

Bachelorarbeit

Meine Kinder brauchen mich!

Ergotherapeutische Interventionen zur Unterstützung von Frauen mit einer erworbenen Hirnschädigung bei der Ausübung ihrer Mutterrolle

Andrea Wagner, Trollstrasse 20, 8400 Winterthur, S07166093

Stephanie Huber, Zeughausgasse 3, 6300 Zug, S08276719

Departement: Gesundheit
Institut: Institut für Ergotherapie
Studienjahr: 2008
Eingereicht am: 20.05.2011
Betreuende Lehrperson: Nicole Markwalder-Mettauer

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|----|
| Abstrakt | 1 |
| 1. Ergotherapeutische Interventionen zur Unterstützung von Frauen mit einer erworbenen Hirnschädigung bei der Ausübung ihrer Mutterrolle | 2 |
| 1.1 Einführung in das Thema erworbene Hirnschädigung | 2 |
| 1.1.1 Beschreibung des Krankheitsbildes | 2 |
| 1.1.2 Auswirkungen einer erworbenen Hirnschädigung auf den Alltag | 3 |
| 1.2 Einführung in das Thema Mutterrolle | 5 |
| 1.2.1 Definition des Begriffs "Mutterrolle" | 5 |
| 1.2.2 Definition der mütterlichen Aufgaben | 5 |
| 1.3 Problemstellung | 6 |
| 1.4 Berufsspezifische Relevanz | 7 |
| 1.5 Stand der Forschung | 7 |
| 1.6 Zielsetzung | 8 |
| 1.7 Fragestellung | 8 |
| 1.8 Eingrenzung des Themas | 8 |
| 2. Methodisches Vorgehen | 9 |
| 2.1 Keywords | 9 |
| 2.2 Datenbanken | 10 |
| 2.3 Literatursuche | 10 |
| 2.3.1 Teil Einleitung | 10 |
| 2.3.2 Teil theoretischer Hintergrund | 11 |
| 2.3.3 Teil Ergebnisse | 12 |
| 2.4 Kriterien zur Literaturoauswahl | 12 |
| 3. Theoretischer Hintergrund | 13 |
| 3.1 Ausübung der Mutterrolle bei Krankheit | 13 |
| 3.2 Einbezug des "Canadian Model of Occupational Performance" | 14 |
| 3.3 Identifikation der Hauptprobleme | 16 |
| 3.4 Theoretischer Hintergrund zu den drei Hauptbereichen | 17 |

| | | |
|-------|--|----|
| 3.4.1 | Erzieherische Fertigkeiten und Affektkontrolle (Person) | 17 |
| 3.4.2 | Räumliche Faktoren und Gegenstände (Umwelt) | 17 |
| 3.4.3 | Gemeinsame Aktivitäten (Betätigung) | 18 |
| 4. | Ergebnisse zur Fragestellung | 19 |
| 4.1 | Ergebnisse aus wissenschaftlicher Literatur | 19 |
| 4.1.1 | Hauptstudien zum Bereich erzieherische Fertigkeiten und Affektkontrolle (Person) | 19 |
| 4.1.2 | Hauptstudien zum Bereich räumliche Faktoren und Gegenstände (Umwelt) | 21 |
| 4.1.3 | Hauptstudien zum Bereich gemeinsame Aktivitäten (Betätigung) | 23 |
| 4.2 | Tabellarische Übersicht der Hauptstudien | 25 |
| 5. | Diskussion | 26 |
| 5.1 | Zusammenfassung der Ergebnisse | 26 |
| 5.1.1 | Erzieherische Fertigkeiten und Affektkontrolle (Person) | 26 |
| 5.1.2 | Räumliche Faktoren und Gegenstände (Umwelt) | 27 |
| 5.1.3 | Gemeinsame Aktivitäten (Betätigung) | 29 |
| 5.2 | Darstellung der Güte der Hauptstudien | 31 |
| 5.2.1 | Erzieherische Fertigkeiten und Affektkontrolle (Person) | 31 |
| 5.2.2 | Räumliche Faktoren und Gegenstände (Umwelt) | 33 |
| 5.2.3 | Gemeinsame Aktivitäten (Betätigung) | 34 |
| 5.3 | Theorie-Praxis-Transfer | 35 |
| 5.3.1 | Erzieherische Fertigkeiten und Affektkontrolle (Person) | 35 |
| 5.3.2 | Räumliche Faktoren und Gegenstände (Umwelt) | 37 |
| 5.3.3 | Gemeinsame Aktivitäten (Betätigung) | 40 |
| 6. | Schlussfolgerungen | 41 |
| 6.1 | Berufsrelevante Schlussfolgerungen | 41 |
| 6.2 | Offene Fragen | 43 |
| 6.3 | Zukunftsaussichten | 43 |
| 6.4 | Danksagung | 44 |

| | |
|---|----|
| 6.5 Wortzahl | 44 |
| 7. Verzeichnisse | 45 |
| 7.1 Literaturverzeichnis | 45 |
| 7.2 Abbildungsverzeichnis | 50 |
| 7.3 Tabellenverzeichnis | 50 |
| 7.4 Abkürzungsverzeichnis | 51 |
| 8. Eigenständigkeitserklärung | 51 |
| Anhang | 52 |
| A Formulare zur kritischen Besprechung der Hauptstudien | 52 |
| B Vorgestellte Assessments | 69 |

In der vorliegenden Arbeit werden Frauen beziehungsweise Mütter, welche eine therapeutische oder andere medizinische Behandlung erhalten als "Klientinnen" bezeichnet. Die männliche Form "Klienten" wird verwendet, um eine Gruppe zu beschreiben, welche sowohl aus Frauen als auch aus Männern besteht. Ebenfalls schliesst der Begriff "Therapeuten" sowohl männliche als auch weibliche Fachpersonen mit ein. Dies soll einer vereinfachten Lesbarkeit dienen.

Des Weiteren wird der Begriff "Verfasserinnen" verwendet, um die zwei Personen zu benennen, welche diese Arbeit geschrieben haben.

Die formale Gestaltung des Dokuments wurde anhand der Richtlinien der ZHAW, Departement G (Huber, 2010) vorgenommen. Ergänzend wurde der APA-Guide (6th Edition) beigezogen.

Abstrakt

Thematik: In der Schweiz erleiden jährlich fast 20'000 Personen eine Hirnschädigung. Trifft es Menschen jüngeren Alters, welche Eltern kleiner Kinder sind, ist das Bedürfnis, Aktivitäten zur Kinderbetreuung wieder ausüben zu können enorm gross. Besonders Frauen, welche mehrheitlich die Hauptverantwortung für die Kinderbetreuung innehaben, erleben dabei einen grossen Leistungsdruck. Die Mutterrolle stellt daher einen wichtigen Bestandteil der ergotherapeutischen Behandlung in der Rehabilitationsphase dar.

Ziel: Die vorliegende Arbeit soll deshalb eine Auswahl ergotherapeutischer Interventionen darlegen, die Frauen mit erworbener Hirnschädigung in der Ausübung ihrer Mutterrolle unterstützen.

Methode: Durch die Recherche in medizinischen Datenbanken wurden sechs passende Hauptstudien ermittelt.

Ergebnisse und Schlussfolgerungen: Um trotz eingeschränkter Affektkontrolle eine gute Beziehung zum Kind aufrechterhalten zu können, werden Strategien zur Verbesserung von Verhaltensmustern empfohlen.

In Bezug auf das räumliche Umfeld wird der Einbezug von Modellen und Assessments zur Hilfsmittelabklärung als sinnvoll beschrieben.

Für die Unterstützung der Mütter bei gemeinsam mit dem Kind ausgeübten Aktivitäten ist unter anderem eine Aktivitätsanalyse und Tagesstrukturierung hilfreich.

Die Sichtung wissenschaftlicher Literatur zeigt, dass es weiterer Forschung zum vorliegenden Thema bedarf, um eine fundierte therapeutische Unterstützung zu gewährleisten.

Keywords: adaptation, brain injury, child-care, child-rearing, daily life, device, disability, environment, mother, mother-child-activities, mothering role, mothering tasks, mothers with disability, occupational therapy, rehabilitation, woman

1. Ergotherapeutische Interventionen zur Unterstützung von Frauen mit einer erworbenen Hirnschädigung bei der Ausübung ihrer Mutterrolle

Für Klienten mit einer erworbenen Hirnschädigung gestaltet sich der Wiedereinstieg in den Alltag oftmals sehr schwierig, da sie eine Vielzahl von notwendigen Funktionen und Leistungen nur noch begrenzt erbringen können (Ott-Schindele, 2002). Ist es ihnen dadurch nicht mehr möglich, frühere Aufgaben selbständig zu erledigen, kann es zum Verlust der zuvor ausgeübten Rollen und somit zu einem grossen Leidensdruck kommen (Hill, 1999).

Eine spezielle Klientengruppe stellen dabei Mütter dar, da sie neben den Ansprüchen an die eigene Leistungsfähigkeit sowohl dem gesellschaftlichen Idealbild als auch den Anforderungen der Familie gerecht werden wollen und in ihrer Mutteridentität ausserdem stark von affektiven Faktoren beeinflusst werden (Alfermann, 1997). Des Weiteren ist zu beachten, dass Mütter gemäss Weeks (1994) nicht nur im Familiengefüge sondern auch in weiteren sozialen Systemen einen wichtigen Platz einnehmen, wodurch die Qualität ihrer Performanz die Lebenswelt verschiedener Personen in ihrem Umfeld beeinflusst.

Somit schreiben die Verfasserinnen der Mutterrolle nicht nur aus persönlicher, sondern auch aus gesellschaftlicher Perspektive eine grosse Bedeutung zu und sehen in der Rehabilitation der betroffenen Frauen eine grosse Herausforderung. Diese soll durch die Bearbeitung des Themas in Form der vorliegenden Bachelorarbeit genauer ergründet werden.

1.1 Einführung in das Thema erworbene Hirnschädigung

Nachfolgend vertiefen die Verfasserinnen die Ursachen und Folgen einer erworbenen Hirnschädigung.

1.1.1 Beschreibung des Krankheitsbildes

Eine erworbene Hirnschädigung ist eine Schädigung des Hirns, die weder erblich bedingt oder angeboren ist, noch durch degenerative Prozesse wie Verschleiss oder ein Geburtstrauma hervorgerufen wurde (Brain Injury Association of America, 2009).

Ursachen für Hirnschädigungen können laut Ott-Schindele (2002)

- Schädel-Hirn-Traumata (Unfälle, Stürze, Gewalteinwirkungen auf den Schädel mit Gehirnbeteiligung),

- Intrakranielle Blutungen (Aneurysmen, Massenblutungen, hypertensive Blutungen),
- Ischämie (Durchblutungsstörung bestimmter Hirnareale),
- Zustände nach Tumoroperationen,
- Entzündliche Prozesse (Meningitis, Enzephalitis, Abszesse),
- Metabolisch bedingte Erkrankungen (Stoffwechselerkrankungen, biochemische Defekte),
- Hypoxien (chronischer Sauerstoffmangel, zum Beispiel nach Herz-Kreislaufstillstand infolge von Herzinfarkten, Erstickung, Ertrinkung) und
- Intoxikationen (giftige Dämpfe, Drogenabusus) sein.

Davon treten Schlaganfälle und Schädel-Hirn-Traumata am häufigsten auf, wobei in der Schweiz pro Jahr ca. 3'000 Menschen eine unfallbedingte Hirnverletzung und rund 14'000 Menschen einen Hirnschlag oder eine Hirnblutung erleiden (Pro Integral, 2007).

Abhängig vom Ausmass und von der Lokalisation kann eine Hirnschädigung gemäss dem Neuronalen Netzwerk (2009) unter anderem folgende Symptome hervorrufen:

- Motorische und sensorische Funktionsstörungen (Hemiparese, Ataxie, Schluckstörung, chronische Schmerzen),
- Beeinträchtigungen der Sprache und Kommunikation (Aphasie, Dysarthrie, Apraxie),
- Kognitive Einschränkungen (Störungen der exekutiven Funktionen, Aufmerksamkeits-, Gedächtnis-, und Orientierungsstörungen),
- Emotionale und motivationale Störungen (verminderte Belastbarkeit, erhöhte Reizbarkeit, Depressivität, Antriebsstörung),
- Hirnorganisch bedingte Persönlichkeits- und Verhaltensänderungen sowie eine fehlende Krankheitseinsicht.

1.1.2 Auswirkungen einer erworbenen Hirnschädigung auf den Alltag

Menschen mit einer erworbenen Hirnschädigung erleben meist einen plötzlichen Wechsel vom gesunden Zustand zu einer Episode, die lebenserhaltende Massnahmen erfordert und weiter zu chronischer Krankheit oder Behinderung führen kann. Sie werden mit langzeitlichen physischen, kognitiven, emotionalen und sozialen Einschränkungen konfrontiert und benötigen oft jahrelange medizinische

und therapeutische Unterstützung (Gordon et al., 2006). Dieser unerwartete Verlust von Unabhängigkeit und Autonomie ist laut Strandberg (2006; zit. nach Jummisko, Lexell und Söderberg, 2009, S. 2274) schwierig zu akzeptieren und führt zu einer Minderung von Selbstwertgefühl und Lebensqualität.

Sveen, Bautz-Holter, Sandvik, Alvasaker und Roe (2010) haben in ihrer Studie die Auswirkungen der Restsymptome ein Jahr nach einer erworbenen Hirnschädigung untersucht, wobei sie feststellten, dass es trotz persistierenden körperlichen Problemen wie Müdigkeit, Schlafstörungen, Kopfschmerzen und Schwindel vor allem interpersonelle und emotionale Störungen sowie kognitive Einschränkungen sind, die den Betroffenen die selbständige Lebensführung erschweren. Fleminger (2008) erwähnt diesbezüglich spezifisch die Verhaltens- und Persönlichkeitsveränderungen, die oft zwangsläufig auf eine schwere Hirnschädigung folgen. Die Patienten zeigen teilweise eine herabgesetzte Handlungsinitiative verbunden mit Agitiertheit oder Verlangsamung, ein vermindertes Einfühlungsvermögen mit unanständigem oder sogar gewalttätigem Verhalten gegenüber Mitmenschen sowie eine fehlende Krankheitseinsicht mit Intoleranz bezüglich Veränderungen der Alltagsroutine.

Die beschriebenen Gefühlsschwankungen und sozial auffälligen Verhaltensweisen führen zu einer erschwerten Aufrechterhaltung von Beziehungen und einer Reduktion des sozialen Netzwerkes (Gordon et al., 2006).

„[...] Weil Aussenstehende meist nicht realisieren, dass Hirnverletzungsfolgen, nämlich neuropsychische Störungen die Ursache des auffälligen oder veränderten Verhaltens eines Menschen sind, ordnen sie diese als negative Charaktereigenschaft ein. [...] Oft geht deshalb das soziale Umfeld im Umgang mit der betroffenen Person von falschen Annahmen aus und ist irritiert, stellt nicht erfüllbare Forderungen oder grenzt die Person aus. Auch die Angehörigen können davon direkt betroffen sein, indem sie ihre gesellschaftlichen Kontakte verlieren.“ (Fragile Suisse, 2004, S. 24)

Zudem leiden die Familienangehörigen, Freunde und Kollegen der Betroffenen meist sehr unter der Vorstellung, dass der ihnen einst vertraute Mensch vielleicht für immer verändert bleiben wird (Fragile Suisse, 2007).

1.2 Einführung in das Thema Mutterrolle

Nachfolgend werden sowohl historische als auch inhaltliche Aspekte der Mutterrolle dargestellt. Eine Klärung der Begrifflichkeiten dient dem Verständnis des Themas.

1.2.1 Definition des Begriffs "Mutterrolle"

Zum Begriff "Mutterrolle" konnten keine klaren Definitionen sondern vielmehr gesellschaftspolitische Überlegungen einzelner Autoren gefunden werden.

So beschreibt Herwartz-Emden (1995) diese als Bestandteil des weiblichen Selbstkonzeptes und zentrale Dimension der weiblichen Orientierung. Wiegand (1998) sieht die Mutterrolle gar als Leistungsmotivation, die den Willen beinhaltet, den eigenen Kindern genügend Liebe und Zuneigung, sowie eine gute Erziehung zukommen zu lassen.

Angelehnt an die Rollendefinition von Kielhofner (2005), nutzen die Verfasserinnen den Begriff "Mutterrolle" in dieser Arbeit als Umschreibung einer bewusst wahrgenommenen Identität als weiblichen Elternteil. Diese ist durch die Motivation gekennzeichnet, den Kindern sowohl auf physischer als auch auf emotionaler Ebene die notwendigen Ressourcen zukommen zu lassen, die ihnen zu einer guten Entwicklung verhelfen.

Wie von Vallido, Wilkes, Carter und Jackson (2010) umschrieben, wird davon ausgegangen, dass es eine Kombination von instinktiv ausführbaren Handlungen und dem angeeigneten Wissen über die eigenen Kinder ist, welche die Besonderheit der Mutterrolle ausmacht.

1.2.2 Definition der mütterlichen Aufgaben

Mütterliche Aufgaben beschreibt Francis-Connolly (1998) als „[...] activities involved in nurturing and caring for children in which women engage to ensure the growth of their children" (S. 149). Diese zeichnen sich gemäss Bateson (1996; zit. nach Francis-Connolly 2000, S. 284) sowohl durch ihre inhaltliche Vielschichtigkeit als auch ihre zeitliche Simultanität aus.

Weiter vertritt Glenn (1994; zit. nach Francis-Connolly, 1998, S. 149) die Meinung, dass ethische, kulturelle und gesellschaftliche Unterschiede das Mutterbild wesentlich beeinflussen.

1.2.2.1 Mütter im Wandel der Zeit

Gemäss Schaffer (2006) ist die Rolle der Mutter seit jeher mit einem stetigen Wandel verbunden. So war es beispielsweise bis anfangs des 19. Jahrhunderts in adligen und grossbürgerlichen Familien meist so, dass Ammen, Gouvernanten und Hauslehrer viele Aufgaben, die heute der Mutter zugeordnet werden, übernommen haben. Auch in der später entstandenen Arbeiterklasse war es nicht üblich, dass sich die Mütter in erster Linie um das Wohl ihrer Kinder kümmerten, da sie aufgrund wirtschaftlicher Verhältnisse gezwungen waren, zum Lebensunterhalt der Familie beizutragen. Zu dieser Zeit hatten oft ältere Geschwister zu den Jüngeren geschaut. Als das Bürgertum aufkam, hat sich die Situation gewandelt. Frauen sollten sich nun ganz und gar der Mutterschaft und der Haushaltführung widmen. In dieser Zeit kam auch die erste Fachliteratur zu Themen wie Säuglingspflege und Erziehung auf.

Zusammenfassend beschreibt Schaffer (2006):

„Soziologische und historische Studien zeigen eindrücklich, dass es sich bei Mutterschaft um eine soziale Institution handelt, die einem gewandelten Verständnis von Kindheit und kindlichen Bedürfnissen, aber wohl vor allem gewandelten sozioökonomischen Voraussetzungen (Industriekapitalismus) entspringt“ (S. 329).

1.2.2.2 Mütter in der heutigen Zeit

Gemäss der Studie von Francis-Connolly (1998) besteht unter Frauen eine hohe Erwartung, eine perfekte Mutter sein zu wollen. Die meisten Teilnehmerinnen erwähnten, dass es „da draussen“ das ideale Bild der Mutter gebe und sie den Druck verspürten, diesem gerecht werden zu müssen. Frauen, welche das Gefühl haben, diesem Idealbild nicht zu entsprechen, beispielsweise weil sie voll berufstätig sind oder wenig finanzielle Mittel haben, kämpfen oft ein Leben lang mit Schuldgefühlen und Selbstzweifeln. Es ist auffällig, dass in kaum einer anderen Erwachsenenrolle derart nach Perfektion gestrebt wird, wie dies bei der Mutterrolle der Fall ist.

1.3 Problemstellung

Laut Pierce und Hanks (2006) verursacht die eingeschränkte Partizipation bei Menschen mit erworbener Hirnschädigung eine Abnahme der Lebenszufriedenheit von bis zu 17 Prozent, wobei es zu beachten gilt, dass die Gefahr, depressive Symptome zu entwickeln, für betroffene Frauen höher ist als für Männer (Holbrook & Hoyt, 2004). Bezogen auf eine eingeschränkte Performanz in der Mutterrolle erwähnen sowohl Vallido et al. (2010) als auch Verhaeghe, Defloor und Grypdonck (2005) einen grossen

psychischen Druck für die betroffenen Frauen und deren Angehörigen, der gesundheitliche Folgeschäden verursachen kann. Farber (1999) weist deshalb konkret darauf hin, dass die mütterlichen Erfahrungen und Bedürfnisse wahrgenommen und bei der Behandlung individuell berücksichtigt werden müssen, um einzelne Funktionen sowie die Durchführung bedeutungsvoller Aktivitäten fördern zu können und somit zu einer Verbesserung der Lebensqualität beizutragen.

Laut Vallido et al. (2010) ist es in der Praxis jedoch so, dass sich Frauen von medizinischen Fachpersonen in der Ausübung ihrer Rolle als Mutter kaum unterstützt fühlen und deshalb abgeneigt sind, die damit einhergehenden Probleme anzusprechen, wodurch wesentliche Aspekte bei der Behandlung unbeachtet bleiben und ein Wiedereinstieg in den Alltag stark erschwert wird.

1.4 Berufsspezifische Relevanz

Gemäss Ott-Schindele (2002) stellt das Ziel eines ganzheitlich orientierten Therapieansatzes eine vollständige Rehabilitation des Klienten mit einer Integration in das private, soziale und berufliche Umfeld dar. „Die Aufgabe der Ergotherapie ist es dabei, den Betroffenen beim Ausgleich zwischen den Handlungsanforderungen der Umwelt und den darin bestehenden Aufgaben sowie Fähigkeiten zu unterstützen“ (Habermann, 2002, S.21), wozu die Verfasserinnen eine genaue Betrachtung der einzelnen Rollen und der damit verbundenen Aktivitäten als notwendig erachten.

Der Mutterrolle sollte dabei aus bereits geschilderten Gründen besondere Beachtung geschenkt werden. Farber (1999) schreibt der Ergotherapie diesbezüglich das Potential zu, den betroffenen Müttern individuelle Wege aufzuzeigen, wie sie durch Krankheit oder Behinderung entstandene Rollenkonflikte lösen können. Als mögliche Ansätze nennt sie physische Adaptationen oder die Stärkung der emotionalen Mutter-Kind-Bindung durch das Identifizieren und Anpassen möglicher gemeinsamer Aktivitäten.

1.5 Stand der Forschung

Die eingeschränkte Ausübung elterlicher beziehungsweise mütterlicher Aktivitäten aufgrund von Krankheit oder Behinderung ist bisher weder sozialpolitisch noch wissenschaftlich genauer erforscht (Farber, 1999).

Del Fabro Smith (2005) sieht die Ursache des niedrigen Wissensstandes über kranke oder behinderte Mütter einerseits in einer Vernachlässigung des Themas „Frauen und Gesundheit“ allgemein und andererseits in einem auf das Krankheitsbild beschränkten

Fokus der Medizin, der die Zufriedenheit bei der Ausübung von Rollen und den dazugehörigen Aktivitäten kaum beachtet.

Laut Farber (1999) ist auch die ergotherapeutische Literatur, welche die Ausübung der Mutterrolle mit Krankheit oder Behinderung und darauf abgestimmte Interventionen untersucht, stark limitiert.

1.6 Zielsetzung

Unter Berücksichtigung der Anforderungen an Frauen in der Mutterrolle und des Wissens über die nach einer erworbenen Hirnschädigung auftretenden Handlungseinschränkungen, wird eine Auswahl möglicher ergotherapeutischer Interventionen zur Unterstützung einer erfolgreichen Rehabilitation und zur Vermeidung von Folgeschäden bei Müttern mit erworbener Hirnschädigung aufgezeigt.

1.7 Fragestellung

Welche ergotherapeutischen Interventionen können Frauen mit einer erworbenen Hirnschädigung bei der Ausübung ihrer Mutterrolle unterstützen?

1.8 Eingrenzung des Themas

Wie beschrieben zielt der Inhalt dieser Arbeit konkret auf Mütter mit erworbener Hirnschädigung ab und soll daher Interventionen aufzeigen, welche auf das entsprechende Krankheitsbild eingehen. Dazu werden Studien zu den verschiedenen Formen von erworbenen Hirnschädigungen (vor allem Schädel-Hirn-Trauma und Schlaganfall) vorgestellt. Aufgrund mangelnder Literatur müssen zur Bearbeitung des Themas jedoch auch Studien und Fachartikel miteinbezogen werden, die auf andere Krankheitsbilder wie Querschnittslähmungen oder Multiple Sklerose eingehen. Ebenso werden teilweise Quellen berücksichtigt, welche nicht spezifisch die Mutter- sondern allgemein die Elternrolle bei Krankheit und Behinderung untersuchen. Sowohl zur Beschreibung der Problematik als auch zur Darstellung möglicher Interventionen werden jedoch nur diejenigen Aspekte miteinbezogen, die ebenfalls für die Behandlung von Müttern mit erworbener Hirnschädigung als relevant erachtet werden. Dabei wird davon ausgegangen, dass sich die betroffenen Frauen nicht mehr in der Akut- sondern in der Rehabilitationsphase befinden.

Da die Mutterrolle eine Vielzahl von Aufgaben und Aspekten beinhaltet, ist es im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich, all diese genau zu beleuchten und passende Unterstützungsmöglichkeiten zu evaluieren. Die Verfasserinnen haben sich deshalb dazu

entschieden, Interventionen auszuarbeiten, welche die direkte Interaktion zwischen Kind und Mutter positiv beeinflussen können. Diese sollen in der Ergotherapie bewährte oder gut durchführbare Behandlungsinhalte aufzeigen.

Dabei wird davon ausgegangen, dass die Kinder der Betroffenen bereits vor dem Zeitpunkt der Hirnschädigung geboren waren, altersbedingt jedoch immer noch stark auf die Unterstützung ihrer Mutter angewiesen sind, um ihre Grundbedürfnisse befriedigen zu können.

2. Methodisches Vorgehen

2.1 Keywords

Die folgende Tabelle beinhaltet alle bei der Literatursuche verwendeten Begriffe unterteilt in verschiedene Themengruppen.

Tabelle 1. Keywords.

| Begriffsgruppe | Schlüsselwörter | Englisch | Synonyme/Unter- und Oberbegriffe | Schlagwörter |
|----------------|----------------------|-----------------|--|---|
| A | Mutter | mother | parents | Mothers |
| | Mutterrolle | mothering role | maternal role, role of a mother | Maternal Role |
| | Frau | woman | female, women | Women |
| B | Kinderbetreuung | child-care | child-rearing, infant-care, mothering, parenting | Child Care |
| | mütterliche Aufgaben | mothering tasks | child-care activities, mothering activities, parenting tasks, | Child-Care Activities, Mothering Activities, Parenting Tasks, |
| C | Hirnschädigung | brain injury | acquired brain injury, brain damage, CVI, stroke, traumatic brain injury | Brain Injuries |
| | Behinderung | disability | chronic illness, handicap | Disabled |
| D | Rehabilitation | rehabilitation | - | Rehabilitation |
| E | Alltag | daily life | daily routine, everyday life | - |

| Begriffsgruppe | Schlüsselwörter | Englisch | Synonyme/Unter- und Oberbegriffe | Schlagwörter |
|----------------|-------------------------|-------------------------|--|-----------------------------|
| F | Mütter mit Behinderung | mothers with disability | disabled mothers, disabled parents, parents with disability | Parents, Disabled |
| G | Ergotherapie | occupational therapy | therapy | Occupational Therapy |
| H | Umgebung | environment | environmental factors, home environment, physical factors | Environment |
| | Hilfsmittel | device | aid, assistive device, assistive technology | Assistive Technology Device |
| | Adaptation | adaptation | modification | - |
| I | Mutter-Kind Aktivitäten | mother child activities | mother-infant activities, parent-child activities, parent-infant activities | - |
| J | Kindererziehung | child-rearing | mother-child relation, mother-infant relation, parent-child relation, parent-infant relation | Parent-Child Relations |

2.2 Datenbanken

Zur Literaturrecherche wurden die Datenbanken AMED, CINAHL, Cochrane Library, Medline via OvidSP, OTDBASE und Pubmed verwendet. Da nicht auf alle gewünschten Artikel online zugegriffen werden konnte, haben die Verfasserinnen die Autoren der jeweiligen Studien teilweise direkt angefragt.

2.3 Literatursuche

Es folgt eine Beschreibung der Literaturrecherche für die Kapitel "Einleitung", "Theoretischer Hintergrund" und "Ergebnisse zur Fragestellung". Dabei wird aufgezeigt, wie die in der Tabelle 1 aufgeführten Begriffe zur Suche eingesetzt wurden.

2.3.1 Teil Einleitung

Um einen Überblick über das Thema Mutterrolle zu erhalten, wurde zunächst mit einzelnen oder kombinierten Schlüssel- und Schlagworten der Begriffsgruppen A

und B nach Hintergrundliteratur gesucht. Dabei sind die Verfasserinnen erwartungsgemäss auf sehr viele Resultate gestossen, wobei aber nur wenige auf die mütterlichen Aufgaben und Aktivitäten eingingen. Aus diesem Grund haben sie sich entschieden, auch Tertiärliteratur beizuziehen und haben in der Bibliothek des Departements Gesundheit und in der Zentralbibliothek der Stadt Zürich nach passenden Quellen gesucht.

Zur Beschreibung des Krankheitsbildes "erworbene Hirnschädigung" wurde ebenfalls Tertiärliteratur aus Büchern und elektronischen Quellen gesichtet. Um Informationen über die Auswirkungen einer erworbenen Hirnschädigung auf den Alltag zu erhalten, wurden bei der Datenbank-Recherche die Schlüsselworte "acquired brain injury", "brain injury", "brain damage", "CVI", "traumatic brain injury", und "stroke" durch den Booleschen Operator "AND" mit den Begriffen "rehabilitation" oder "daily life" verknüpft.

Zur Beschreibung des Forschungsstandes und der Problematik wurde spezifisch nach Quellen gesucht, welche die Ausübung der Mutterrolle bei erworbener Hirnschädigung untersuchen. Hierzu wurden Begriffe der Gruppen A und B mit Begriffen der Gruppe C durch "AND" kombiniert.

Da die Resultate jedoch sehr viele Studien beinhalteten, welche die mütterliche Betreuung von Kindern mit Krankheit oder Behinderung thematisieren, entschlossen sich die Verfasserinnen dazu, direkt nach "mothers with brain injury" zu suchen, was leider keine Ergebnisse erbracht hat. Daher wurde entschieden mit den Schlüsselworten "mothers with disability", "parents with disability", "parents with brain injury", beziehungsweise "disabled mothers" und "disabled parents" und dem entsprechenden Schlagwort "Parents, Disabled" weiter zu suchen. Durch eine zusätzliche Kombination mit Worten der Gruppe B durch "AND" konnten wenige, aber inhaltlich passende Ergebnisse gefunden werden. Einige relevante Studien wurden weiter über zitierte Referenzen ermittelt.

2.3.2 Teil theoretischer Hintergrund

Nach einer genaueren Untersuchung der Ausübung der Mutterrolle bei Krankheit fand hier unter Einbezug des "Canadian Model of Occupational Performance" eine Einteilung in drei Unterthemen statt. Dies machte eine jeweils spezifischere Suche für jeden Bereich notwendig. Dazu wurden Begriffe aus den Gruppen H, I und J jeweils mit Begriffen der Gruppe F oder mit Begriffen der Gruppen A und C

durch "AND" verknüpft. Aus den Ergebnissen wurde die aktuellste und inhaltlich passendste Literatur ausgewählt und mit einbezogen.

2.3.3 Teil Ergebnisse

Da der Hauptteil der Arbeit eine Beschreibung von Interventionen zu den identifizierten Unterthemen darstellt, wurde mit denselben Wortkombinationen wie zur Bearbeitung des theoretischen Hintergrundes gesucht. Um Behandlungsansätze zu eruieren, welche bereits in der ergotherapeutischen Praxis angewandt worden sind, wurden die Suchkombinationen jeweils noch mit dem Begriff "occupational therapy" verknüpft. Die Auswahl der Literatur erfolgte anhand spezifischer Kriterien, die im folgenden Kapitel erläutert werden.

2.4 Kriterien zur Literaturoauswahl

Die Hauptstudien wurden von den Verfasserinnen anhand von zwei Hauptkriterien ausgewählt.

Erstens durften sie nicht vor dem Jahr 1995 publiziert worden sein, da die beschriebenen Interventionen einem möglichst aktuellen Forschungsstand entsprechen sollten und zweitens mussten sie inhaltlich jeweils mindestens zwei der folgenden drei thematischen Schwerpunkte abdecken:

- Ergotherapeutische Interventionen
- Neurologische Krankheitsbilder
- Mutterrolle

Mit Hilfe der Formulare zur Beurteilung quantitativer und qualitativer Studien von Law, Stewart, Pollock, Letts, Bosch und Westmorland (1998) wurde die ausgewählte Literatur kritisch überprüft. Dabei mussten die Verfasserinnen mehrere inhaltlich passende Studien wegen methodischen Mängeln ausschliessen. Um alle drei Unterthemen mit genügend wissenschaftlich fundierter Literatur untersuchen zu können, wurde bei einer Quelle ein Kompromiss bezüglich der Kriterien eingegangen. So ist eine der ausgewählten Studien vor dem Jahr 1995 erschienen. Da in dieser jedoch nicht konkrete Interventionen sondern vielmehr beeinflussende Faktoren zur Hilfsmittelabklärung dargestellt werden, welche weniger schnell an Aktualität einbüßen, entschieden sich die Verfasserinnen zum Einbezug.

Eine Übersicht der eingeschlossenen Hauptstudien und ihrer Inhalte ist im Teil "Ergebnisse zur Fragestellung" in Form einer Matrix dargestellt.

3. Theoretischer Hintergrund

3.1 Ausübung der Mutterrolle bei Krankheit

Laut Uysal, Hibbard, Robillard, Pappadopulos und Jaffe (1998) führen die kognitiven Einschränkungen, die durch eine traumatische Hirnschädigung entstehen dazu, dass verschiedene zur Kinderbetreuung notwendige Leistungen, wie geteilte Aufmerksamkeit, Zeitmanagement oder passende Auswahl und Organisation von Aktivitäten, nicht mehr effektiv genutzt werden können. Zusätzlich verursachen affektive und verhaltensspezifische Auffälligkeiten wie gesteigerte Reizbarkeit, Aggressionen, Stimmungsschwankungen, Apathie und Rückzug, Probleme bei sozialen Interaktionen, was vor allem familiäre Beziehungen stark belastet. Weiter führen eine Hirnschädigung und die damit verbundenen Einschränkungen oft dazu, dass der bisherige Lebensstil nur noch bedingt aufrechterhalten werden kann. Neben den sonst schon hohen Anforderungen, die an Eltern gestellt werden, können diese kognitiven, emotionalen und lebensstilspezifischen Veränderungen grossen Stress und Überforderung verursachen.

Uysal et al. (1998) untersuchten daher in ihrer Studie die Auswirkungen einer traumatischen Hirnschädigung auf die elterlichen Kompetenzen und das Verhalten der Kinder konkret anhand eines Fragebogens. Dieser wurde von den betroffenen sowie den nicht betroffenen Elternteilen und ihren gemeinsamen Kindern ausgefüllt. Sowohl die Betroffenen selbst als auch ihre Partner bezeichneten ihre Beziehung zu den Kindern als weniger herzlich und liebevoll und berichteten über eine Abnahme von gemeinsam durchgeführten Eltern-Kind-Aktivitäten. Weiter wurde von allen Familienmitgliedern berichtet, dass die betroffenen Eltern nach der Hirnverletzung vermehrt Probleme hatten, spezifische Regeln bei den Kindern durchzusetzen und angemessen auf unerwünschtes Verhalten einzugehen.

Auch Prilleltensky (2003), die anhand von Interviews und Fokusgruppen die Erfahrungen von Müttern mit physischen Einschränkungen untersuchte, beschreibt die Schwierigkeit, als Elternteil mit einer Behinderung ein angepasst autoritäres Verhalten gegenüber den heranwachsenden Kindern zu zeigen.

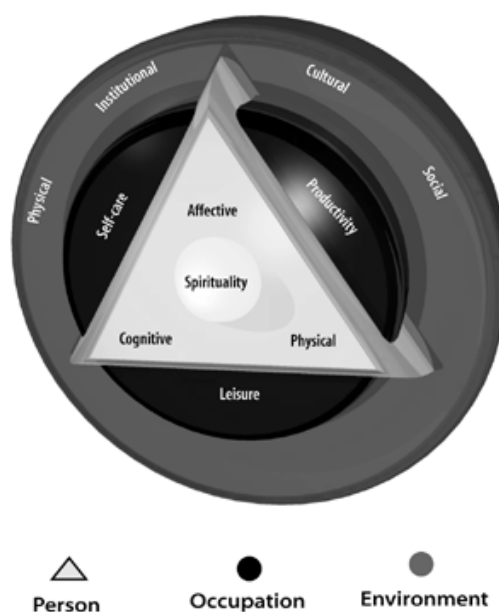
Weiter greift sie den Aspekt der physischen Umwelt auf und weist auf die Notwendigkeit von Adaptationen bestimmter Einrichtungs- und Alltagsgegenstände hin, um die Ausübung der Mutterrolle trotz körperlicher Einschränkungen zu ermöglichen. Dies ist ein Thema, das auch Grue und Tafjord Laerum (2002) durch die Befragung von Müttern mit einer physischen Behinderung genauer erforschten. Die Betroffenen schilderten die

Problematik, bei der Ausübung ihrer Mutterrolle auf die physische Unterstützung anderer Familienmitglieder angewiesen zu sein und sich somit in ihren Kompetenzen eingeschränkt zu fühlen. Es bestand daher eine grosse Nachfrage nach Adaptationen und Hilfsmitteln zur Ermöglichung elterlicher Aktivitäten.

3.2 Einbezug des “Canadian Model of Occupational Performance“

Durch das Lesen der oben beschriebenen Literatur zur Problematik der betroffenen Frauen wurden drei Themen ermittelt, welche die wichtigsten Aspekte daraus beinhalten und im Folgenden mit passenden Interventionen abgedeckt werden sollen. Die Verfasserinnen beziehen sich dabei auf das in der Abbildung 1 dargestellte “Canadian Model of Occupational Performance“ (CMOP), welches die Annahmen der “Canadian Association of Occupational Therapists“ [CAOT] (1997; zit. nach Law et al., 2009, S. 156) aufzeigt, dass die Komponenten “Person“, “Umwelt“ und “Betätigung“, in einer allgegenwärtigen, sich bedingenden Beziehung stehen. Somit wird die “occupational performance“, also „[...] 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 Law et al., 2009, S. 156) von diesen drei Bereichen gleichermassen beeinflusst.

Abbildung 1. Canadian Model of Occupational Performance.

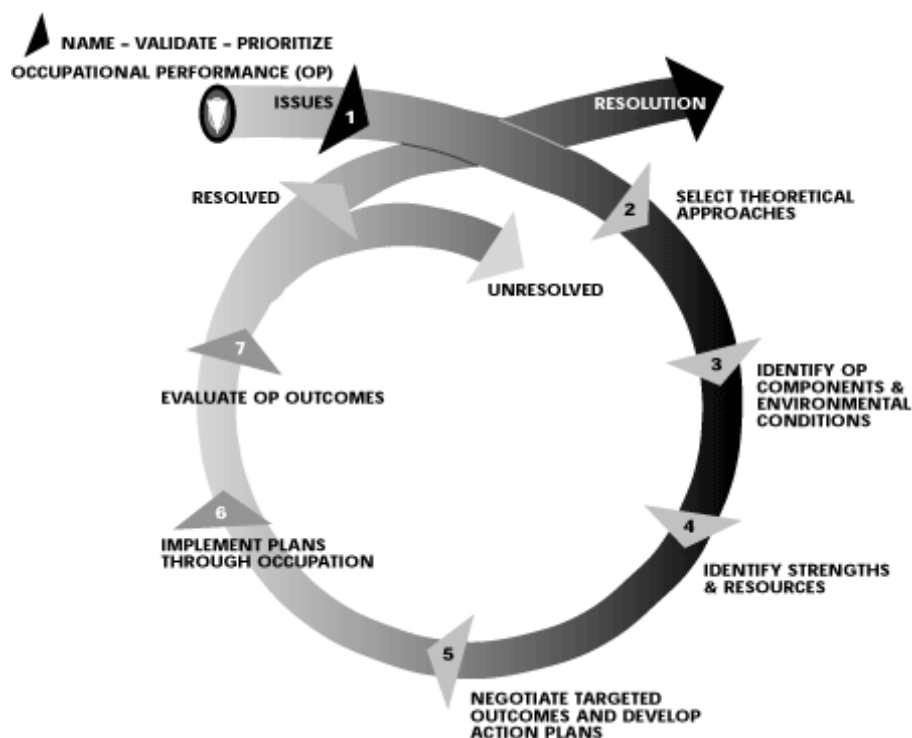


* Abkürzungen können jeweils im Abkürzungsverzeichnis (S. 51) nachgeschlagen werden.

„Das Modell zielt darauf ab, mit Klienten die für sie sinnvollen Betätigungen in das Zentrum der gemeinsamen Arbeit zu stellen und die Zufriedenheit hierbei zu fördern“ (Marotzki & Reichel, 2007, S. 120). Die Verfasserinnen erachten das CMOP* deshalb als geeigneten Strukturgeber, um eine ganzheitliche Sicht der Lebenswelt betroffener Frauen zu erhalten und dem ergotherapeutischen Grundgedanken einer klientenzentrierten Therapie bestmöglich gerecht werden.

Bei der Bearbeitung des Themas wurde ebenfalls der „Occupational-performance-Prozess“ berücksichtigt, um eine Auswahl geeigneter Interventionen für Mütter mit erworbener Hirnschädigung zu treffen. Dieser „[...] hilft den Ergotherapeuten, in Zusammenarbeit mit den Klienten Probleme bezüglich der Ausführung von Betätigungen zu benennen, zu validieren und Prioritäten zu setzen sowie die Ursachen für die Probleme herauszufinden, Ziele, Behandlungspläne und -strategien zu entwickeln und das Ergebnis auszuwerten“ (Law et al., 2009, S.158). Alle therapeutischen Massnahmen, welche in diesen Prozess eingeschlossen sind, werden im Rahmen dieser Arbeit als Interventionen definiert.

Abbildung 2. Occupational Performance Process Model.



* Abkürzungen können jeweils im Abkürzungsverzeichnis (S. 51) nachgeschlagen werden.

3.3 Identifikation der Hauptprobleme

Da aus den bereits beschriebenen Gründen Interventionen vorgeschlagen werden sollen, die alle im CMOP dargestellten Bereiche berücksichtigen, wurden zunächst die vorgängig geschilderten Probleme der Betroffenen bei der Ausübung der Mutterrolle den drei Komponenten "Person", "Umwelt" und "Betätigung", zugeordnet.

Zum Verständnis wurden durch die Verfasserinnen Übertitel für die drei Bereiche formuliert, die im Folgenden zusammen mit den entsprechenden Inhalten vorgestellt werden:

- *Erzieherische Fertigkeiten und Affektkontrolle (Person)*

Hier kommen im CMOP die charakteristischen Züge der Person zum Ausdruck. Diese beinhalten affektive, kognitive und physische Komponenten, welche unterstützend oder hinderlich auf die alltäglichen Betätigungen wirken (Law et al., 2009). Gemäss der gesichteten Literatur (Prilleltensky, 2003; Uysal et al., 1998) sind es vor allem die affektiven Auffälligkeiten der Betroffenen, welche die Eltern-Kind-Beziehung gefährden, da die Eltern Probleme haben, einerseits einen liebevollen Umgang mit den Kindern aufrecht zu erhalten und andererseits die adäquate Strenge für erzieherische Massnahmen zu zeigen.

- *Räumliche Faktoren und Gegenstände (Umwelt)*

Im CMOP wird eine Einteilung in die kulturelle, institutionelle, physische und soziale Umwelt vorgenommen (Law et al., 2009).

In Bezug auf die Mutterrolle werden dabei vor allem die räumlichen Faktoren als hinderlich für die Ausübung von Aktivitäten zur Kinderbetreuung und -pflege angesehen (Grue et al., 2002).

- *Gemeinsame Aktivitäten (Betätigung)*

Betätigungen werden von der CAOT (1997; zit. nach Law et al., 2009, S.156) als „[...] 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“ definiert.

In Bezug auf die Mutterrolle beinhaltet dieser Bereich gemäss den Verfasserinnen dementsprechend Aktivitäten, welche von Mutter und Kind gemeinsam ausgeübt werden, um einerseits das Kind in seinem Lebens- und Lernprozess zu unterstützen und andererseits die Mutter-Kind-Beziehung zu festigen.

Wie beschrieben, nahmen gemeinsame Eltern-Kind-Aktivitäten nach einer erworbenen Hirnschädigung ab (Uysal, 1998).

3.4 Theoretischer Hintergrund zu den drei Hauptbereichen

Um mögliche Interventionen für die beschriebenen Bereiche vorschlagen zu können, war es notwendig, die damit verbundene Problematik der Betroffenen noch genauer zu definieren. Die Verfasserinnen führten deshalb nochmals eine spezifischere Literatursuche mit Begriffen zu den jeweiligen Themen durch und identifizierten aus den Ergebnissen inhaltlich und methodisch passende Studien, welche die drei Unterthemen und die damit zusammenhängende Problematik genauer untersuchen.

Die wichtigsten Fakten dieser drei Studien werden im Folgenden präsentiert.

3.4.1 Erzieherische Fertigkeiten und Affektkontrolle (Person)

Pessar, Coad, Linn und Willer (1993) führten eine quantitative Studie mit 24 Familien durch, bei denen jeweils ein Elternteil nach der Geburt der Kinder eine Hirnschädigung erlitt. Die Daten wurden anhand von Fragebögen erhoben, die von dem Elternteil mit Hirnschädigung und dem Elternteil ohne Hirnschädigung separat ausgefüllt wurden. Die Fragen bezogen sich sowohl auf das Verhalten des betroffenen Elternteils als auch auf das Verhalten der Kinder.

Die Resultate zeigen, dass 23 von 24 Elternteilen ohne Hirnschädigung bei ihren Partnern eine negative Veränderung im elterlichen Verhalten wahrnahmen. Dabei stellten das unfreundliche Verhalten gegenüber den Kindern, das Anschreien der Kinder und das Streiten mit den Kindern, die am häufigsten genannten Probleme dar. Auch zeigten die betroffenen Eltern weniger Interesse und Verantwortung gegenüber den Kindern. In zehn Familien führte dieses negative Verhalten zu einer erheblichen Störung der Beziehung zwischen dem Elternteil mit Hirnschädigung und dem Kind.

3.4.2 Räumliche Faktoren und Gegenstände (Umwelt)

Zum Einfluss der physischen Umwelt auf die Ausübung der Mutterrolle nach erworbener Hirnschädigung konnte durch die Suche auf den angegebenen Datenbanken keine wissenschaftliche Literatur gefunden werden. Es wurde jedoch eine qualitative Studie (Reid, Angus, McKeever und Miller, 2003) identifiziert, die Erfahrungen von Rollstuhlfahrerinnen in Bezug auf den Einfluss der physischen Faktoren ihres häuslichen Umfeldes auf die Ausübung von Aktivitäten der Kinderbetreuung und Haushaltsführung erläutert. In Anbetracht der Tatsache, dass viele Frauen nach einer erworbenen Hirnschädigung auf einen Rollstuhl ange-

wiesen sind, erschien den Verfasserinnen diese Studie daher trotzdem geeignet, um die Problematik genauer zu erfassen.

Reid et al., (2003) befragten anhand semi-strukturierter Interviews elf Frauen, die aufgrund progredienter Erkrankungen (Rheumatoide Arthritis, Multiple Sklerose), angeborener Behinderungen (Zerebralparese, Spina Bifida) oder erworbener körperlicher Einschränkungen (Querschnittslähmung, Amputation) zur Fortbewegung im Alltag mehrheitlich auf einen Rollstuhl angewiesen sind und wesentliche Aufgaben der Haushaltsführung und Kinderbetreuung selbständig durchführen müssen.

Obwohl das häusliche Umfeld für die meisten Menschen eine geeignete Umgebung zur erfolgreichen Durchführung von Aktivitäten darstellt, erlebten die befragten Rollstuhlfahrerinnen im eigenen zu Hause eine Vielzahl von physischen Einschränkungen. Diese hinderten sie daran, die Rolle als Mutter und Hausfrau zur eigenen Zufriedenheit auszuüben, wodurch es zu Identitätskonflikten und Selbstzweifeln kam. Da bei den meisten Frauen sowohl die physischen als auch die finanziellen Ressourcen fehlten, um zu Hause die notwendigen Anpassungen vorzunehmen oder gar eine neue, praktischere Wohnmöglichkeit zu suchen, nutzten sie "Copingstrategien", die mit Sicherheitsrisiken oder grossem Zeitaufwand verbunden waren, um ihre Aufgaben bestmöglich erfüllen zu können. Wegen zu engen Platzverhältnissen in der Küche war eine Teilnehmerin beispielsweise gezwungen, sich dort trotz fehlender Kraft in den Beinen am Rollator zu bewegen, während eine andere Teilnehmerin berichtete, das schmutzige Geschirr jeweils im Bad abzuwaschen.

3.4.3 Gemeinsame Aktivitäten (Betätigung)

Turner, Ownsworth, Cornwell und Fleming (2009) führten mit 20 Patienten mit einer erworbenen Hirnschädigung semistrukturierte Interviews durch, um herauszufinden, wie diese die Wiederaufnahme von bedeutungsvollen Aktivitäten nach der Rehabilitationsphase erlebten.

Dabei zeigten die Resultate, dass die Wiederaufnahme von elterlichen Pflichten neben der Haushaltsführung und der Selbstversorgung von den Betroffenen als sehr wichtig angesehen wurde. Aufgrund anhaltender Müdigkeit und einer verlangsamteten Ausführung der verschiedenen Teilaufgaben machten die Klienten jedoch in den ersten Monaten zu Hause frustrierende Erfahrungen beim Ver-

such, bedeutungsvolle Aktivitäten wieder auszuführen. Die verminderte Partizipation verursachte ein Gefühl der Abhängigkeit und führte zu Verschlechterungen in der Beziehungsgestaltung zu den einzelnen Familienmitgliedern.

In den Studienergebnissen von Pessar et al. (1993) wird bezüglich der Performance in Eltern-Kind-Aktivitäten ausserdem erwähnt, dass sowohl die betroffenen Elternteile als auch ihre Ehepartner nach der Hirnschädigung weniger Aktivitäten mit ihren Kindern ausübten und die Kinder selbst weniger motiviert waren, mit dem betroffenen Elternteil Zeit zu verbringen. Diese Tendenz, weniger gemeinsam aktiv zu sein, könnte neben den affektiv bedingten Verhaltensauffälligkeiten der Betroffenen ein Grund für die Verschlechterung der Eltern-Kind-Beziehung nach einer erworbenen Hirnschädigung darstellen.

4. Ergebnisse zur Fragestellung

4.1 Ergebnisse aus wissenschaftlicher Literatur

Im nachfolgenden "Ergebnisteil" gehen die Verfasserinnen auf die durch die systematische Literatursuche ermittelten Hauptstudien ein. Für jeden der vorgängig nach dem CMOP definierten Bereiche wurden jeweils zwei inhaltlich möglichst passende und methodisch zufriedenstellende Studien ausgewählt, welche in der Ergotherapie umsetzbare Interventionen beschreiben. Dabei wird ebenfalls auf mögliche Assessments eingegangen, welche im Anhang ersichtlich sind.

4.1.1 Hauptstudien zum Bereich erzieherische Fertigkeiten und Affektkontrolle (Person)

4.1.1.1 Using the Evaluation of Social Interaction in a community-based program for persons with traumatic brain injury

Die Studie von Simmons und Griswold (2010) besteht aus einem "Vorher-Nachher-Design" mit welchem untersucht wurde, ob das Assessment "Evaluation of Social Interaction" (ESI) aussagekräftig und nützlich ist, um bei Klienten die Fertigkeiten der sozialen Interaktion zu evaluieren und daraus zielorientierte ergotherapeutische Interventionen abzuleiten.

Es haben sich zehn Klienten (vier Frauen und sechs Männer) mit Schädel-Hirn-Trauma aus einem bereits bestehenden ergotherapeutischen Gruppenangebot bereit erklärt, an der Studie teilzunehmen. Das Gruppenangebot wird von Ergotherapeuten geleitet und basiert auf dem Prinzip einer Tagesklinik, welche an drei Tagen wöchentlich für jeweils

sechs Stunden geöffnet ist. Das Hauptziel dieses Angebotes ist es, Personen mit Schädel-Hirn-Trauma die Möglichkeit zu bieten, früheren Interessen nachzugehen oder neue zu entdecken, Freundschaften zu knüpfen und zu pflegen sowie neue Fertigkeiten zu entwickeln.

Die zehn Studienteilnehmer gaben von sich aus an, in der sozialen Interaktion Schwierigkeiten zu haben und diese gerne verbessern zu wollen. Sie wurden einem "Vorher-Test" unterzogen, damit eine "Baseline" der bestehenden sozialen Fertigkeiten definiert werden konnte. Dazu wurden die Teilnehmer jeweils zweimal von einer Forschungsassistentin bei einer sozialen Interaktion (Mittagessen zubereiten, einer anderen Person ein Computerprogramm erklären oder während der Pause eine lockere Unterhaltung mit einem anderen Programmteilnehmer führen) beobachtet.

Das bestehende Gruppenangebot wurde normal weitergeführt, wobei die Klienten zweimal wöchentlich an einem 50-minütigen Programm teilgenommen haben. Parallel dazu wurden die Studienteilnehmer von Ergotherapeuten über acht Wochen hinweg darin unterstützt, die vorher definierten Schwierigkeiten in der sozialen Interaktion während den gewohnten bedeutungsvollen Aktivitäten zu verbessern. Die Therapeuten wählten dazu zwei verschiedene Ansätze, wobei der eine auf die Adaptation bestehender und der anderen auf das Erlernen neuer Fertigkeiten abzielte.

Nach acht Wochen führte die gleiche Forschungsassistentin erneut zwei Beobachtungen während einer sozialen Interaktion durch und füllte dazu das ESI* aus.

Der Vergleich von "Vorher-" und "Nachher-Test" zeigte auf, dass sieben von zehn Teilnehmern, welche die zusätzliche Intervention erhalten hatten, klinisch bedeutsame Verbesserungen in den Fertigkeiten der sozialen Interaktion erreicht haben.

4.1.1.2 Errorless Compliance Training: Building a Cooperative Relationship Between Parents with Brain Injury and Their Oppositional Children

Die Fallverlaufsstudie von Ducharme, Spencer, Davidson und Rushford (2002) untersucht, ob das "Errorless Compliance Training" geeignet ist, um Eltern mit erworbener Hirnschädigung in der Kinderbetreuung und -erziehung zu unterstützen.

Für die Studie wurden zwölf Personen mit erworbener Hirnschädigung sowie deren verhaltensauffällige Kinder ausgewählt, welche nicht älter als zehnjährig sein durften. Während des Studienverlaufs mussten vier Teilnehmer mit ihren Kindern ausgeschlossen werden. Gründe dafür waren Scheidung, Trennung von den Kindern oder unerwarteter

* Abkürzungen können jeweils im Abkürzungsverzeichnis (S. 51) nachgeschlagen werden.

Spitalaufenthalt. Von den verbleibenden Teilnehmern waren vier männlich und vier weiblich.

Bei jeder "Eltern-Kind-Gruppe" wurde mit Hilfe von Selbsteinschätzungsbögen und Teilbeobachtungen durch den Therapeuten eine "Baseline" für die Fertigkeit "Aufforderung an das Kind weitergeben" festgehalten. Anhand der Reaktion beziehungsweise Folgsamkeit des Kindes fand eine Einteilung der verschiedenen Aufforderungen in vier Schwierigkeitsgrade statt.

Anschliessend wurden die Teilnehmer von den Therapeuten dabei unterstützt, die Art und Weise der Aufforderungen anzupassen und adäquat auf die Folgsamkeit ihrer Kinder zu reagieren. Dabei wurden aber auch für die Reaktion auf Unfolgsamkeit neue Strategien erarbeitet. Während des Therapieverlaufs wurde eine allmähliche Steigerung der erzieherischen Anforderungen an die Eltern vorgenommen, wodurch es mit der Zeit allen Teilnehmern möglich war, Aufforderungen der höchsten Schwierigkeitsstufe erfolgreich an ihr Kind weiterzugeben. Auch der "Consumer Satisfaction Questionnaire", welcher von sieben der ursprünglich zwölf Teilnehmern nach Abschluss des Interventionsprogramms ausgefüllt wurde, ergab ein positives Resultat. Durchschnittlich wurden für die "Klientenzufriedenheit" bei einer Skala von eins bis fünf Punkten vier Punkte und bei der "Zufriedenheit mit dem Therapeuten" 4,6 Punkte vergeben.

4.1.2 Hauptstudien zum Bereich räumliche Faktoren und Gegenstände (Umwelt)

4.1.2.1 A post-discharge study on the use of assistive devices

In einer Querschnittsstudie untersuchten Finlayson und Havixbeck (1992) Faktoren, die sich positiv oder negativ auf die Nutzung von Hilfsmitteln nach der Entlassung aus dem Krankenhaus auswirken. Dazu wurden alle Patienten des "Seven Oaks General Hospital" in Manitoba (Kanada) eingeladen, die im Zeitraum April bis Juli 1989 Ergotherapie erhielten und dort in den Gebrauch eines oder mehrerer Hilfsmittel instruiert worden waren. Die Teilnehmergruppe setzte sich aus zehn männlichen und 19 weiblichen Teilnehmern aus den verschiedenen Fachbereichen des Krankenhauses (Tagesklinik, Geriatrie, Neurologie, Orthopädie) zusammen.

Während des Aufenthaltes fand die übliche Informationssammlung anhand des "Survey Information Sheets" durch die behandelnden Ergotherapeuten statt. Dieser Fragebogen beinhaltete unter anderem demographische Daten, Angaben zur Selbständigkeit, Informationen zum sozialen Umfeld des Patienten und eine genaue Beschreibung des abgegebenen Hilfsmittels. Weiter wurde festgehalten, wie lange das jeweilige Hilfsmittel

instruiert wurde. Jedem Therapeuten war es jedoch selbst überlassen, wie viel Zeit dafür investiert wird. Vorgeschrieben war lediglich, dass die Instruktion eine verbale Erklärung und praktische Demonstration durch den Therapeuten sowie ein aktives Ausprobieren durch den Klienten beinhalten musste. Durchschnittlich wurden in vier Therapieeinheiten jeweils neun Minuten genutzt, um die Hilfsmittel zu instruieren.

Nach der Entlassung aus dem Krankenhaus kam es nach einer telefonischen Kontaktaufnahme zu Interviews, die anhand zwei speziell entwickelter Fragebögen von einem der Therapeuten durchgeführt wurden.

Bei Teilnehmern, welche nicht in der näheren Umgebung wohnten oder während des Krankenhausaufenthaltes nur ein Hilfsmittel erhalten hatten, wurden die Daten anhand einer telefonischen Befragung erhoben. Dabei wurde ermittelt, ob die Teilnehmer das jeweilige Hilfsmittel nutzten und ob sie die Instruktion durch den Therapeuten im Krankenhaus im Nachhinein als hilfreich einschätzten. Weiter wurden Gründe für einen Nichtgebrauch erfragt. Bei Teilnehmern, welche zwei oder mehr Hilfsmittel erhalten hatten, wurde ein Hausbesuch durch den Therapeuten vorgenommen. Dabei kam es zusätzlich zu einer Beurteilung des aktiven Umgangs mit den Hilfsmitteln.

Die Datenanalyse ergab, dass alle ausser einem Teilnehmer mit der Instruktion der Hilfsmittel durch die Therapeuten zufrieden waren und sich gut auf die Nutzung nach der Entlassung vorbereitet fühlten. Dennoch wurden zur Zeit der Befragungen nur noch 75 Prozent aller abgegebenen Hilfsmittel von den Teilnehmern genutzt. Aufgrund dieser Aussagen wurde eine "odds ratio" (Quotenverhältnis) für den Zusammenhang zwischen der Nutzung der Hilfsmittel und der Durchführung von Hausbesuchen zur Hilfsmittelabklärung berechnet, wodurch festgestellt werden konnte, dass Teilnehmer, welche vor der Entlassung aus dem Krankenhaus gemeinsam mit dem Therapeuten einen Hausbesuch durchgeführt hatten, die abgegebenen Hilfsmittel 2.08 mal häufiger nutzten.

4.1.2.2 Determining the content for an interactive training programme and interpretive guidelines for the Assistive Technology Device Predisposition Assessment

Mit ihrer phänomenologischen Studie hatten Scherer und Cushman (2002) zum Ziel, mögliche Inhalte für Richtlinien zur Anwendung des "Matching Person and Technology"-Modells (MPT) und des dazugehörigen "Assistive Technology Device Predisposition Assessments" (ATD PA) zu definieren und die Ansprüche an ein interaktives Trainingsprogramm zur Schulung des medizinischen Fachpersonals zu eruieren.

Weiter sollte die Zufriedenheit sowohl der Anwender als auch deren Klienten mit dem MPT*-Modell zur Hilfsmittelabklärung erfasst werden.

Dazu wurden alle Fachpersonen, die in einer Datenbank als Nutzer des ATD PA* registriert waren, per Brief angefragt, ob sie an der Studie teilnehmen wollen. Aus den eingehenden Antworten wurden diejenigen Fachpersonen ausgewählt, die den MPT-Prozess in den letzten 24 Monaten bei mindestens zwölf Klienten angewendet hatten und bereit waren, in einer Telefonbefragung von den damit zusammenhängenden Erfahrungen zu berichten. Weiter war es notwendig, dass die Fachpersonen mindestens zwei Klienten in die Studie mit einbeziehen konnten, welche den MPT-Prozess zwischen sechs und neun Monaten vor der Kontaktaufnahme beendet hatten. Aus den Personen, die diese Kriterien erfüllten, wurden 30 Fachpersonen mit jeweils ein bis zwei Klienten ausgewählt.

Die Daten wurden anhand von Telefonbefragungen gesammelt und durch ein 14-köpfiges Gutachter-Komitee ausgewertet. Nur 22 der 30 Fachpersonen nahmen am gesamten Prozess der Datenerhebung teil und wurden gemeinsam mit ihren Klienten bei der Datenauswertung berücksichtigt. Es kam dabei zu einer interdisziplinären Zusammensetzung von Ergotherapie (n=1), Physiotherapie (n=1), Rehabilitationsingenieurwesen (n=4) und Rehabilitationsberatung (n=16).

Die Studienresultate zeigen auf, dass sowohl die Fachpersonen als auch die Klienten das MPT-Modell als sinnvolles Mittel zur klientenzentrierten Hilfsmittelabklärung wahrnahmen. Die Vorteile darin wurden vor allem in der Berücksichtigung persönlicher, sozialer und umweltbezogener Faktoren während des gesamten Modell-Prozesses aber auch speziell bei der Durchführung des ATD PA gesehen. Weiter konnten konkrete Inhalte für Richtlinien und ein mögliches Computerprogramm zur fachlichen Einführung in das MPT-Modell generiert werden.

4.1.3 Hauptstudien zum Bereich gemeinsame Aktivitäten (Betätigung)

4.1.3.1 Enabling Occupational Performance of Children Through Coaching Parents: Three Case Reports

Die Fallstudie mit "Vorher-Nachher-Test" von Graham, Rodgers und Ziviani (2010) untersucht die Wirksamkeit des "Occupational Performance Coaching" (OPC) für Eltern mit problematischer Beziehung zu ihrem Kind. Dazu wurden vor und nach einer zehnwöchigen Interventionsphase quantitative Daten anhand des "Canadian Occupati-

* Abkürzungen können jeweils im Abkürzungsverzeichnis (S. 51) nachgeschlagen werden.

onal Measure“ (COPM) and “Goal Attainment Scaling“ (GAS) gesammelt und verglichen.

Zusätzlich haben die Autorinnen der vorliegenden Studie auch qualitative Daten erhoben. Dazu wurden halbstrukturierte Telefon-Interviews durchgeführt, um die erlebten Erfahrungen der Mütter mit der OPC*-Intervention zu evaluieren.

Die quantitativen Ergebnisse zeigen auf, dass die Intervention für die Eltern eine subjektive Verbesserung brachte (+2 Punkte im COPM* und zwischen +1 und +2 beim GAS*). Die Ergebnisse der qualitativen Erhebungen wurden den drei Überthemen “new learning“, “change at home“ und “a rewarding challenge“ zugeordnet. Dazu haben die Mütter detailliert Stellung genommen, wobei die Erfahrungen mehrheitlich positiv geschildert wurden.

4.1.3.2 A Play-Focused Intervention Involving Mothers of Preschoolers

Die quasiexperimentelle Studie von Esdaile (1996) untersucht anhand eines “Vorher-Nachher-Tests“, ob eine “spielbasierte Intervention“ Mütter mit Kindern im Vorschulalter dabei unterstützt, ihre Mutter-Kind-Beziehung zu verbessern. Insbesondere war es der Autorin ein Anliegen, mit der Intervention das Gefühl von Stress bei den Müttern zu reduzieren. Des Weiteren hatte sie zum Ziel, bei den Müttern das Gefühl von Selbstwirksamkeit als Wissensvermittlerin und Erziehungsperson zu steigern.

Zu diesem Zweck wurden 100 Mütter mit Kindern im Alter zwischen zwei und dreieinhalb Jahren aus der Region Melbourne (Australien) kontaktiert. Die Teilnehmerinnen haben den auf der “Temperament Scale“ basierenden “Easy-Difficult Subscale Test“ für ihre Kinder ausgefüllt, woraufhin diese verschiedenen Temperamenttypen zugeordnet wurden. Anschliessend wurden 25 Mütter, deren Kinder ein anspruchsvolles Temperament hatten, sowie 13 Mütter mit Kindern mit umgänglichem Temperament für die Studie ausgewählt. Durchschnittlich waren die Mütter 28,4 Jahre und die Kinder 27,7 Monate alt. Die Teilnehmerinnen wurden in zwei Experimental- und eine Kontrollgruppe aufgeteilt, wobei darauf geachtet wurde, dass in allen Gruppen gleichviele Kinder mit anspruchsvollem beziehungsweise umgänglichem Temperament vertreten sind.

Die Mütter aus der ersten Experimentalgruppe haben unter Anleitung gemeinsam mit ihren Kindern Spielzeug hergestellt und danach aktiv ausprobiert. Die Mütter aus der zweiten Experimentalgruppe hatten nur die Aufgabe, mit ihrem Kind und dem zur Verfügung gestellten Spielzeug zu spielen. Ergänzend zur freien Spielaktivität beinhaltete

* Abkürzungen können jeweils im Abkürzungsverzeichnis (S. 51) nachgeschlagen werden.

die Intervention Schulungen zum explorativen Spiel und spielerischem Lernen sowie Techniken zur Stressreduktion durch Entspannungsübungen.

Alle Studienteilnehmerinnen mussten sowohl vor als auch nach der Interventionsphase fünf standardisierte Selbsteinschätzungsbögen ausfüllen. Diese haben folgende Themen abgedeckt: Temperament und Benehmen des Kindes, mütterlicher Stress, elterliche Einstellung gegenüber dem Kind und die eigene Rolle als Wissensvermittlerin. Bei der letzten Sitzung mussten die Mütter zusätzlich zu den fünf Fragebögen einen Rückmeldungsfragebogen ausfüllen, um zu beschreiben, wie ihnen das Therapieprogramm entsprochen hat und ob sie daraus einen persönlichen Nutzen für das alltägliche Zusammenleben mit ihren Kindern ziehen konnten.

Bei keiner der drei Gruppen konnte bei den Messungen eine klinisch signifikante Verbesserung der Mutter-Kind-Beziehung festgestellt werden. Aus den Antworten der Rückmeldungsbögen ging jedoch hervor, dass die Teilnehmerinnen beider Experimentalgruppen das durchgeführte Programm als persönliche Bereicherung zur Unterstützung der Mutter-Kind-Beziehung empfunden haben, vor allem, da sie daraus mehr Selbstsicherheit für die Durchführung gemeinsamer Aktivitäten gewinnen konnten.

5.2 Tabellarische Übersicht der sechs Hauptstudien

Es folgt eine tabellarische Übersicht der Hauptstudien, welche dazu dient, die inhaltlichen Schwerpunkte aufzuzeigen. Die Forschungsdesigns aller Hauptstudien eignen sich entsprechend der Einteilung wissenschaftlicher Forschungsfragen (DePoy & Gitlin, 2005), um die Fragestellung (Level 1) dieser Arbeit zu beantworten.

Tabelle 2. Übersicht der sechs Hauptstudien.

| | Ergotherapeutische Interventionen | Neurologische Krankheitsbilder | Mutterrolle | Studiendesign |
|--|-----------------------------------|--------------------------------|-------------|--|
| Erzieherisches Verhalten und Affektkontrolle (Person) | | | | |
| Using the Evaluation of Social Interaction in a community-based program for persons with traumatic brain injury | x | x | | Quasiexperimentelles Vorher-Nachher-Design |
| Errorless Compliance Training: Building a Cooperative Relationship Between Parents with Brain Injury and Their Oppositional Children | | x | x | Fallverlaufsstudie |

| | Ergotherapeutische Interventionen | Neurologische Krankheitsbilder | Mutterrolle | Studiendesign |
|--|-----------------------------------|--------------------------------|-------------|--|
| Räumliche Faktoren und Gegenstände (Umwelt) | | | | |
| A post-discharge study on the use of assistive devices | x | x | | Querschnittsstudie |
| Determining the content for an interactive training programme and interpretive guidelines for the Assistive Technology Device Predisposition Assessment. | x | x | | Phänomenologische Studie |
| Gemeinsame Aktivitäten (Betätigung) | | | | |
| Enabling Occupational Performance of Children Through Coaching Parents: Three Case Reports | x | | x | Fallstudie und deskriptive Studie (Mix-design) |
| A Play-Focused Intervention Involving Mothers of Preschoolers | x | | x | Quasiexperimentelles Vorher-Nachher-Design |

5. Diskussion

5.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Es folgt eine Darstellung der wichtigsten Ergebnisse der sechs Hauptstudien. Die Gliederung anhand der Bereiche des CMOP wird hierzu beibehalten.

5.1.1 Erzieherische Fertigkeiten und Affektkontrolle (Person)

5.1.1.1 *Using the Evaluation of Social Interaction in a community-based program for persons with traumatic brain injury*

Simmons et al. (2010) kommen in ihrer Studie zum Schluss, dass das achtwöchige ergotherapeutische Therapieprogramm bei sieben von zehn Teilnehmern eine signifikante Verbesserung in der sozialen Interaktion bewirkt hat. Es konnte jedoch keinen Zusammenhang zwischen Alter, Geschlecht, Zeitpunkt des Schädel-Hirn-Traumas und der Wirksamkeit der Intervention festgestellt werden.

Gemäss den Autoren kann man sagen, dass sich das ESI gut in ergotherapeutische Gruppenangebote integrieren lässt und eine effektive Evaluation, Planung und Durchführung von Therapiemassnahmen ermöglicht. Des Weiteren zeigt die Studie auf, dass betätigungsbasierte Ergotherapie-Assessments automatisch zu betätigungsbasierten Interventionen führen. Für Ergotherapeuten, welche eher nach einen "Bottom-Up-

Ansatz“ arbeiten, ist es laut den Autoren daher umso wichtiger, dass sie neben der Anwendung funktionaler Assessments zusammen mit dem Klienten bedeutsame Betätigungen eruieren.

5.1.1.2 Errorless Compliance Training: Building a Cooperative Relationship Between Parents with Brain Injury and Their Oppositional Children

Die Resultate der Studie von Ducharme et al. (2002) zeigen die Wirksamkeit des sogenannten “Errorless Compliance Training“ auf, wobei die Autoren die beachtlichen Verbesserungen des kindlichen Verhaltens betonen. Dabei hat sich die Folgsamkeit aller Kinder, verglichen mit der “Baseline“ um mindestens 40 Prozent gesteigert. Bei zehn Kindern konnte sogar eine Verbesserung von 50 Prozent festgestellt werden.

Die Autoren haben im Sinne einer Generalisierung zusätzlich untersucht, ob die Steigerung der Folgsamkeit auch auf Aufforderungen zutrifft, welche nicht vorgängig geübt worden sind. Dabei wurde festgestellt, dass auch unbekannte Anweisungen deutlich besser befolgt wurden. Für Aufforderungen des dritten Schwierigkeitsgrades wurde mit 85 Prozent die höchste Steigerung beobachtet.

Um den Langzeitnutzen der Intervention zu untersuchen, haben die Autoren “Follow-Up-Messungen“ durchgeführt. Acht Kinder wurden nach einem Monat, neun Kinder nach drei Monaten und wiederum fünf Kinder nach sechs Monaten beobachtet. Durchschnittlich ergaben die Messungen eine Verbesserung der Folgsamkeit von 83 Prozent, verglichen mit den Werten vor der Intervention.

Die Stärke des “Errorless Compliance Training“ wird von den Autoren vor allem in der Steigerung des Selbstwertgefühls bei den Klienten gesehen, zumal auch davon ausgegangen wird, dass somit Folgeschäden wie Depressionen verhindert werden können. Die Anwendung dieses Therapieansatzes empfehlen sie besonders für Eltern mit kognitiven Schwierigkeiten.

5.1.2 Räumliche Faktoren und Gegenstände (Umwelt)

5.1.2.1 A post-discharge study on the use of assistive devices

Die Resultate der Studie von Finlayson et al. (1992) zeigen auf, dass der Nichtgebrauch von Hilfsmitteln auf eine unpassende Auswahl, eine fehlende Installation, ein Vorhandensein von ähnlichen Hilfsmitteln oder eine Verbesserung des körperlichen Zustandes der Klienten zurückgeführt werden kann. Die Tatsache, dass Teilnehmer, welche vor der Entlassung aus dem Krankenhaus gemeinsam mit ihrem Therapeuten einen Hausbe-

such zur Hilfsmittelabklärung durchgeführt hatten, eine 2,08 Mal häufigere Nutzung der Hilfsmittel aufwiesen, verdeutlicht die Wichtigkeit einer Abklärung von kontext- und personenbezogenen Faktoren. Die Autorinnen weisen diesbezüglich konkret auf die Berücksichtigung architektonischer Aspekte sowie persönlicher Hintergründe hin. Sie erwähnen, dass zukünftig vermehrt evaluiert werden müsste, welche Bedeutung die Patienten den Aktivitäten zuschreiben, die durch das jeweilige Hilfsmittel erleichtert werden sollen, um eine klientenzentriertere und effektivere Hilfsmittelabklärung zu gewährleisten.

Die Tatsache, dass die Teilnehmer bei den Besuchen eine korrekte und sichere Handhabung der jeweiligen Hilfsmittel demonstrierten und sich mehrheitlich positiv dazu äußerten, zeigt jedoch auf, dass sich die zur Zeit der Studiendurchführung genutzten Methoden zur Hilfsmittel-Instruktion (verbale Erklärung, Vorzeigen durch den Therapeuten, aktives Ausprobieren durch den Klienten) für die Klienten als geeignet erwiesen.

5.1.2.2 Determining the content for an interactive training programme and interpretive guidelines for the Assistive Technology Device Predisposition Assessment

Scherer et al. (2002) weisen darauf hin, dass alle Studienteilnehmer also sowohl das medizinische Fachpersonal als auch ihre Klienten das MPT-Modell und die dazugehörigen Assessments in Bezug auf die Hilfsmittelabklärung als sehr nützlich wahrnahmen. Geschätzt wurde von den Klienten besonders, dass das Modell ihnen dazu verhalf, ihre eigenen Bedürfnisse besser wahrzunehmen und daraus passende Ziele zu entwickeln. Auch die Fachpersonen sahen im Modell eine Unterstützung eines klientenzentrierten Ansatzes und gewannen dadurch vor allem bei der Informationssammlung an Sicherheit, ein möglichst ganzheitliches und individuelles Bild ihrer Klienten zu erhalten. Gleichzeitig liefern die Studienergebnisse aber auch wichtige Informationen über die allgemeinen Ansprüche der Fachpersonen und ihrer Klienten an Modelle zur Hilfsmittelabklärung und -anpassung, welche in drei Punkten zusammengefasst wurden:

- Sie sollen die Perspektiven und Bedürfnisse des Klienten mit einbeziehen.
- Sie sollen nicht nur die funktionalen Möglichkeiten, sondern vermehrt auch die persönlichen, sozialen und umweltbezogenen Einflüsse auf den Hilfsmittelgebrauch berücksichtigen.
- Sie sollen Unterlagen beinhalten, die den Gebrauch der ausgewählten Hilfsmittel unterstützen und dokumentieren.

Somit wurde die Notwendigkeit zur Weiterentwicklung des bestehenden MPT-Modells durch Richtlinien zur Anwendung sowie Mittel zur Schulung der Fachpersonen klar dargelegt. Ein interaktives Computer-Trainingsprogramm könnte dabei laut den Studienteilnehmern die Auswahl und Auswertung der Assessments erleichtern, indem es einerseits die Ziele und Theorien, die hinter den verschiedenen Assessments stehen erläutert und andererseits konkret Anweisungen gibt, wann welche Fragebögen eingesetzt werden sollen und wie die einzelnen Fragen gestellt werden.

Die Richtlinien sollen spezifische Hinweise zur Anpassung der Assessments an die Bedürfnisse der Klienten beinhalten und auf problematische Situationen bei der Durchführung eingehen.

Zusätzlich wünschten sich die Fachpersonen Empfehlungen für die Instruktion in den Hilfsmittelgebrauch und einen "Follow- Up-Fragebogen", um die Zufriedenheit der Klienten mit regelmässig genutzten Hilfsmitteln zu evaluieren.

5.1.3 Gemeinsame Aktivitäten (Betätigung)

5.1.3.1 Enabling Occupational Performance of Children Through Coaching Parents: Three Case Reports

Um die Wirksamkeit des OPC zu messen, verwendeten Graham et al. (2010) das COPM und das GAS. Beim COPM sind die Werte zwischen dem "Vorher-Nachher-Test" um mehr als zwei Punkte gestiegen. Diese Veränderung ist gemäss der Validierungsstudie von Law, Baumann und Dunn (2005; zit. nach Graham et al., 2010, S. 8) signifikant. Beim GAS betrug die Veränderungen auf der Skala ebenfalls mindestens zwei Punkte.

Die Aussagen zur qualitativen Fragestellung geben einen vertieften Einblick in das Erleben und Empfinden der Mütter. Die eingetretenen Veränderungen und gewonnen Erkenntnisse sind im Ergebnisteil der Studie den drei Kategorien "new learning", "changes at home" und "a rewarding challenge" zugeordnet.

Eine Teilnehmerin machte zur Kategorie "new learning" folgende Aussage:

„I've realised the importance of myself staying calm [...] if one of our bike riding sessions are coming up or swimming, I just keep him super calm and keep it really chilled out before, during and after" (2010, S. 11).

Zusammengefasst haben die Mütter besonders viel über sich und die Auswirkungen ihres emotionalen Befindens auf das Verhalten ihres Kindes gelernt. Zusätzlich haben sie

sich aber auch spezifische Strategien und Techniken im Umgang mit dem schwierigen Verhalten ihres Kindes angeeignet.

In der Kategorie “changes at home“ haben die Mütter besonders betont, dass sie seit der Therapie im Allgemeinen eine optimistischere Einstellung gegenüber ihrem Kind haben und dass es einfacher geworden sei, gemeinsam Aktivitäten auszuüben. Es liess sich sagen, dass das Zusammenleben ruhiger geworden sei. Eine Teilnehmerin umschreibt ihre Erfahrung wie folgt:

„Well breakfasts were awful. There was often a big melt down every morning. [...] It certainly left me feeling stressed. [...] So the whole thing is just quite calm now“ (2010, S. 11).

In der Kategorie “a rewarding challenge“ wird zusammengefasst, dass alle drei Mütter über die Resultate der Intervention erfreut waren. Sie haben aber betont, dass die Umsetzung des Gelernten im Alltag zu Hause sehr anspruchsvoll war und viel Energie und Willensstärke benötigt hatte. Gemäss den Müttern zeigen sich die Verbesserungen allgemein in einem gestärkten Gefühl von Selbstwirksamkeit, Motivation und Freude für ihre elterliche Rollenausübung.

5.1.3.2 A Play-Focused Intervention Involving Mothers of Preschoolers

Esdaile (1996) hat in ihrer Studie gezeigt, wie die Aktivitäten “Spielzeuge herstellen“ und “mit Spielzeug spielen“ genutzt werden können, um sich eine Vorstellung vom Spielverhalten von Vorschulkindern zu machen und gleichzeitig die Mutter-Kind-Beziehung zu stärken.

Die teilnehmenden Mütter wurden nach der Interventionsphase zum Inhalt des Therapieprogrammes befragt. Eine Mutter antwortete auf die Fragen, was besonders gut war, folgendermassen:

„To discuss problems and issues and see if others experience the same and to do all the things we did, especially toy making“ (1996, S. 119).

Rückblickend haben die Teilnehmerinnen im Fragebogen angegeben, dass sie das Interventionsprogramm geschätzt haben, weil es ihnen half, sich besser zu entspannen und ihre Umgangsweise mit den Kindern zu verbessern. Esdaile (1996) hat die Ergebnisse des qualitativen Fragebogens folgendermassen zusammengefasst:

„They valued the opportunity to learn about children’s development and needs in an experimental context as well as in the group discussions of child-related problems.“

Diese Aussagen sind laut Esdaile (1996) kongruent mit den Resultaten von früheren Studien (Strom & McCalla, 1988; Storm & Greathouse, 1974), welche auch die Aktivität Spiel nutzten, um die Mutter-Kind-Beziehung zu beobachten beziehungsweise zu verbessern.

Ein weiterer Aspekt, welchen die Teilnehmerinnen am Therapieprogramm geschätzt haben, ist, dass sie gelernt haben, besser mit Stress umzugehen.

Die Ergebnisse der qualitativen Befragungen aus dem Feedbackbogen am Ende des Interventionsprogrammes widerspiegeln aber nicht die quantitativen Messungen. Im nächsten Abschnitt "Darstellung der Güte der Hauptstudien" wird auf die Gründe genauer eingegangen. Positiv unterstreicht die Autorin hingegen, die unkonventionelle Art und Weise des Therapieprogramms und dass sich dadurch auch Mütter, welche Interventionsmassnahmen gegenüber generell abgeneigt sind, vom Therapieinhalt angesprochen fühlen. Zudem hatte die Autorin bewusst in jede Gruppe auch Mütter mit verhaltensunauffälligen Kindern eingeschlossen, welche ein gutes Verhältnis zueinander hatten. Diese Frauen dienten als Rollenmodell und konnten den anderen mit praktischen Ratschlägen zur Seite stehen.

5.2 Darstellung der Güte der Hauptstudien

Im folgenden Teil der Arbeit beurteilen die Verfasserinnen die Hauptstudien nach den Kriterien von Law et al. (1998) und gehen auf allfällige Mängel ein.

5.2.1 Erzieherische Fertigkeiten und Affektkontrolle (Person)

5.2.1.1 Using the Evaluation of Social Interaction in a community-based program for persons with traumatic brain injury

Das "quasiexperimentelle Vorher-Nachher-Design" der Studie von Simmons et al. (2010) ist geeignet, um herauszufinden, ob die untersuchte Therapiemassnahme zu einer Verbesserung der sozialen Interaktion führt. Die statistische Analyse anhand eines "T-Tests" erlaubte dabei eine mathematisch zuverlässige Aussage über die Signifikanz der gemessenen Resultate ($t=4.977$, $p=0.001$). Bedingt durch die kleine Teilnehmerzahl ist es jedoch schwierig, aus den Resultaten eine Übertragbarkeit abzuleiten. Zudem wurde auch keine Kontrollgruppe in die Studie eingeschlossen. Daher ist es nicht möglich, zu sagen, ob Teilnehmer des gewöhnlichen Gruppenangebotes bei einem "Vorher-Nachher-Test" auch ohne zusätzliche therapeutische Unterstützung Verbesserungen aufgezeigt hätten.

Die Studienteilnehmer haben zudem von sich aus angegeben, dass sie Schwierigkeiten in der sozialen Interaktion haben. Daher ist anzunehmen, dass sie überdurchschnittlich motiviert waren, positive Veränderungen durch die Therapie zu erzielen. Auch sollte angemerkt werden, dass die Teilnehmer zuvor bereits zwischen zwei und drei Jahren am Gruppenangebot teilgenommen hatten, was ebenfalls das Ergebnis beeinflusst haben könnte.

Die gesamte Intervention wurde in einem geschützten Rahmen durchgeführt, da alle Teilnehmer die Diagnose Schädel-Hirn-Trauma hatten. Es wäre daher umso interessanter herauszufinden, ob es den Teilnehmern gelingt, das Gelernte in ihrem "natürlichen Setting", beispielsweise in der Familie, Freizeit oder bei der Arbeit, umzusetzen. Diesen Gesichtspunkt beschreiben die Autorinnen in ihrer Studie im Teil "Future Research" und erwähnen, dass es sehr spannend wäre, dies in weiteren Studien zu untersuchen.

5.2.1.2 Errorless Compliance Training: Building a Cooperative Relationship Between Parents with Brain Injury and Their Oppositional Children

Da Ducharme an der Entwicklung des "Errorless Compliance Training" beteiligt war, hinterfragen die Verfasserinnen seine Neutralität bei der Untersuchung zu dessen Wirksamkeit. Weiter ist zu bemängeln, dass die Stichprobe mit zwölf Teilnehmern klein war. Das hat aber damit zu tun, dass nur Kinder, welche ein auffallend "schwieriges" Verhalten gezeigt haben, in die Studie eingeschlossen wurden. Daher lässt sich sagen, dass das Resultat demzufolge eine höhere interne Validität hat, als wenn man eine weniger homogene Gruppe gewählt hätte. Leider haben die Autoren keine Kontrollgruppe in die Studie eingeschlossen. Dies hätte die klinische Aussagekraft der Ergebnisse deutlich gesteigert.

Positiv gewertet wird jedoch, dass die Studienergebnisse nicht nur durch Selbsteinschätzungsbögen seitens der Eltern, sondern auch durch Beobachtungen des Therapeuten eruiert wurden. Dies unter der Berücksichtigung, dass Personen mit erworbener Hirnschädigung teilweise Probleme haben, ihre eigenen Leistungen adäquat einzuschätzen. Weiter haben die Autoren diesem Aspekt Rechnung getragen, indem sie Fragebögen mit einfachen "Ja-/Nein-Antworten" verwendeten.

Die am Ende der Studie durchgeführte "Follow-Up-Messung" lässt Aussagen über die Langzeitwirkung der Therapiemaßnahme zu.

5.2.2 Räumliche Faktoren und Gegenstände (Umwelt)

5.2.2.1 A post-discharge study on the use of assistive devices

Da sich die Forschungsfragen von Finlayson et al. (1992) auf das bisher wenig untersuchte Gebiet der Hilfsmittelabklärung beziehen, stellt die Querschnittsstudie grundsätzlich ein passendes Design dar, um Einflüsse auf die Nutzung zu erfassen.

Aufgrund der kleinen Teilnehmerzahl und der fehlenden Informationen über zusätzlich beeinflussende Faktoren wie beispielsweise die persönliche Einstellung gegenüber Hilfsmitteln, lassen sich jedoch nur schwer allgemeine Schlussfolgerungen über Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge machen. Der Einbezug einer Kontrollgruppe hätte zu aussagekräftigeren Ergebnissen geführt, war aber laut Angaben der Autoren aufgrund des klinischen Settings nicht möglich.

Die Einführung in den Hilfsmittelgebrauch wurde durch verschiedene Therapeuten und unter ungleichen zeitlichen Bedingungen vorgenommen, weshalb sich lediglich Aussagen über die subjektive Wahrnehmung durch die Teilnehmer und nicht über die objektive Wirksamkeit der Instruktionmassnahmen machen lassen.

Die Ergebnisse haben gezeigt, dass viele Klienten die Hilfsmittel zum Zeitpunkt der Befragung nicht nutzten, jedoch vor hatten dies im späteren Rehabilitationsverlauf zu tun. Dies war besonders bei Personen mit chronischen Erkrankungen der Fall und kann ein Hinweis darauf sein, dass die Befragung zu früh angesetzt war und die Teilnehmer noch nicht an den Umgang mit den Hilfsmitteln gewöhnt waren. Eine zusätzliche Datensammlung zu einem späteren Zeitpunkt wäre daher bestimmt sinnvoll gewesen, um diese Annahmen zu bestätigen oder allenfalls weitere Gründe für den Nichtgebrauch aufzudecken.

5.2.2.2 Determining the content for an interactive training programme and interpretive guidelines for the Assistive Technology Device Predisposition Assessment.

Die Studie von Scherer et al. (2002) untersucht wichtige Aspekte für den ergotherapeutischen Fachbereich, indem sie die Zufriedenheit der Fachpersonen sowie der Klienten mit einem bestehenden Modell zur Hilfsmittelabklärung genauer untersucht und mögliche Inhalte für eine Weiterentwicklung identifiziert. Dazu wird die aktuelle Problematik durch die Autoren anhand der gesichteten Literatur dargestellt und die Notwendigkeit der Studie begründet.

Das phänomenologische Design und die Informationssammlung durch Telefonbefragungen eigneten sich zur Untersuchung der persönlichen Erfahrungen und Meinungen

der Teilnehmer und die Strichprobenauswahl erfolgte gezielt und anhand passender Kriterien.

Jedoch werden keine Aussagen darüber gemacht, wie viele Forscher die Befragungen der Teilnehmer durchgeführt haben und welche persönliche Annahmen oder berufliche Hintergründe diese hatten. Es kann also nur eine Triangulierung nach Quellen nachgewiesen werden. Auch fehlen Informationen über Zeitpunkt und Dauer der Datenerhebung sowie Menge der gesammelten Daten.

Die Beschreibung der Datenanalyse ist inkomplett, da keine genauen Aussagen über den Transformationsprozess gemacht werden. Es ist jedoch bekannt, dass ein 14-köpfiges Gutachter-Komitee Anhand der "Nominal Group Technique" aus den zusammengefassten Informationen der Telefonbefragungen Hauptaussagen identifiziert und in drei Kategorien eingeteilt hat.

Die Schlussfolgerungen der Autoren beziehen sich direkt auf die Ergebnisse der Studie und stimmen mit diesen überein. Es werden wichtige Hinweise und Empfehlungen für die weitere Forschung gegeben, die für die ergotherapeutische Arbeit von hoher Relevanz sind.

5.2.3 Gemeinsame Aktivitäten (Betätigung)

5.2.3.1 Enabling Occupational Performance of Children Through Coaching Parents: Three Case Reports

Unter Berücksichtigung der geringen Teilnehmerzahl sind die Ergebnisse der Studie von Graham et al. (2010) nicht sehr aussagekräftig. Darauf weisen die Autorinnen selbst hin. Aufgrund der kleinen Stichprobengröße konnte auch keine statistische Analyse durchgeführt werden.

Mit einer "Follow-Up-Messung" hätte man herausfinden können, ob die Intervention nachhaltig ist. Dies wurde aber nicht gemacht. Zudem wurde leider auch keine Kontrollgruppe eingesetzt, wodurch die Ergebnisse zusätzlich relativiert werden.

Das GAS stellte eine einfache und wenig zeitintensive Methode zur Datensammlung dar. Auch der Einsatz des etwas komplexeren COPM machte in der vorliegenden Studie jedoch durchaus Sinn, da die teilnehmenden Mütter keine kognitiven Einschränkungen hatten.

Die Verfasserinnen möchten darauf hinweisen, dass in der Studie keine Umweltfaktoren, wie beispielsweise der Erziehungsstil des Vaters miteinbezogen wurden, welche das kindliche Verhalten ebenfalls stark beeinflussen.

5.2.3.2 A Play-Focused Intervention Involving Mothers of Preschoolers

Yerxa (1991; zit. nach Esdaile, 1996, S.120) erwähnt, dass zwischenmenschliche Beziehungen (wie die Mutter-Kind-Beziehung) nicht leicht zu quantifizieren sind, was sich auch in der vorliegenden Studie gezeigt hat.

Eine weitere Schwierigkeit war, dass nicht alle Teilnehmerinnen die gleiche Problematik im Umgang mit ihren Kindern hatten. Für die Autorin war es daher schwierig, diese verschiedenen Problembereiche quantitativ zu erfassen und daraus entsprechend spezifische Schlussfolgerungen herzuleiten. Dieser Aspekt zeigt sich, wenn man einzelne Resultate der Selbsteinschätzungsbögen, beispielsweise des "Parent as a Teacher-Test" genauer untersucht. So geben in diesem Test 24 Teilnehmerinnen (17 Prozent) signifikante Verbesserungen in ihrem Selbstkonzept an. Weil die Autorin aber total fünf verschiedene Tests in die Analyse miteinbezogen hatte, konnte in der Gesamtheit keine signifikante Verbesserung aufgezeigt werden.

Auch hat die Autorin bewusst in jede Teilnehmergruppe Mütter eingeschlossen, welche ein gutes "Mutter-Kind-Verhältnis" hatten und deren Kinder keine Verhaltensauffälligkeiten zeigten, weshalb die Test-Resultate dieser Frauen automatisch die quantitativen signifikanten Verbesserungen geschmälert haben.

5.3 Theorie-Praxis-Transfer

Im Folgenden werden die für die ergotherapeutische Behandlung relevanten Erkenntnisse aus den beschriebenen Hauptstudien dargelegt und unter Einbezug weiterer Literatur genutzt, um mögliche Ideen für die Anwendung im Praxisalltag aufzuzeigen. Dies geschieht weiterhin anhand der auf das CMOP gestützten Unterteilung.

5.3.1 Erzieherische Fertigkeiten und Affektkontrolle (Person)

Durcharme et al. (2002) zeigen deutlich auf, dass die Aktivitäten zur Kinderbetreuung und -erziehung sehr komplex sind und hohe Anforderungen an die sozialen Fertigkeiten der Eltern stellen. Die Aspekte der Affektkontrolle und Erziehung in der Therapie anzugehen und zu verbessern, wird in der Studie aus Klienten- aber auch aus Therapeutesicht als sehr herausfordernd beschrieben.

Eine genaue Evaluation der sozialen Fertigkeiten anhand des ESI bietet jedoch eine gute Grundlage, um die Problematik der Betroffenen genauer zu erfassen und so individuelle und effektive Therapiemöglichkeiten für den jeweiligen Klienten auszuarbeiten (Simmons et al., 2010).

Sowohl die vorgestellte Studie, als auch weiterführende Forschungsliteratur von Ducharme (2002; 2003; 2004) zeigt weiter auf, dass das "Errorless Compliance Training" sehr gut geeignet ist, um Eltern mit Schwierigkeiten der Impulskontrolle und Aggressionsbewältigung im Umgang mit ihren Kindern zu unterstützen. Die Methode wird dabei spezifisch für die Therapie von Personen mit kognitiven Einschränkungen empfohlen, wobei normale, der Öffentlichkeit zugängliche Angebote (wie zum Beispiel Elternkurse) bei dieser Klientengruppe nicht sinnvoll oder sogar kontraindiziert sind.

Die Verfasserinnen sehen eine gute Umsetzungsmöglichkeit des "Errorless Compliance Training" in der Praxis, da es individuell auf den Klienten abgestimmt werden kann und eine abgestufte Annäherung an das gewünschte Ziel ermöglicht. Für die Umsetzung des Therapieprogrammes kann die genaue Beobachtungsgabe der Ergotherapeuten sehr hilfreich sein.

Als erster Schritt wird dabei gemeinsam erarbeitet, welche Aufforderungen das Kind schlecht befolgt und welche Situationen oft zu Streitigkeiten mit der Mutter führen. Anschliessend wird während der Behandlung in einem geschützten Rahmen ausprobiert, wie der Umgang mit dem Kind verbessert werden kann (Ducharme et al., 2002).

Einen weiteren wichtigen Hinweis für die ergotherapeutische Praxis liefert die Studie von Ducharme und Rushford (2001), welche aufzeigt, dass es den meisten Kindern leicht fällt, während der Aktivität Spiel mit dem Gegenüber eine Beziehung aufzubauen. So kommt es, dass Kinder auch Anweisungen, welche in einem anderen Setting laufend zu Verweigerung führen, während des Spiels ohne weiteres befolgen. Demnach kann es hilfreich sein, schwierige Aufforderungen während einer Spielsituation zu üben und somit das Selbstwirksamkeitsgefühl der Mutter und die gegenseitige Bindung zu stärken.

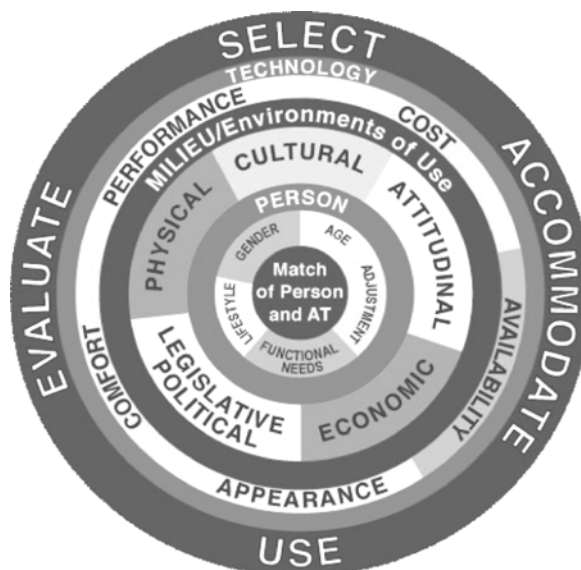
Auch die Studienresultate von Christensen et al. (1994; zit. nach McGaw, Ball & Clark, 2002, S. 363) betonen die Wichtigkeit eines stabilen mütterlichen Selbstbildes, da so die Wahrscheinlichkeit einer Vernachlässigung des Kindes gemindert werden kann. In der klinischen Praxis ist es daher enorm wichtig, die Sorgen und Ängste der Mütter ernst zu nehmen, damit diese mit entsprechenden Interventionen angegangen werden können.

Da die Mutter-Kind-Beziehung in ein ganzes Familien-System eingebettet ist, ist es sinnvoll, soweit es die Rahmenbedingungen zulassen, Familienangehörige in die Therapie mit einzubeziehen. Dazu zeigt die Review von Johnson, Kent und Leather (2005) die Wirksamkeit von Familieninterventionen auf, welche auf die Verbesserung elterlicher Fertigkeiten zur Betreuung und Erziehung ihrer Kinder abzielen. Die Autoren heben in ihrer Arbeit besonders hervor, dass Therapeuten möglichst viel darüber wissen sollten, wie eine Familie mit schwierigen Situationen, wie beispielsweise der Erkrankung eines Familienmitgliedes umgeht, um vorhandene Ressourcen aufdecken und diese im Verarbeitungs- und Anpassungsprozess einsetzen zu können. Dabei muss berücksichtigt werden, dass es für die betroffenen Familien am besten ist, wenn sie für bestehende Schwierigkeiten eigene Strategien entwickeln und nicht von den Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen vermeintlich richtige Lösungen aufgedrängt bekommen. Als zusätzlich entlastende Massnahmen erwähnen Johnson et al. (2005) unter anderem die Organisation einer physischen Unterstützung (zum Beispiel durch eine Haushaltshilfe) oder die Vermittlung von Methoden zur Stressbewältigung (zum Beispiel Entspannungsübungen, Zeitmanagement).

5.3.2 Räumliche Faktoren und Gegenstände (Umwelt)

Konzeptionelle Modelle können Ergotherapeuten dabei unterstützen, wichtige Faktoren, welche die Nutzung der Hilfsmittel beeinflussen, zu identifizieren und bei der Auswahl zu berücksichtigen (Scherer et al., 2002). Der zusätzliche Einsatz spezifischer Assessments wird dabei als wichtiger Beitrag zur Optimierung der Kosten-Wirkungsverhältnisse beschrieben und kommt somit den Forderungen der Krankenkassen nach evidenzbasierter Therapie nach (Sozialgesetzbuch, 2009; zit. nach Bruckmann, Ly Cam, Paland & Signoroni, 2010, S.21). Das weltweit am meisten eingesetzte Modell zur Hilfsmittelabklärung ist das MPT-Modell, welches 1989 im Rahmen einer Forschungsarbeit von Marcia Scherer entwickelt und für den Einsatz bei Menschen mit Behinderungen ab dem Alter von 15 Jahren validiert wurde (Bernd, Van der Pijl & De Witte, 2009). Die Basis-komponenten des Modells werden in der folgenden Abbildung dargestellt.

Abbildung 3. Matching Person and Technology Model.



Das MPT- Modell beinhaltet den MPT-Prozess sowie zahlreiche Assessments, welche in diesem Prozess eingesetzt werden können. Das valide und reliable ATD PA erfasst dabei die verschiedenen Einflüsse auf die Hilfsmittelversorgung in Bezug auf die Charakteristika der Person, der Eigenschaften der Technologien und Hilfsmittel sowie der Umwelt (Bruckmann et al. 2010).

Wie die Ergebnisse der Studie von Scherer et al. (2002) aufzeigen, wurde sowohl das MPT- Modell als auch das ATD PA von den Therapeuten und den Klienten bei der Hilfsmittelabklärung als sehr unterstützend wahrgenommen, weshalb die Verfasserinnen deren Einsatz für die ergotherapeutische Praxis empfehlen.

Dabei ist zu erwähnen, dass Bruckmann et al. (2010) das ursprünglich US-amerikanische ATD PA im Rahmen einer Vorvalidierungsstudie an der Hogeschool Zuyd (Niederlande) an den deutschen Sprach- und Kulturraum angepasst haben, was wesentlich zur Qualitätssicherung beiträgt.

Da Finlayson et al. (1992) eine 2,08 Mal häufigere Hilfsmittelnutzung durch vorgängig durchgeführte Hausbesuche aufzeigen konnten, schreiben die Verfasserinnen diesem Aspekt neben dem Einsatz von theoretischen Modellen eine große Bedeutung für eine nachhaltige Hilfsmittelabklärung zu. Zusätzlich zur Erprobung des Hilfsmittels im natürlichen, häuslichen Umfeld, können solche Besuche auch dazu dienen, die architektonischen Gegebenheiten zu prüfen und die Zu-

gänglichkeit von Räumen sowie die Nutzung von Gegenständen abzuklären, um mögliche Veränderungen vorzunehmen (Finlayson et al., 1992).

In Bezug auf die Ausübung der Mutterrolle gilt es laut Culler, Jasch und Scanlan (1994), gemeinsam mit der Klientin zu identifizieren, welche Hilfsmittel und Anpassungen eine möglichst selbständige und sichere Performanz von Aktivitäten zur Kinderbetreuung und -pflege ermöglichen. Dabei können bereits einfache Ratschläge bezüglich der Raumgestaltung und Einrichtung helfen, Einschränkungen in der Aktivitätsausübung zu reduzieren. So erwähnt Dickson (1984) beispielsweise, dass es Sinn macht, neben dem Kinderbett einen Stuhl zu platzieren, damit die Mutter das Kind sitzend aus dem Bettchen nehmen und halten kann.

Grössere Veränderungen können notwendig werden, wenn die betroffene Mutter auf einen Rollstuhl angewiesen ist. So macht es Sinn, das Kinderbett durch zusätzliche Elemente zu erhöhen, damit die Mutter mit dem Rollstuhl darunter fahren kann (Culler et al. 1994). Dies macht möglicherweise zusätzlich eine Modifikation der Griffe oder der gesamten Tür notwendig, da das Kinderbett vom Rollstuhl aus geöffnet werden muss (Cowley, 2007). Dickson (1984) weist zusätzlich auf mögliche Kraft- und Bewegungseinschränkungen der betroffenen Frauen hin und beschreibt die Möglichkeit, das Kind im Bettchen jeweils auf ein Tuch zu legen, an dem die Mutter dann seitlich ziehen kann, um es zu sich heran zu holen und aufzunehmen.

Cowley (2007) schlägt sowohl für das Anziehen als auch für das Baden des Kindes einen speziell angepassten Tisch vor, der ebenfalls mit dem Rollstuhl zugänglich ist. Ähnlich wie bei einem Wickeltisch soll durch einen erhöhten Rand verhindert werden, dass das Kind vom Tisch fällt. Optimal ist, wenn der Tisch auf Rädern steht, da er so ebenfalls dazu dienen kann, das Baby vom einen Raum in den anderen zu transportieren. Aus Sicherheitsgründen sollten diese jedoch fixierbar sein. Abgedeckt mit Non-Slip oder anderen rutschfesten Materialien kann ausserdem ein kleines Becken auf dem Tisch platziert werden, um das Baby zu baden. Da das Füllen und Transportieren eines solchen Beckens für Rollstuhlfahrerinnen oder Frauen mit Hemiparese kaum möglich ist, erwähnt Dickson (1984) die Möglichkeit, das Baby in der Küchenspüle oder im Lavabo zu baden, da das Wasser so problemlos ein- und abgelassen werden kann. Culler et al.

(1994) weisen auf den Einsatz eines Temperaturmessers bei Frauen mit Sensibilitätsstörungen hin.

Sowohl Cowley (2007) als auch Dickson (1984) und Culler et al. (1994) empfehlen die Anschaffung eines leichten Kinderwagens, der mit möglichst wenig Kraftaufwand in ein Auto oder andere Transportmittel verladen werden kann. Cowley (2007) beschreibt weiter die Möglichkeit, durch einige Modifikationen den Kinderwagen am Rollstuhl der Mutter zu befestigen, damit dieser gemeinsam mit dem Rollstuhl von Hand angetrieben werden kann.

Alle beschriebenen Anpassungen beziehen sich auf die Pflege von Kleinkindern bis ca. drei Jahre, wobei davon ausgegangen wird, dass die Kinder mit zunehmendem Alter lernen, bei den verschiedenen Positionswechseln aktiv mitzuhelfen und bei der Durchführung von Aktivitäten zu kooperieren (Cowley, 2007). Hilfsmittel und räumliche Anpassungen, wie sie beschrieben wurden, ermöglichen laut Tuleja und deMoss (1999) nicht nur eine grössere Partizipation bei der Kinderpflege, sondern wirken sich auch positiv auf Müdigkeit und Schmerzen der Betroffenen aus.

Eine erfolgreiche Hilfsmittelabklärung und Wohnungsanpassung setzt aber voraus, dass Ergotherapeuten die Vorstellungen und Bedürfnisse ihrer Klienten wahrnehmen und in den Therapieprozess mit einbeziehen. Dabei sollte sich der behandelnde Therapeut stets bewusst sein, dass der Einsatz von Hilfsmitteln für die Betroffenen nicht nur eine physische, sondern ebenso eine emotionale Adaptation bedeutet, mit der meist Veränderungen des Selbstbildes einhergehen. Dies muss sowohl bei der Gestaltung des zeitlichen als auch des inhaltlichen Therapieprogrammes immer berücksichtigt werden (Bates, Cole, Spencer, Young & Hopkins Rintala, 1993).

5.3.3 Gemeinsame Aktivitäten (Betätigung)

Die Studien von Graham et al. (2010) und Esdaile (1996) weisen darauf hin, dass eine genaue Untersuchung der individuellen Situation der Mütter erforderlich ist, um effektive Verbesserungen von einzelnen Mutter-Kind-Aktivitäten erreichen zu können. Weitere Studien wie die von Case, Ducharme und Feldman (1999) zeigen spezifisch die Wichtigkeit von Aktivitätsanalysen auf und erwähnen die Möglichkeit, daraus Kurzanleitungen zu generieren, die der Mutter helfen, die Handlungsplanung zu verbessern. Zudem kann die Erstellung von individuellen

Tages- und Wochenplänen als Strukturierungshilfe dienen, um bedeutungsvolle gemeinsame Aktivitäten einzuplanen.

Ergänzend haben Case und Feldman (1999) in einer weiteren Studie untersucht, ob audiovisuelles Selbsttraining durch bildliche oder schriftliche Anleitungen bei Eltern mit kognitiven Einschränkungen generell helfen kann, die Fertigkeiten zur Kinderbetreuung zu verbessern. Sie kamen zum Schluss, dass diese Methode eine effektive und vergleichsweise kostengünstige Therapiemassnahme darstellt. Die Verfasserinnen sehen in den beschriebenen Interventionen den Vorteil, dass sie helfen, bei den betroffenen Müttern das Gefühl von Angst und Überforderung in Bezug auf die Kinderbetreuung zu verringern und somit zu einer Steigerung des Selbstwertgefühls beitragen können. Dies setzt laut During (2000) jedoch voraus, dass die Angehörigen der Person mit Hirnschädigung die Möglichkeit bieten, wieder Verantwortung für bestimmte Aufgaben (in der Kinderbetreuung) zu übernehmen. Dazu ist sowohl eine genaue Identifikation der Möglichkeiten und Schwierigkeiten der Betroffenen als auch eine Aufklärung der Familienmitglieder über die zumutbaren Risiken notwendig.

Geht es darum, dass die Mütter gemeinsam mit ihren Kindern auch wieder vermehrt am öffentlichen Leben partizipieren, sei das auf dem Spielplatz oder an einem Kinderfest, stellen sich weitere Herausforderungen. Die Betroffenen, die oftmals das Gefühl haben, in der Mutterrolle zu versagen, sind in Kontakt mit anderen Müttern meist sehr zurückhaltend und verwehren somit unbewusst auch ihren Kindern die soziale Partizipation. Die Verfasserinnen sehen daher die Chance, in der Ergotherapie zur Kontaktaufnahme zu ermutigen und gemeinsam nach Möglichkeiten zur sozialen Interaktion zu suchen. Auch die Vermittlung von Selbsthilfegruppen kann den Betroffenen helfen, Erfahrungen auszutauschen und neue Kontakte zu knüpfen. Auf der Website von Fragile Suisse (www.fragile.ch) sind unter der Rubrik "Dienstleistungen" regionale und kantonale Angebote ersichtlich.

6. Schlussfolgerungen

6.1 Berufsrelevante Schlussfolgerungen und Implikationen

Bei der Untersuchung der Mutter-Kind-Beziehung wurden zwei Hauptaspekte eruiert, welche miteinander in Wechselwirkung stehen. Zum einen das Selbstbild der

Mutter und zum anderen das Verhalten des Kindes. Um ein realistisches Selbstbild und ein Gefühl der Selbstwirksamkeit bei den Müttern zu fördern, wurden verschiedene Interventionen aufgezeigt. Diese beinhalten die Verbesserung von Kommunikationsfertigkeiten durch eine genaue Evaluation der sozialen Fertigkeiten und darauf abgestimmte Interaktionsübungen sowie die Kompetenzsteigerung im Umgang mit Belastungen und Aggressionen. Das Verhalten des Kindes wurde in der Literatur anhand von Beobachtungen genau analysiert und durch eine entsprechende Anpassung der mütterlichen Umgangsformen positiv beeinflusst.

In Bezug auf die Gestaltung und Anpassung der physischen Umwelt zur verbesserten Durchführung elterlicher Aktivitäten konnte aufgezeigt werden, dass bei der Auswahl von Hilfsmitteln ein klientenzentrierter und ganzheitlicher Ansatz notwendig ist, um die betroffene Person in derer effektiven Nutzung zu unterstützen. Dabei kann der Einsatz von Modellen und spezifischen Assessments helfen, eine ganzheitliche Sicht der Klientin zu erhalten und die wichtigen Faktoren bei der Wahl des Hilfsmittels zu berücksichtigen. Um den Umgang mit den entsprechenden Hilfsmitteln zu lehren, hat es sich bewährt, den Gebrauch zunächst einmal zu beschreiben, vorzuzeigen und dann gemeinsam mit dem Klienten zu üben. Hausbesuche können ausserdem genutzt werden, um die räumlichen Voraussetzungen zu überprüfen und bei Bedarf Änderungen vorzunehmen. Viele Aktivitäten können bereits durch kleinere Veränderungen, wie beispielsweise das Umplatzen von Möbeln wesentlich erleichtert werden. Vor allem wenn die betroffene Mutter auf einen Rollstuhl angewiesen ist, sind aber zumeist grössere Anpassungen notwendig. Konkrete Ideen dazu wurden im Theorie-Praxis-Transfer vorgestellt. Bei der Identifikation von Interventionsmöglichkeiten zur Förderung gemeinsamer Betätigungen scheint den Verfasserinnen die genaue Analyse problematischer Mutter-Kind-Aktivitäten besonders zentral. Sie hilft, einzelne Handlungsschritte zu definieren und spezifische Anpassungen vorzunehmen. Dabei können Unterstützungsmöglichkeiten wie bildliche oder schriftliche Kurzanleitungen sowie Tages- und Wochenpläne eine grosse Hilfe für die Betroffenen darstellen.

Die Verfasserinnen möchten bei dieser Gelegenheit im Sinne der Klientenzentrierung dazu anregen, wann immer möglich die Ideen und Ressourcen der Mütter und auch der anderen Familienmitglieder zu nutzen, um die Therapie zu gestalten und so die individuellen Rehabilitationsziele gemeinsam zu erreichen.

Es bleibt zu erwähnen, dass die in der Arbeit vorgestellten Assessments zwar als durchaus sinnvoll erachtet werden, um die Probleme der betroffenen Frauen zu evaluieren, auf Grund ihrer teilweise komplexen Inhalte und Handhabung jedoch nicht ohne Weiteres mit Klientinnen mit erworbener Hirnschädigung angewendet werden können. Besonders bei Selbsteinschätzungsbögen könnten die Betroffenen aufgrund kognitiver Einschränkungen an ihre Grenzen stossen. Es kann daher die Notwendigkeit bestehen, Assessments und Fragebögen zu vereinfachen und an die Fertigkeiten und Bedürfnisse der Klientinnen anzupassen.

6.2 Offene Fragen

Die Verfasserinnen haben durch die Bearbeitung des Themas eine vertiefte Einsicht in die theoretischen Hintergründe der Mutterrolle erhalten und Wissen über die Folgen einer erworbenen Hirnschädigung für die Rollenausübung generiert. Es stellt sich dabei aber die Frage, inwiefern dieses alltagsnahe Thema auf ausschliesslich theoretischer Basis erarbeitet werden kann. Für die Verfasserinnen wäre es daher auch sehr spannend und hilfreich gewesen, betroffenen Müttern direkt Fragen zu ihrer "Situation" stellen zu können und dadurch Informationen aus erster Hand zu erhalten. Bei der Auseinandersetzung mit dem Thema "Mütter mit erworbener Hirnschädigung", sind die Verfasserinnen ausserdem auf weitere Aspekte gestossen, die zukünftig sowohl theoretisch als auch praktisch untersucht werden sollten. Zum Beispiel stellt sich die Frage, wie alleinerziehende Mütter mit Krankheit oder Behinderung umgehen oder was spezifisch bei der Therapie von Müttern mit Migrationshintergrund beachtet werden müsste.

Die Verfasserinnen machen zudem darauf aufmerksam, dass die untersuchte Literatur zum Thema dieser vorliegenden Arbeit beinahe ausschliesslich aus dem englischsprachigen Raum (Kanada, Australien und USA) stammt. Daher wäre weiterführende Forschung insbesondere im europäischen Raum sinnvoll, um die Übertragung auf unseren Kulturkreis besser gewährleisten zu können.

6.3 Zukunftsaussichten

Bei der Literaturrecherche zum Thema stiessen die Verfasserinnen hauptsächlich auf Studien, welche die Problematik von Eltern mit Kindern mit Behinderung beschreibt oder die Auswirkungen einer elterlichen Behinderung auf die Kinder untersucht. Quellen, welche auf die Ausübung der Eltern- und Mutterrolle eingehen, sind rar und

mussten grösstenteils aufgrund fehlender Wissenschaftlichkeit aus der vorliegenden Arbeit ausgeschlossen werden. Um eine effektive Behandlung von Müttern mit erworbener Hirnschädigung gewährleisten zu können, ist dementsprechend sowohl eine genauere Untersuchung der gemachten Erfahrungen betroffener Frauen als auch eine Ermittlung passender therapeutischer Massnahmen für die entsprechenden Einschränkungen notwendig. Dazu bedarf es an weiterer Forschung, um der steigenden Anforderung an Evidenzbasierung gerecht werden zu können

Die im Rahmen dieser Arbeit zusammengestellten Interventionen zeigen jedoch auf, dass die Ergotherapie ein grosses Potential aufweist, kranke und behinderte Mütter in ihrer Rollenausübung zu unterstützen.

Auch wenn also die Generierung fundierter wissenschaftlicher Erkenntnisse zu diesem Thema voraussichtlich noch viel Zeit in Anspruch nehmen wird, ist es den behandelnden Therapeuten auch gegenwärtig schon möglich, durch eine bewusste Erfassung und Berücksichtigung der Mutterrolle den betroffenen Frauen emotionale und physische Unterstützung anzubieten.

6.4 Danksagung

Wir bedanken uns ganz herzlich bei allen, die uns bei der Verfassung dieser Arbeit in irgendeiner Form unterstützt haben. Ein besonderer Dank gilt dabei unserer Mentorin Frau Nicole Markwalder-Mettauer für die wertvollen Denkanstösse und Ratschläge sowie Christine Recher für das seriöse Korrekturlesen.

6.5 Wortzahl

Abstrakt: 200

Arbeit: 11'986

7. Verzeichnisse

7.1 Literaturverzeichnis

- Alfermann, D. (1997). Ein Kind gehört zu seiner Mutter. Über Rollenerwartungen und ihre Folgen. In M. Schuchard & A. Speck (Hrsg.), *Mutterbilder - Ansichtssache* (S. 31-47). Heidelberg: Mattes.
- American Psychological Association (2010). *Publication Manual of the American Psychological Association* (6th Edition). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bates, P.S., Cole Spencer, J., Young, M. E. & Hopkins Rintala, D. (1993). Assistive technology and the newly disabled adult: Adaptation to wheelchair use. *The American Journal of Occupational Therapy*, 47(11), 1014-1021.
- Bernd, T., Van der Pijl, D. & De Witte, L.P. (2009). Existing models and instruments for the selection of assistive technology in rehabilitation practice. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 16, 146-158.
- Brain Injury Association of America (2009). *About Brain Injury*. Heruntergeladen von <http://www.biausa.org/Default.aspx?PageID=3597010&A=SearchResult&SearchID=2237725&ObjectID=3597010&ObjectType=1>
- Bruckmann, N., Ly Cam, L., Paland, S. & Signoroni, J. (2010). „Technology changes, humans don't“. Die Hilfsmittelversorgung verbessern. Vorvalidierung des US-amerikanischen „Assistive Technology Device Predisposition Assessment“ (ATD PA). *Ergotherapie & Rehabilitation*, 49(8), 18-23.
- Case, L. & Feldman, M. A. (1999). Teaching child-care and safety skills to parents with intellectual disabilities through selflearning. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 24, 27-44.
- Case, L., Ducharme, J. M. & Feldman, M. A. (1999). Using Self-Instructional Pictorial Manuals to Teach Child-Care-Skills to Mothers with Intellectual Disabilities. *Behavior Modification*, 23, 480-497.
- Cowley, K. C. (2007). Equipment and modifications that enabled infant child-care by a mother with C8 tetraplegia: A case report. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 2(1), 59-65.

- Crist, P. (1993). Contingent Interaction During Work and Play Tasks for Mothers with Multiple Sclerosis and their Daughters. *The American Journal of Occupational Therapy*, 74(2), 121-131.
- Culler, K. H., Jasch, Ch. & Scanlan, S. (1994). Child care and parenting issues for the young stroke survivor. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 1(1), 48-64.
- Del Fabro Smith, L. (2005). Mothering with a disability: Listening and learning. *Occupational Therapy Now*, 7(3), 19-21.
- DePoy, E. & Gitlin, L. (2005). *Introduction to research: understanding and applying multiple strategies* (3th Edition). Missouri: Elsevier-Mosby.
- Dickson, T. L. (1984). Adaptations for Independent Infant Care by Mothers Who Are Disabled. *Occupational Therapy Health Care*, 1(4), 69-77.
- Ducharme, J. M. (2003). "Errorless" Rehabilitation: Strategies of Proactive Intervention for Individuals with Brain Injury and Their Children. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 18(1), 88-104.
- Ducharme, J. M. & Davidson, A., (2004). Ameliorating the Effects of Violent Behavior in a Mother with Brain Injury. *Clinical Case Studies*, 3, 95-106.
- Ducharme, J. M. & Rushford, N. (2001). Proximal and Distal Effects of Play on Child Compliance with a Brain-Injured Parent. *Journal of applied behaviour analysis*, 34(2), 221-224.
- Ducharme, J. M., Spencer, T., Davidson, A. & Rushford, N. (2002). Errorless Compliance Training: Building a Cooperative Relationship Between Parents With Brain Injury and Their Oppositional Children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72(4), 585-595.
- During, C. J. (2000). Increasing Community Participation after Brain Injury: Strategies for Identifying and Reducing the Risks. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 15(6), 1195-1207.
- Esdaile, S. A. (1996). A Play-Focused Intervention Involving Mothers of Preschoolers. *The American Journal of Occupational Therapy*, 50(2), 113-123.
- Farber, R. (1999). Mothers With Disabilities: In Their Own Voice. *The American Journal of Occupational Therapy*, 54(3), 260-268.
- Finlayson, M. & Havixbeck, K. (1992). A post-discharge study on the use of assistive devices. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 59, 201-207.

- Fleminger, S. (2008). Long-term psychiatric disorders after traumatic brain injury. *European Journal of Anaesthesiology*, 25(4), 123-130.
- Fragile Suisse, (2004). *Unsichtbare Behinderungen*. Heruntergeladen von <http://www.fragile.ch/Download.cfm/Fachinfo%203.pdf?ID=389&Type=2&status=w>
- Fragile Suisse, (2007). *Berufliche Wiedereingliederung nach einer Hirnverletzung*. Heruntergeladen von <http://www.fragile.ch/Download.cfm/Fachinfo-2%20def.pdf?ID=365&Type=2&status=w>
- Francis-Connolly, E. (1998). It Never Ends: Mothering as a Lifetime Occupation. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 5, 149-155.
- Francis-Connolly, E. (2000). Toward an understanding of mothering: A Comparison of Two Motherhood Stages. *American Journal of Occupational Therapy*, 54(3), 281-289.
- Gordon, W.A., Zafonte, R., Cicerone, K., Cantor, J., Brown, M., Lombard, L.,...Chandna, T. (2006). Traumatic brain injury rehabilitation. State of the science. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 84, 343-382.
- Graham, F., Rodger, S. & Ziviani, J. (2010). Enabling Occupational Performance of Children through Coaching Parents: Three Case Reports. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 30(1), 4-15.
- Grue, L. & Tafjord Laerum, K. (2002). Doing Motherhood: some experiences of mothers with physical disabilities. *Disability & Society*, 17(6), 671-683.
- Habermann, C. (2002). Aspekte ergotherapeutischen Handelns in der Neurologie. In C. Habermann & F. Kolster (Hrsg.), *Ergotherapie im Arbeitsfeld Neurologie* (S.1-23). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Herwartz-Emden, L. (1995). *Mutterschaft und weibliches Selbstkonzept. Eine interkulturell vergleichende Untersuchung*. Weinheim: Juventa.
- Hill, H. (1999). Traumatic brain injury: a view from the inside. *Brain Injury*, 13, 839-844.
- Holbrook, T. L., & Hoyt, D. B. (2004). The impact of major trauma: quality of life outcomes are worse in women than in men, independent of mechanism and injury severity. *Journal of Trauma Injury, Infection and Critical Care*, 56(2), 284-290.
- Huber, M. (2010). *Leitfaden Bachelorarbeit* [PDF Dokument]. Heruntergeladen von [http://elearning.zhaw.ch/moodle/file.php/3440/Dateiablage_IPM_4.Semester/The menwoche_Voreberietung_Bachelorarbeit/Unterrichtsmaterial/Ltfdn-BA_Dept-G-V5.1.1-01.04.2010_Endversion.pdf](http://elearning.zhaw.ch/moodle/file.php/3440/Dateiablage_IPM_4.Semester/The%20menwoche_Voreberietung_Bachelorarbeit/Unterrichtsmaterial/Ltfdn-BA_Dept-G-V5.1.1-01.04.2010_Endversion.pdf)

- Huber, M. (2010). *Richtlinien zur strukturellen und formalen Gestaltung von Haus-, Seminar- und Abschlussarbeiten (Bachelor- und Masterarbeiten) an der ZHAW Dept. G* [PDF Dokument]. Heruntergeladen von http://elearning.zhaw.ch/moodle/file.php/3440/Dateiablage_IPM_4.Semester/Themenwoche_Vorbereitung_Bachelorarbeit/Unterrichtsmaterial/Richtlinien_ZHAW_DeptG_2010_V1_0SFS_2010-11-30.pdf
- Johnson, G., Kent, G., Leather, J. (2005). Strengthening the parent-child relationship: a review of family interventions and their use in medical settings. *Child :Care, Health & Development*, 31(1), 25-32.
- Jumisko, E., Lexell, J. & Söderberg, S. (2009). The Meaning of feeling well in people with moderate or severe traumatic brain injury. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 2273-2281.
- Kielhofner, G. (2005). Die interne Organisation des menschlichen Systems bei Betätigungsverhalten. In U. Marotzki, C. Jerosch-Herold und B. Hack (Hrsg.), *Model of Humand Occupation (MOHO) - Grundlagen für die Praxis* (S. 36-48). Heidelberg: Springer-Verlag.
- Law, M., Polatojko, H., Carswell, A., McColl, M. A., Pollock, N. & Baptiste, S. (2009). Das kanadische Modell der "occupational performance" und das "Canadian Occupational Performance Measure". In Ch. Jerosch- Herold, U. Marotzki, B. M. Stubner & P. Weber (Hrsg.), *Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis* (S. 156-170). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Law, M., Stewart, D., Letts, L., Pollock, N., Bosch, J. & Westmorland, M. (1998). *Formular zur kritischen Besprechung qualitativer Studien*. McMaster-Universität.
- Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J. & Westmorland, M. (1998). *Formular zur kritischen Besprechung quantitativer Studien*. McMaster-Universität.
- Marotzki, U. & Reichel, K. (2007). Praxismodelle: Steckbriefe. In C. Scheepers, U. Steinding-Albrecht & P. Jehn (Hrsg.), *Ergotherapie. Vom Behandeln zum Handeln. Lehrbuch für Ausbildung und Praxis* (S. 120-126). Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- McGaw, S., Ball, K. & Clark, A. (2002). The Effect of Group Intervention on the Relationship of Parents with Intellectual Disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 15, 354-366.

- Neuronales Netzwerk – Deutsche Stiftung für Menschen mit erworbenen Hirnschäden (2009). *Was sind erworbene Hirnschäden?* Heruntergeladen von http://www.neuronales-netzwerk.org/index.php?article_id=38
- Ott-Schindele, R. (2002). Schwere erworbene Hirnschädigung. In C. Habermann & F. Kolster (Hrsg.), *Ergotherapie im Arbeitsfeld Neurologie* (S. 232-255). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Pessar, L. F., Coad, M. L., Linn, R. T. & Willer, B. S. (1993). The effect of parental traumatic brain injury on the behaviour of parents and children. *Brain Injury*, 7(3), 231-240.
- Pierce, C. A., & Hanks, R. (2006). Life satisfaction after traumatic brain injury and the World Health Organization Model of Disability. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 85, 889-898.
- Prilleltensky, O. (2003). A Ramp to Motherhood: The Experiences of Mothers with Physical Disabilities. *Sexuality and Disability*, 21(1), 21-47.
- Pro Integral, (2007). *Hirnverletzung und Rehabilitation*. Heruntergeladen von <http://www.prointegral.ch/templates/rpintegral/docs/Hirnverletzung%20und%20Rehabilitation.pdf>
- Reid, D., Angus, J., McKeever, P. & Miller, K. L. (2003). Home is Where Their Wheels Are: Experiences of Women Wheelchair Users. *The American Journal of Occupational Therapy*, 57(2), 186-195.
- Schaffer, M. (2006). Ausgewählte Schlüsselthemen der Soziologie. In R. Windisch & J. Zosseder (Hrsg.), *Sozialwissenschaften für die Ergotherapie* (S. 317-354). München: Urban & Fischer Verlag.
- Scherer, M. J. & Cushman, L. A. (2002). Determining the content for an interactive training programme and interpretive guidelines for the Assistive Technology Device Predisposition Assessment. *Disability and Rehabilitation*, 24, 126-130.
- Simmons, C. D. & Griswold, L. A. (2010). Using the Evaluation of Social Interaction in a community-based program for person with traumatic brain injury. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 17, 49-56.
- Storm, R. & Greathouse, B. (1974). Play and maternal self-concept. *Theory Into Practice*, 13, 297-301.
- Storm, R. & McCalla, K. (1988). Perspectives on childrearing competence. *The Exceptional Child*, 35(3), 155-164.

- Sveen, U., Bautz-Holten, E., Sandvik, L., Alvsaker, K. & Roe, C. (2010). Relationship between competency in activities, injury severity, and post-concussion symptoms after traumatic brain injury. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 17, 225-232.
- Tuleja, Ch. & DeMoss, A. (1999). Babycare assistive technology. *Technology and Disability*, 11, 71-78.
- Turner, B., Ownsworth, T., Cornwell, P. & Fleming, J. (2009). Reengagement in Meaningful Occupations During the Transition From Hospital to Home for People With Acquired Brain Injury and Their Family Caregivers. *The American Journal of Occupational Therapy*, 63(5), 609-620.
- Uysal, S., Hibbard, M. R., Robillard, D., Pappadopulos, E. & Jaffe, M. (1998). The Effect of Parental Traumatic Brain Injury on Parenting and Child Behaviour. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 13(6), 57-71.
- Vallido, T., Wilkes, L., Carter, B. & Jackson, D. (2010). Mothering disrupted by illness: a narrative synthesis of qualitative research. *Journal of Advanced Nursing*, 66(7), 1435-1445.
- Verhaeghe, S., Defloor, T., & Grypdonck, M. (2005). Stress and coping among families of patients with traumatic brain injury: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 14(8), 1004-1012.
- Weeks, G. R. (1994). The intersystem model: An integrative approach to treatment. In G.R. Weeks & L. Hoff (Hrsg.), *Marital-relationship therapy casebook* (S. 3-34). New York: Brunner/Mazel.
- Wiegand, G. (1998). *Selbstveränderung von Müttern aus subjektiver Sicht. Ein Beitrag zur psychoanalytischen Frauenforschung*. Giessen: Psychosozial-Verlag.

7.2 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Canadian Model of Occupational Performance.

Abbildung 2. Occupational Performance Process Model.

Abbildung 3. Matching Person and Technology Model.

7.3 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Keywords.

Tabelle 2. Übersicht der sechs Hauptstudien.

7.4. Abkürzungsverzeichnis

ATD PA: Assistive Technology Device Predisposition Assessment

CAOT: Canadian Association of Occupational Therapists

CMOP: Canadian Model of Occupational Performance

COPM: Canadian Occupational Performance Measure

ESI: Evaluation of Social Interaction

GAS: Goal Attainment Scaling

MPT: Matching Person and Technology

OPC: Occupational Performance Coaching

8. Eigenständigkeitserklärung

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

Datum

Unterschrift

Anhang

A **Formulare zur kritischen Besprechung der Hauptstudien**

Für jede der Hauptstudien wurde eine Tabelle zur Bewertung ausgefüllt. Diese entspricht den Inhalten des Formulars zur kritischen Besprechung qualitativer beziehungsweise quantitativer Studien von Law et al. (1998).

Kritische Besprechung quantitativer Studien nach Law, M., Stewart, D., Letts, L., Pollock, N., Bosch, J. und Westmorland, M. (1998)

Titel: Using the Evaluation of Social Interaction in a community-based program for persons with traumatic brain injury

Autoren: C.D. Simmons und L:A: Griswold

Jahr: 2010

| | |
|--|---|
| <p>Zweck</p> <p>Angaben zum Zweck der Studie → JA</p> | <p>Der Zweck der Studie ist auf Seite 50 im letzten Abschnitt beschrieben. „The purpose of this pilot study was to examine the utility to the Evaluation of Social Interaction (ESI) in a community-based program for persons with traumatic brain injury (TBI), as well as its effectiveness in measuring occupational therapy interventions. → passt zu unserer Fragestellung</p> |
| <p>Literatur</p> <p>Sichtung von relevanter Hintergrundliteratur → JA</p> | <p>Im ersten Teil „Introduction“ wird Hintergrundliteratur erwähnt, welche gesichtet worden ist.</p> |
| <p>Design</p> <p>(Quasiexperimenteller Vorher-Nachher-Test)</p> <p>Wahl eines passenden Studiendesigns → JA</p> | <p>Das gewählte Design „Vorher-Nachher-Design“ ist passend zur Fragestellung. So kann man untersuchen, ob eine gewisse Intervention Nutzen zeigt.</p> |

| | |
|---|--|
| <p>Stichprobe</p> <ul style="list-style-type: none"> - Detaillierte Beschreibung der Stichprobe → JA - Begründung der Stichproben-grösse → NICHT ANGEGEBEN | <p>Die Stichprobenauswahl ist sehr detailliert dargestellt. Im Teil „Material and methods“ wurde im Unterkapitel „Participants“ beschrieben, wer mitgemacht hat (10 Teilnehmer, 4 Frauen und 6 Männer, welche von sich aus Probleme in der sozialen Interaktion identifiziert haben und alle in einem bereits bestehenden Gruppen-Programm teilnehmen, dort wurden sie auch auf die geplante Studie aufmerksam und haben sich als Teilnehmer gemeldet.</p> <p>Die Teilnehmer wurden genau über den Inhalt der Studie informiert und wussten, dass sie jederzeit die Möglichkeit hatten auszu-steigen. Die Studie wurde durch die Universi-tät of New Hampshire und durch das „com-munity program’s institutional review board gutgeheissen.</p> |
| <p>Outcome</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zuverlässigkeit der Outcome Messungen → JA - Vailidität der Outcome Mes-sungen → JA | <ul style="list-style-type: none"> • Post Test mit dem ESI um die „baseli-ne“ der sozialen Interaktion herauszufinden. Nach 8 Wochen wurde das ESI erneut durchgeführt. • Die outcome Messungen waren vali-de, da das ESI gemäss einer aktuel-len Studie von Simons et. al. validiert ist. Auch die Therapeuten, welche die Messungen durchführen sind, nach-dem sie einen Kurs absolvieren, ver-lässiglich (reliable). |
| <p>Massnahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Detaillierte Beschreibung der Massnahmen → JA - Vermeidung von Kontaminie-rung → NEIN - Vermeidung von Ko-Interventionen → NEIN | <p>Allgemein wird im Teil „Procedure“ erwähnt, dass die Teilnehmer zweimal wöchentlich für 50Minuten Therapie erhalten haben. Im an-schliessenden Teil „Details of the interventi-on“ wird noch detaillierter darauf eingegan-gen (angelehnt an die Prinzipien des OTIPM, Occupational Therapy Intervention Process Modell). Das sind in Stichworten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wenig schwierige Soziale Fertigkeiten werden geübt (z.B. Place self, gathe-ring Information), der „Schwierigkeits-grad wurde kontinuierlich erhöht. • Es wurden folgende Therapieansätze verwendet: <ul style="list-style-type: none"> ○ „adaptive occupation“ = Ver-wendung von Kompensations-strategien, z.B. mehr Zeit ein-planen. ○ „acquistitional occupaton“ = Un- |

| | |
|--|---|
| | <p>terstützung anbieten, damit sich der Klient neue Fertigkeiten aneignen kann, welche mehr ziel-orientiert sind, z.B. bei der Kommunikation Gesten einsetzen.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Es wird bei den zwei Therapieansätze auch auf weitere Hintergrund- Literatur verwiesen ● Die Massnahmen fanden im Rahmen des gewöhnlichen Gruppenangebots statt und beinhalteten die gleichen „meaningful“ Aktivitäten, die Teilnehmer wurden aber zusätzlich gemäss ihren evaluierten Schwierigkeiten zielorientiert betreut. |
| <p>Ergebnisse</p> <ul style="list-style-type: none"> - Angaben zur statistischen Signifikanz der Ergebnisse (p<0,05) → JA - Geeignete Analysemethoden → JA - Angabe der klinischen Bedeutung → JA - Angaben über ausgeschiedene Studienteilnehmer → JA | <p>Es wurde ein T-Test durchgeführt, dessen Ergebnis signifikant ist. Die Resultate werden in Table 5 genau aufgelistet.</p> <p>Es gab keine Kontrollgruppe Es gab keine Ausscheidungen</p> |
| <p>Schlussfolgerungen und Klinische Implikationen</p> <p>Angemessenheit der Schlussfolgerungen im Hinblick auf Methoden und Ergebnisse der Studie → JA</p> | <p>Gemäss den Autoren zeigen das Resultat der Studie auf, dass das ESI als „valid“ und „reliable“ Assessment genutzt werden kann, um die Performanzfertigkeiten im Bereich Soziale Interaktion gezielt zu verbessern. Die Autoren erwähnen im Teil „Future research“, dass die Studie folgende Begrenzungen aufweist:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● kleine Teilnehmergruppe ● Aussagekraft der Resultate gering ● Keine Kontrollgruppe ● Fokus auf eine Gruppe Personen mit dem gleichen Krankheitsbild (Generalisierung ist schwierig) ● Beobachtungen sind in einem künstlichen Setting erfolgt |

Kritische Besprechung quantitativer Studien nach Law, M., Stewart, D., Letts, L., Pollock, N., Bosch, J. und Westmorland, M. (1998)

Titel: Errorless compliance Training: Building a Cooperative Relationship Between Parents with Brain Injury and Their Oppositional Children

Autoren: J.M. Ducharme, T. Spencer, A. Davidson, N. Rushford

Jahr: 2002

| | |
|---|---|
| <p>Zweck</p> <p>Angaben zum Zweck der Studie → JA</p> | <p>Im letzten Abschnitt der Einleitung wird detailliert das Ziel formuliert. Die Autoren stellen die Hypothese auf, dass „Errorless Compliance Training“ hilft, um die Folgsamkeit der Kinder für elterliche Aufforderungen zu verbessern. Diese Methode ist insofern für die Ergotherapie und unserer Fragestellung relevant, da wir die Fertigkeiten verbessern möchten, welche Eltern benötigen um ein gutes Verhältnis zu den Kindern zu erhalten (trotz erworbener Hirnschädigung).</p> |
| <p>Literatur</p> <p>Sichtung von relevanter Hintergrundliteratur → JA</p> | <p>Hintergrundliteratur zum Thema Brain Injury, psychosoziale Auswirkungen und Familienleben wurden gesichtet und in der Einleitung erwähnt.</p> |
| <p>Design</p> <p>(Fallverlaufsstudie)</p> <p>Wahl eines passenden Studiendesigns → JA</p> | <p>Es wurde ein „Time-Serie-Design“ (Fallverlaufsstudie) gewählt, weil dies empfohlen wird um neue Behandlungsansätze zu untersuchen (Development & Evaluation). Die Studienfrage wird damit beantwortet</p> |
| <p>Stichprobe</p> <ul style="list-style-type: none"> - Detaillierte Beschreibung der Stichprobe → JA - Begründung der Stichprobengröße → NEIN (nicht direkt) | <p>12 Personen entsprachen den Einschlusskriterien (Diagnose: Brain Injury, Eltern von Kinder jünger als 10 Jahre mit Verhaltensauffälligkeiten zwischen Eltern und Kind). Es war nur eine Gruppe. In der „Baseline-Phase“ sind 2 Teilnehmer/Familien ausgeschieden und anschliessend sind noch 3 Familien ausgeschlossen worden (Scheidung, Trennung vom Kind und Spitalaufenthalt)</p> <p>Die Autoren haben lokale Spitäler und Rehakliniken angeschrieben und in Newsletter inseriert, welche Fachpersonen für „Brain Injury“ lesen, um auf die Studie aufmerksam zu machen. Die Stichprobengröße wurde nicht direkt begründet, sie ist aber klein, weil die Kriterien streng waren.</p> |
| <p>Outcome</p> | <p>1.Messung: Beobachtung der Folgsam-</p> |

| | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Zuverlässigkeit der Outcome Messungen → JA - Validität der Outcome Messungen → JA | <p>keit der Kinder bei den Familien zu Hause. (vor Behandlung) 2.Messung: während der Behandlung 3.Messung: Nach Behandlung</p> <p>Messungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observational measure of child compliance • Parent report measure of child compliance • Parent report measure of parent self-esteem. • Consumer satisfaction |
| <p>Massnahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Detaillierte Beschreibung der Massnahmen → JA - Vermeidung von Kontaminierung → NEIN - Vermeidung von Ko-Interventionen → NEIN | <p>Im Teil „Treatment Procedure“ ist detailliert beschrieben, was die Behandlung beinhaltet.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Analyse der Schwierigkeitslevels von Anforderungen (welche Anforderungen gelingen und welche sind schwierig), Einteilung von Level1 bis 4 <ul style="list-style-type: none"> • Performanzbasiertes Lernen (modellieren, erproben, feedback geben) • Erlernen von positiven Reaktionen, wenn das Kind folgsam ist und adäquate Reaktion, wenn das Kind Anforderungen nicht nachkommt (Nähe-Distanz) • Lernen schwierige Anforderungen zu umgehen und täglich Anforderungen zu verwenden, welche gut gelingen Level 1 • Therapeuten besuchten die Teilnehmer zu Hause, wenn 75% der Level 1 Anforderungen gelingen, können Level 2 Anforderungen geübt werden, es folgt anschließend eine Steigerung bis Level 4 Anforderungen |
| <p>Ergebnisse</p> <ul style="list-style-type: none"> - Angaben zur statistischen Signifikanz der Ergebnisse ($p < 0,05$) → Teilweise - Geeignete Analysemethoden → JA - Angabe der klinischen Bedeutung → JA | <ul style="list-style-type: none"> • Zusätzlich zu den Untersuchten „Anforderungslevels“ wurde ein „Parent-Self-Esteem“ durchgeführt (Vorher-Nachher-Test), gemäss den Autoren schätzen die Teilnehmer ihre Fertigkeiten signifikant besser ein. • Es gab keine Kontrollgruppe • Ausscheidungen sind dokumentiert |

| | |
|---|---|
| <p>- Angaben über ausgeschiedene Studienteilnehmer → JA</p> | |
| <p>Schlussfolgerungen und Klinische Implikationen</p> <p>Angemessenheit der Schlussfolgerungen im Hinblick auf Methoden und Ergebnisse der Studie → JA</p> | <p>Dank der Einfachheit der Behandlungsmethode, ist das „Errorless Compliance Training“ gut für Eltern mit erworbener Hirnschädigung geeignet. Gemäss den Autoren, gibt es auch keine andern (ihnen bekannte) Therapieansätze, welche auf diese Klientengruppe abzielt.</p> <p>Einschränkung: Das Errorless Compliance Training wurde von Herrn Ducharme entwickelt und daher hat er ein Eigeninteresse, dass die Studie gute Ergebnisse erzielt. Die Ergebnisse sollten daher kritisch hinterfragt/geprüft werden.</p> |

Kritische Besprechung quantitativer Studien nach Law, M., Stewart, D., Letts, L., Pollock, N., Bosch, J. und Westmorland, M. (1998)

Titel: A post-discharge study on the use of assistive devices

Autoren: M. Finlayson & K. Havixbeck

Jahr: 1992

| | |
|--|--|
| <p>Zweck</p> <p>Angaben zum Zweck der Studie → JA</p> | <p>Die Studie untersucht, wie viele der abgegebenen Hilfsmittel die Klienten des Oaks General Hospital in Manitoba (Kanada) nach ihrer Entlassung tatsächlich genutzt haben und welche Faktoren sich positiv oder negativ auf den Gebrauch auswirken. Zusätzlich soll herausgefunden werden, wie zufrieden die Klienten mit der Hilfsmittelinstruktion durch ihre Ergotherapeuten waren. Die Antworten auf diese Fragen können wichtige Anhaltspunkte für ergotherapeutische Interventionen in Bezug auf die Hilfsmittelabklärung liefern.</p> |
| <p>Literatur</p> <p>Sichtung von relevanter Hintergrundliteratur → JA</p> | <p>Vorhergehende Studien haben gezeigt, dass 20-40% der in der Ergotherapie abgegebenen Hilfsmittel von den Patienten nicht genutzt werden. Die Gründe dafür werden einer schlechten Instruktion und einer unpassenden Auswahl zugeschrieben.</p> |
| <p>Design</p> <p>(Querschnittstudie) Wahl eines passenden Studiendesigns → JA</p> | <p>Da die Studie zum Ziel hatte, Faktoren, welche den Hilfsmittelgebrauch beeinflussen zu identifizieren und somit das Thema der Hilfsmittelabklärung genauer zu explorieren, stellt die Querschnittsstudie ein passendes Design dar.</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>Es lassen sich jedoch nur schwer allgemeine Schlussfolgerungen über Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge machen, da es unmöglich ist, zu wissen, ob alle beeinflussenden Faktoren bei der Studie berücksichtigt wurden. Um die Effekte der vorgenommenen Hilfsmittelinstruktion aufzeigen zu können, würde sich eine RCT besser eignen. Da die Studie jedoch in einem klinischen Setting durchgeführt wurde, war es aus ethischen Gründen nicht möglich, eine Kontrollgruppe mit einzubeziehen.</p> |
| <p>Stichprobe</p> <ul style="list-style-type: none"> - Detaillierte Beschreibung der Stichprobe → JA - Begründung der Stichprobengröße → NEIN | <p>Es wurden alle Klienten eingeladen, an der Studie teilzunehmen, die in einem bestimmten Zeitraum (April bis Juli 1989) Ergotherapie bekamen und dort ein oder mehrere Hilfsmittel erhalten hatten. Es fand also eine Zusammensetzung aus allen Bereichen der Klinik (Tagesklinik, Geriatrie, Neurologie, Orthopädie) statt. An der Studie nahmen 29 Klienten (zehn Männer und 19 Frauen) teil.</p> |
| <p>Outcome</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zuverlässigkeit der Outcome Messungen (Reliabilität) → NICHT ANGEGEBEN - Gültigkeit der Outcome Messungen (Validität) → NICHT ANGEGEBEN | <p><u>Outcome Bereiche:</u> Komponenten der Performanz (Wieviele Hilfsmittel wurden genutzt?) Komponenten der Umwelt (Warum wurden bestimmte Hilfsmittel nicht genutzt?)</p> <p><u>Outcome Messungen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Normale Informationssammlung während des Klinikaufenthaltes anhand des "Survey Information Sheet" <ul style="list-style-type: none"> ○ Demographische Daten (Diagnose, Datum der ersten ergotherapeutischen Behandlung, Datum der Entlassung) ○ Selbständigkeit in den Bereichen Hygiene, Essen, Transfer, Anziehen und Toilettengänge (anhand des klinikeigenen Ergotherapie-Assessments) ○ Unterstützung nach der Entlassung durch Familienmitglieder, Nachbarn, Gesundheitsdienste) ○ Informationen zum Hilfsmittel (Art, Einführungsdauer) • Telefongespräche anhand des "Telephone Interview Questionnaires" <ul style="list-style-type: none"> ○ Setzt der Patient das Hilfsmittel ein und sind damit Probleme aufgetreten? ○ Empfindet der Patient die Einführung in der Klinik als hilfreich zum Gebrauch? |

| | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> ○ Wird der Patient von anderen Personen unterstützt? ● Heimbesuche anhand des "Home Visit Questionnaires " <ul style="list-style-type: none"> ○ Welche Personen waren beim Besuch anwesend? ○ Wie lange dauerte der Besuch? ○ Welche Hilfsmittel nutzte der Patient, welche nicht? ○ Hatte der Patient einen sicheren Umgang mit dem Hilfsmittel? ○ Empfindet der Patient die Einführung in der Klinik als hilfreich? |
| <p>Massnahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Detaillierte Beschreibung der Massnahmen → JA - Vermeidung von Kontamination → ENTFÄLLT - Vermeidung von Ko-Interventionen → ENTFÄLLT | <p>Die Massnahme bezog sich auf die Hilfsmittelanwendung und bestand aus einer verbalen Erklärung und einer praktischen Demonstration durch den Therapeuten sowie einem aktiven Ausprobieren durch den Klienten. Es wurde den jeweils behandelnden Therapeuten überlassen, wie viel Zeit dafür aufgewendet wird.</p> <p>Durchschnittlich wurden in vier Therapieeinheiten jeweils neun Minuten genutzt, um die Hilfsmittel zu instruieren.</p> |
| <p>Ergebnisse</p> <ul style="list-style-type: none"> - Angaben zur statistischen Signifikanz der Ergebnisse ($p < 0,05$) → NICHT ANGEGEBEN - Geeignete Analysemethoden → NICHT ANGEGEBEN - Angabe der klinischen Bedeutung → NICHT ANGEGEBEN - Angaben über ausgeschiedene Studienteilnehmer → JA | <p>Die Resultate zeigen, dass alle ausser einem Patienten mit der Instruktion in die Hilfsmittel, die sie durch die Ergotherapeuten erhalten haben zufrieden waren.</p> <p>Zur Zeit der Befragung wurden noch 75% aller ausgeteilten Hilfsmittel von den Teilnehmern genutzt. Von den Klienten, welche vor der Entlassung aus dem Krankenhaus gemeinsam mit dem Ergotherapeuten einen Hausbesuch machen konnten, wurden die Hilfsmittel 2,08 mal häufiger genutzt, als von denen, die keinen Hausbesuch erhalten haben.</p> <p>Ein Patient verstarb vor der Befragung, weshalb er bei der Auswertung der Daten nicht berücksichtigt wurde.</p> |
| <p>Schlussfolgerungen und Klinische Implikationen</p> <p>Angemessenheit der Schlussfolgerungen im Hinblick auf Methoden und Ergebnisse der Studie → JA</p> | <p>Die Studienergebnisse zeigen auf, dass der Nichtgebrauch von Hilfsmitteln auf eine Verbesserung der Körperfunktionen des Patienten, eine unpassende Auswahl, eine fehlende Installation oder das Vorhandensein ähnlicher Hilfsmittel zurückgeführt werden kann.</p> <p>Ein Hausbesuch durch den Therapeuten unter Berücksichtigung architektonischer Gegebenheiten und eine detailliertere Informationssammlung (Möglichkeiten und Schwierigkeiten des Patienten, Vorhandensein ähnli-</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>cher Hilfsmittel) könnte die effiziente Nutzung der Hilfsmittel verbessern.</p> <p>Die Begrenzung der Studie lag in der kleinen Teilnehmerzahl mit unterschiedlichen Krankheitsbildern.</p> <p>Es wird empfohlen, in weiteren Studien die Wirkung der Anwesenheit von Familienmitgliedern bei der Instruktion von Hilfsmitteln zu untersuchen und einen Zusammenhang des Hilfsmittels mit der damit auszuübenden Aktivität herzustellen, um zu sehen, ob die Zufriedenheit bei der Nutzung durch die Bedeutung der Aktivität beeinflusst wird.</p> |
|--|---|

Kritische Besprechung qualitativer Studien nach Law, M., Stewart, D., Letts, L., Pollock, N., Bosch, J. und Westmorland, M..

Titel: Determining the content for an interactive training programme and interpretive guidelines for the Assistive Technology Device Predisposition Assessment.

Autoren: M. J. Scherer, & L. A. Cushman.

Jahr: 2002

| | |
|---|--|
| <p>Zweck</p> <p>Angaben zum Zweck der Studie → JA</p> | <p>Das Ziel der Studie war es, mögliche Inhalte von Richtlinien sowie einem interaktiven Trainingsprogramm für die Nutzung des MPT- Modells und des dazugehörigen ADT PA zu definieren.</p> <p>Weiter wurden die Zufriedenheit der medizinischen Fachpersonen und ihrer Klienten mit dem bestehenden MPT-Modell und allgemeine Ansprüche an Modelle zur Hilfsmittelabklärung erfragt.</p> |
| <p>Literatur</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sichtung der relevanten Hintergrundliteratur → JA - Untersuchung eines Bereiches der Ergotherapie → JA | <p>An die medizinischen Fachpersonen wird im Rehabilitationsprozess einerseits die Anforderung von Seiten der Klienten gestellt, neueste Technologien zur Verfügung zu stellen, währenddem aus wirtschaftlichen Gründen die Notwendigkeit besteht, die Kosten für die Hilfsmittelversorgung möglichst tief zu halten. Da mittlerweile eine grosse Vielfalt von technischen Hilfsmitteln angeboten wird, bei deren Auswahl aber unbedingt Lebensqualität, persönliche Einstellungen und Erwartungen der Klienten berücksichtigt werden sollen, stellen das 1989 entwickelte Modell der "Matching Person and Technology" (MPT) und das daraus entstandene "Assistive Technology Device Predisposition Assessment" (ATD PA) eine grosse Unterstützung zur klientenzentrierten</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>Hilfsmittelversorgung dar. Sie haben zum Ziel persönliche Einstellungen und Bedürfnisse der Klienten im Bezug auf die Hilfsmittel zu identifizieren und Informationen über die wichtigsten Kontextfaktoren zu sammeln, um eine möglichst passende Auswahl zu gewährleisten. Die effiziente Nutzung des MPT und ATD PA setzt jedoch ein ausreichendes Hintergrundwissen der Fachpersonen (u.a. Ergotherapeuten) voraus, wozu Richtlinien und Schulungen unumgänglich sind.</p> |
| <p>Design (phänomenologisch)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wahl eines passenden Studiendesigns → JA - Identifikation einer theoretischen Perspektive → JA - Wahl von passenden Methoden zur Informationssammlung → JA | <p>Die Studie untersuchte die persönliche Meinung der Fachpersonen und ihrer Klienten zum Gebrauch des ATD PA und den dazugehörigen Richtlinien, wozu sich das phänomenologische Design gut eignete. Die theoretische Sichtweise der Forscher wird einleitend dargelegt. Die Informationssammlung fand anhand von Telefonbefragungen statt, da die räumliche Distanz keine Interviews zuließ. Da die Teilnehmer so ebenfalls persönliche Meinungen und Erfahrungen schildern konnten, scheint diese Methode geeignet zu sein.</p> |
| <p>Stichprobenauswahl</p> <ul style="list-style-type: none"> - Beschreibung der gezielten Auswahl → JA - Redundanz der Daten → NEIN - Einholung der wohlinformierten Zustimmung → JA | <p>Zu Beginn wurden alle Fachpersonen, die auf einer Datenbank als Nutzer des ATD PA registriert waren per Brief angefragt, ob sie an der Studie teilnehmen möchten. Aus den eingehenden Antworten wurden diejenigen Fachpersonen ausgewählt, die den MPT Prozess in den letzten 24 Monaten bei mindestens 12 Klienten angewendet hatten und bereit waren, in einer Telefonbefragung von den damit zusammenhängenden Erfahrungen zu berichten. Weiter war es notwendig, dass die Fachpersonen mindestens zwei Klienten in die Studie mit einbeziehen konnten, welche den MPT Prozess zwischen 6 und 9 Monaten vor der Kontaktaufnahme beendet hatten. Diese Klienten mussten wiederum in der Lage zur verbalen Kommunikation sein und ihr Einverständnis geben, in einer Telefonbefragung Informationen über persönliche und umweltbezogene Faktoren zu geben und sich über den MPT-Prozess zu äussern. Aus den Personen, die diese Kriterien erfüllten, wurden 30 Fachpersonen mit jeweils ein bis zwei Klienten ausgewählt. Von allen Studienteilnehmern wurde eine wohl-</p> |

| | |
|---|--|
| | informierte Zustimmung in Form einer Unterschrift eingeholt. |
| <p>Datenerhebung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Deskriptive Klarheit über Ort → JA - Teilnehmer → JA - Referenzen des Forschers → NEIN - Rolle des Forschers → NEIN - Beziehung zu Teilnehmern, → NEIN - Angaben der Annahmen des Forschers → NEIN - Verwendung von prozeduraler Strenge zur Datenerhebung → NEIN | <p>Es sind Informationen über die Teilnehmer angegeben. Es wird jedoch nicht erwähnt, durch wen die Telefonbefragungen durchgeführt wurden. Weiter fehlen genaue Informationen zur Datenerhebung (Zeitaufwand, Menge der gesammelten Daten). 22 der 30 Fachpersonen nahmen am gesamten Datensammlungs-Prozess teil und wurden mit ihren Klienten bei der Datenanalyse berücksichtigt. Die Zusammensetzung der Disziplinen sah folgendermassen aus: 1 Ergotherapeut/in, 1 Physiotherapeut/in, 4 Rehabilitationsingenieure/innen, 16 Rehabilitationsberater/innen.</p> |
| <p>Datenanalyse</p> <ul style="list-style-type: none"> - Induktive Datenanalyse → NICHT ANGEGEBEN - Übereinstimmung der Erkenntnisse mit den Daten → NICHT ANGEGEBEN - Angaben zum Entscheidungspfad des Forschers bezüglich der Transformation von Daten → NEIN - Adäquate Beschreibung des Transformations-Prozesses → NEIN - Sinnvolle Darstellung des untersuchten Phänomens → JA | <p>Die Datenanalyse wurde durch ein Gutachter-Komitee vorgenommen, das aus 14 Personen mit Fachkenntnissen in der Hilfsmittelentwicklung bestand. Anhand einer "Nominal Group Technique" wurden aus den Zusammengefassten Informationen der Telefonbefragungen Hauptaussagen identifiziert und in drei Kategorien eingeteilt. a) Prozess zur passenden Auswahl von Hilfsmitteln, b) Richtlinien und c) interaktives Trainings-Programm. Danach wurden die Studienteilnehmer gebeten, die Hauptaussagen ihrer Wichtigkeit nach zu ordnen.</p> |
| <p>Vertrauenswürdigkeit</p> <ul style="list-style-type: none"> - Angaben zur Triangulierung <ul style="list-style-type: none"> • Nach Quellen → JA • Nach Forscher → NICHT ANGE- | <p>Die Daten wurden von den 22 teilnehmenden Fachpersonen und jeweils ein bis zwei ihrer Klienten eingeholt. Die Sammlung fand lediglich per Telefon statt. Das Kategorisieren der Hauptaussagen durch die Teilnehmer wird nicht als Member Checking gewertet, da es kein Feedback zu den eigentli-</p> |

| | |
|---|---|
| <p>GEBEN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nach Methoden → NEIN • Nach Theorien → NEIN <p>- Benutzung von Member Checking → NEIN</p> | <p>chen Resultaten darstellt.</p> |
| <p>Schlussfolgerungen und Implikationen</p> <p>- Angemessenheit der Schlussfolgerungen in Bezug auf die Ergebnisse der Studie → JA</p> | <p>Die Befragung zeigt, dass sowohl die Fachpersonen als auch ihre Klienten drei spezifische Ansprüche an Modelle zur Hilfsmittelabklärung haben.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sie müssen die Perspektiven und Bedürfnisse des Klienten miteinbeziehen 2. Sie sollen nicht nur die funktionalen Möglichkeiten sondern vermehrt auch die persönlichen, sozialen und umweltbezogenen Einflüsse auf den Hilfsmittelgebrauch berücksichtigen 3. Sie sollen Unterlagen beinhalten, die den Gebrauch der ausgewählten Hilfsmittel unterstützen und dokumentieren. <p>Mit dem MPT und dem ADT PA waren die Studienteilnehmer sehr zufrieden und schätzten besonders deren Klientenzentrierung. In der Entwicklung eines Computer-Programmes zur Instruktion des Modells für das Fachpersonal sahen sie weiteres Potential. Gewünscht wurden vor allem Hintergrundinformationen zu den verschiedenen Assessments und konkrete Hinweise zu deren Anwendung. Die Richtlinien sollen dann spezifisch Hinweise zu Anpassungen der Assessments an die Klienten liefern. Die Autoren empfehlen daher eine Weiterentwicklung des bestehenden MPT Modells und dessen Inhalte unter Berücksichtigung der Studienresultate.</p> |

Kritische Besprechung quantitativer Studien nach Law, M., Stewart, D., Letts, L., Pollock, N., Bosch, J. und Westmorland, M. (1998)

Titel: Enabling Occupational Performance of Children Through Coaching Parents: Three Case Reports

Autoren: F. Graham, S. Rodger und J. Ziviani

Jahr: 2010

| | |
|---|---|
| <p>Zweck</p> <p>Angaben zum Zweck der Studie → JA</p> | <p>Gemäss den Autorinnen der Studie, gibt es bis anhin nur sehr wenige „Elternzentrierte“ (parent-directed) Therapieansätze. Mit der vorliegenden Studie möchten sie die Möglichkeiten des Occupational Performance Coaching (OPC) anhand drei „Case-Studies“ explorieren. Zusätzlich möchten die erlebten Erfahrungen der Teilnehmer mit dem Programm erforscht werden. Die passt zu unserer Fragestellung</p> |
| <p>Literatur</p> <p>Sichtung von relevanter Hintergrundliteratur → JA</p> | <p>Hintergrundliteratur wurde gesichtet. Im Ersten Abschnitt Introduction gehen die Autoren detailliert auf folgende Themen ein:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Familien-zentrierte Therapie • Bedürfnisse von Eltern • Erwachsenenbildung • Bestehende Literatur zu „Coaching“ |
| <p>Design</p> <p>(Fallstudie und deskriptive Studie (Mixdesign))</p> <p>Wahl eines passenden Studiendesigns → JA</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Die Studie besteht aus einem Mix-Design (Fallstudie mit Vorher-Nachtest und deskriptive Methodik) • Die Autorinnen untersuchen den Nutzen der Intervention, also ob das OPC eine Verbesserung für die betroffenen Eltern bringt. • Das zweite Design welches gewählt wurde, ist qualitativ und untersucht die Erfahrungen der Eltern (halbstrukturierte Telefoninterviews). |
| <p>Stichprobe</p> <ul style="list-style-type: none"> - Detaillierte Beschreibung der Stichprobe → JA - Begründung der Stichprobengrösse → NEIN | <p>Es ist eine kleine Teilnehmerzahl, 3 Mütter. Sie werden im Abschnitt „Participants“ detailliert beschrieben. Es wird zudem beschrieben, welche Schwierigkeiten sie im Umgang mit ihrem Kind haben. Die Ethik Kommission der relevanten Universität hat die Studie erlaubt. Die Anonymität der Teilnehmerinnen wurde mit der Verwendung von Pseudonym gewährleistet. Es ist nicht im detailliert erwähnt, wie genau die Teilnehmerinnen informiert worden sind. Sie sind aus einer Warteliste einer Universitätsklinik (Pädiatrische Ergotherapie) ausgewählt worden. Da sie Unterstützung in der Ausübung der mütterlichen Aufgaben wünschten.</p> |

| | |
|---|---|
| <p>Outcome</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zuverlässigkeit der Outcome Messungen → JA - Validität der Outcome Messungen → JA | <ul style="list-style-type: none"> • Canadian Occupational Performance Measure • Goal attainment scaling (GAS) <p>Das COPM wurde fundierter Forschung unterzogen</p> |
| <p>Massnahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Detaillierte Beschreibung der Massnahmen → JA - Vermeidung von Kontaminierung → NEIN - Vermeidung von Ko-Interventionen → NEIN | <p>Die Eltern haben 10 Wochen lang am Therapie-Programm teilgenommen. Die Intervention beinhaltete wöchentlich 1h individuelle OPC-Lektionen. Die Mütter wurden zu Hause besucht und individuell und gezielt in den für sie wichtigen Betätigungen unterstützt. Das occupational performance coaching (OPC) wird in verschiedene Schritte unterteilt:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Ziele definieren b) Emotionale Unterstützung c) Aktionsplan d) Ausführung des Plans e) Kontrolle der Performanz/Ausführung f) Generalisierung |
| <p>Ergebnisse</p> <ul style="list-style-type: none"> - Angaben zur statistischen Signifikanz der Ergebnisse ($p < 0,05$) → Nicht möglich - Geeignete Analysemethoden → JA - Angabe der klinischen Bedeutung → NICHT MÖGLICH - Angaben über ausgeschiedene Studienteilnehmer → JA | <p>Aufgrund der kleinen Teilnehmerzahlen konnte kein t-Test durchgeführt werden. Aber besonders die Zufriedenheit mit der Ausführung der "problematischen" Betätigung konnte gesteigert werden. Beim GAS konnten bei 2 Kindern die Ziele übertroffen werden, bei einem Kind haben sie die Erwartungen lediglich erfüllt.</p> <p>Es gab keine Ausscheidungen Es wurde keine Kontrollgruppe eingesetzt</p> |
| <p>Schlussfolgerungen und Klinische Implikationen</p> <p>Angemessenheit der Schlussfolgerungen im Hinblick auf Methoden und Ergebnisse der Studie → JA</p> | <p>Im Teil "Diskussion" wird die Aussagekraft der Studie kritisch reflektiert und Bezug genommen zu den geschilderten Erfahrungen der Eltern (auch generell in Bezug auf das Familienleben und die "Erziehungsform"). Die kleine Teilnehmerzahl, keine Kontrollgruppe und auch dass keine Follow-up-Messung durchgeführt wurde, wird als Begrenzung gesehen. Zudem konnten Umweltfaktoren (z.B. Erziehungsstil des Vaters), welche auch einen starken Einfluss auf das Verhalten des Kindes haben, nicht in der Studie berücksichtigt werden</p> |

→ Zur Methodik der qualitativen Messungen des Mixdesigns der Studie ist nur sehr wenig erwähnt

- Zwei „Coders (FG und SR) haben separat die Antworten aus den Interviews kodiert und Überthemen definiert
- Transkription wurde wiederum gelesen und Überthemen definiert.
- Wiederum Überarbeitung und separate erneute Transkription (“color Transcripts“)
- Entwicklung gemeinsamer “Consensus“

Kritische Besprechung quantitativer Studien nach Law, M., Stewart, D., Letts, L., Pollock, N., Bosch, J. und Westmorland, M. (1998)

Titel: A Play-Focused Intervention Involving Mothers of Preschoolers

Autoren: S. A. Esdaile

Jahr: 1996

| | |
|---|--|
| <p>Zweck</p> <p>Angaben zum Zweck der Studie → JA</p> | <p>Wirksamkeit einer bereits präventiven Massnahme (basierend auf dem „mother-focused intervention-Model) zur Verbesserung der Eltern-Kind-Beziehung → passt zu unserer Fragestellung</p> |
| <p>Literatur</p> <p>Sichtung von relevanter Hintergrundliteratur → JA</p> | <p>Die Studie ist gerechtfertigt, da die teilnehmenden Mütter ein erhöhtes Risiko für Kindsmisshandlung (ähnlich wie bei Eltern mit erworbener Hirnschädigung) haben und man die Wirksamkeit der „play-focused-intervention“ messen möchte. Es wurde sehr detailliert Hintergrundliteratur gesichtet. Folgende Themen wurden im ersten Teil der Studie thematisiert:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perspektive der Mütter • Mutter-Kind-Interaktion • Kindvariabeln, Aktivitätsbasierte Intervention |
| <p>Design</p> <p>(Quasiexperimentelles Vorher-Nachher-Design)</p> <p>Wahl eines passenden Studiendesigns → JA</p> | <p>Das “quasiexperimentelle Vorher-Nachher-Design“ der Studie eignet sich gut, um die die Wirksamkeit der spielbasierten Intervention aufzuzeigen. Es wurden dazu</p> |
| <p>Stichprobe</p> <ul style="list-style-type: none"> - Detaillierte Beschreibung der Stichprobe → JA - Begründung der Stichprobengrösse → Nicht direkt | <p>Die Studienteilnehmerinnen sind im Abschnitt “Method“ unter dem Untertitel “Subjects“ genau beschrieben. Alle stammen aus der Region Melbourne. Es wurde in zwei Gruppen aufgeteilt, Experimental- oder Kontroll-Gruppe, jede Gruppe hat sowohl Kinder mit schwierigem Verhalten und solche mit einfachem Verhalten. Die Experimental</p> |

| | |
|---|--|
| | <p>Gruppe wurde wiederum in zwei Gruppen aufgeteilt. Wohlinformierte Zustimmung wird nicht erwähnt</p> |
| <p>Outcome</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zuverlässigkeit der Outcome Messungen → Ja - Validität der Outcome Messungen → Nein | <p>Die Experimental Gruppe 1 stellte selber Spielzeuge her und hat diese auch mit dem Kind ausprobiert. Die Experimental Gruppe 2 hat die Spielzeuge nicht hergestellt, nur damit gespielt. Die Kontrollgruppe hat zum Studienzeitpunkt keine Intervention erhalten (hatte aber später die Möglichkeit auch an solchen Kursen teilzunehmen). Alle Teilnehmer haben nach 18 Monaten wiederum den PRAT, PAAT und den zusammenfassenden Fragebogen (qualitative Fragen) ausgefüllt.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Messung: Vor oder gleich zu Beginn der Interventionsphase 2. Messung: Bei der letzten von 10 Sitzungen 3. Messung: Follow-up nach 18 Monaten <p>Fünf standardisierte Fragebögen ("Questionnaires") wurden durchgeführt zur Erfassung der „mütterlichen Fertigkeiten“:</p> <ul style="list-style-type: none"> • STST • Behavior CheckList (BCL) • Parenting Stress Index (PSI) • Parent Attribution Test (RPAT) • Parent as a teacher Inventory (PAAT) <p>Mit einem weiteren Fragebogen wurde erfasst, wie die Eltern das Therapie-Programm empfunden haben.</p> |
| <p>Massnahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Detaillierte Beschreibung der Massnahmen → JA - Vermeidung von Kontaminierung → NEIN - Vermeidung von Ko-Interventionen → NEIN | <p>Im Teil "Procedure" wird detailliert aufgelistet, was in welcher Therapiesitzung (Seesion) durchgeführt wurde.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sitzung 1: Einführung in das Programm und ausfüllen von PSI, RPAT und PAAT (STST und BCL) wurden bereits im Vorfeld ausgefüllt. • Sitzung 2 und 3: Fokus auf explorativem Spiel und Lernen durch Spielen • Sitzung 4 und 5: Fokus auf das Verhalten von Vorschulkindern, imaginäres Spiel, Verwendung von Puppen • Sitzung 6 und 7: Stressmanagement und Entspannungsübungen (für Er- |

| | |
|--|--|
| | <p>wachsene und Kinder)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sitzung 8 und 9: Fokus auf Weiterentwicklung von Fertigkeiten und Problemlösungsstrategien • Sitzung 10: Ausfüllen des zusammenfassenden Fragebogens und erneutes Ausfüllen der 5 Fragebogen zu Beginn |
| <p>Ergebnisse</p> <ul style="list-style-type: none"> - Angaben zur statistischen Signifikanz der Ergebnisse ($p < 0,05$) ➔ NEIN - Geeignete Analysemethoden ➔ UNKLAR - Angabe der klinischen Bedeutung ➔ NICHT MÖGLICH - Angaben über ausgeschiedene Studienteilnehmer ➔ JA | <p>In keinen der 3 Gruppen wurde eine signifikante Verbesserung der Eltner-Kind-Beziehung festgestellt. Auch der Mann Whitney U Test hat keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen aufgezeigt. Trotzdem haben die Teilnehmer betont, dass sie die Intervention geschätzt haben und dass sie ihnen geholfen hat, besser mit den Kindern umzugehen und auch besser entspannen zu können. Es konnte keine klinische Bedeutung festgestellt werden. Drei Studienteilnehmer sind aus dem „Prozess“ ausgestiegen. Der Grund ist nicht angegeben.</p> |
| <p>Schlussfolgerungen und Klinische Implikationen</p> <p>Angemessenheit der Schlussfolgerungen im Hinblick auf Methoden und Ergebnisse der Studie</p> <p>➔ JA</p> | <p>Da die Intervention (bei beiden experimental Gruppen) keine signifikante Verbesserung in der Mutter-Kind-Beziehung gebracht hat, hinterfragen die Autorinnen, das Studiendesign kritisch. Sie kommen zum Schluss, dass ein Qualitatives Studien-Design vermutlich besser gepasst hätte um die Forschungsfrage zu beantworten. Ein klarer Vorteil der Intervention sehen die Autorinnen darin, dass sich auch Mütter welche Mühe haben Hilfe anzunehmen vom „Therapie-Programm“ angesprochen fühlen.</p> |

B Vorgestellte Assessments

Die in der Arbeit vorgestellten Assessments sind derzeit nicht frei erhältlich und müssen beim "AMPS Project International" (<http://www.ampsintl.com/ESI/index.php>) beziehungsweise beim "Institute for Matching Person and Technology" (<http://matchingpersonandtechnology.com>) gekauft werden.

Damit man sich eine Vorstellung der entsprechenden Inhalte machen kann, werden nun die auf den Homepages frei zugänglichen Auszüge aus den Assessments präsentiert.



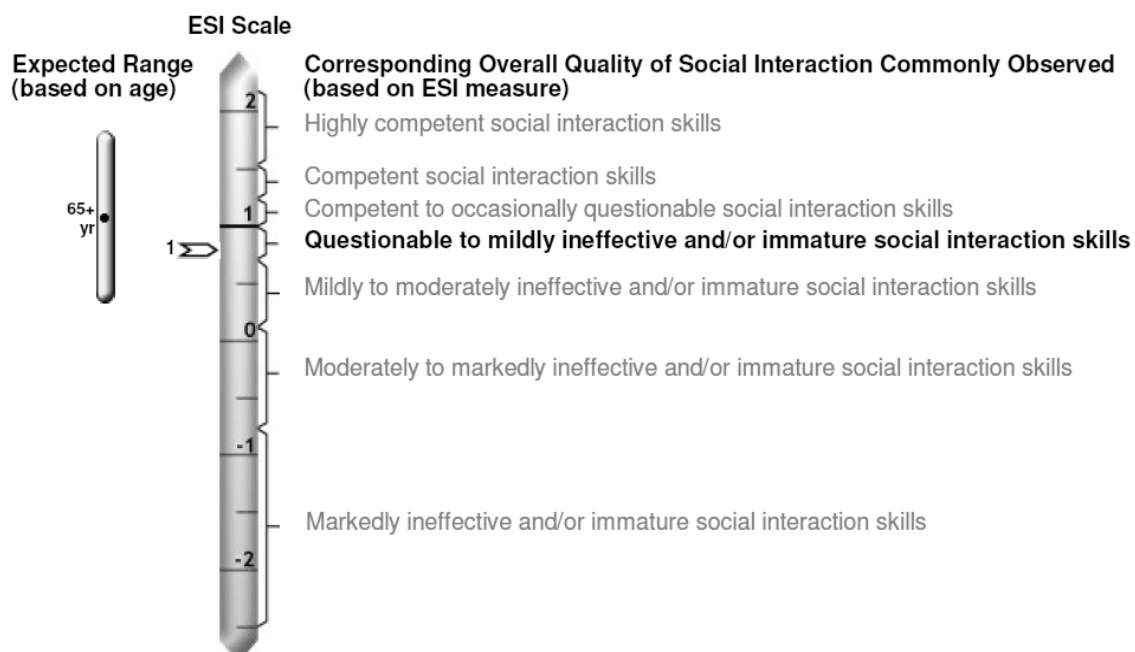
Evaluation of Social Interaction (ESI) Results - Graphic Report

| | | | | |
|---------------------------------------|---------------|------------|-------------|--------------------|
| Client: Henri Sample | | <u>AGE</u> | <u>DATE</u> | <u>ESI MEASURE</u> |
| Occupational therapist: Emma Andersen | Evaluation 1: | 67 | 03/30/2010 | 0.8 |

Description of the Evaluation of Social Interaction (ESI)

The ESI is a standardized assessment of a person's quality of social interaction. More specifically, the ESI is used to evaluate how a person begins, supports and maintains, and ends social interactions with others. Each time a person is evaluated using the ESI, the occupational therapist observes the person while he or she is engaged in at least two common, natural, and relevant social exchanges with his or her social partners.

Scoring of the ESI is criterion-referenced, using criteria related to how competently, socially polite, and timely the person performed 27 social interaction skills (e.g., Approaches/Starts, Gesticulates, Turns Toward, Takes Turns, Clarifies). The score of each skill for each social exchange observed is used to calculate a computer-generated social interaction measure that is placed along the ESI scale, a "ruler" that ranges from a high of 2.0 to a low of -2.5. The ESI measure is reported at the top of this page, and its location along the ESI "ruler" is indicated by a white arrow. The numbers on the ESI scale represent linear units of quality of social interaction.



Interpretation of the Graphic Report

The numbers along the ESI scale are associated with a criterion-referenced cutoff for competent quality of social interaction located at 1.0 on the scale. This cutoff point indicates competent social interaction as typically demonstrated by healthy, well adults.

When a measure is at or above this cutoff, the person demonstrated competent social interaction. When a person's measure is between 0.8 and 1.0, he/she likely has "adequate" social interaction despite displaying some questionable or even mild problems with social interaction. ESI measures at 0.7 or lower indicate that the person displayed problems with social interaction that likely have an impact on his/her ability to effectively engage in social interactions with others. As noted below, there also is available a norm-referenced interpretation of the ESI results.

A person's ESI measure indicates the overall quality of social interaction the person demonstrated during all the observed social exchanges, along a continuum that ranges from highly competent social interaction to markedly ineffective and/or immature social interaction. A description of the quality of social interaction commonly demonstrated by people with the same ESI measure can be seen in the text to the right of the ESI scale. The slim vertical band to the left of the ESI scale shows the range of social interaction for healthy, well persons of the same age (range = ± 2.0 standard deviations from the normative mean, indicated by a dark dot). When the person's ESI measure is within the range illustrated by the vertical band, the person's observed quality of social interaction was within the expected range for a person of his or her age. If the arrow is below the vertical band, the person's quality of social interaction was below age expectations. Finally, if the person's ESI measure is above the vertical band the person's observed quality of social interaction was above age expectations.

The Assistive Technology Device Predisposition Assessment - C

Sample Items (less than half of the items)

| | |
|--------------------|---------------|
| Name | Date of Birth |
| Desired Outcome(s) | Today's Date |

(Side One Sample Questions Completed Pre- and Post-Intervention and Per Person)

1. How are your current capabilities in the following areas? Circle the best response for each:

| | Poor | | Average | | Good |
|------------------------------|------|---|---------|---|------|
| a. Vision | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| c. Speech | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| d. Upper extremity control | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| f. Mobility | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| g. Dexterity | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| i. Physical strength/stamina | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Put a [-] beside any of the above that you believe are or will be deteriorating over time. Then put a [+] beside any you believe are or will be improving over time.

2. How satisfied are you with what you have achieved in the following areas? Circle the best response for each.

Not Very

| | Satisfied | Satisfied | Satisfied | | |
|----------------------------------|-----------|-----------|-----------|---|---|
| a. Independent living skills | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| c. Communication skills | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| d. Physical comfort & well-being | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| e. Overall health | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| g. Ability to go where desired | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| i. Emotional well-being | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Put a [+] beside the one(s) you most want to see improve over time.

4. Please check all the statements below that describe you.

- need more privacy
- discouraged
- do what therapist(s) recommend
- prefer to be left alone
- satisfied with present situation
- receive emotional support from others
- want more independence
- receive physical support from others
- have made friends with therapists
- often angry
- believe the general public accepts the child
- often depressed

(Side Two Sample Questions: Completed for Each Device)

| | | | | | | |
|---|--------|---|---|---|---|-------|
| | not | | | | | a lot |
| | at all | | | | | |
| 3. How much do you believe you will benefit from using this device? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 5. How much will this AT require changes in your accustomed routine? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|---|---|---|---|---|