Therapy Led Health Promotion for Older People: Feasibility of the Lifestyle Matters Programme. <i>British Journal of Occupational Therapy</i>, 71(10), 406-413.</p>
<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? Das Ziel der Studie war es, herauszufinden, ob eine betäti- gungsbasierte, gesundheitsfördernde Intervention für ältere in der Gemeinde lebende Menschen erfolgreich ausgeführt wer- den kann. Ein weiteres Ziel war es, Informationen zu erhalten für eine zukünftige klinische Effektivitätsstudie.</p>
<p>LITERATURE</p> <p>Was relevant back- ground literature re- viewed?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>	<p>Describe the justification of the need for this study:</p> <p>Literatur zur bedeutungsvollen Betätigung und deren Wirkung auf die Lebensqualität, zu kritischen Lebensereignissen, wel- che eine Abwärtsspirale der Betätigung zur Folge haben, zur Veränderung von ADL und IADL, zu den Folgen von externer Unterstützung, zum Zusammenhang von physischer Aktivität und der Erhaltung der Gesundheit und zum Zusammenhang von sozialen Aktivitäten und der Lebenszufriedenheit, wurde gesichtet.</p> <p>In den USA konnte gezeigt werden, dass das Lifestyle Rede- sign Programm effektiv ist in der Erhaltung oder Verbesse- rung der physischen und mentalen Gesundheit, der Betäti- gungsfunktion und der Lebenszufriedenheit von älteren in der Gemeinde lebenden Menschen. Offen bleibt die Frage, wie der Ansatz, welcher aufgrund der amerikanischen Kultur ent- standen ist, auf die englische Kultur übertragen werden kann.</p>
<p>DESIGN</p> <p><input type="checkbox"/> Randomized (RCT) <input checked="" type="checkbox"/> cohort</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 wurden zwei Gruppen aus den Teilnehmern gebildet. Die eine Gruppe wurde von zwei Ergotherapeuten betreut, die</p>

<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>andere Gruppe von zwei Technischen Ergotherapie Instrukto- ren. Eine Mischung zwischen quantitativem und qualitativem Design ist angemessen für die Studie, da zum einen heraus- gefunden werden will, ob auch andere Professionen als Ergo- therapeuten das Programm ausführen können und auf der anderen Seite wurde untersucht, ob älteren Menschen in Eng- land an einem solchen Programm teilnehmen möchten, wie sie rekrutiert werden können und was die bevorzugte Struktur und der bevorzugte Inhalt eines solchen Programmes sein sollen.</p> <p>Specify any biases that may have been operating and the di- rection of their influence on the results: Die Forscher erwähnen, dass aufgrund der kleinen Stichpro- benmenge, die Resultate mit Vorsicht betrachtet werden müssen. Die Teilnehmer stammen zwar aus benachbarten Gemein- den, aber die Möglichkeit besteht, dass sich Teilnehmer aus verschiedenen Gruppen untereinander ausgetauscht haben. Dies kann zu einer Vermischung der Kenntnisse führen. Da sich die Teilnehmer freiwillig für die Studie gemeldet haben, kann es sein, dass sie motivierter sind als andere ältere Men- schen und die Ergebnisse dadurch beeinflusst wurden. Die Studie fand in den Wintermonaten statt. Es ist möglich, dass die Ergebnisse über die Sommermonate anders gewe- sen wären.</p>
<p>SAMPLE</p> <p>N =28 Was the sample de- scribed 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?: Die Teilnehmer waren zwischen 60 und 92 Jahren alt. Das Durchschnittsalter lag bei 78.5 Jahren. Davon waren nur drei Personen Männer. Zwei davon begleiteten ihre Frauen zum Programm. 10 Personen waren verheiratet, 17 verwitwet und eine Person geschieden. 19 Personen lebten alleine. 20 Per- sonen besaßen ein eigenes Haus, 6 lebten in gemieteten Häusern oder Wohnungen und zwei lebten in Alterswohnun- gen mit Anschluss an Betreuungsdienste. 4 Personen wurden durch die Spitex betreut und 26 Personen waren schon Mit- glied in einer anderen Gruppe. In der einen Gruppe waren 16 Teilnehmer, in der anderen Gruppe 12 Teilnehmer.</p> <p>Es wird lediglich beschrieben, dass das Ziel war, 24 Personen zu rekrutieren und zwei Gruppen mit je 12 Leuten zu bilden. Die Absicht war mehr als 24 Personen zu rekrutieren, um bei möglichen Drop-outs immer noch genügend Personen zu ha- ben. Aufgrund des limitierten Budgets war es nicht möglich mehr als zwei Gruppen zu bilden.</p>

	<p>Describe ethics procedures. Was informed consent obtained? Die notwendigen Bewilligungen wurden vor Beginn der Datenerhebung. Nach dem ersten Interview wurde der signed consent eingeholt um die folgenden Assessments durchzuführen.</p>	
<p>OUTCOMES</p> <p>Were the outcome measures reliable? <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Were the outcome measures valid? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed</p>	<p>Specify the frequency of outcome measurement (i.e., pre, post, follow-up): Es wurden zwei Datenerhebungen durchgeführt. Eine zu Beginn des Programmes und eine am Ende. Zu Beginn wurden Screenings und Interviews durchgeführt. Am Ende der Studie wurden die Screenings nochmals durchgeführt und die Teilnehmer wurden in qualitativen Interviews zu ihren Wahrnehmungen über die Erfahrungen in der Partizipation befragt. Die Assessments wurden nur von einer Person durchgeführt.</p> <p>Outcome areas: - Kognitive Einschränkungen - ADL - Depression - Lebensqualität - Beschreibung von gesundheitlichen Problemen.</p>	<p>List measures used: - Mini Mental Status Test (MMS) - Barthel Activities of Daily Living Index (Barthel) - Geriatric Depression Scale (GDS) - RAND 36 Item Health Survey Questionnaire (SF36) - Fragebogen zur Information über die Person und deren Lebensumstände</p>
<p>INTERVENTION</p> <p>Intervention was described in detail? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Contamination was avoided? <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed <input type="checkbox"/> N/A</p> <p>Cointervention was avoided? <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input 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? Die Teilnehmer besuchten ein Mal pro Woche während 8 Monaten die Gruppe und hatten zusätzlich pro Monat eine zweistündige Einzeltherapie zu Hause. Die eine Gruppe wurde von zwei Ergotherapeuten geleitet, die andere Gruppe von zwei Technischen Ergotherapieinstruktoren. Alle vier Gruppenleiter nahmen gemeinsam an einer viertägigen Schulung zum Programm teil. Jeder Gruppenleiter wurde während der Studie von einem akademischen Ergotherapeuten supervisiert. Alle Gruppenleiter notierten wöchentlich die Anwesenheit der Teilnehmer und führten reflexive Tagebücher. Die Teilnehmer konnten das Programm der Gruppe selber bestimmen. Die Gruppenleiter machten Vorschläge mit Inhalten aus einem Manual, welches zuvor mit einer Fokusgruppe erarbeitet wurde. Neben den Diskussionen in den Gruppen fanden auch Ausflüge in der Umgebung statt. In den Einzeltherapiestunden wurden die oft komplexen Probleme jeder einzelnen Person angeschaut.</p>	

<input type="checkbox"/> N/A	<p>Vermischung der Kenntnisse unter den zwei Gruppen ist nicht ausgeschlossen. Es ist möglich, dass die Teilnehmer zusätzliche Interventionen hatten, welche die Studienergebnisse beeinflusst.</p>
<p>RESULTS</p> <p>Results were reported in terms of statistical significance?</p> <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Not addressed <p>Were the analysis method(s) appropriate?</p> <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed	<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>Die Resultate der Geriatric Depression Scale und des Barthel Index waren statistisch nicht signifikant. Die Resultate des SF 36 waren statistisch ebenfalls nicht signifikant, aber hier war ein Aufwärtstrend zu beobachten.</p> <p>In einer grösseren Gruppe von Studienteilnehmern hätten im Bereich der Rollenlimitierungen aufgrund emotionaler Gesundheit signifikante Unterschiede auftreten können. Auch im Bereich der sozialen Funktionen gaben die Teilnehmer Verbesserungen an. Diese waren jedoch statistisch nicht signifikant.</p> <p>Nach Ende der Gruppen trafen sich die Mitglieder in ihren Gruppen weiterhin selbständig. Dabei wurden sie durch Ressourcen in den Gemeinden unterstützt.</p> <p>Für die Auswertung der pre- und post Interventionsmessungen wurde der Wilcoxon Signed Rank test für nichtparametrische Daten durchgeführt. Die Verteilungen der Ergebnisse wurden mit box plots ausgewertet.</p>
<p>Clinical importance was reported?</p> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed	<p>What was the clinical importance of the results? Were differences between groups clinically meaningful? (if applicable)</p> <p>Es konnten keine signifikanten Unterschiede erfasst werden.</p>
<p>Drop-outs were reported?</p> <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<p>Did any participants drop out from the study? Why? (Were reasons given and were drop-outs handled appropriately?)</p> <p>13 Teilnehmer schieden noch vor Beginn der Studie aus, weil es für sie nicht möglich war, regelmässig zur Gruppe zu kommen. Eine Person hatte zu schwere kognitive Beeinträchtigungen (MMSE score < 18) und wurde deshalb von der Studie ausgeschlossen. Während der Studie schieden aufgrund gesundheitlicher Probleme nochmals zwei Teilnehmer aus.</p>
<p>CONCLUSIONS AND IMPLICATIONS</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>Um das Programm erfolgreich durchzuführen werden freiwillig</p>

<p>Conclusions were appropriate given study methods and results</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p>ge Teilnehmer benötigt. Die Rekrutierung von isolierten älteren Menschen gestaltete sich schwierig. Es erwies sich als sehr hilfreich für die Rekrutierung, Personen, die in der Gemeinde tätig sind, das Gruppenprogramm vorzustellen und mit kleineren Gruppen zu sprechen. Dadurch wurden isolierte Personen aber nicht unbedingt erreicht.</p> <p>Die Resultate der Studie empfehlen ein Programm zur Förderung der Gesundheit, Selbständigkeit und Partizipation im Alter durchzuführen. Sowohl Personen im frühen Pensionsalter, wie auch sehr alte Personen profitierten vom Programm.</p> <p>Die hauptsächlichen Limitationen waren die kleine Teilnehmermenge. Daher müssen die Resultate der Studie mit Vorsicht betrachtet werden.</p>
---	--