

**Bachelorarbeit**

# **Ergotherapie bei älteren Menschen im Gefängnis**

**Ergotherapeutische Interventionsmassnahmen aus Alters-  
und Pflegeheimen für ältere Gefangene**

---

**Büsser Regula, Dianastrasse 19, 5430 Wettingen, S09170804**

**Flotron Tabea, Stockenrankstrasse 3, 9633 Hemberg, S09169798**

<b>Departement:</b>	<b>Gesundheit</b>
<b>Institut:</b>	<b>Institut für Ergotherapie</b>
<b>Studienjahr:</b>	<b>2009</b>
<b>Eingereicht am:</b>	<b>18.05.2012</b>
<b>Betreuende Lehrperson:</b>	<b>Julie Page</b>

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>ABSTRACT</b> .....	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>EINLEITUNG</b> .....	<b>6</b>
2.1	Darstellung des Themas .....	6
2.2	Problemstellung .....	7
2.3	Zielsetzung.....	9
2.4	Fragestellung.....	10
<b>3</b>	<b>THEORETISCHE GRUNDLAGE</b> .....	<b>11</b>
3.1	Bieler Modell .....	11
<b>4</b>	<b>METHODISCHES VORGEHEN</b> .....	<b>14</b>
4.1	Wesentliche Schritte des Vorgehens.....	14
4.2	Literaturrecherche.....	15
<b>5</b>	<b>ERGEBNISSE DER LITERATURRECHERCHEN</b> .....	<b>23</b>
5.1	Diagnosen .....	23
5.2	<b>Erfassung der Handlungsfähigkeit (Möglichkeiten und Schwierigkeiten) der älteren Gefangenen</b> .....	<b>24</b>
5.2.1	Erfassung der physischen und psychischen Voraussetzungen.....	24
5.2.2	Erfassung der Lebensbereiche .....	25
5.2.3	Erfassung der Verhaltensgrundformen.....	28
5.2.4	Erfassung der Grundfunktionen .....	29
5.2.5	Erfassung der materiellen, sozialen und kulturellen Voraussetzungen .....	31

<b>5.3 Ergotherapeutische Massnahmen bei geriatrischen Klienten in Alters- und Pflegeheimen .....</b>	<b>34</b>
5.3.1 Ergotherapeutische Massnahmen bei physischen und psychischen Voraussetzungen .....	34
5.3.2 Ergotherapeutische Massnahmen in den Lebensbereichen.....	34
5.3.3 Ergotherapeutische Massnahmen in den Verhaltensgrundformen.....	36
5.3.4 Ergotherapeutische Massnahmen in den Grundfunktionen.....	38
5.3.5 Ergotherapeutische Massnahmen in den materiellen, sozialen und kulturellen Voraussetzungen .....	40
<b>6 DISKUSSION .....</b>	<b>42</b>
<b>6.1 Zusammenfassung der Ergebnisse .....</b>	<b>42</b>
6.1.1 Physische und psychische Voraussetzungen .....	42
6.1.2 Lebensbereiche.....	42
6.1.3 Verhaltensgrundformen.....	43
6.1.4 Grundfunktionen.....	44
6.1.5 Materielle, soziale und kulturelle Voraussetzungen.....	46
<b>6.2 Bezug zur Fragestellung und theoretischer Hintergrund .....</b>	<b>47</b>
6.2.1 Gefängnispezifische Schwierigkeiten .....	47
6.2.2 Ressourcen .....	50
6.2.3 Modell.....	50
<b>6.3 Kritische inhaltliche Diskussion .....</b>	<b>51</b>
<b>6.4 Theorie-Praxis-Transfer .....</b>	<b>52</b>
<b>6.5 Beurteilung der Ergebnisse.....</b>	<b>56</b>
<b>7 SCHLUSSFOLGERUNG .....</b>	<b>58</b>
<b>8 LITERATUR .....</b>	<b>59</b>
<b>9 ABBILDUNGSVERZEICHNIS .....</b>	<b>64</b>

<b>10</b>	<b>TABELLENVERZEICHNIS.....</b>	<b>64</b>
<b>11</b>	<b>DANKSAGUNG.....</b>	<b>65</b>
<b>12</b>	<b>EIGENSTÄNDIGKEITSERKLÄRUNG .....</b>	<b>66</b>
<b>13</b>	<b>ANHANG .....</b>	<b>67</b>

# 1 Abstract

Darstellung des Themas: Es gibt immer mehr ältere Menschen im Gefängnis, die lange Haftstrafen absitzen, verwahrt sind oder im Alter ein Verbrechen begangen haben. Dieser Fakt stellt die Strafanstalten vor eine neue Herausforderung, da die gesamte Struktur, inklusive der medizinischen Versorgung, nicht auf ältere Gefangene ausgerichtet ist.

Ziel: In der vorliegenden Bachelorarbeit geht es darum, die Handlungsfähigkeit (Möglichkeiten und Schwierigkeiten) der älteren Gefangenen in der Struktur des Bieler Modells darzustellen. Anhand von ergotherapeutischen Massnahmen aus Alters- und Pflegeheimen werden passende Behandlungsmöglichkeiten zusammengetragen. Im Anschluss werden die Möglichkeiten und Schwierigkeiten mit den Interventionsmöglichkeiten verknüpft.

Methode: Diese Arbeit ist eine wissenschaftliche Literaturarbeit. Sie beruht auf einer Literaturrecherche in den folgenden Datenbanken: AMED, CINAHL, Medline, PsycInfo.

Relevante Ergebnisse: Die älteren Gefangenen weisen viele Schwierigkeiten auf, die mit geriatrischen, neurologischen, orthopädischen und psychiatrischen ergotherapeutischen Massnahmen behandelt werden können. Trotzdem sind nicht alle Schwierigkeiten der älteren Gefangenen mit denjenigen der älteren Menschen aus der Gesellschaft vergleichbar.

Schlussfolgerung: Ergotherapie im Gefängnis anzubieten ist sinnvoll. Es gibt aber noch viele offene Fragen bezüglich der rechtlichen, ethischen und finanziellen Situation. Deshalb ist es notwendig, über Ergotherapie bei älteren Gefangenen zu forschen.

Keywords: disabled, geriatry, intervention, middle aged, nursing home, Occupational Therapy, prison, prisoner

## 2 Einleitung

In der Einleitung der vorliegenden Bachelorarbeit wird die Herleitung zur Fragestellung beschrieben. Dies beinhaltet die Darstellung des Themas, die Problemstellung, die Zielsetzung und die daraus abgeleitete Fragestellung für die Bearbeitung des Themas.

### 2.1 Darstellung des Themas

„Pflegefälle hinter Gitter [...] stellen den Justizvollzug vor neue Probleme“ (Marty, 2011).

„Lebensabend im Gefängnis: Haftanstalten meist ungenügend vorbereitet“ (Tagesschau Schweizer Fernsehen, 2011).

„Pflegefälle für immer im Knast. Nach dem Tod eines Verwahrten kritisieren Gefangene der Strafanstalt Pöschwies die ungenügende Betreuung von Kranken und Alten. Das Problem wird sich verschärfen“ (Meier, 2011).

Diese und ähnliche Zitate lassen sich zurzeit in den Schweizer Medien (wie im Beobachter oder der Zürcher Unterländer Zeitung) finden. Dies zeigt auf, dass das Thema „ältere<sup>1</sup> und älter werdende Insassen<sup>2</sup> in den Gefängnissen“ sehr aktuell und zugleich brisant ist. Es lässt sich daraus schliessen, dass die Haftanstalten vor grossen Veränderungen stehen, die sie momentan noch nicht bewältigen können. Für die Zukunft müssen neue Strukturen und Einrichtungen erarbeitet und umgesetzt werden. Auf diese Weise kann den älteren Gefangenen ein adäquates Angebot von Freizeitgestaltung und medizinischer Versorgung geboten werden.

Ein Bericht des Beobachters (2005) weist auf die speziell errichteten Seniorengefängnisse Deutschlands hin, in denen ausschliesslich Gefangene im Pensionsalter ihre Strafe absitzen. Auch in der Schweiz ist im Bezirksgefängnis in Lenzburg die erste Gefangenenabteilung 60+ für ältere Straftäter eingerichtet worden (Marty & Graf, 2011).

Diese Berichte zeigen, dass im Straf- und Justizvollzug das Thema bereits diskutiert wird und Änderungen sowie Anpassungen vorgenommen werden.

---

<sup>1</sup> Ältere = über 50 Jahren

<sup>2</sup> In dieser Arbeit werden die beiden Begriffe Insassen und Gefangene als Synonyme verwendet.

## 2.2 Problemstellung

Laut Angaben des Bundesamtes für Statistik (2010, zitiert nach Baumeister & Keller, 2011) hat sich die Anzahl älterer Insassen zwischen 1984 und 2008 verdoppelt. In den Studien aus Amerika und England sind Gefangene über 60 Jahren zurzeit die schnellst wachsende Altersgruppe in den Gefängnissen (Duffin, 2010; Prison Reform Trust, 2008). Aus den Zahlen des EDI<sup>3</sup> (2007) lässt sich ableiten, dass sich die Anzahl verwahrter<sup>4</sup> Gefangener in der Schweiz über 60 Jahren um zehn Personen pro Jahr erhöht.

Die Gefangenen altern schneller auf Grund der Gefängnisumstände, welche eine Medikamenteneinnahme (zum Beispiel Schlafmittel) notwendig machen (Marty et al., 2011), einem ungesunden Lebensstil vor dem Aufenthalt (zum Beispiel Sucht, wenig Bewegung, ungesundes Essen), der stressigen Umgebung und dem rauen Umgang im Gefängnis (Kerbs & Jolley, 2009).

Das Alter kann zu erhöhter Pflegebedürftigkeit führen und verlangt mehr Betreuung. So bestätigt Duffin (2010), dass über 80% der männlichen Gefangenen im Alter von 60 Jahren und älter an einer chronischen Krankheit oder Behinderung leiden. Die Tatsache von immer älter werdenden Gefangenen ist zusätzlich zurückzuführen auf die Belastung vermehrt ausgesprochenen längeren Freiheitsstrafen, einer restriktiveren Bewährungspolitik sowie einer ansteigenden Zahl von älteren Menschen, die Delikte begehen (Williams & Abaldes, 2007 zitiert nach Fazel & Baillargeon 2011).

Diese Situation bringt folgende Probleme mit sich: Die körperlichen Einschränkungen erschweren die Bewältigung des Alltags und somit ist Unterstützung im Alltag erforderlich (Baumeister et al., 2011). Das Betreuungspersonal stösst bei der Pflege der älteren Insassen an seine Grenzen und verfügt nicht über das nötige Wissen über Krankheitsbilder und Pflegeleistungen (Baumeister et al., 2011). Die Gefängnisumwelt und das Aktivitätsangebot ist auf jüngere Personen ausgerichtet (Duffin, 2010).

Hier kann die Ergotherapie ansetzen. „Ergotherapie geht davon aus, dass die Fähigkeit eines Menschen, für ihn bedeutungsvolle Handlungen/Tätigkeiten auszuführen in einem

---

<sup>3</sup> EDI = Eidgenössisches Departement des Innern

<sup>4</sup> Verwahrung = Der Täter wird nach dem Vollzug der Strafe auf unbegrenzte Zeit eingeschlossen (Hirni, 2010)

positiven Zusammenhang steht mit seiner Gesundheit“ (Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Schulen für Ergotherapie [ASSET] & ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz [EVS], 2005, S.8). Durch ergotherapeutische Massnahmen können konkret ausgewählte Aktivitäten die Funktionsfähigkeit fördern und die Lebensqualität steigern (Lloyd & Neven, 1989). Die älteren Gefängnisinsassen könnten dadurch länger selbständig bleiben und würden auf diese Weise weniger Pflegeleistungen in Anspruch nehmen, was auf lange Sicht zu tieferen Kosten führt. In Amerika sind zurzeit die Kosten der Betreuung älterer Gefangener dreimal teurer als die Versorgung von jungen Inhaftierten (Smyer & Burbank, 2009). Laut Hay et al. (2002) führen präventive ergotherapeutische Massnahmen bei älteren Menschen zu Kosteneffizienz. Es ist für die Ergotherapie wichtig, neue Aufgabenfelder zu erschliessen (Kubny-Lücke, 2007), beispielsweise bei älteren Gefangenen.

Aus den USA gibt es mehrere Studien über die Ergotherapie im Gefängnis. In diesen Studien liegt der Schwerpunkt vor allem auf dem Austritt aus dem Gefängnis und der Reintegration in die Gesellschaft (beispielsweise Provident & Joyce-Gaguzis, 2005). Der Aspekt von ergotherapeutischen Massnahmen bei älteren Gefangenen ist dabei jedoch ausser Acht gelassen worden. Aus den Bereichen der Psychiatrie, Geriatrie und Pflege existieren verschiedene Studien über die auftretenden Schwierigkeiten von älteren Gefangenen (beispielsweise Williams et al., 2009; Smyer et al., 2009; Fazel et al., 2011).

Die Autorinnen finden die Thematik über die unbekannte Bevölkerungsgruppe aus den Gefängnissen seit Beginn ihrer Arbeit sehr spannend und haben das Interesse mehr über diese Menschen und deren Leben zu erfahren. Durch den Austausch mit Ergotherapiestudentinnen<sup>5</sup> aus Wien, wo Ergotherapie in Gefängnissen die Reintegration unterstützt, wird die Neugierde für dieses Praxisthema verstärkt.

Das Thema stellt aus Sicht der Autorinnen einen ethischen Konflikt dar, woraus eine weitere Motivation für die Bearbeitung des Themas besteht. Wilcock und Townsend

---

<sup>5</sup> In der gesamten Bachelorarbeit wird die weibliche Form verwendet, die Angaben gelten aber auch für Männer



(2009, zitiert nach Lustenberger & Schuler, 2010) äussern deutlich: „Jeder Mensch muss fähig sein oder befähigt werden, sich aufgrund seiner Wünsche und Aufgaben zu betätigen. Gelingt dies, kann der Mensch daran wachsen und Unabhängigkeit, Gleichheit, Partizipation, Sicherheit, Gesundheit und Wohlbefinden erleben“ (S.10). Die Gefangenen stellen in unserer Gesellschaft aber klar eine Randgruppe dar, die oft vergessen wird. Ob diese Gefangenengesellschaft überhaupt einen Anspruch auf therapeutische Massnahmen hat, und deren Lebensqualität verbessert werden sollte, regt aus ethischer und moralischer Sicht zum Nachdenken und Diskutieren an.

## **2.3 Zielsetzung**

In der Problemstellung wird ersichtlich, dass in den Schweizer Strafanstalten eine zunehmende Anzahl ältere Gefangene anzutreffen ist. Ausserdem kann davon ausgegangen werden, dass die Ergotherapie einen Beitrag zur Gesundheit der älteren Gefangenen leisten kann. Da jedoch zum Thema “Ergotherapie bei älteren Gefangenen” noch keine Literatur existiert, ist das Ziel der vorliegenden Bachelorarbeit, die Schwierigkeiten und Möglichkeiten der Handlungsfähigkeit der älteren Gefangenen im Gefängnissetting zusammenzutragen und übersichtlich im Bieler Modell (siehe Kapitel 3.1) darzustellen. In einem weiteren Schritt werden die ergotherapeutischen Massnahmen bei Klienten aus Alters- und Pflegeheimen angeschaut und analysiert. Um die ergotherapeutischen Massnahmen bei älteren Gefangenen darzustellen, werden in der Diskussion die Ergebnisse der Literaturrecherche zusammengefasst (Kapitel 6.1).

Laut Baumeister et al. (2011) muss sich der Strafvollzug aufgrund der Zunahme von älteren Insassen neu auf die altersgerechte Unterbringung und die pflegebedürftigen Gefangenen einrichten. Dies bestätigt auch die Aussage des Gefängnispersonals aus Lenzburg, welches darauf hinweist, dass noch keine Lösungen vorhanden sind, wie die älteren Gefangenen betreut werden, sobald sie pflegebedürftig werden.

Diese Bachelorarbeit soll aufzeigen, inwiefern Ergotherapie bei älteren Menschen im Gefängnis eingesetzt werden kann.

## **2.4 Fragestellung**

Unter Einbezug der oben benannten Problemstellung, Zielsetzung und theoretischen Grundlage des Bieler Modells wurde folgende Fragestellung entwickelt:

Wie sehen die Möglichkeiten und Schwierigkeiten der Handlungsfähigkeit von älteren Menschen im Gefängnis aus und welche ergotherapeutischen Massnahmen sind möglich?

### 3 Theoretische Grundlage

#### 3.1 Bieler Modell

Um die oben genannte Fragestellung in dieser Arbeit zu bearbeiten, wird das Bieler Modell als Grundlage verwendet. Das Bieler Modell ist ein in der Schweiz entwickeltes Arbeitsinstrument für die ergotherapeutische Problemstellung, die entsprechenden Massnahmen, die Umsetzung in die Praxis und die Evaluation (Nieuwesteeg-Gutzwiller & Somazzi, 2010). Im Bieler Modell werden die Möglichkeiten und Schwierigkeiten in den lebensbereichsbezogenen und den personalen Handlungsbedingungen erfasst und somit kann die Handlungsfähigkeit der Klienten beschrieben werden (Nieuwesteeg-Gutzwiller & Somazzi, 2010). Anhand der Erfassung der Handlungsfähigkeit (Möglichkeiten und Schwierigkeiten) der älteren Gefangenen lassen sich mögliche ergotherapeutische Massnahmen planen.

Für ein besseres Verständnis ist in Abbildung 1 das Bieler Modell ersichtlich.

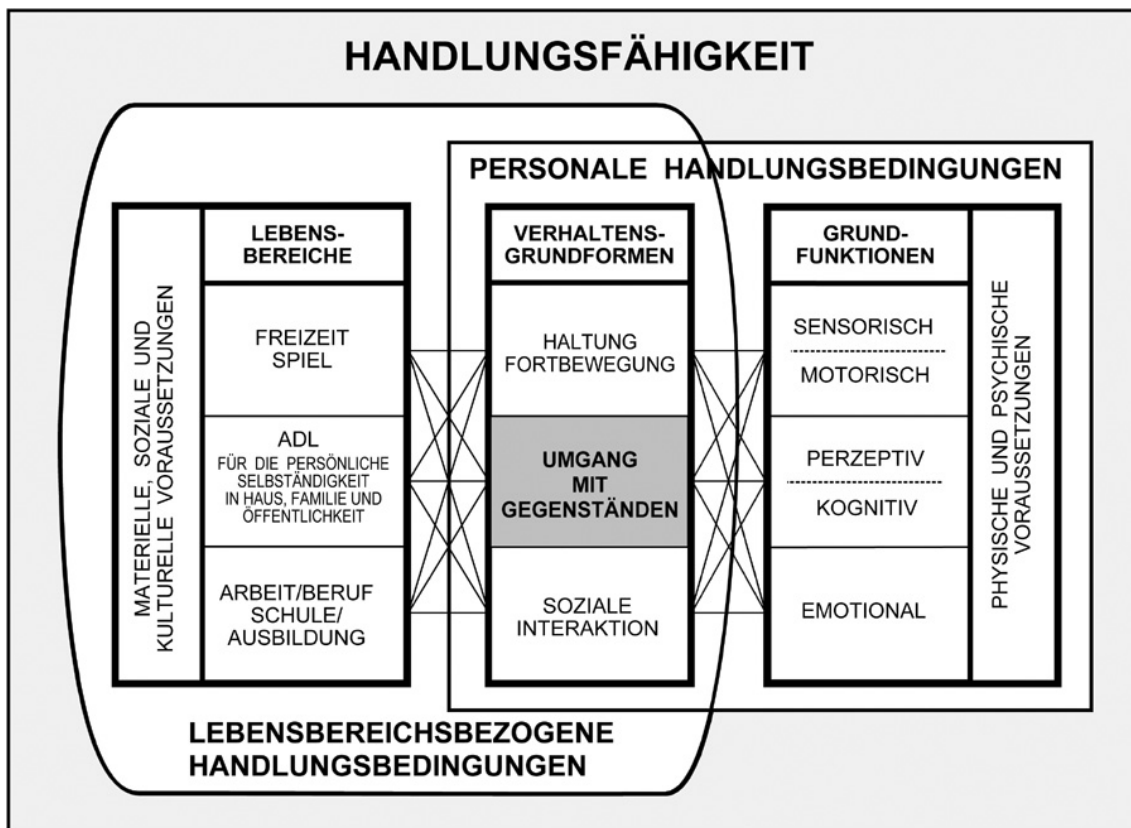


Abbildung 1: Darstellung des Bieler Modells (Schule für Ergotherapie, 2007)

Die Handlungsfähigkeit eines Menschen wird durch personale und lebensbereichbezogene Handlungsbedingungen bestimmt (Nieuwesteeg-Gutzwiller et al., 2010). Diese beiden Faktoren sind in der Grafik des Bieler Modells überschneidend dargestellt. Die Schnittstelle stellt die Verhaltensgrundformen dar, von welchen anfänglich ausgegangen wird. Die Grundfunktionen und die physischen und psychischen Voraussetzungen beeinflussen die Leistung eines Menschen in seiner Verhaltensgrundform (Nieuwesteeg-Gutzwiller et al., 2010). Die Handlungsfähigkeit eines Menschen wird jedoch durch die personalen Bedingungen wie auch durch die lebensbereichbezogenen Bedingungen beeinflusst (Nieuwesteeg-Gutzwiller et al., 2010). Durch die Verknüpfungen der verschiedenen Bereiche kommt es inhaltlich zu Überschneidungen.

In der Tabelle 1 befinden sich einige Grundbegriffe aus dem Bieler Modell, welche die Autorinnen in ihrer Arbeit für Kapitelüberschriften wie auch als Terminologie verwenden.

**Tabelle 1: Definitionen der Grundbegriffe aus dem Bieler Modell**

<b>Begriffe aus dem Bieler Modell</b>	<b>Definitionen nach dem Bieler Modell (Nieuwesteeg-Gutzwiller et al., 2010)</b>
Handeln	In den Handlungstheorien werden Aktivitäten als Handlungen beschrieben, mit denen Menschen bewusst und zielgerichtet auf ihre Umwelt einwirken. Im ergotherapeutischen Kontext werden unter Handlungen konkrete, lebensbereichbezogene Handlungen verstanden.
Handlungsfähigkeit	„Fähigkeit einer Person, zielgerichtete, sozial bedeutsame und persönlich sinnvolle Handlungen in den verschiedenen Lebensbereichen allein und/oder in Kooperation mit Mitmenschen planen, ausführen und kriterienorientiert bewerten zu können“ (S.12).
Möglichkeiten und Schwierigkeiten	“In allen Bereichen und Komponenten des Bieler Modells werden immer Möglichkeiten und Schwierigkeiten eines Menschen beschrieben. Wir gehen davon aus, dass Menschen trotz Krankheit, Behinderung oder Alter immer noch Handlungsmöglichkeiten haben, die es im Sinne offen gebliebener Möglichkeiten wahrzunehmen gilt“ (S.14).
lebensbereichsbezogene Handlungsbedingungen	Sind die situativen Anforderungen und die Möglichkeiten in Form von Handlungsangeboten und Handlungsspielräumen aus der Umwelt. Grundfunktionen, Verhaltensgrundformen, physische und psychische Voraussetzungen gehören in diesen Bereich.

**Fortsetzung Tabelle 1: Definitionen der Grundbegriffe aus dem Bieler Modell**

<b>Begriffe aus dem Bieler Modell</b>	<b>Definitionen nach dem Bieler Modell (Nieuwesteeg-Gutzwiller et al., 2010)</b>
personale Handlungsbedingungen	Beschreiben die individuellen Möglichkeiten und Schwierigkeiten eines Menschen zu handeln. Diese beinhalten die Bereiche Verhaltensgrundformen, Lebensbereiche, materielle, soziale und kulturelle Voraussetzungen.
Verhaltensgrundformen	<i>Haltung</i> wird als Haltung des menschlichen Körpers im Raum und <i>Fortbewegung</i> als Ortsveränderung im Raum beschrieben. Unter <i>Umgang mit Gegenständen</i> versteht man das Handeln mit Material oder Werkzeugen und das Herstellen von Produkten. “ <i>Soziale Interaktion</i> bezeichnet das wechselseitig aufeinander bezogene Handeln zwischen Personen” (S.15).
Grundfunktionen	Unter <i>sensorischen und motorischen Grundfunktionen</i> wird die Aufnahme von Informationen über Rezeptoren und Sinnesorgane verstanden. Unter <i>perzeptiven und kognitiven Grundfunktionen</i> versteht man die Informationswahrnehmung und -Verarbeitung. <i>Emotionale Grundfunktionen</i> “sind Funktionen die mit dem Gefühlserleben und den entsprechenden Reaktionen verbunden sind” (S. 17).
<i>Physische und psychische Voraussetzungen</i>	Bei den physischen und psychischen Voraussetzungen handelt es sich um die persönlichen Angaben des Klienten, wie zum Beispiel das Alter, die Körpergrösse und die psychische Disposition.
Lebensbereiche	Unter <i>Aktivitäten des täglichen Lebens (ADLs)</i> versteht man Handlungen die zur Selbstversorgung oder Versorgung Dritter dienen. <i>Arbeit/ Beruf /Schule</i> beinhaltet das Ausüben beruflicher Handlungsformen oder das Beüben von Handlungsfähigkeiten. <i>Spiel / Freizeit</i> sind Handlungsformen die nicht den ADLs oder der Arbeit/Schule zugeordnet werden können. Darunter wird auch die Freizeitgestaltung verstanden.
<i>Materielle, soziale und kulturelle Voraussetzung</i>	“Unter <i>materiellen Voraussetzungen</i> werden raum-zeitliche Bedingungen, Gegenstände und Materialien sowie finanzielle Voraussetzungen verstanden” (S.19). Die <i>kulturellen Voraussetzungen</i> ist die Gesamtheit der Gewohnheiten, Einstellungen und Einrichtungen, beispielsweise von Familie, Staat, Religion. Unter den <i>sozialen Voraussetzungen</i> versteht man die Normen, Anforderungen und Erwartungen der sozialen Unterstützung.

## 4 Methodisches Vorgehen

Die vorliegende Arbeit ist eine Literaturarbeit, die auf wissenschaftlicher Basis beruht. Im Folgenden wird das Vorgehen bei der Bearbeitung des Themas und dem Erstellen der Arbeit beschrieben. Als erstes wird ein Überblick über das gesamte Vorgehen, angelehnt an Polit, Beck und Hungler (2004), geschildert. In einem zweiten Teil wird die Literaturrecherche konkret beschrieben.

### 4.1 Wesentliche Schritte des Vorgehens

Thema: Da die Autorinnen ein Praxisthema<sup>6</sup> wählen, ist das Thema bereits vorgegeben: Ergotherapie bei älteren Menschen im Gefängnis.

Forschungsproblem: Anhand einer unstrukturierten Literatursuche auf den Datenbanken und im Internet setzen sich die Autorinnen mit dem Thema auseinander. Das Ziel ist, sich einen Überblick über das Thema zu verschaffen und zu erfahren, was an Literatur vorhanden ist. Aus den gesammelten Informationen formulieren die Autorinnen die Problemstellung (immer mehr ältere Gefangene) und den problematischen Zustand (keine Literatur zum Thema Ergotherapie bei älteren Gefangenen). Die Autorinnen setzen sich ebenfalls mit ihrem persönlichen Interesse und ihrer Motivation für dieses Thema auseinander.

Forschungsziel: Anhand der Problemstellung und des problematischen Zustandes formulieren die Autorinnen das Ziel der Arbeit. Im Zusammenhang mit dem Ziel wird ebenfalls der Zweck der Arbeit erläutert, das heisst, es wird beschrieben, was die Autorinnen mit dem Verfassen dieser Arbeit erreichen wollen.

Forschungsfrage: Um das Thema der Arbeit zu bearbeiten und das Forschungsziel zu erreichen, formulieren die Autorinnen eine Forschungsfrage. Es wird darauf geachtet, dass die Forschungsfrage passend auf das Forschungsproblem und das Forschungsziel ist. Um die Frage konkret zu formulieren, wird das Bieler Modell

---

<sup>6</sup> Praxisthema: Personen aus der ergotherapeutischen Praxis können Themen in Auftrag geben, die in einer Bachelorarbeit bearbeitet werden.

eingesetzt. So können diese Begrifflichkeiten verwendet werden (siehe Tabelle 1 und Abbildung 1).

Stichwörter: Anhand der Fragestellung werden die Keywords definiert, damit eine strukturierte Literaturrecherche durchgeführt werden kann.

Mit dieser Grundlage führen die Autorinnen die systematische Literaturrecherche durch. Da die Forschungsfrage aus zwei Teilen besteht, werden auch zwei themenspezifische Recherchen durchgeführt.

In der Diskussion (Kapitel 6) der Arbeit werden die gefundenen Resultate besprochen. Die Resultate aus den beiden Literaturrecherchen werden zusammengeführt um darzustellen, welche ergotherapeutischen Massnahmen die älteren Gefangenen mit ihren Möglichkeiten und Schwierigkeiten unterstützen können. Die Resultate werden auf die Situation in der Schweiz bezogen und die Umsetzbarkeit von Ergotherapie bei älteren Menschen im Gefängnis wird diskutiert. Als Abschluss wird der Bezug zur Fragestellung und zum theoretischen Hintergrund erläutert und die Limitationen werden beschrieben. Für die Diskussion wird weitere Sekundär- und Tertiärliteratur zur Bestätigung und Widerlegung der Ergebnisse, für weiterführende Gedanken und für eine vollständige Beantwortung der Fragestellung eingesetzt.

## **4.2 Literaturrecherche**

### **Teil 1: Erfassung der Handlungsfähigkeit (Möglichkeiten und Schwierigkeiten) bei älteren Gefangenen**

Anhand der vorgängig definierten Keywords (siehe Tabelle 2) wird die Literaturrecherche in den Datenbanken Medline, CINAHL, AMED und PsycInfo durchgeführt.

**Tabelle 2: Keywordtabelle 1**

<b>Stichwörter</b>	<b>Keywords</b>	<b>Synonyme</b>	<b>Schlagwörter</b>
Ergotherapie	Occupational Therapy		MeSH/CINAHL Headings: occupational therapy
Gefängnis	Prison	Jail, jailhouse, pen, pokey, goal	MeSH: prisons CINAHL Headings: correctional facilities
Gefangener	prisoner	Captive, convict	MeSH/CINAHL Headings: prisoners
Pensionierter	painsionary	Pensioned,retired, superannuated	MeSH: retirement
Alter Mensch	Middle-aged people	Seniority, wrinkly	MeSH: middle aged, aged, aging, aged over 80 CINAHL Headings: aged, age specific care
Betätigung	Occupation	Activity, Leisure	MeSH: Occupations, Activities of daily living, Leisure activities
eingeschränkt	disabled	handicaped,	MeSH:disabled

Die Schlagwörter werden in unterschiedlichen Kombinationen in den verschiedenen Datenbanken eingegeben. Um die Suche einzuschränken oder zu erweitern, werden die Schlagwörter mit den Booleschen Operatoren AND und OR (siehe Suchprotokoll im Anhang 1) verknüpft. Anhand der Titel und der Abstracts wird die relevante Literatur ausgewählt. Die gefundenen Artikel und Studien werden in einem Suchprotokoll dargestellt, indem die verwendeten Schlagwörter, die Datenbanken, die Anzahl Treffer und die relevante Literatur ersichtlich sind (siehe Anhang 1). Die relevante Literatur wird über die elektronischen Zeitschriften der ZHAW erworben. Bei denjenigen, die nicht auf diesem Weg beschafft werden können, werden die Studienautoren per Mail kontaktiert. Die Studienautoren fügen weitere, für das Thema relevante, Artikel hinzu. Auf diese Weise werden 39 Artikel und Studien gefunden. Die Resultate der Studien werden in der Struktur des Bieler Modells herausgearbeitet. Die Artikel werden ebenfalls gelesen und zusammengefasst. Da zwar eine grosse Anzahl Artikel zum Thema gefunden werden können, jedoch nur wenige Studien, wird bei den vorhandenen Artikeln und Studien das Snowball-Prinzip<sup>7</sup> angewendet. Die durch das Snowball-Prinzip gesuchten Studien werden ebenfalls gelesen und es zeigen sich keine neuen Aspekte und Quellen

<sup>7</sup> Anhand des Literaturverzeichnis' der vorhandenen Literatur wird nach weiterer Literatur gesucht.



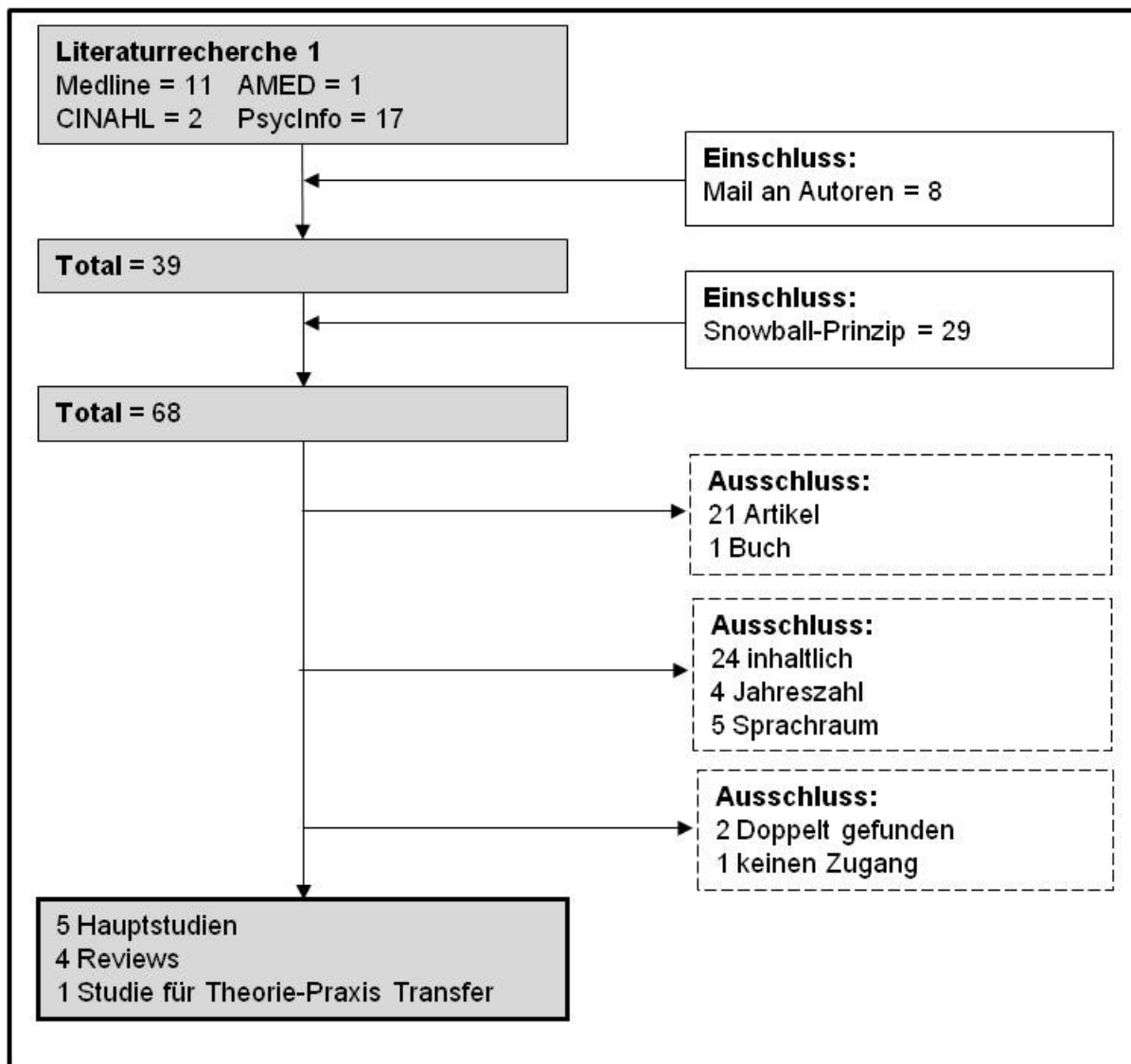
mehr. Aufgrund der erreichten Sättigung wird die erste Literaturrecherche abgeschlossen.

In einem zweiten Schritt werden die gelesenen Studien anhand der Einteilung im Bieler Modell überprüft. Durch die Ein- und Ausschlusskriterien werden die irrelevanten Studien ausgeschlossen. Zu diesem Zeitpunkt liegt der Fokus nicht auf der Qualität der Studien, sondern ausschliesslich auf dem Inhalt. Auf diese Weise werden 30 Studien aufgrund der in Tabelle 3 ersichtlichen Kriterien ausgeschlossen.

**Tabelle 3: Ein- und Ausschlusskriterien 1**

<b>Kategorie</b>	<b>Einschlusskriterien</b>	<b>Ausschlusskriterien</b>	<b>Begründung</b>
<b>Alter</b>	über 50 Jahre alte Menschen	unter 50 Jahren	Dieses Alter wird in den Studien am häufigsten verwendet und entspricht auch den Angaben aus dem Praxisprojekt.
<b>Setting</b>	Während dem Strafvollzug Ergebnisse auf Gefängnisalltag bezogen	Vor oder nach dem Strafvollzug Studien auf die Reintegration bezogen	Viele ältere Gefangene sind über eine längere Zeit inhaftiert, was zu körperlichen Einschränkungen führen kann.
<b>Jahr</b>	Studien von 2000-2012	Studien älter als 2000	Aktualität der Ergebnisse gewährleisten.
<b>Sprache</b>	englischer Sprachraum	nicht englischer Sprachraum	In diesem Sprachraum wurde am meisten Forschung zum Thema betrieben.
<b>Inhalt</b>	Studien die einen guten Überblick geben, das heisst, die mehrere Bereiche des Bieler Modells abdecken	Studien, die den Blick nur auf einen Aspekt werfen, bzw. nur auf einen Bereich des Bieler Modells	Es gibt sehr viele Studien, die nur einen Aspekt betrachten, was zu einer grossen Anzahl von Literatur führt.

Nach diesem Arbeitsschritt bleiben fünf mögliche Hauptstudien und vier Reviews für den Ergebnisteil der Arbeit. Das Ausschlussverfahren ist in Abbildung 2 ersichtlich.



**Abbildung 2:** Ausschlussverfahren der Literaturrecherche Teil 1

Die möglichen Hauptstudien werden anhand des Formulars zur Beurteilung qualitativer Studien (Letts et al., 2007) oder quantitativer Studien (Law et al., 1998) beurteilt. Vier der Studien<sup>8</sup> weisen laut den Beurteilungsbogen eine gute Qualität auf. Die Studie von Marquart, Merianos und Doucet (2000) zeigt eine geringere Qualität auf, da die Methode unklar und die Analyse gar nicht beschrieben ist. Trotzdem wird diese Studie für die Arbeit verwendet, da sie als einzige konkret auf der Aktivitätsebene die Schwierigkeiten und Möglichkeiten der älteren Gefangenen beschreibt. Da die Aktivität das zentrale Element der Ergotherapie darstellt, ist es wichtig, dass auch diese Aspekte

<sup>8</sup> Loeb, Steffensmeier & Mico, 2007; Loeb, Steffensmeier & Lawrence, 2008; Williams et al., 2006; Williams et al., 2009

bei der vorliegenden Arbeit zu tragen kommen. Die vier gefundenen Reviews<sup>9</sup> werden anhand des Journals, in dem sie veröffentlicht worden sind, beurteilt. Aufgrund der Beschreibungen der Journals im Internet werden die Reviews als gut eingeschätzt. Die gewählten Hauptstudien werden in anderen Arbeiten häufig zitiert und die Autoren haben verschiedene Arbeiten zu diesem Thema veröffentlicht. Daraus schliessen die Autorinnen der vorliegenden Bachelorarbeit, dass dies relevante Studien und Autoren sind. So ergeben sich fünf Hauptstudien und vier Reviews. Eine Studie aus der Schweiz<sup>10</sup>, entspricht nicht den Einschlusskriterien, wird aber für den Theorie-Praxis-Transfer verwendet, um einen Bezug zur Schweiz herzustellen.

Aus der “Übersicht der Resultate im Bieler Modell Teil 1” (siehe Anhang 2) wird das Kapitel 5.2 “Erfassung der Handlungsfähigkeit der älteren Gefangenen” verfasst.

## **Teil 2: Ergotherapeutische Massnahmen bei älteren Menschen im Alters- und Pflegeheim**

Auch für die zweite Literaturrecherche werden Keywords definiert. Um die Suche einzugrenzen, beschliessen die Autorinnen, Studien aus dem Alters- und Pflegeheimsetting zu verwenden. Alters- und Pflegeheime sind von der internen Struktur vergleichbar mit Gefängnissen. Beides sind stark strukturierte Institutionen, in denen sich die Bewohner an die Routinen der Institution anpassen müssen und teilweise vom Pflegepersonal abhängig sind. Mit diesen Keywords (siehe Tabelle 4) wird die Literaturrecherche in den Datenbanken Medline und CINAHL durchgeführt.

---

<sup>9</sup> Fazel & Baillargeon, 2011; Kakoulis, Mesurier & Kingston, 2010; Lemieux, Dyeson & Castiglione, 2002; Loeb & AbuDagga, 2006

<sup>10</sup> Baumeister & Keller, 2011

**Tabelle 4: Keywordtabelle 2**

Stichwörter	Keywords	Synonyme	Schlagwörter
Ergotherapie	Occupational Therapy		MeSH/CINAHL: occupational therapy
Altersheim	Nursing home	Long term care, skilled nursing facilities, retirement home	MeSH/CINAHL: nursing homes, long term care
Behandlung	Intervention	Treatment	MeSH : Therapeutics CINAHL: Intervention, Treatment
Alter Mensch	Middle-aged people	Seniority, wrinkly	MeSH: middle aged, aged, aging, aged over 80 CINAHL: aged, age specific care
Geriatric	Geriatry		MeSH : Geriatrics

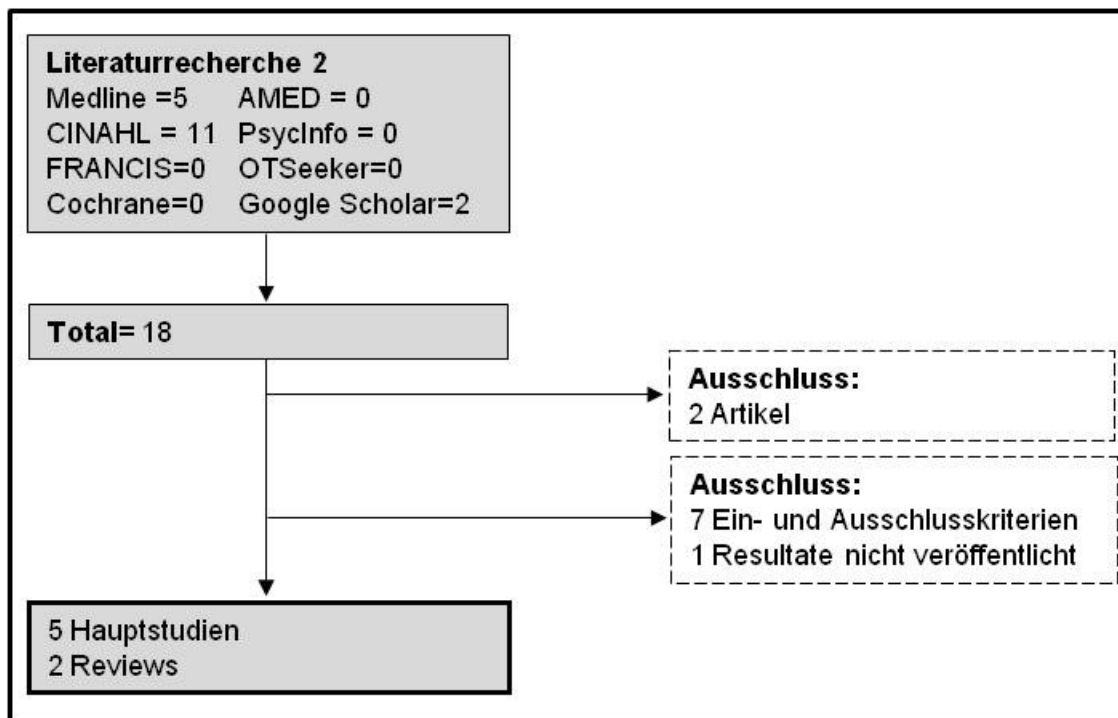
Die Schlagwörter werden in verschiedenen Kombinationen in die Suchoberflächen der Datenbanken eingegeben und mit den Booleschen Operatoren AND und OR (siehe Suchprotokoll im Anhang 3) verknüpft, um die Suche einzugrenzen oder zu erweitern. Die gefundenen Resultate werden in einem zweiten Suchprotokoll dargestellt (siehe Anhang 3). Die Treffer werden anhand des Titels und des Abstracts geprüft, ob sie den Ein- und Ausschlusskriterien in Tabelle 5 entsprechen.

**Tabelle 5: Ein- und Ausschlusskriterien 2**

Kategorie	Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien	Begründung
<b>Alter</b>	über 50 Jahre alte Menschen	unter 50 Jahre alte Menschen	Zur Vergleichbarkeit mit älteren Gefangenen.
<b>Setting</b>	Im Altersheim Ergebnisse auf Heimalltag bezogen	Zu Hause Studien auf die Rückkehr nach Hause bezogen	Das Umfeld Altersheim ist aufgrund der strukturellen Rahmenbedingungen am ehesten mit dem Gefängnissetting zu vergleichen.
<b>Jahr</b>	Studien von 2000-2012	Studien vor 2000	Aktualität der Ergebnisse gewährleisten.
<b>Inhalt</b>	Studien, die einen guten Überblick geben, das heisst, die mehrere Bereiche des Bieler Modells abdecken	Studien, die den Blick nur auf einen Aspekt werfen, bzw. nur auf einen Bereich des Bieler Modells	Es gibt sehr viele Studien, die nur einen Aspekt betrachten, was zu einer grossen Anzahl von Literatur führt.

Die Suche ergibt zwar in den Datenbanken Medline und CINAHL eine grosse Anzahl Treffer, aber viele entsprechen nicht den Einschlusskriterien. Um eine grössere Menge an Resultaten zu erhalten, wird die Suche auf die Datenbanken FRANCIS, AMED, PsycInfo, OTseeker, Cochrane und Google Scholar ausgeweitet. Einzig Google Scholar bietet passende Treffer. Um zu mehr Studien zu gelangen, werden auch einige eingeschlossen, die zwar älter als 2000 sind, aber den übrigen Einschlusskriterien entsprechen.

Die Resultate der Studien werden erneut im Bieler Modell dargestellt (siehe Anhang 4). Anhand dieser Darstellung werden die Studien überprüft, ob sie inhaltlich den Einschlusskriterien entsprechen. Da genügend passende Studien der letzten zwölf Jahre vorhanden sind, beschliessen die Autorinnen, die Älteren doch auszuschliessen. Es kann davon ausgegangen werden, dass sich in den letzten zwölf Jahren in der Behandlung und Betreuung älterer Menschen einiges verändert hat, vor allem auch die Bedeutung der Ergotherapie. Deshalb ist es sinnvoll, keine veraltete Literatur zu verwenden. Da viele der gefundenen Studien auch auf Quellen die vor dem Jahr 2000 veröffentlicht wurden beruhen, wird in dieser Literaturrecherche auf das Snowball-Prinzip verzichtet. So resultieren fünf mögliche Hauptstudien und 2 Reviews aus der zweiten Literaturrecherche. Das Ausschlussverfahren ist in Abbildung 3 ersichtlich.



**Abbildung 3:** *Ausschlussverfahren der Literaturrecherche Teil 2*

Die möglichen Hauptstudien werden anhand des Formulars zur Beurteilung qualitativer Studien (Letts et al., 2007) oder quantitativer Studien (Law et al., 1998) beurteilt. Alle Studien<sup>11</sup> werden als gut beurteilt und somit als Hauptstudien verwendet. Die Reviews<sup>12</sup> werden anhand des Journals, in dem sie veröffentlicht worden sind beurteilt. Aufgrund der Internetseiten der beiden Journale schätzen die Autorinnen die Qualität des jeweiligen Journals als gut ein.

Anhand der “Übersicht der Resultate im Bieler Modell Teil 2” (siehe Anhang 4) wird das Kapitel 5.3 “Ergotherapeutische Massnahmen bei geriatrischen Klienten in Alters- und Pflegeheimen” verfasst.

<sup>11</sup> Audrey & Huebner, 2000; Sachley et al., 2006; La Cour, Josephsson & Luborsky, 2005; Sood, Zimmermann, Zsleski & Fillmore, 2003; Van’t Leven & Jonsson, 2002

<sup>12</sup> Steultjens, Dekker, Bouter, Leemrijse & Van den Ende, 2005; Voigt-Radloff, Schochat & Heiss, 2004

## 5 Ergebnisse der Literaturrecherchen

In diesem Kapitel werden die Resultate aus den Hauptstudien im Bieler Modell dargestellt. Im ersten Teil werden die Schwierigkeiten und Möglichkeiten der älteren Gefangenen erläutert und im zweiten Teil die ergotherapeutischen Massnahmen bei älteren Menschen im Alters- und Pflegeheim beschrieben. Diese Darstellung der Ergebnisse dient als Grundlage für die Diskussion, in der die beiden Teile kombiniert werden um die ergotherapeutischen Massnahmen bei älteren Gefangenen zu beschreiben und zu diskutieren. Das Vorgehen in den Studien und die Studienbewertungen befinden sich im Anhang (siehe Anhang 5 und 6).

Vor der Erfassung der Handlungsfähigkeit werden die in den Studien beschriebenen Diagnosen erläutert, da diese für die Ganzheitlichkeit relevant, aber nicht Bestandteil der Erfassung des Bieler Modells sind.

### 5.1 Diagnosen

Aus den herbeigezogenen Studien ist ersichtlich, dass die häufigsten Diagnosen bei den älteren Gefangenen Hypertonie und Arthritis sind. Die Zahlen bei Hypertonie gehen von 35.5% (Loeb, Steffensmeier & Lawrence, 2008) bis zu 64% (Williams et al., 2006), bei Arthritis sind es 26.5% (Williams et al., 2009) bis 73% (Williams et al., 2006). Diese Diagnosen werden auch bei Fazel et al. (2011) sowie bei Lemieux, Dyeson & Castiglione (2002) erwähnt.

Weitere Diagnosen die häufig auftreten sind: Asthma oder COPD<sup>13</sup> (Fazel et al., 2011; Loeb, Steffensmeier & Myco, 2007; Williams et al., 2006; Williams et al., 2009), Herzkrankheiten (Loeb et al., 2007; Marquart et al., 2000; Williams et al., 2006; Williams et al., 2009), Diabetes (Fazel et al., 2011; Loeb et al., 2007; Williams et al., 2006; Williams et al., 2009), Schlaganfall (Williams et al., 2006; Williams et al., 2009), erhöhter Cholesterinwert (Loeb & AbuDagga, 2006; Loeb et al., 2007), Depressionen und Krebs (Fazel et al., 2011; Williams et al., 2006).

---

<sup>13</sup> COPD = chronisch obstruktive Lungenerkrankung

Ausserdem erwähnt werden Demenz und peripher vaskuläre Krankheiten (Williams et al., 2009), neuronale Beschwerden in Rücken, Beinen, Ellbogen und Handgelenk, Gallenblasen- und Prostatabeschwerden (Loeb et al., 2007), Blindheit, grauer Star, altersbedingte Weitsichtigkeit, Taubheit, Glaukom und Verlust von Zähnen (Marquart et al., 2000).

Als übertragbare und im Gefängnis häufig auftretende Krankheiten beschreibt Lemieux et al. (2002) Geschlechtskrankheiten, Fazel et al. (2011) erwähnt HIV, Hepatitis C/D und Tuberkulose.

## **5.2 Erfassung der Handlungsfähigkeit (Möglichkeiten und Schwierigkeiten) der älteren Gefangenen**

### **5.2.1 Erfassung der physischen und psychischen Voraussetzungen**

Das biologische Alter liegt circa 10-15 Jahre vor dem chronologischen Alter. Denn trotz eines Altersunterschieds von 10-15 Jahren weist eine Gruppe älterer Gefangener und eine Gruppe älterer Menschen aus der Gesellschaft denselben Gesundheitszustand auf (Loeb et al., 2008). Daraus lässt sich folgern, dass man nicht alles Wissen über ältere Menschen auf ältere Gefangene übertragen kann.

Weiter ist bekannt, dass ältere Gefangene mehr chronische und psychische Erkrankungen wie ältere Menschen aus der Gesellschaft haben (Fazel et al., 2011; Lemieux et al., 2002). Die psychische Belastung steigert sich bei einer Inhaftierung (Fazel et al., 2011).

Älteren Gefangenen haben vermehrt Psychosen, Persönlichkeitsstörungen, Alkohol- und Drogenprobleme (Fazel et al., 2011).



## **5.2.2 Erfassung der Lebensbereiche**

### **5.2.2.1 Spiel/Freizeit**

Möglichkeiten:

Sowohl ältere Gefangene als auch ältere Menschen im Alters- und Pflegeheim interessieren sich für ein gesünderes Leben (Loeb et al., 2008). Eine weitere Studie von Loeb et al. (2007) besagt, ältere Gefangene haben Vertrauen in ihre Selbstwirksamkeit und sie können sich bewusst gesundheitsfördernd verhalten, beispielsweise indem sie sich in ihrer Freizeit mehr bewegen. Eine weitere Ressource ist laut der Studie von Loeb et al. (2007), das Wissen über den positiven Zusammenhang von mehr Bewegung und besserer Gesundheit. Marquart et al. (2000) untersuchen die Aktivitäten, denen die älteren Gefangenen nachgehen, wenn sie nicht mehr arbeiten können: Essen, Freunde innerhalb des Gefängnisses besuchen, Briefe schreiben, Zeitschriften lesen, fernsehen und schlafen.

Schwierigkeiten:

Andere Gefangene besagen, dass sie sich im Gefängnis weniger bewegen, was eine allgemeine Verschlechterung der Fitness und des Wohlbefindens mit sich führt (Loeb et al. 2007). Die älteren Gefangenen auf einer geriatrischen Abteilung verspüren häufig Langeweile, da sie keiner Arbeit mehr nachgehen können (Marquart et al., 2000).

### **5.2.2.2 Aktivitäten des täglichen Lebens**

Möglichkeiten:

Laut Loeb et al. (2007) haben ältere Gefangene durch ein bewusstes gesundheitsförderndes Verhalten mehr Vertrauen in ihre Selbstwirksamkeit. Sie beeinflussen ihre Gesundheit durch Einhalten von Diäten, genügend Pausen und regelmässigen Schlaf (Loeb et al., 2007).

Bei Marquart et al. (2000) erwähnen die älteren Gefangenen das Essen als wichtigste Aktivität des Tages.

Schwierigkeiten:

Ältere Gefangene sind in den ADLs eingeschränkt (Kakoullis, Mesurier & Kingston, 2010).

Laut Williams et al. (2006) geben 16% der weiblichen Gefangenen über 55 Jahren an, bei den ADLs Hilfe zu benötigen. In einer weiteren Studie von Williams et al. (2009) berichtet das Aufsichtspersonal von mindestens einer Einschränkung in den ADLs bei 5% der Gefangenen über 55 Jahren. Es werden in beiden Studien die ADLs: Baden, Essen, Toilettengang, Anziehen und Transfers untersucht. Das Aufsichtspersonal berichtet, dass 16.5% der älteren Gefangenen mehr Betreuung benötigt (Williams et al., 2009).

Die Studie von Williams et al. (2006) befragt die älteren Gefangenen ausserdem zu gefängnispezifischen ADLs<sup>14</sup>. In diesem Bereich äussern 69% der älteren Gefangenen Schwierigkeiten. Dazu gehören: Anweisungen des Personals hören, sich auf den Boden legen bei einem Alarm, Stehen für das Zählen, in den Speisesaal gehen und aufs Hochbett steigen. Ein Drittel der Gefangenen über 55 Jahren schlafen in einem Hochbett (Williams et al., 2006). Auch für viele ältere weibliche Gefangene ohne Einschränkungen ist es schwierig auf ein Hochbett zu steigen.

Frauen, die von Einschränkungen in den ADLs oder gefängnispezifischen ADLs berichten, stürzen häufiger, haben vermehrt Depressionen, fühlen sich weniger sicher und werden häufiger körperlich misshandelt (Williams et al., 2006). Ausserdem äussern 28% der Frauen mit Einschränkungen in den ADLs, dass sie niemand bei der Ausführung unterstützt. Eine Gefangene aus der Studie von Williams et al. (2006) berichtet beispielsweise, dass sie oft kein Essen bekommt, da sie ohne Hilfe mit dem Rollstuhl zu spät zum Essen erscheint.

---

<sup>14</sup> Gefängnispezifische ADLs = Aktivitäten, die nur innerhalb des Gefängnisses zum Alltag gehören

### 5.2.2.3 Arbeit/Schule/Beruf

Möglichkeiten:

Laut Loeb et al. (2006) steht für viele ältere Gefangene Gesundheitsförderung im Zusammenhang mit Arbeit, da diese häufig im Arbeitsalltag stattfindet (man geht zum Beispiel nach der Arbeit ins Fitnessstudio).

Bei Marquart et al. (2000) berichtet ein Grossteil der älteren Gefangenen, dass sie einer regelmässigen Arbeit nachgehen. Die Arbeit gibt ihnen eine Alltagsroutine und hilft ihnen, aktiv zu bleiben. Durch Arbeit kann ausserdem besser mit der aktuellen Situation umgegangen werden (Marquart et al., 2000).

Aktivität und Tätigsein trägt bei älteren Gefangenen zu positiver sozialer Partizipation bei, hilft gegen Langeweile (Loeb et al., 2006) und erleichtert den Gefangenen eine Anpassung an das Gefängnisleben (Lemieux et al, 2002). Sind diese Bedürfnisse befriedigt, steigert sich die Lebensqualität (Fazel et al., 2011). Als passende Aktivitäten benennen Lemieux et al. (2002) zugeordnete Arbeit, Kunst, Handwerk, Wellness, positiv empfundene Tätigkeiten, Besichtigungen und Gartenarbeiten.

Ältere Gefangene lernen im Gefängnis die Funktionen ihres Körpers kennen und auf diesen zu hören, beispielsweise was ihnen gut tut (Loeb et al. 2007). Dadurch beginnen sie an Prävention zu glauben und die Selbstwirksamkeitserwartung<sup>15</sup> für gesundheitsförderndes Verhalten verbessert sich. In der Studie von Loeb et al. (2007) teilen die Gefangenen auch ihre Wünsche an die Gesundheitsförderung mit: Themen wie zum Beispiel gesundes Altern, Diät oder Bewegung behandeln, lernen Symptome zu verstehen und wie damit umzugehen (zum Beispiel bei Asthma, Diabetes oder HIV) und regelmässige Kontrollen für Prostatakrebs.

Schwierigkeiten:

Laut Williams et al. (2006) müssen knapp drei Viertel der älteren weiblichen Gefangenen zur Arbeit gehen. Davon haben die Hälfte Einschränkungen in den ADLs und gut ein Drittel Einschränkungen in den gefängnispezifischen ADLs. Ein Drittel der

---

<sup>15</sup> Selbstwirksamkeitserwartung = eigene Erwartung, aufgrund eigener Kompetenzen gewünschte Handlungen erfolgreich selbst ausführen zu können

Teilnehmerinnen äussern, dass sie einer für sie zu schweren Arbeit nachgehen müssen.

Der Gesundheitszustand hindert die älteren Gefangenen daran, einer leichten Arbeit nachzugehen und wenn sie nicht arbeiten können, ist der Tag häufig durch Langeweile geprägt (Marquart et al., 2000). Langeweile im Gefängnis bestätigen auch Loeb et al. (2006), da die älteren Gefangenen nicht nach draussen gehen und keiner Arbeit oder Beschäftigung nachgehen.

### **5.2.3 Erfassung der Verhaltensgrundformen**

#### **5.2.3.1 Haltung/Fortbewegung**

Möglichkeiten:

In diesem Bereich werden in den Studien keine Möglichkeiten beschrieben.

Schwierigkeiten:

Von den älteren weiblichen Gefangenen haben beinahe ein Drittel Einschränkungen in der Mobilität (Williams et al., 2006). Auch die älteren männlichen Gefangenen äussern Mobilitätseinschränkungen und 3.8% sind vom Rollstuhl abhängig (Williams et al., 2009). Laut Marquart et al. (2000) benötigen mehr als die Hälfte der älteren Gefangenen auf der geriatrischen Gefängnisabteilung Rollstühle, Rollatoren oder Gehilfen. Schwierigkeiten treten aber auch bei den Transfers auf (Williams et al., 2009).

Über die Hälfte der älteren weiblichen Gefangenen berichten von Schwierigkeiten, wenn sie sich bei Alarm auf den Boden legen müssen, beim Hoch- und Runtersteigen des Hochbettes, auf dem Weg zum Speisesaal und wenn sie für die Durchzählung lange stehen müssen (Williams et al., 2006). Marquart et al. (2000) bestätigen, dass die Gefangenen auf der geriatrischen Abteilung Schwierigkeiten beim Stehen, Aufstehen von einem Stuhl ohne Armlehne, Gehen von mehr als 100 Schritten wie auch beim Treppensteigen aufweisen. Die Hälfte der älteren weiblichen Gefangenen stürzen im ersten Jahr des Gefängnisaufenthaltes (Williams et al., 2006).

### **5.2.3.2 Umgang mit Gegenständen**

Möglichkeiten:

In diesem Bereich werden in den Studien keine Möglichkeiten beschrieben.

Schwierigkeiten:

Zu diesem Punkt sind nur wenige Ergebnisse aus den Studien ersichtlich. Marquart et al. (2000) erwähnen, dass die älteren Gefangenen auf der geriatrischen Abteilung Schwierigkeiten beim Tragen von Einkaufstaschen haben. Weiter werden in dieser Studie Schwierigkeiten beim Fassen des Essens, weil sie mit dem Tablett anstehen müssen, wie auch beim Hochheben und Abstellen von Gegenständen beschrieben.

### **5.2.3.3 Soziale Interaktion**

Möglichkeiten:

Das Essen ist für die Gefangenen eine der wichtigsten Aktivität am Tag (Marquart et al., 2000). Aufgrund von sozialem Kontakt, Langeweile und dem Bedürfnis nach persönlicher Aufmerksamkeit wird der Arzt von älteren Gefangenen doppelt so häufig aufgesucht wie von älteren Menschen in der Gesellschaft (Marquart et al., 2000). Laut Lemieux et al. (2002) können ältere Gefangene Einzelgänger, aber auch in soziale Netzwerke eingebundene Persönlichkeiten sein.

Schwierigkeiten:

Im Gefängnis trifft man häufig auf ängstliche und abhängige Charakteren, was auf die Gefängnisumwelt zurückzuführen ist (Lemieux et al., 2002).

Die älteren Gefangenen geben an, dass sie nicht mehr als nötig mit anderen Gefangenen zusammen sein möchten (Loeb et al., 2008).

## **5.2.4 Erfassung der Grundfunktionen**

### **5.2.4.1 Sensorische und motorische Grundfunktionen**

Möglichkeiten:

In diesem Bereich werden in den Studien keine Möglichkeiten beschrieben.

Schwierigkeiten:

Durch die Inhaftierung verschlechtert sich der Gesundheitszustand (Kakoullis et al., 2010).

In den Studien wird von Sehschwierigkeiten bei älteren Gefangenen berichtet (Kakoullis et al., 2010; Loeb et al., 2006; Loeb et al., 2008; Williams et al., 2006; Williams et al., 2009). Marquart et al. (2000) gehen konkreter auf die Sehschwierigkeiten ein und zählen Blindheit, Grauer Star, Glaukome und altersbedingte Weitsichtigkeit auf. Des Weiteren haben die älteren Gefangenen Schwierigkeiten mit dem Hören (Kakoullis et al., 2010; Loeb et al., 2006; Williams et al., 2006; Williams et al., 2009) und manche sind taub (Marquart et al., 2000). Williams et al. (2009) berichten bei älteren Gefangenen von Sprachstörungen.

Bei Marquart et al. (2000) äussern die älteren Gefangenen Schwierigkeiten bei der Bewegungsausführung. Kakoullis et al. (2010) erwähnt weiter muskuläre Probleme sowie Atembeschwerden und -krankheiten. Loeb et al. (2006) zeigt Atemprobleme, Arthritis und Rückenschmerzen auf.

Laut Williams et al. (2006), Williams et al. (2009) und Lemieux et al. (2002) ist die Inkontinenz ein häufiges Problem.

#### **5.2.4.2 Perzeptive und kognitive Grundfunktionen**

Möglichkeiten:

In diesem Bereich werden in den Studien keine Möglichkeiten beschrieben.

Schwierigkeiten:

Die älteren Gefangenen leiden an kognitiven Einschränkungen (Lemieux et al., 2002), Gedächtnisverlust und -schwierigkeiten bis hin zur Demenz (Williams et al., 2006; Williams et al., 2009).

#### **5.2.4.3 Emotionale Grundfunktionen**

Möglichkeiten:

In diesem Bereich werden in den Studien keine Möglichkeiten beschrieben.

Schwierigkeiten:

In Williams et al. (2006) und Loeb et al. (2007) berichten die älteren Gefangenen von Depressionen. Depressionen stehen im Zusammenhang mit den körperlichen Einschränkungen (Kakoullis et al., 2010; Williams et al., 2006). Ältere weibliche Gefangene ohne Einschränkungen in ADLs und gefängnispezifischen ADLs leiden deutlich weniger an Depression als diejenigen mit Einschränkungen (Williams et al., 2006). Allgemein führen Einschränkungen der Funktionen vermehrt zu negativen Erfahrungen (zum Beispiel Sturz, Missbrauch) (Williams et al., 2006).

Die älteren weiblichen Gefangenen fühlen sich in ihrer Zelle unsicher (Williams et al., 2006), was in der Studie von Williams et al. (2009) von den Aufsichtspersonen bestätigt wird. Rund ein Drittel der weiblichen Gefangenen werden laut Williams et al. (2006) von Mitgefangenen körperlich misshandelt.

Einem Fünftel der älteren Gefangenen fehlt die Motivation für ein gesundheitsförderndes Verhalten und knapp ein weiterer Fünftel hat Angst, durch ihr Verhalten der Gesundheit zu schaden (Loeb et al., 2008). In der Studie von Loeb et al. (2007) wird ausserdem von Stress, Schlafstörungen und einer allgemeinen Verschlechterung des Wohlbefindens im Gefängnis berichtet. Stress, Angst und Schuldgefühle bestätigen Lemieux et al. (2002). Laut Marquart et al. (2000) ist die Langeweile ein grosses Problem auf der geriatrischen Gefängnisabteilung. Die älteren Gefangenen vermissen ihre Familien und fühlen sich einsam (Lemieux et al., 2002).

## **5.2.5 Erfassung der materiellen, sozialen und kulturellen Voraussetzungen**

### **5.2.5.1 Materielle Voraussetzungen**

Laut Williams et al. (2009) trägt die Gefängnisumwelt zu Einschränkungen bei. So stellt zum Beispiel das Gehen in Handschellen (Williams et al., 2009), längere Gehstrecken, schlechte Schlaf- und Wascheinrichtungen (Kakoullis et al., 2010) und fehlende Handläufe (Williams et al., 2006) für die älteren Gefangenen eine grosse Schwierigkeit dar. Dies führt dazu, dass die älteren Gefangenen von der Gefangenengesellschaft

ausgeschlossen werden (Kakoullis et al., 2010). Weiter erwähnen Kakoullis et al. (2010) zu schnell ablaufende Gefängnisroutinen.

Das Umfeld und die Umwelt scheint laut Marquart et al. (2000) eine grosse Rolle zu spielen. Lemieux et al. (2002) bestätigen, dass eine Inhaftierung bei den älteren Gefangenen Stress auslöst, der durch einen Umbau und Anpassungen der Umwelt reduziert werden kann. Dabei sollte einstöckig gebaut werden, Rampen, automatische Türen, Tische, Stühle und Besucherräume eingebaut werden. Weiter soll auf die Akustik, Temperatur und Privatsphäre geachtet werden (Lemieux et al., 2002). Laut den Gefangenen fördert die Gefängnisumwelt die Verschlechterung von Atem- und Arthritisproblemen (Lemieux et al., 2002).

Einerseits wünschen sich die älteren Gefangenen laut Marquart et al. (2000) bei verschlechterter Gesundheit einen Aufenthalt in geschützten pflegerischen oder geriatrischen Gefängniseinrichtungen. Andererseits weisen die älteren Gefangenen der geriatrischen Abteilung eine signifikant schlechtere Gesundheit auf wie die älteren Gefangenen der allgemeinen Abteilung (Loeb et al., 2006; Marquart et al., 2000). Die älteren Gefangenen nehmen täglich verschiedene Medikamente ein (Marquart et al., 2000). Viele ältere Gefangene benötigen Hilfsmittel wie zum Beispiel eine Brille, Vergrösserungsglas für die Arbeit, Gehhilfen oder Rollstühle (Marquart et al., 2000). Bis zu einem Viertel der älteren Gefangenen äussern, nichts von den vorhandenen Gesundheitsprogrammen zu wissen (Loeb et al., 2008). Laut Loeb et al. (2006) sind in den Gefängnissen häufig keine Gesundheitsprogramme für die älteren Gefangenen vorhanden.

Aus der Studie von Loeb et al. (2007) resultiert, dass eine kontrollierte Medikamentenabgabe, regelmässige Impfungen, kontrollierter Umgang mit der Sucht und der Zugang zur Gesundheitsversorgung, welche in den Gefängnissen angeboten werden, zur Verbesserung der Gesundheit der älteren Gefangenen führt. Hingegen wird auch erwähnt, dass die Gefangenen oft über zu wenig Geld verfügen und sich keine Medikamente kaufen können (Loeb et al., 2007). Auch Fazel et al. (2011) bestätigen, dass ein Drittel der älteren Gefangenen mit psychischen Erkrankungen mit Medikamenten versorgt wird. Laut Kakoullis et al. (2010) haben die älteren



Gefangenen eine bessere Ausbildung, weniger Drogenmissbräuche und mehr Kontakt zu der Familie als die jüngeren Gefangenen.

#### **5.2.5.2 Soziale Voraussetzungen**

Die sozialen Beziehungen unter den Gefangenen sind in der Literatur sehr unterschiedlich angegeben.

Die älteren Gefangene werden aufgrund ihres Alters (Kakoullis et al., 2010; Marquart et al., 2000) zu Opfern von Misshandlung oder Verbrechen durch ihre Mitgefangenen (Williams et al., 2006).

Hingegen wird bei Williams et al. (2006) auch erwähnt, dass über zwei Drittel der älteren weiblichen Gefangenen mit Einschränkungen in den ADLs oder der Mobilität von den Mitgefangenen Unterstützung bekommen.

Das Gefängnispersonal würde knapp fünfmal mehr für die Betreuung der älteren Gefangenen benötigt, als dies momentan der Fall ist (Williams et al., 2009). Für die älteren Gefangenen stellt das Gefängnispersonal die Vertrauensperson dar (Kakoullis et al., 2010). Das Personal fühlt sich aber laut Loeb et al. (2007) nicht für die Betreuung und Behandlung verantwortlich und verfügt nicht über die notwendigen Ressourcen, was zu fehlendem Vertrauen in die Selbstwirksamkeit bei den älteren Gefangenen führt. Ungenügend geschultes Personal bestätigen auch Kakoullis et al. (2010). Ausserdem kennt das Personal bis zu einem Drittel der zu betreuenden Gefangenen gar nicht (Williams et al., 2009). Durch die Unterstützung der Familie und den Zugang zur Gesundheitsversorgung, erhöht sich laut Loeb et al. (2007) das Vertrauen in die Selbstwirksamkeit.

#### **5.2.5.3 Kulturelle Voraussetzungen**

Für eine verbesserte Gesundheit muss mehr Eigenverantwortung für das Gesundheitsverhalten übernommen werden (Loeb et al., 2007). Wie in der Studie von Marquart et al. (2000) ersichtlich, raucht über die Hälfte der älteren Gefangenen regelmässig. Es ist auch bekannt, dass viele Gefangene mit Diabetes, Hypertonie, koronaren Herzkrankheiten und Lungenproblemen sich vor dem Gefängnisaufenthalt in

keiner medizinischen Behandlung befanden oder die Anweisungen der Ärzte nicht befolgten (Marquart et al., 2000). Allgemein besagen sie, dass sich viele ältere Gefangene weder als Kind noch als Erwachsene von einem Arzt untersuchen lassen haben.

### **5.3 Ergotherapeutische Massnahmen bei geriatrischen Klienten in Alters- und Pflegeheimen**

Im Folgenden zweiten Teil werden ergotherapeutische Massnahmen beschrieben, die bei Klienten in Alters- und Pflegeheimen durchgeführt werden.

#### **5.3.1 Ergotherapeutische Massnahmen bei physischen und psychischen Voraussetzungen**

Aus der Studie von Sachley et al. (2006) geht hervor, dass ein Fünftel der ergotherapeutischen Behandlungen für die individuelle Erfassung verwendet wird.

#### **5.3.2 Ergotherapeutische Massnahmen in den Lebensbereichen**

##### **5.3.2.1 Spiel/Freizeit**

Die Möglichkeit, bedeutungsvolle Aktivitäten durchzuführen, vermittelt den älteren Menschen im Alters- und Pflegeheim das Gefühl, etwas Sinnvolles zu tun und nicht nur die Zeit abzusetzen (Van't Leven & Jonsson, 2002). Ausserdem werden durch Entspannung und freudvolle Aktivitäten Symptome einer Depression vermindert (Sood, Cisek, Zimmermann, Zsleski & Fillmore, 2003).

Van't Leven et al. (2002) beschreiben in ihrer Studie, dass für Bewohner des Alters- und Pflegeheimes nicht nur die aktive Teilnahme bei einer Aktivität bedeutungsvoll ist, sondern es auch wirkungsvoll ist, wenn sie einer Aktivität beiwohnen können. Deshalb ist es wichtig, bei Aktivitätsangeboten in der Ergotherapie beide Formen der Betätigung zu ermöglichen (Van' Leven et al., 2002).

Laut Voigt-Radloff, Schochat und Heiss (2004) werden durch zweckgerichtete Betätigung<sup>16</sup> Personen zu mehr Leistung motiviert und produktive Aktivitäten führen zu einer geringeren Mortalitätsrate.

Eine Möglichkeit für Freizeitaktivitäten können kreative Angebote sein. Kreative Aktivitäten bieten Therapeutinnen die Möglichkeit, Klienten ein vielfältiges Umfeld zu bieten, wo sie frei arbeiten können (La Cour, Josephsson & Luborsky, 2005). Es ist also wichtig, in der Ergotherapie eine Auswahl an Freizeitaktivitäten anzubieten, denn dadurch steigert sich die Lebensqualität (Audrey & Huebner, 2000).

Die Studie von Sachley et al. (2006) zeigt, dass bei Schlaganfallklienten nur eine geringe Anzahl Therapiestunden für die Beübung von Freizeitaktivitäten dienen. Laut Steultjens, Dekker, Bouter, Leemrijse und Van den Ende (2005) können Klienten mit Aktivitätseinschränkungen eine Verbesserung durch die Ergotherapie erwarten.

### **5.3.2.2 Aktivitäten des täglichen Lebens**

Sowohl Audrey et al. (2000) als auch Van't Leven et al. (2002) beschreiben, dass die Ergotherapie den Klienten die Möglichkeit für Selbstbestimmung und Kontrolle bei alltäglichen Aktivitäten bieten soll. Durch mehr Selbstbestimmung in der Selbstversorgung erhöht sich einerseits die Lebensqualität der Klienten (Audrey et al., 2000), andererseits können langfristig die Kosten für den Pflegeaufwand reduziert werden (Voigt-Radloff et al., 2004).

Eine frühe ergotherapeutische und physiotherapeutische Massnahme bei einem Schlaganfall führt laut Voigt-Radloff et al. (2004) zu einer erhöhten Kompetenz in der Selbstversorgung. Auch Menschen mit einer Demenz können von der Ergotherapie eine leichte Verbesserung in der Selbstversorgung und eigenständigen Lebensführung erwarten (Voigt-Radloff et al., 2004). Ausserdem führt ambulante Ergotherapie bei Personen mit einem Schlaganfall zu einer erhöhten Selbstständigkeit in der Lebensführung und Selbstversorgung.

---

<sup>16</sup> Betätigung= „die Summe von Aktivitäten und Aufgaben des täglichen Lebens, die durch Individuen und Kultur benannt, strukturiert und mit Bedeutung belegt sind“ (Götsch, 2007, S.80) Der Begriff Betätigung wird in der Ergotherapie sehr häufig verwendet und deshalb auch in dieser Bachelorarbeit, obwohl er nicht zur Terminologie des Bieler Modells gehört.

Die Ergotherapie führt bei Schlaganfallklienten ein Skillstraining durch (Steultjens et al., 2005). Die Studie über Schlaganfallklienten von Sachley et al. (2006) zeigt auf, dass rund ein Drittel der Therapieeinheiten für ADL-Training verwendet werden. Dabei wird der Transfer zur Toilette, vom Bett aufstehen, Anziehen oder Essen geübt. Bei Bewohnern mit Einschränkungen in den ADLs reduziert sich durch ergotherapeutische Massnahmen kurzfristig der Abbau von ADL-Fertigkeiten (Sachley et al., 2006). Weiter zeigt diese Studie auf, dass Ergotherapie der Abhängigkeit in der Selbstversorgung bei Schlaganfallklienten entgegenwirken kann.

Durch ein ergotherapeutisches Übungsprogramm für zu Hause kann das Sturzrisiko reduziert werden, womit sich die Kompetenzen in den ADLs erhöhen und die Klienten eine erhöhte Selbstwirksamkeit erfahren (Voigt-Radloff et al., 2004).

### **5.3.2.3 Arbeit/Beruf/Schule**

Der Zugang zu Bildung beeinflusst die Lebensqualität der älteren Menschen (Audrey et al., 2000).

Eine ergotherapeutische Massnahme verstärkt die Sensibilität für Sturzrisiken und für die Vermeidung von Stürzen (Voigt-Radloff et al., 2004).

## **5.3.3 Ergotherapeutische Massnahmen in den Verhaltensgrundformen**

### **5.3.3.1 Haltung/Fortbewegung**

Die Ergotherapie wirkt Mobilitätseinschränkungen entgegen (Sachley et al., 2006) und hilft präventiv gegen Unfälle in Alters- und Pflegeheimen (Voigt-Radloff et al., 2004). Steultjens et al. (2005) bestätigen, dass es durch die Ergotherapie weniger Stürze bei älteren Menschen gibt.

Durch ergotherapeutische Beratungen in der Adaptation vom Wohnraum, Heimtraining wie auch durch verstärkte Sensibilität für Stürze, kann das Sturzrisiko reduziert werden (Voigt-Radloff et al., 2004). Das gesenkte Sturzrisiko wiederum trägt dazu bei, dass mehr ausserhäusliche Aktivitäten unternommen werden (Voigt-Radloff et al., 2004).

Laut der Studie von Sachley et al. (2006) dient ein Fünftel der ergotherapeutischen Behandlungseinheiten bei Klienten mit Schlaganfall für Mobilitätstraining wie Gehtraining, Bett-Stuhl-Transfer, vom Sitzen aufstehen und für Training im freien Gehen. Klienten mit Ergotherapie weisen bessere Fähigkeiten in Transfers und beim Gehen auf (Sachley et al., 2006). Ganz allgemein führen zweckgerichtete Handlungen zu mehr Bewegung, beispielsweise wird bei Schlaganfall durch Betätigung ein verbesserter Einsatz der betroffenen Extremität erzielt (Voigt-Radloff et al., 2004).

### **5.3.3.2 Umgang mit Gegenständen**

Bei Schlaganfall führt die ergotherapeutische Behandlung zu einer verbesserten Arm-Hand-Funktion sowie Koordination und bei Arthritis zu mehr Geschicklichkeit, dazu gibt es jedoch noch wenig Evidenz (Steultjens et al., 2005).

### **5.3.3.3 Soziale Interaktion**

Durch die ergotherapeutische Aktivierung verbessert sich die Kommunikation, die soziale Interaktion sowie die psychosozialen Fähigkeiten (Voigt-Radloff, et al., 2004). Des Weiteren zeigt sich bei Klienten mit Schlaganfall und Demenz eine signifikante Steigerung der sozialen Partizipation (Voigt-Radloff, et al., 2004). Bei Klienten mit Schlaganfall, älteren Menschen, Personen mit progressiv neurologischen, mentalen Krankheiten und Arthritis kommt es durch ergotherapeutischen Massnahmen zu einer Verbesserung der sozialen Partizipation, wobei bei den drei letzteren eher wenig Evidenz besteht (Steultjens et al., 2005).

Laut Van't Leven et al. (2002) nehmen viele Bewohner aus Alters- und Pflegeheimen an Gruppenaktivitäten teil um soziale Interaktion zu erleben. Durch kreative, anforderungslos gestaltete Workshops, erleben ältere Menschen mit einer Langzeiterkrankung in der Gruppe eine soziale und persönliche Atmosphäre (La Cour et al., 2005). Kreative Aktivitäten geben auch die Möglichkeit, über andere Themen als die Krankheit zu sprechen. Ergotherapeutinnen sollen die Anwesenheit der älteren Menschen in Gruppen fördern, denn für viele ist das Anwesendsein in einer Gruppe bedeutungsvoll, auch ohne aktive Teilnahme (Van't Leven et al., 2002). Weiter besagt die Studie, dass die Möglichkeit der sozialen Interaktion wichtig ist, um sich als Teil der

Gesellschaft zu fühlen. Voigt-Radloff et al. (2004) erwähnen die sozialen Aktivitäten als Prädiktoren für eine geringere Mortalitätsrate.

Um soziale Interaktion zu ermöglichen bieten sich laut Van't Leven et al. (2002) auch Zweierzimmer an.

### **5.3.4 Ergotherapeutische Massnahmen in den Grundfunktionen**

#### **5.3.4.1 Sensorische und motorische Grundfunktionen**

Der Review von Voigt-Radloff et al. (2004) zeigt, dass sich bei Schlaganfall durch Betätigung der Einsatz der betroffenen Extremität verbessert. Steultjens et al. (2005) bestätigen die Verbesserung der funktionellen Fertigkeiten bei Schlaganfall, rheumatoider Arthritis und allgemein bei älteren Menschen durch die Ergotherapie. Dieser Review weist ausserdem bei progressiv neurologischen und mentalen Krankheiten eine leichte Evidenz für eine funktionelle Verbesserung auf. Bei ergotherapeutischer Behandlung im Alters- und Pflegeheim reduziert sich der funktionelle Abbau und die Unfallrate (Voigt-Radloff et al., 2004).

Weiter führt eine ergotherapeutische Massnahme bei Klienten mit Schlaganfall und Demenz zu einer verbesserten verbalen und nonverbalen Kommunikation sowie zu einer Verbesserung der Koordination und Arm-Hand-Funktion (Steultjens et al., 2005). Ausserdem zeigt sich eine leichte Evidenz für die Reduzierung des Muskeltonus bei Schlaganfallklienten.

Steultjens et al. (2005) beschreiben eine leichte Evidenz für die Wirksamkeit von Gelenkschutzprogrammen, Training von motorischen Funktionen, Schmerzreduktion, Kraftverbesserung und Verbesserung der Geschicklichkeit bei Menschen mit Arthritis. Voigt-Radloff et al. (2004) bestätigen die Evidenz für die Wirksamkeit von Gelenkschutz bei Arthritis.

Die Ergotherapie kann ein Heimprogramm gestalten um die Schwindelsymptomatik zu mindern, was somit zu weniger Stürzen führt (Voigt-Radloff et al., 2004).

#### **5.3.4.2 Perzeptive und kognitive Grundfunktionen**

Steultjens et al. (2005) zeigen eine geringe Evidenz für die Verbesserung der kognitiven Fähigkeiten bei Schlaganfallpatienten. Voigt-Radloff et al. (2004) hingegen verweist auf die kognitive Aktivierung der Ergotherapie, welche eine signifikante kognitive Leistungssteigerung bei Menschen mit Schlaganfall bewirkt.

Ein ganzheitliches und multistратегisches Ergotherapieprogramm führt bei Menschen mit Demenz zu einer signifikanten Verlangsamung des Rückgangs der kognitiven Fähigkeiten (Voigt-Radloff et al., 2004).

#### **5.3.4.3 Emotionale Grundfunktionen**

Stressreduktion (Audrey et al., 2000) und ergotherapeutische Aktivierung (Voigt-Radloff et al., 2004), zum Beispiel durch kreative Aktivitäten (La Cour et al., 2005), verbessert die Lebensqualität.

Durch kreative Aktivitäten können sich die Klienten besser ausdrücken, es bereitet ihnen Freude, ermöglicht ihnen über ihre eigenen Grenzen hinaus zu wachsen und eine Verknüpfung zwischen Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft herzustellen (La Cour et al., 2005). Die Planung eines kreativen Projektes kann zu persönlichen Plänen führen, was relevant für eine Entwicklung von Zukunftsperspektiven und einen Aufbau von Motivation ist (La Cour et al., 2005).

Ergotherapie bewirkt ein gesteigertes Wohlbefinden bei älteren Menschen (Steultjens et al., 2005) und bei Menschen mit einem Schlaganfall (Voigt-Radloff et al., 2004).

Steultjens et al. (2005) zeigen ausserdem eine leichte Evidenz für die Verbesserung der Lebensqualität bei Menschen mit einer progressiv neurologischen und mentalen Krankheit durch die Ergotherapie.

Eine Aktivierung durch die Ergotherapie führt einerseits zu einer Reduktion von Depression und Einsamkeitsgefühlen, andererseits zu einer verbesserten Befindlichkeit bei Menschen mit Demenz (Voigt-Radloff et al., 2004). Sood et al. (2003) bestätigen, dass Ergotherapie bei Depressionen zu einer signifikanten Verbesserung der allgemeinen Stimmung führt.

Bedeutungsvolle Aktivitäten helfen, die Identität aufrecht zu erhalten (Van't Leven et al., 2002). Da ältere Menschen einen Verlust von Sicherheit und Kontrolle aufgrund eingeschränkter Entscheidungsmöglichkeiten und geringer Selbstbestimmung empfinden, sollte ihnen Entscheidungsfreiheit betreffend ihrer Betätigungsausführung ermöglicht werden (Van't Leven et al., 2002). Von Bedeutung ist hierbei, die Wartezeiten für Unterstützung möglichst gering zu halten, da eine lange Wartezeit den älteren Menschen einen Teil ihrer Autonomie nimmt, Stress verursacht und sie sich allgemein stärker abhängig fühlen (Van't Leven et al., 2002).

### **5.3.5 Ergotherapeutische Massnahmen in den materiellen, sozialen und kulturellen Voraussetzungen**

#### **5.3.5.1 materielle Voraussetzungen**

Da eine zufriedenstellende Wohnsituation die Lebensqualität steigert (Audrey et al., 2000), soll laut Sood et al. (2003) auf ruhige Plätze für die Ausführung von Aktivitäten und mehr Privatsphäre (beispielsweise Einzelzimmer) geachtet werden.

Eine Wohnraumadaptation, welche anhand einer einmaligen ergotherapeutischen Beratung angeschaut werden kann, reduziert das Sturzrisiko (Voigt-Radloff et al., 2004).

Ergotherapeutische Massnahmen haben zur Folge, dass beispielsweise bei Demenz, weniger antipsychotische Medikamente nötig sind (Voigt-Radloff et al., 2004). So können Kosten gespart werden, da weniger Medikamente bezahlt werden müssen. Ganz allgemein kann durch die Ergotherapie der Pflegeaufwand verringert werden, was zu einer weiteren Reduktion der Kosten führt (Voigt-Radloff et al., 2004).

Die Ergotherapie kann auch Schienenanpassungen anbieten, falls dies notwendig ist (Voigt-Radloff et al., 2004).

#### **5.3.5.2 soziale Voraussetzungen**

Die Lebensqualität der älteren Menschen in Alters- und Pflegeheimen kann durch die Unterstützung und Beteiligung der Familie gesteigert werden (Audrey et al., 2000). Laut Van't Leven et al. (2002) sind die Mitbewohner und die Familie die wichtigsten sozialen Kontakte von älteren Menschen, die in Alters- und Pflegeheimen leben. Viele Bewohner



haben jedoch wenig Besuch und sind daher abhängiger vom Personal (Van't Leven et al., 2002).

Ergotherapeuten sollen laut Audrey et al. (2000) das Pflegepersonal bei der Verbesserung der Flexibilität und Auswahlmöglichkeiten in der Klientenbetreuung unterstützen. In der Studie wird bestätigt, dass die älteren Menschen durch autonome Wahl bei Freizeit und Selbstversorgung eine erhöhte Lebensqualität erleben.

### **5.3.5.3 kulturelle Voraussetzungen**

Die Bewohner von Alters- und Pflegeheimen sind in persönlichen Bereichen, bei täglichen Entscheidungen und Routinen eingeschränkt, was zur Folge hat, dass sie nicht selbstständig agieren können (La Cour et al., 2005).

Bei älteren Menschen mit einer Langzeiterkrankung bieten kreative Aktivitäten die Möglichkeit, an kulturellen Traditionen teilzunehmen und Anerkennung zu erlangen (zum Beispiel können sie ihre hergestellten Werke verschenken) (La Cour et al., 2005).

## **6 Diskussion**

### **6.1 Zusammenfassung der Ergebnisse**

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse aus den beiden Literaturrecherchen (Erfassung der Handlungsfähigkeit von älteren Gefangenen und ergotherapeutische Massnahmen in Alters- und Pflegeheimen) zusammengefügt. Die Schwierigkeiten der älteren Gefangenen werden mit den Massnahmen bei älteren Menschen im Alters- und Pflegeheim verknüpft. Auf diese Weise werden die möglichen ergotherapeutischen Massnahmen bei älteren Gefangenen dargestellt. Ebenfalls werden die Möglichkeiten der älteren Gefangenen und die kritischen Punkte aus dem Kapitel 5 "Ergebnisse der Literaturrecherche" diskutiert. Die Darstellung erfolgt erneut im Bieler Modell.

#### **6.1.1 Physische und psychische Voraussetzungen**

Die Ergotherapie macht eine individuelle Erfassung des Alters, des Geschlechts oder der psychischen Disposition.

#### **6.1.2 Lebensbereiche**

Die älteren Gefangenen sind in ihrer Auswahl an Aktivitäten eingeschränkt. Die am häufigsten ausgeführten Aktivitäten wie Schreiben, Lesen oder Schlafen sind eher passiv. Da sich die Gefangenen zu wenig bewegen, leidet darunter auch ihre Gesundheit und das Wohlbefinden. Häufig wird bei den älteren Gefangenen von Langeweile gesprochen, weil neben der täglichen Arbeit wenig bis kein Angebot für Freizeitaktivitäten besteht. Durch gewählte, zweckgerichtete, freud- und bedeutungsvolle Aktivitäten kann die Lebensqualität erhöht, das Gefühl tätig zu sein vermittelt, Symptome der Depression vermindert und zu mehr Leistung motiviert werden. Dabei darf die Wirkung der passiven Teilnahme mit demselben positiven Effekt nicht ausser Acht gelassen werden. Eine sinnvolle Möglichkeit für ein ergotherapeutisches Angebot sind kreative Tätigkeiten, da diese in vielerlei Hinsicht einen Einfluss auf die Person und ihre Gesundheit haben.

Viele ältere Gefangene wissen, dass mehr Bewegung gesundheitsfördernd ist, was als Ressource genutzt werden kann.

In den Aktivitäten des täglichen Lebens zeigen sich bei älteren Menschen in Alters- und Pflegeheimen wie auch bei älteren Gefangenen Schwierigkeiten. Einschränkungen bei gefängnispezifischen ADLs wie aufs Hochbett Steigen oder Stehen für die Zählung treten häufiger auf als bei den üblichen ADLs. Dies deutet darauf hin, dass ältere Menschen auf Grund der Gefängnisumwelt deutlich mehr Einschränkungen im Alltag haben, als Menschen im Alters- und Pflegeheim.

In der Ergotherapie können ADLs und gefängnispezifische ADLs trainiert werden, wobei darauf zu achten ist, dass die Wahl der Aktivitäten selbstbestimmt ist. Dies ermöglicht den Klienten eine selbständigere Selbstversorgung, was zu tieferen Kosten und zu mehr Lebensqualität führt. Eine Senkung der Einschränkungen in den ADLs führt auch zu weniger Stürzen, Depressionen und körperlichen Misshandlungen. Durch Heimtrainings werden Stürze vermieden, wodurch die Klienten mobiler werden und mehr Aktivitäten ausführen können.

Ein grosser Unterschied zwischen den älteren Menschen in der Gesellschaft und den älteren Menschen in den Gefängnissen ist die Arbeit. In den Alters- und Pflegeheimen ist das Thema Arbeit abgeschlossen, daher werden in den Studien keine Massnahmen beschrieben. In den Gefängnissen hingegen muss so lange wie möglich einer Arbeit nachgegangen werden. Es zeigt sich aber auch eine grosse Bedeutung der Arbeit im Alltag der älteren Gefangenen, was eine Ressource darstellt.

### **6.1.3 Verhaltensgrundformen**

Bis zu einem Drittel der älteren Gefangenen haben Einschränkungen in der Mobilität. Auch werden diverse Gehhilfen notwendig, um sich möglichst selbständig in den Gefängnisgebäuden fort zu bewegen. Durch diese Einschränkungen und die nicht altersgerechte Infrastruktur in den Gefängnissen kommt es oft zu Stürzen. Die Ergotherapie wirkt Stürzen mit einer Adaptation des Wohnraumes (beispielsweise der Zelle) entgegen. Die Ergotherapie kann durch ein Mobilitätstraining bei älteren

Gefangenen die Fähigkeiten in Transfers und im Gehen verbessern sowie Mobilitätseinschränkungen und Unfälle im Gefängnis reduzieren.

Über den Umgang mit Gegenständen ist in der Literatur nur sehr wenig zu finden, da es sich dabei um detailliertes Beobachten von konkreten Handlungen handelt. Allgemein kann durch Ergotherapie bei Schlaganfallklienten die Arm-Hand-Funktion und Koordination sowie bei Klienten mit Arthritis die Geschicklichkeit verbessert werden. Diese Funktionen haben schlussendlich einen Einfluss auf den Umgang mit Gegenständen.

Für die älteren Gefangenen haben Aktivitäten im sozialen Umfeld einen hohen Stellenwert. So wird das gemeinsame Essen wie auch der Arztbesuch als wichtig erannt, um unter Leute zu kommen und um Aufmerksamkeit zu erhalten. Durch ergotherapeutische Aktivierung können die Kommunikations- und sozialen Interaktionsfertigkeiten der älteren Gefangenen gezielt verbessert werden. Soziale Interaktion vermittelt ihnen das Gefühl, Teil der Gesellschaft zu sein. Im Gegensatz zu diesem Gemeinschaftsgefühl wird gleichzeitig erwähnt, dass die älteren Gefangenen es bevorzugen, zurückgezogen zu leben und den Kontakt mit anderen Gefangenen vermeiden wollen. Die älteren Gefangenen werden häufig Opfer von Missbräuchen und Gewalttaten in Gefängnissen.

Die Autorinnen schliessen aus diesen Widersprüchen, dass Unterschiede zwischen den einzelnen Gefangenen wie auch zwischen den Gefängnissen bestehen. Dazu können keine ergotherapeutische Massnahmen aus Alters- und Pflegeheimen gefunden werden.

#### **6.1.4 Grundfunktionen**

Bei den älteren Gefangenen werden verschiedene Sehstörungen benannt. Auch wird von Hörproblemen und Inkontinenz gesprochen. Zu diesen Schwierigkeiten werden keine ergotherapeutischen Massnahmen in Alters- und Pflegeheimen gefunden. Bei

den genannten Sprachproblemen hingegen wird bei Klienten mit Schlaganfall und Demenz durch die Ergotherapie die verbale und non-verbale Kommunikation verbessert.

Die Ergotherapie hilft den älteren Gefangenen bei Schwierigkeiten in den Bewegungsausführungen den funktionellen Abbau zu reduzieren. Dadurch, dass die Ergotherapie Betätigung ermöglicht, wird ein besserer Einsatz der betroffenen Extremität erreicht, die Arm-Hand-Funktion wird verbessert und durch Bewegungen wird der Muskeltonus gesenkt. Es besteht Evidenz bei Gelenkschutz und geringe Evidenz beim Training der motorischen Funktionen, der Schmerzreduktion und dem Kraftaufbau bei Arthritis.

Durch ein ganzheitliches und multistrategisches Ergotherapieprogramm kann der Abbau der Gedächtnisfunktionen bei den älteren Gefangenen verlangsamt werden. Weiter kann die kognitive Aktivierung durch die Ergotherapie zu einer kognitiven Leistungssteigerung führen.

Viele der älteren Gefangenen leiden an einer Depression, welche häufig auf eine traumatische Vergangenheit oder körperliche Misshandlungen im Gefängnis zurückgeführt werden kann. Weitere psychische Probleme wie Stress, Schlafstörungen oder verschlechtertes Wohlbefinden, können ebenfalls auf traumatische Erlebnisse zurückgeführt werden. Das Gefängnisumfeld und die körperlichen Einschränkungen können eine Depression auslösen. Ergotherapie führt bei Depression zu einer allgemeinen Verbesserung der Stimmung und steigert das Wohlbefinden der Klienten. Durch bedeutungsvolle Aktivitäten kann die Ergotherapie die älteren Gefangenen unterstützen, um ihre Identität aufrecht zu erhalten und die Kontrolle über ihre Betätigungsausführung ermöglichen. So kann Stress reduziert und die Lebensqualität sowie das Wohlbefinden verbessert werden. Weiter wird beschrieben, dass Selbständigkeit wichtig ist, um sich selbstbestimmt zu fühlen.

Als ergotherapeutische Massnahme wird bei Klienten mit einer Langzeiterkrankung die kreative Aktivität empfohlen, da diese auch als Traumaverarbeitung dienen kann. Ausserdem kann durch Aktivität die Langeweile der älteren Gefangenen reduziert werden.

### **6.1.5 Materielle, soziale und kulturelle Voraussetzungen**

Die Gefängnisumwelt schränkt die älteren Gefangenen ein und sie fühlen sich in ihren Zellen unsicher. In den Alters- und Pflegeheimen werden aufgrund der Privatsphäre, Einzelzimmer bevorzugt, was in den Gefängnissen nicht immer gewährleistet werden kann. Durch ergotherapeutische Anpassungen und individuelle Einrichtungen kann die Wohnsituation dennoch persönlicher, zufriedenstellender und sicherer (zum Beispiel durch Handläufe) gestaltet werden, was die Lebensqualität erhöht. Aus Sicht der älteren Gefangenen hat die strukturierte Organisation des Gefängnisses auch positive Aspekte, da durch die Institution eine kontrollierte Medikamentenabgabe erfolgt, Impfungen durchgeführt werden und der Umgang mit Suchtmitteln kontrolliert wird.

Wie bereits erwähnt, nehmen viele Gefangene auf Grund ihres Alters eine Opferrolle ein. Andererseits helfen sich aber die Gefangenen untereinander, wenn sie Einschränkungen haben. Vom Gefängnispersonal erhalten sie wenig Unterstützung. Dieses fühlt sich nicht verantwortlich und verfügt nicht über die notwendigen Ressourcen, um ältere Gefangene zu unterstützen. In den Alters- und Pflegeheimen stellen die Mitbewohner und die Familie das wichtigste soziale Netz der Bewohner dar. Im Gegensatz dazu bestehen in Gefängnissen meist gar keine Kontakte mehr zur Familie, also setzt sich das soziale Netz aus den Betreuern und Mitinhaftierten zusammen.

Die Ergotherapie kann das Gefängnispersonal in der Betreuung unterstützen, beraten und die sozialen Kontakte der älteren Gefangenen fördern.

Trotz kultureller Unterschiede dieser beiden Gruppen, äussern Beide einen Anspruch auf ein gesundheitsförderndes Leben. Für die Gefangenen besteht die Herausforderung meist darin, die Eigenverantwortung für ihre Gesundheit zu übernehmen. Viele der älteren Gefangenen haben vor dem Gefängniseintritt kaum den Arzt besucht und haben somit vorbestehende Krankheiten.

Lebt man in einer Institution (Gefängnis oder Alters- und Pflegeheim) zusammen mit vielen anderen Menschen, ist man in den persönlichen Bereichen wie auch in täglichen Entscheidungen und Routinen eingeschränkt. Die Ergotherapie kann beispielsweise mit kreativen Aktivitäten Freiräume für Entscheidungen schaffen. Diese geben ausserdem die Möglichkeit, an Traditionen teilzuhaben.

## **6.2 Bezug zur Fragestellung und theoretischer Hintergrund**

In der "Zusammenfassung der Ergebnisse" (siehe Kapitel 6.1) zeigt sich, dass nicht auf alle Probleme, die bei älteren Gefangenen auftreten, entsprechende ergotherapeutische Massnahmen im Alters- und Pflegeheim gefunden werden können. Das bestätigt die Aussage, dass nicht alles Wissen von älteren Menschen aus der Gesellschaft, auf ältere Menschen im Gefängnis übertragen werden kann (Loeb et al., 2008). Um die Fragestellung vollständig zu beantworten, wird im folgenden Abschnitt mit weiterer Literatur auf Schwierigkeiten, die nur im Gefängnis auftreten, eingegangen.

### **6.2.1 Gefängnispezifische Schwierigkeiten**

Arbeit spielt im Leben der älteren Gefangenen eine wichtige Rolle. So lange es irgendwie möglich ist, müssen sie arbeiten. Arbeit hat für die älteren Gefangenen einen hohen Stellenwert, wird mit Gesundheit wie auch mit Routinen verbunden und lenkt von der Langeweile ab. Die älteren Menschen aus den Alters- und Pflegeheimen sind pensioniert und haben die Möglichkeit, ihren Tag mit bedeutungsvollen und erfüllenden Freizeitaktivitäten zu verbringen.

Die Aufgabe der Ergotherapie besteht darin, die Arbeitsplätze im Gefängnis optimal und individuell anzupassen, Veränderungen der Arbeitsabläufe und ergonomische Arbeitsplatzgestaltungen vorzunehmen (Krümming, 2008), damit eine möglichst langzeitige und gesunde Arbeit möglich ist. Gleichzeitig soll aber auch nach bedeutungsvollen Freizeitaktivitäten gesucht werden, was laut Le Grasse (2005) mit

zunehmendem Alter eine immer grössere Rolle spielt . Die Freizeit trägt bei den älteren Gefangenen, bei denen das Arbeiten nicht mehr möglich ist, dazu bei, dass sie laut Le Granse (2005) in der Lage sind, ihre Zeit sinnvoll zu nutzen und nicht auf den Tod warten zu müssen. Lemieux et al. (2002) beschreiben in ihrem Review passende Aktivitäten für ältere Gefangene folgendermassen: Zugeordnete Arbeit, Kunst, Handwerk, Wellness, positive Tätigkeiten, Besichtigungen und Gartenarbeiten. Auch Loeb und Steffensmeier (2011) erläutern den Gefängnisaufenthalt als deprimierend und sie beschreiben weiter, dass Aufheiterung, bedeutungsvolle Aktivitäten, anderen helfen, sich nützlich zu fühlen und humorvoll zu sein hilft, positiv mit der aktuellen Situation umzugehen. Weiter werden auch sportliche Aktivitäten wie Joggen, Spazieren, Fitness, Streching und Ping-Pong als positiv erachtet, wobei die Möglichkeit zur Ausführung im Gefängnis meist erschwert ist (Loeb et al., 2011).

Die Umwelt im Gefängnis, die Inhaftierung und die traumatischen Erlebnisse prägen die älteren Gefangenen. Dies scheint bei den älteren Menschen aus Alters- und Pflegeheimen vermindert der Fall zu sein. Viele ältere Gefangene weisen psychische Erkrankungen auf, wobei die medikamentöse Versorgung meist als unprofessionell beschrieben wird. In Alters- und Pflegeheimen werden, mit Ausnahme der Depression, keine psychiatrische ergotherapeutische Massnahmen beschrieben. Ergotherapeuten führen gerontopsychiatrische Massnahmen durch, indem sie die körperliche und seelische Verfassung thematisieren (Ehlert, 2005). Das Ziel der ergotherapeutischen Behandlung ist dabei, mit dem Klienten Tätigkeits- und Interessenschwerpunkte zu entwickeln, seine Ressourcen zu nutzen und auszubauen (Ehlert, 2005). Meist wird in Gruppentherapien gearbeitet, wobei der Schwerpunkt mehr auf dem psychosozialen wie auf dem produktiven Aspekt liegt (Ehlert, 2005).

Die Familie wird bei den Gefangenen wie auch bei den Bewohnern von Alters- und Pflegeheimen als wichtiger Unterstützungsfaktor benannt. Der Unterschied besteht jedoch vor allem darin, dass die älteren Gefangenen seltener Kontakt zu ihren Familien haben wie Bewohner von Alters- und Pflegeheimen, weniger Besuch erhalten, meist geschieden sind und dadurch wenig bis keine Angehörige haben. Für sie sind dann ausschliesslich das Aufsichtspersonal die Bezugspersonen und bilden somit meist das einzige soziale Netzwerk. Dies bestätigt auch die Aussage, dass die älteren



Gefangenen öfters zum Arzt gehen um Aufmerksamkeit und soziale Interaktion zu verspüren. Durch eine Gruppentherapie können die älteren Gefangenen soziale Kontakte untereinander aufbauen, Wertschätzung erfahren und gegenseitig ein soziales Netzwerk erleben (Landmann, 2009).

Die Gefängnisumwelt verursacht besonders bei den älteren Gefangenen Stress. So erschweren ihnen zum Beispiel die weiten Wege das rechtzeitige Erreichen des Speisesaals oder sie haben Schwierigkeiten in den ADLs, aufgrund zu wenig angepassten Räumlichkeiten. Dies bestätigt auch die Aussage von Williams et al. (2006), dass Menschen die in der Gesellschaft unabhängig leben, im Gefängnis eingeschränkt sind. Die Ergotherapie kann durch präventive Anpassung der Wohnräume die Sicherheit des Klienten erhöhen, Unfallrisiken verringern und die Selbständigkeit der älteren Gefangenen erhalten (Lübke, 2005). Dabei wird auf Stolperfallen, glatte Böden, Kabel, schlecht erreichbare Schränke aber auch auf Temperatur und Beleuchtung geachtet (Lübke, 2005). Gerade in Gefängnissen, die häufig nicht für ältere Menschen gebaut worden sind (Baumeister et al., 2011; Duffin, 2010), sind für mehr Unabhängigkeit besonders viele solcher Anpassungen notwendig.

Bei den bekannten Diagnosen der älteren Gefangenen wie Arthritis, Mobilitätseinschränkungen und neurologischen Beschwerden kann die Ergotherapie durch Abgabe von Hilfsmitteln, deren individuelle Einstellung und ein Training von dessen Gebrauch den Alltag erleichtern (Dieckmann, 2005). Hilfsmittel dienen dazu, verloren gegangene Funktionen zu ersetzen oder eingeschränkte Funktionen zu unterstützen (Koesling, 2007).

Bei den gefängnispezifischen ADLs wie Essenholen an der Fassstrasse, sich bei Alarm auf den Boden legen, aufs Hochbett Steigen und beim Hören der Anweisungen des Gefängnispersonals, weisen viele Gefangene Schwierigkeiten auf. Die Ergotherapie hat die Aufgabe Handlungskompetenz zu erhalten, wiederherzustellen oder zu verbessern. Die Ergotherapie begleitet, unterstützt und befähigt Menschen, die in ihren alltäglichen Fähigkeiten eingeschränkt sind (Koesling, 2007). Dadurch werden die Klienten selbständiger und haben die Möglichkeit, ihr Leben selbst zu bestimmen (Joss, Wolzt & Horn, 2009).

Die älteren Gefangenen scheinen zwar an ihrer Gesundheit interessiert zu sein, dennoch besuchen sie durchschnittlich gesehen den Arzt selten und wissen weniger über ihren Körper und allfällige Krankheiten. Die Ergotherapie kann, ergänzend zum Arzt, präventive Ansätze anwenden, wie zum Beispiel rückenfreundliches Verhalten, Gelenkschutztraining oder Hilfsmittelberatung (Gans, 2008).

### **6.2.2 Ressourcen**

Auch wenn sich im Verhältnis deutlich weniger Möglichkeiten bei den älteren Gefangenen finden lassen, sollte den Möglichkeiten dennoch besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden.

In der Ergotherapie ist schon immer sehr ressourcen- und klientenzentriert gearbeitet worden (Kubny-Lücke, 2009). Das Herausarbeiten von Ressourcen ist von grosser Bedeutung um diese im Therapieprozess nutzen zu können (Winter, 2009). Daher sollte bei der Behandlung von älteren Gefangenen unbedingt auf die im Kapitel 6.1 "Zusammenfassung der Resultate" erwähnten Möglichkeiten bei den älteren Gefangenen eingegangen werden.

### **6.2.3 Modell**

Als Bezug zum theoretischen Hintergrund wird im Folgenden das gewählte Modell ausgewertet.

Durch die Verwendung des Bieler Modells, welches für die Erfassung, die Umsetzung in die Praxis wie auch für die Evaluation bestimmt ist (Nieuwesteeg-Gutzwiller et al., 2010), gelingt es den Autorinnen, eine einheitliche Struktur der Arbeit beizubehalten. Im Kapitel 5 "Ergebnisse der Literaturrecherche" wird das Modell für die Erfassung der älteren Gefangenen verwendet wie auch für die Umsetzung in die Praxis mit den ergotherapeutischen Massnahmen aus den Alters- und Pflegeheimen. In der "Zusammenfassung der Ergebnisse" (Kapitel 6.1) können die beiden Teile ganzheitlich und übersichtlich in der Struktur des Modells zusammengefügt werden.

Durch die Verwendung der Struktur des Bieler Modells werden die Möglichkeiten und Schwierigkeiten gleichstark gewichtet, was dazu beiträgt, dass vor allem auch die Möglichkeiten nicht untergehen und die Fragestellung komplett beantwortet werden kann.

Die Schwierigkeiten aus den Studien aus dem englischen Sprachraum passen in die Struktur des in der Schweiz entwickelten Bieler Modells (Nieuwesteeg-Gutzwiller et al., 2010). Dies zeigt den Autorinnen auf, dass die Kulturen ähnlich sind und dass dadurch eine Übertragbarkeit vorhanden ist.

### **6.3 Kritische inhaltliche Diskussion**

Ein wichtiger Aspekt den es zu diskutieren gibt, ist die ethische Grundhaltung. Die Autorinnen haben die Erfahrung gemacht, dass das Thema häufig auf kontroverse Diskussionen in der Gesellschaft stösst. Die Gefangenen sind eine Randgruppe, die häufig vergessen wird. Viele Personen finden es richtig, dass die Gefangenen mit massiven Einschränkungen leben müssen. Häufig rufen die negativen Folgen, welche die Inhaftierung mit sich bringt, in der Bevölkerung kein Mitleid hervor und der Wille, Verbesserungen für die Situation der Gefangenen zu bewirken, stösst auf Unverständnis. Es zeigt sich aber, dass die Toleranz gegenüber älteren Gefangenen für therapeutische Unterstützung grösser ist. Diese Grundhaltung wird kaum zu ändern sein. Ergotherapeutinnen, die Mitglied im Ergotherapieverband Schweiz (EVS) sind, haben sich verpflichtet, den Ethikkodex des EVS einzuhalten. Der Ethikkodex besagt, dass Ergotherapeutinnen allen Klienten mit Respekt begegnen und deren individuelle Situation berücksichtigen müssen. Kein Klient darf aufgrund seines Alters, Herkunft, sexuellen Neigungen, politischen Einstellung oder seines sozialen Status von der Ergotherapeutin diskriminiert werden (EVS, 2011). Älteren Gefangenen wird von der Gesellschaft ein sehr niedriger Status zugewiesen, aber trotzdem dürfen sie von der Ergotherapie nicht diskriminiert werden.

Ein weiteres Thema das zur Diskussion anregt, ist der Aspekt der Haftstrafe, die dazu dient, durch Einschränkungen der individuellen Freiheiten eine Tat zu vergelten (Roth,

k.D.<sup>17</sup>). Wird Ergotherapie im Gefängnis angeboten, gibt man den älteren Gefangenen einen Teil ihrer Freiheiten zurück. Denn die Ergotherapie hat zum Ziel, individuell bedeutungsvolle Handlungen zu ermöglichen (ASSET et al., 2005). Gemäss den Menschenrechten hat jeder Mensch das Recht auf ein Leben mit einem für ihn erreichbaren Höchstmass an Gesundheit (Humanrights). Es wird sogar erläutert, dass dieses Recht für ältere Menschen aufgrund ihrer zunehmenden Gebrechlichkeit von besonderer Bedeutung ist. „Die Ergotherapie geht davon aus, dass die Fähigkeit eines Menschen, für ihn bedeutungsvolle Handlungen/Tätigkeiten auszuführen in einem positiven Zusammenhang steht mit seiner Gesundheit“ (ASSET et al., 2005, S.8). Aus diesem Grund wird davon ausgegangen, dass die Ergotherapie unterstützend wirkt, um auch bei älteren Gefangenen ein Höchstmass an Gesundheit zu erreichen. Nach der Erfahrung der Autorinnen stellen immer noch viele Menschen die Ergotherapie mit Beschäftigungstherapie gleich. Deshalb soll klar kommuniziert werden, dass das Ziel der Ergotherapie die Entwicklung, Förderung und Erhaltung der Handlungsfähigkeiten der Klienten ist und mit handlungs- und alltagsorientierten Mitteln und Methoden gearbeitet wird (EVS, 2007). Die Ergotherapie klärt die Kritiker darüber auf, dass bei geriatrischen Klienten im Bereich der Prävention gearbeitet wird (EVS, 2007) und die ergotherapeutischen Massnahmen kosteneffizient sind (Hay et al., 2002). Es ist auch wichtig zu bedenken, dass nicht das Gefängnis die Ursache aller Einschränkungen ist, sondern auch der normale Alterungsprozess (Loeb et al., 2007).

## **6.4 Theorie-Praxis-Transfer**

In diesem Teil der Arbeit geht es darum, einen Bezug zur Situation in der Schweiz herzustellen und die Umsetzbarkeit von Ergotherapie bei älteren Menschen im Gefängnis zu diskutieren.

Aus der „Zusammenfassung der Ergebnisse“ (Kapitel 6.1) und dem „Bezug zur Fragestellung“ (Kapitel 6.2) geht hervor, inwiefern eine ergotherapeutische Intervention mit älteren Menschen im Gefängniskontext sinnvoll wäre. Da aber die Ergebnisse der Studien aus dem englischsprachigen Raum nicht eins zu eins auf die Schweiz

---

<sup>17</sup> k.D. = kein Datum

übertragen werden können, wird zum besseren Vergleich eine Studie aus der Schweiz beigezogen.

Die Ergebnisse der Untersuchung von Baumeister et al. (2011) bei älteren Menschen in diversen Schweizer Gefängnissen zeigen ein ähnliches Bild der Schwierigkeiten und Möglichkeiten der älteren Gefangenen. Die älteren Gefangenen in der Schweiz erwähnen diverse Diagnosen wie zum Beispiel Arthritis, Rückenbeschwerden, Einschränkungen der Sinneswahrnehmung und das Gefängnispersonal fügt noch kognitive Einschränkungen hinzu (Baumeister et al., 2011). Sie äussern auch körperliche Einschränkungen, welche einen Einfluss auf Alltagserledigungen, beispielsweise die Körperpflege, und auch auf die Arbeitspflicht im Strafvollzug haben. Des Weiteren wird in dieser Studie näher auf die infrastrukturellen Gegebenheiten eingegangen, die die alltäglichen Handlungen beeinflussen, wie zum Beispiel das Vorhandensein eines Fahrstuhles. Es sind keine spezifischen Angebote oder Konzepte für ältere Gefangene vorhanden und wenn diese nicht mehr arbeiten können, fehlt ihnen eine Tagesstrukturierung (Baumeister et al, 2011). Daraus kann der Schluss gezogen werden, dass Ergotherapie auch für ältere Menschen in Schweizer Gefängnissen empfehlenswert ist.

Da die Umsetzung von Ergotherapie im Gefängnis stark von den gesetzlichen Grundlagen der Schweiz abhängt, wird ein Blick auf das Gesetz geworfen.

Der Artikel 75 Absatz 1 des Strafgesetzbuches besagt: „Der Strafvollzug hat das soziale Verhalten des Gefangenen zu fördern, insbesondere die Fähigkeit, straffrei zu leben. Der Strafvollzug hat den allgemeinen Lebensverhältnissen so weit als möglich zu entsprechen, die Betreuung des Gefangenen zu gewährleisten, schädlichen Folgen des Freiheitsentzugs entgegenzuwirken und dem Schutz der Allgemeinheit, des Vollzugspersonals und der Mitgefangenen angemessen Rechnung zu tragen.“ Die Ergotherapie kann unterstützend wirken bei der Förderung des sozialen Verhaltens sowie bei der Reduzierung von schädlichen Folgen durch den Freiheitsentzug (zum Beispiel Funktions- und Aktivitätseinschränkungen) (Steultjens et al., 2005; Voigt-Radloff et al., 2004). Ausserdem kann durch Ergotherapie das Wohlbefinden und die

allgemeine Lebensqualität gesteigert werden (Voigt-Radloff et al., 2004). Das trägt dazu bei, den allgemeinen Lebensverhältnissen zu entsprechen. Dieser Gesetzesartikel zeigt auf, dass die Gefangenen ein gesetzliches Recht auf Unterstützungsmöglichkeiten wie zum Beispiel die Ergotherapie haben.

Nachdem nun die rechtliche Sicht diskutiert wurde, tritt nun die Frage der Finanzierung bei der Umsetzung von Ergotherapie im Gefängnis auf.

Nach Artikel 1 Absatz 1 der Verordnung über die Krankenversicherung unterstehen Personen mit Wohnsitz in der Schweiz der Versicherungspflicht. Konkret bedeutet das, dass die meisten älteren Gefangenen eine obligatorische Krankenpflegeversicherung haben. Diese übernimmt nach Abschnitt 2 Artikel 6 Absatz 1 der Krankenpflege-Leistungsverordnung die Kosten für die Ergotherapie (mindestens neun Einheiten), sofern diese ärztlich verordnet ist und durch Verbesserung der Funktionen zur Selbstständigkeit in den Alltagsaktivitäten bei somatischen und psychischen Erkrankungen beiträgt. Somit kann ein Arzt einem Gefangenen mit körperlichen Einschränkungen und Einschränkungen auf der Aktivitätsebene Ergotherapie verordnen und diese wird von der Krankenkasse bezahlt.

Eine weitere Möglichkeit die Ergotherapie im Gefängnis zu finanzieren, ist über eine pauschale Abrechnung des gesamten Pflegeaufwandes. In Alters- und Pflegeheimen ist beispielsweise das Resident Assessment Instrument (RAI) weit verbreitet. Mit dem RAI kann eine genaue Erfassung des Pflegebedarfs jedes einzelnen Klienten vorgenommen werden und anhand dieser werden sie in sogenannte Pflegeaufwandgruppen (RUG) eingeteilt (Kalkoff, 2008). Die Versicherungen haben das RAI als Erfassungs- und Abrechnungsinstrument angenommen und bezahlen pro Pflegeaufwandgruppe einen Pauschalbetrag für den Klienten (Kalkoff, 2008). Je nach Pflegeaufwandgruppe ist auch Ergotherapie Bestandteil der Pauschale (Texas Medicaid & Healthcare Partnership (TMHP), 2010). Der Vorteil des RAI ist, dass es eine Erfassung und die Behandlungsplanung beinhaltet und es bietet eine Überwachung, da die Erfassung in regelmässigen Abständen durchgeführt wird (Kalkoff, 2008). Jedoch ist die Einführung eines solchen Erfassungsinstrumentes sehr aufwändig und benötigt geschultes

Personal (Kalkoff, 2008), aufgrund dessen der Einsatz des RAI sicherlich nur bei einer grösseren Anzahl älterer Gefangener sinnvoll ist (zum Beispiel in der 60+ Abteilung in der Strafanstalt Lenzburg). Die Ergotherapie im Gefängnis kann durch eine direkt angestellte Ergotherapeutin oder durch eine ambulante Therapie als Domizilbehandlung erfolgen.

Der finanzielle Aspekt wirft auch die Frage auf, ob es nicht sinnvoll wäre, die älteren Gefangenen in separaten Abteilungen oder Gefängnissen unterzubringen. So könnten den Bedürfnissen der älteren Gefangenen besser entsprochen werden. Die Behandlung von älteren Gefangenen ist aufgrund der komplexen und chronischen Krankheitsbilder sehr schwierig (Kerbs et al., 2009). Deshalb müssen die älteren Gefangenen häufig unter hoher und teurer Überwachung ausserhalb des Gefängnisses behandelt werden. Laut Kerbs et al. (2009) können durch eine spezielle Einrichtung für ältere Gefangene Kosten gespart werden. Durch eine Separation entfallen teure Transportkosten, Einrichtungen, die nur für jüngere Gefangene notwendig sind, können weggelassen werden, geringere Sicherheitsvorkehrungen werden gebraucht und es können auch mehr spezifische Behandlungsangebote für ältere Gefangene angeboten werden (Kerbs et al., 2009).

Marquart et al. (2000) zeigen einerseits auf, dass viele ältere Gefangene es vorziehen würden, von den übrigen Gefangenen getrennt untergebracht zu werden, vor allem wenn mehr Pflege notwendig ist. Andererseits beschreiben Marquart et al. (2000) die Gesundheit auf der geriatrischen Abteilung schlechter wie bei Gleichaltrigen auf der allgemeinen Abteilung. Dieser Aspekt wird auch von Loeb et al. (2006) bestätigt.

In der Schweiz ist im Mai 2011 die 60+ Abteilung in der Strafanstalt Lenzburg eröffnet worden, mit dem Ziel, eine altersentsprechende Unterkunft zu bieten. Bei der Besichtigung der 60+ Abteilung zeigt sich jedoch, dass dies noch nicht die optimale Lösung ist. Viele strukturelle Bedingungen für die älteren Gefangenen müssen nach der Meinung der Autorinnen angepasst werden, wie beispielsweise die Möglichkeit der Freizeitgestaltung und der Betreuung von pflegebedürftigen Gefangenen. Derzeit ist ein

gemütlicher Aufenthaltsraum und die Möglichkeit für regelmässige Aktivitäten, dem grossen Einsatz des Personals der 60+ Abteilung zu verdanken.

Bei der Besichtigung der 60+ Abteilung in Lenzburg kommt auch die Frage auf, wie das Vorgehen ist, wenn einer der älteren Insassen vermehrt pflegebedürftig wird. Es zeigt sich, dass dieser Aspekt noch nicht zu Ende diskutiert ist und noch viele Unklarheiten bestehen. Fraglich ist für die Autorinnen, ob es nicht sinnvoller wäre, pflegebedürftige ältere Gefangene in einem öffentlichen Alters- und Pflegeheim unterzubringen, da sie auf Grund ihres gesundheitlichen Zustandes nicht mehr gefährlich sind. Nach Artikel 80 Absatz 1 Buchstabe a des Strafgesetzbuches darf "von den für den Vollzug geltenden Regeln [...] zu Gunsten des Gefangenen abgewichen werden[,] wenn der Gesundheitszustand des Gefangenen dies erfordert [...]". Dieser Artikel weist darauf hin, dass eine Unterbringung in einem Alters- und Pflegeheim möglich wäre. In der Erläuterung des Artikels wird jedoch betont, dass die Pflege der Strafgefangenen grundsätzlich im Rahmen des Strafvollzugs durchzuführen sei (Art.80 Abs. 1 lit. a StGB).

Die Diskussion der Finanzierung der Ergotherapie im Gefängnis, der Separation der älteren Gefangenen oder der Unterbringung in einem Alters- und Pflegeheim zeigt, dass dieses Thema aufgrund der Zunahme der älteren Inhaftierten in Schweizer Gefängnissen überdacht werden muss. Es müssen optimale Lösungen gefunden werden und es ist wichtig dabei Fachpersonen aus dem Bereich der Altersversorgung beizuziehen, wie zum Beispiel Ergotherapeutinnen.

## **6.5 Beurteilung der Ergebnisse**

Im Folgenden werden einige Limitationen dieser Arbeit diskutiert.

Die Ergebnisse dieser Arbeit auf Studien aus dem englischsprachigen Raum basieren. Da sich das politische, soziale und wirtschaftliche System aus diesen Ländern unterscheidet von dem der Schweiz und somit auch die Situation in den Gefängnissen



verschieden ist, können die Resultate nicht eins zu eins auf die Schweiz übertragen werden. Beim Besuch der 60+ Abteilung des Zentralgefängnisses Lenzburg zeigt sich, dass vor allem der soziale Kontakt unter den Gefangenen einen Unterschied darstellt. In den Studien wird von gemeinsamen Essen, Besuchen untereinander und Gemeinschaftszellen berichtet. In Lenzburg beispielsweise, wird das Essen in der Zelle eingenommen und viele haben eine Einzelzelle. So reduziert sich der soziale Kontakt auf die Arbeit und den Spazierhof. Ein weiterer Unterschied ist die Grösse der Gefängnisse. In den verwendeten Studien wird davon berichtet, dass das Gefängnispersonal die Gefangenen häufig nicht kennt. In der Schweiz ist das Personal eine Bezugsperson, vor allem in den Werkstätten (Baumeister et al., 2011). Auf diese und weitere Unterschiede muss beim Einbezug der Resultate in die Praxis geachtet werden. Zu Beginn sollten die gegebenen Strukturen miteinander verglichen werden.

Eine weitere Limitation ist das Geschlecht der Studienteilnehmer. In den Studien über die älteren Gefangenen sind die Mehrheit Männer, hingegen sind die Probanden für die Studien in den Alters- und Pflegeheimen überwiegend weiblich. Um trotzdem eine Vergleichbarkeit zu gewährleisten, wird von Beginn an eine Studie über weibliche ältere Gefangene eingeschlossen (Williams et al., 2006).

Durch die Einteilung der Resultate ins Bieler Modell kann eine geringfügige Interpretation der Resultate im Ergebnisteil erfolgen. Für eine vereinfachte und strukturierte Darstellung der Resultate nehmen die Autorinnen dies in Kauf.

Bis auf eine wurden alle Studien und Reviews als qualitativ gut eingeschätzt. Durch die geringe Erfahrung der Autorinnen mit Studienbewertungen und durch die subjektiven Interpretationsmöglichkeiten in der Bewertung können jedoch kleine Fehler bei der Bewertung eingeflossen sein.

## 7 Schlussfolgerung

Diese Bachelorarbeit zeigt den positiven Nutzen ergotherapeutischer Massnahmen bei älteren Gefangenen auf. Durch Ergotherapie kann dieser Bevölkerungsgruppe zu mehr Selbständigkeit, Zufriedenheit, Lebensqualität und höherer Gesundheit wie auch zu weniger Stress verholfen werden. Wichtig ist dabei zu wissen, dass die älteren Gefangenen ein höheres biologisches als chronologisches Alter aufweisen und ihre Schwierigkeiten und Möglichkeiten nicht mit denen von älteren Menschen aus der Gesellschaft vergleichbar sind. Allgemein kann bei älteren Gefangenen mit ergotherapeutischen Massnahmen von verminderten Kosten ausgegangen werden.

Da die rechtliche und strukturelle Lage in der Schweiz noch nicht geklärt und die Finanzierung nicht explizit gelöst ist, sind momentan individuelle Lösungen für die einzelnen älteren Gefangenen notwendig. Es ist damit zu rechnen, dass eine Mehrheit der Bevölkerung eine Optimierung der gesundheitlichen Versorgung der Gefangenen nicht verstehen oder unterstützen wird und diese Meinung ist schwierig zu ändern. Aufgrund der Menschenrechte und des ergotherapeutischen Berufkodexes hat auch diese Bevölkerungsgruppe Anrecht auf ein gesundes und erfülltes Leben.

Dieses Problem wird in Zukunft häufiger thematisiert werden und ein Problem für den Schweizer Strafvollzug darstellen. Deshalb ist es unabdingbar Regelungen, Konzepte und Strukturen für ältere Gefangene zu erarbeiten und dabei das Justiz- und Gesundheitswesens miteinzubeziehen. Es braucht Fachpersonen für die Gestaltung eines optimalen Gefängnissettings für ältere Gefangene. Da Ergotherapeuten Experten für eine optimale Umweltgestaltung sind, aber auch vielen Schwierigkeiten, welche beim Altern im Gefängnis auftreten, entgegenwirken können, ist es sinnvoll, diese beizuziehen.

Um die Situation in der Schweiz genauer zu erfassen, ist weitere Forschung notwendig. Derzeit wird eine Forschungsarbeit zum Thema "ältere Gefangene in der Schweiz" durchgeführt. Weiter ist es wichtig, dass die Arbeit der Ergotherapeuten bei älteren Gefangenen im Ausland erforscht wird, damit dieses Wissen in der anstehende Gefängnisumstrukturierung miteinbezogen werden kann.

## 8 Literatur

- Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Schulen für Ergotherapie (ASSET) und ErgotherapeutInnen – Verband Schweiz (EVS). (2005). Berufsprofil Ergotherapie 2005. Heruntergeladen von:  
[http://www.ergotherapie.ch/resources/uploads/Berufsprofil\\_2005\\_d.pdf](http://www.ergotherapie.ch/resources/uploads/Berufsprofil_2005_d.pdf)
- Audrey, M. D-M. & Huebner, R. A. (2000). Relationship Between Choice and Quality of Life Among Residents in Long-Term-Care. *The American Journal of Occupational Therapy* 54 (5), 504-508.
- Baumeister, B. & Keller, S. (2011). *Alt werden im Straf- und Massnahmenvollzug*. Dübendorf: ZHAW Departement Soziale Arbeit, Forschung und Entwicklung.
- Beobachter (2005). Strafvollzug, Sitzen je nach Altersklasse. Heruntergeladen von:  
[http://www.beobachter.ch/wohnen/artikel/strafvollzug\\_sitzen-je-nach-altersklasse/](http://www.beobachter.ch/wohnen/artikel/strafvollzug_sitzen-je-nach-altersklasse/)
- Bundesamt für Statistik (2010). Vollzugsstatistiken (Stand der Datenbank: 4.6.2010). Unveröffentlichte Spezialauswertungen, Bundesamt für Statistik.
- Der Schweizerische Bundesrat (2012). Verordnung über die Krankenversicherung (KVV). Heruntergeladen von: <http://www.admin.ch/ch/d/sr/8/832.102.de.pdf>
- Dieckmann, P. (2005). Sturzrisiko. In C. Habermann & C. Wittmershaus (Hrsg.), *Ergotherapie im Arbeitsfeld Geriatrie* (S. 302-312). Stuttgart: Thieme.
- Donatsch, A., Flachsmann, St., Hug, M., Maurer, H. & Weder, U. (2006). *Schweizerisches Strafgesetzbuch*. Zürich: Orell Füssli.
- Duffin, Ch.(2010). Doing Time: Health Care in the Criminal Justice System. *Nursing Older People*, 22 (10), 14-18.
- Ehlert, Ch. (2005). Ergotherapie in der Gerontopsychiatrie. In C. Habermann & C. Wittmershaus (Hrsg.), *Ergotherapie im Arbeitsfeld Geriatrie* (S. 258-267). Stuttgart: Thieme.
- Eidgenössisches Departement für Inneres EDI. (2007). Verwahrung, Verurteilungen und Vollzug. Neuchatel: Bundesamt für Statistik.
- Eidgenössisches Departement des Innern (2012). Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflege Versicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV). Heruntergeladen von:  
<http://www.admin.ch/ch/d/sr/8/832.112.31.de.pdf>

- ErgotherapeutInnen Verband Schweiz (EVS) (2007). Ergotherapie und ihre Einsatzgebiete. Heruntergeladen von:  
<http://www.vertrauensaeerzte.ch/news/congress2007/ErgoCats.pdf>
- ErgotherapeutInnen Verband Schweiz (EVS) (2011). Berufskodex. Heruntergeladen von:  
[http://www.ergotherapie.ch/resources/uploads/Ethik/Berufskodex\\_EVS\\_%20D\\_def.pdf](http://www.ergotherapie.ch/resources/uploads/Ethik/Berufskodex_EVS_%20D_def.pdf)
- Fazel, S. & Baillargeon, J. (2011). The health of prisoners. *Lancet*, 377 (9769), 956-965.
- Gans, M. (2008). Prävention. In C. Koesling & Th. Bollinger Herzka (Hrsg.), *Ergotherapie in der Orthopädie, Traumatologie und Rheumatologie* (S. 378-382). Stuttgart: Thieme.
- Götsch, K. (2007). Bedeutung der Sozialwissenschaften für die Ergotherapie. In C. Scheepers, U. Steding-Albrecht & P. Jehn (Hrsg.), *Ergotherapie vom Behandeln zum Handeln*. Stuttgart: Thieme
- Hay, J., LaBree, L., Luo, R., Clark, F., Carlson, M., Mandel, D., Zemke, R., Jackson, J. & Azen, S. P. (2002). Cost-Effectiveness of Preventive Occupational Therapy Independent- Living Older Adults. *American Geriatric Society*, 50 (8), 1381-1388.
- Hirni, L. (2010). *Repetitorium Strafrecht Allgemeiner Teil*. Zürich: Orell Füssli Verlag
- Humanrights (2009). Recht auf Gesundheit. Heruntergeladen von:  
[http://www.humanrights.ch/de/Themendossiers/Alter/Schweiz/Sozialrechte/idart\\_3386-content.html](http://www.humanrights.ch/de/Themendossiers/Alter/Schweiz/Sozialrechte/idart_3386-content.html)
- Joss, R., Wolzt, B. & Horn, M. (2009). Querschnittlähmung. In C. Habermann & F. Kolster (Hrsg.), *Ergotherapie im Arbeitsfeld Neurologie* (S. 363-396). Stuttgart: Thieme.
- Kakoullis, A., Mesurier, N. L. & Kingston, P. (2010). The mental health of older prisoners. *International Psychogeriatrics*, 22(5), 693-701.
- Kalkoff, S. (2008). RAI in der praktischen Umsetzung. *Die Schwester. Der Pfleger*, 47, 266-271.
- Kerbs, J.J. & Jolley, J.M. (2009). A Commentary on Age Segregation for Older Prisoners. Philosophical and Pragmatic Considerations for Correctional Systems. *Criminal Justice Review*, 34(1), 119-139.
- Koeseling, C. (2007). Training im lebenspraktischen Bereich (ADL). In C. Scheepers, U. Steding-Albrecht & P. Jehn (Hrsg.), *Ergotherapie vom Behandeln zum Handeln* (S. 300-303). Stuttgart: Thieme.

- Krümmling, D. (2008). Degenerative Erkrankung der Wirbelsäule. In C. Koesling & Th. Bollinger Herzka (Hrsg.), *Ergotherapie in der Orthopädie*, Traumatologie und Rheumatologie (S. 271-277). Stuttgart: Thieme.
- Kubny-Lücke, B. (2007). Geschichte der Ergotherapie in Deutschland. In C. Scheepers, U. Steding-Albrecht & P. Jehn (Hrsg.), *Ergotherapie Vom Behandeln zum Handeln* (S. 11-18). Stuttgart: Thieme.
- Kubny- Lücke, B. (2009). Rolle der Ergotherapie in der Psychiatrie. In B. Kubny- Lücke (Hrsg.), *Ergotherapie im Arbeitsfeld Psychiatrie* (S. 9-19). Stuttgart: Thieme.
- La Cour, K., Josephsson, St. & Luborsky, M. (2005). Creating connections to life during life-threatening illness: Creative activity experienced by elderly people and occupational therapists. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 12, 98-109.
- Landmann, H. (2009). Gerontopsychiatrie. In B. Kubny- Lücke (Hrsg.), *Ergotherapie im Arbeitsfeld Psychiatrie* (S.337-363). Stuttgart: Thieme.
- Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J. & Westmorland, M. (1998). Critical Review Form - Quantitative Studies. Heruntergeladen von:  
[http://www.srsmcmaster.ca/Portals/20/pdf/ebp/quantreview\\_form1.doc](http://www.srsmcmaster.ca/Portals/20/pdf/ebp/quantreview_form1.doc)
- Lemieux, C.M., Dyeson, T.B. & Castiglione, B. (2002). Revisiting the literature on prisoners who are older: Are we wiser? *The prison Journal*, 82(4), 440-458.
- Le Granse, M. (2005). Anne Moseys Modell und Patientensicht. In C. Habermann & C. Wittmershaus (Hrsg.), *Ergotherapie im Arbeitsfeld Geriatrie* (S. 56-64). Stuttgart: Thieme.
- Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J. & Westmorland, M. (2007). Critical Review Form for Qualitative Studies. Heruntergeladen von:  
[http://www.srsmcmaster.ca/Portals/20/pdf/ebp/qualreview\\_form1.doc](http://www.srsmcmaster.ca/Portals/20/pdf/ebp/qualreview_form1.doc)
- Lloyd, C. & Neven, J. (1989). Occupational Therapy and the Elderly cancer Patient. *Promoting Quality Long Term Care for Older Persons*, 6(3/4), 87- 97.
- Loeb, S.J. & AbuDagga, A. (2006). Health-Related Research on Older Inmates: An Integrative Review. *Research in Nursing & Health*, 29, 556-565.
- Loeb, S.J. & Steffensmeier, D. (2011) Older Inmates' Pursuit of Good Health. *Research in Gerontological Nursing*, 4(3), 185-194.
- Loeb, S.J., Steffensmeier, D. & Lawrence, F. (2008) *Comparing Incarcerated and Community-Dwelling Older Men's Health*, 30(2), 234-249.

- Loeb, S.J., Steffensmeier, D. & Myco, P.M. (2007). In Their Own Words: Older Male Prisoners' Health Beliefs and Concerns for the Future. *Geriatric Nursing*, 28(5), 319-329.
- Lübke, N. (2005). Prävention und Gesundheitsförderung. In C. Habermann & C. Wittmershaus(Hrsg.), *Ergotherapie im Arbeitsfeld Geriatrie* (S. 135-144). Stuttgart: Thieme.
- Lustenberger, A. & Schuler, A. (2010). *Intramurale Lebenswelt. Betätigungsperformanz der Inhaftierten im geschlossenen Strafvollzug*. Winterthur: Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften ZHAW.
- Marquart, J. W., Merianos, D. E. & Doucet, G. (2000). The health-related concerns of older prisoners: implications for policy. *Ageing and Society*, 20(1), 79-96
- Marty, D. (2011). Pflegefälle hinter Gittern: Gefängnisinsassen werden immer älter und bleiben immer länger in Haft. Das stellt den Justizvollzug vor neue Probleme. *Zürcher Unterländer*. Heruntergeladen von:  
<http://www.zuonline.ch/storys/storys.cfm?vID=17685>
- Marty, D. & Graf, U. (2011). „Menschen in Haft altern schneller.“ Weil Straftäter heute länger Haft behalten werden, steigt auch die Zahl der älteren Gefangenen, sagt Pöschwies- Direktor Ueli Graf. *Tages Anzeiger*. Heruntergeladen von:  
<http://www.tagesanzeiger.ch/zuerich/gemeinde/Menschen-in-Haft-altern-schneller/story/12982568/print.html>
- Meier, P.J. (2011). Pflegefälle für immer im Knast. *Beobachter*, 24, 18-19.
- Nieuwesteeg-Gutzwiller, M.-T. & Somazzi, M. (2010). *Handlungsorientierte Ergotherapie. Das Bieler Modell als Grundlage für Ausbildung und Praxis*. Bern: Hans Huber.
- Polit, D.F., Beck, C. T. & Hungler, B.P. (2004). *Lehrbuch Pflegeforschung*. Bern: Hans Huber.
- Prison Reform Trust (2008). Doing Time: The experiences and needs of older people in prison. *Prison Reform Trust, London*. Heruntergeladen von:  
<http://www.prisonreformtrust.org.uk/ProjectsResearch/Olderpeopleinprison/DoingTimeexperiencesandneedsofolderpeople>
- Provident, I.M. & Joyce-Gaguzis, K. (2005). Creating an occupational therapy Level II fieldwork experience in a county jail setting. *American Journal of Occupational Therapy*, 59(1), 101-106.

- Roth, R. (k.D.) Strafrechtliche Sanktionen. *SOCIALinfo Wörterbuch der Sozialpolitik*.  
Heruntergeladen von: <http://www.socialinfo.ch/cgi-bin/dicopossode/show.cfm?id=657>
- Sachley, C., Wade, D. T., Mant, D., Atkinson, J.C., Yudkin, P., Cardos, K., Levin, S., Blanchard, V. & Reel, K. (2006). Cluster Randomized Pilot Controlled Trial of an Occupational Therapy Intervention for Residents With Stroke in UK Care Homes. *Stroke*, 37 (9), 2336-2341.
- Schule für Ergotherapie Biel. (2007) Das Bieler Modell ein Modell zum Entwickeln und Evaluieren ergotherapeutischer Massnahmen. Heruntergeladen von:  
[http://www.bielermodell.ch/wp/media/bieler\\_modell-jan2007.pdf](http://www.bielermodell.ch/wp/media/bieler_modell-jan2007.pdf)
- Smyer, T. & Burbank, P. M. (2009). The U.S. correctional system and the older prisoner. *Journal of Gerontological Nursing*, 35(12), 32-37.
- Sood, J.R., Cisek, E., Zimmermann J., Zsleski, E.H. & Fillmore, H.H. (2003). Treatment of depressive symptoms during short- term rehabilitation: an attempted replication of the DOUR project. *Rehabilitation Psychology*, 48 (1),44-49.
- Steultjens, E., Dekker, J., Bouter, L.M., Leemrijse, Ch. J. & Van den Ende, C.H.M. (2005) Evidence of the efficacy of occupational therapy in different conditions: an overview of systematic reviews. *Clinical Rehabilitation*, 19, 247-254.
- Tagesschau Schweizer Fernsehen (2011). Lebensabend im Gefängnis: Haftanstalten meist ungenügend vorbereitet. Heruntergeladen von:  
<http://www.tagesschau.sf.tv/Nachrichten/Archiv/2011/05/31/Schweiz/Lebensabend-im-Gefaengnis-Haftanstalten-meist-ungenuegend-vorbereitet>
- Texas Medicaid & Healthcare Partnership (TMHP) (2010). Resource Utilization Group RUG-III. Calculation Worksheet. Heruntergeladen von:  
[http://www.tmhp.com/Workshop\\_Materials/LTC%20Waiver%20Programs/RUG-Worksheet-and-Definitions.pdf](http://www.tmhp.com/Workshop_Materials/LTC%20Waiver%20Programs/RUG-Worksheet-and-Definitions.pdf)
- Van't Leven, N. & Jonsson, H. (2002). Doing and Being in the Atmosphere of the Doing: Environmental Influences on Occupational Performance in a Nursing Home. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 9(), 148-155.
- Voigt-Radloff, S., Schochat, Th. & Heiss, H.W. (2004). Kontrollierte Studien zur Wirksamkeit von Ergotherapie bei Älteren. Teil 1: Fragestellung, Recherche-Strategie und methodische Qualität der Studien. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 37, 444-449.

- Voigt-Radloff, S., Schochat, Th. & Heiss, H.W. (2004) Kontrollierte Studien zur Wirksamkeit von Ergotherapie bei Älteren. Teil 2: Evidenz bei priorisierten Krankheiten und Behinderungen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 37, 450-458.
- Wilcock, A.A. & Townsend, E.A. (2009). Occupational Justice. In E.B. Crepeau, E.S. Cohn & B.A. Boyt Schell (Hrsg.). *Willard & Spackman's Occupational Therapy* (S. 192-199). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Williams, B. & Abraldes, R. (2007). *Public Health Behind Bars*. New York: Springer Verlag.
- Williams, B.A., Lindquist, K., Hill, T., Baillargeon, J., Mellow, J., Greifinger, R. & Walter, L.C. (2009). Caregiving behind bars: correctional officer reports of disability in geriatric prisoners. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(7), 1286-1292.
- Williams, B.A., Lindquist, K., Sudore, R.L., Strupp, H.M., Willmott, D.J. & Walter, L.C. (2006). Being Old and Doing Time: Functional Impairment and Adverse Experiences of Geriatric Female Prisoners. *American Geriatrics Society*, 54(4), 702-707.
- Winter, B. (2009). Allgemeine ergotherapeutische Grundsätze. In B. Winter & B. Arasin (Hrsg.), *Ergotherapie bei Kindern mit ADHS* (S. 56-58). Stuttgart: Thieme.

## 9 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: <i>Darstellung des Bieler Modells</i> .....	11
Abbildung 2: <i>Ausschlussverfahren der Literaturrecherche Teil 1</i> .....	18
Abbildung 3: <i>Ausschlussverfahren der Literaturrecherche Teil 2</i> .....	22

## 10 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: <i>Definitionen der Grundbegriffe aus dem Bieler Modell</i> .....	12
Tabelle 2: <i>Keywordtabelle 1</i> .....	16
Tabelle 3: <i>Ein- und Ausschlusskriterien 1</i> .....	17
Tabelle 4: <i>Keywordtabelle 2</i> .....	20
Tabelle 5: <i>Ein- und Ausschlusskriterien 2</i> .....	20



## **11 Danksagung**

Die Autorinnen bedanken sich herzlich bei Julie Page für die sehr angenehme, unterstützende und anregende Zusammenarbeit während der Zeit der Verfassung und Erarbeitung dieser Bachelorarbeit.

Einen weiteren Dank geht an das Gefängnispersonal der 60+ Abteilung aus Lenzburg. Dank der spannenden und ganzheitlichen Führung durch die Gefängnisinstitution gelang es den Autorinnen einen Einblick in das Leben dieser Gesellschaftsgruppe zu erhalten und erleichterte bei der Bearbeitung der Literatur die benannten Situationen besser zu verstehen.

Die spannenden Gespräche und Austausche mit Studienkolleginnen und -kollegen, wie auch die Unterstützung der Familie und Freunde waren bereichernd und sehr hilfreich.

## **12 Eigenständigkeitserklärung**

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

Regula Büsser

Tabea Flotron

## 13 Anhang

- Anhang 1:** Suchprotokoll Teil 1: Erfassung der Handlungsfähigkeit älterer Gefangener  
(Seite 1)
- Anhang 2:** Übersicht der Resultate im Bieler Modell Teil 1: Erfassung der Handlungsfähigkeit der älteren Gefangenen  
(Seite 9)
- Anhang 3:** Suchprotokoll Teil 2: Ergotherapeutische Massnahmen bei älteren Menschen im Alters- und Pflegeheim  
(Seite 19)
- Anhang 4:** Übersicht der Resultate im Bieler Modell Teil 2: Ergotherapeutische Massnahmen bei älteren Menschen im Alters- und Pflegeheim  
(Seite 23)
- Anhang 5:** Übersicht über die Methode und das Vorgehen in den Hauptstudien  
(Seite 32)
- Anhang 6:** Studienbewertungen  
(Seite 37)

## **Anhang 1:**

### **Suchprotokoll Teil 1: Erfassung der Handlungsfähigkeit älterer Gefangener**

## Suchprotokoll Teil 1: Erfassung der Handlungsfähigkeit älterer Gefangener

Keywords	Schlagwörter	Treffer	Datenbanken	relevante Literatur
Occupational therapy + prison/prisoner	occupational therapy AND prisons OR prisoners	18	Medline	<p>1 Provident, I.M. &amp; Joyce-Gaguzis, K. (2005). Creating an occupational therapy Level II fieldwork experience in a county jail setting. <i>American Journal of Occupational Therapy</i>, 59(1), 101-6.</p> <p>2 Williams, B.A., Lindquist, K., Sudore, R.L., Strupp, H.M., Willmott, D.J.&amp;Walter, L.C. (2006). Being Old and Doing Time: Functional Impairment and Adverse Experiences of Geriatric Female Prisoners. <i>American Geriatrics Society</i>, 54(4), 702-7. → Hauptstudie</p> <p>3 Duffin, Ch. (2010). DOing Time : health care in the criminal justice system. <i>Nursing Older People</i>, 22(10), 14-18.</p>
	Occupational therapy AND Prisoners OR Correctional facilities	9	CINAHL	<p>4 Hood, C. (1998). Occupational Therapy in Prison. <i>Psychiatric Care</i>, 5(4), 139-42.</p>
	occupational therapy AND prisons OR prisoners	7	AMED	<p>5 Farnworth, L., Nikitin, L. &amp; Fossey, E. (2004). Being in a Secure Forensic Psychiatric Unit: Every Day is the Same, Killing Time or Making the Most of It. <i>British Journal of Occupational Therapy</i>, 67(10), 430-8.</p>
Occupational therapy + prison/prisoner + middle aged person	occupational therapy AND prisons OR prisoners AND Middle Aged	1	Medline	keine relevante
Occupational therapy + prison/prisoner + retired	occupational therapy AND prisons OR prisoners AND Retirement	0	Medline	
prison/prisoner + senior	prisons OR prisoners AND aged OR aged 80 and over OR aging	1031	Medline	zu viele Treffer um relevante Literatur zu finden

	aged OR aged specific care AND prisoners OR Correctional facilities	185	CINAHL	6 Fazel, S. & Baillargeon, J. (2011). The health of prisoners. <i>Lancet</i> , 377 (9769), 956-65. → Review
prison/prisoner + senior + occupation	prisons OR prisoners AND aged OR aged 80 and over OR aging AND occupations	6	Medline	keine relevante Literatur
prison/prisoner + senior + Activity	prisons OR prisoners AND aged OR aged 80 and over OR aging AND Activities of Daily living OR Leisure Activities	6	Medline	7 Williams, B.A., Lindquist, K., Hill, T., Baillargeon, J., Mellow, J., Greifinger, R. & Walter, L.C. (2009). Caregiving behind bars: correctional officer reports of disability in geriatric prisoners. <i>Journal of the American Geriatrics Society</i> , 57(7), 1286-92. → Hauptstudie
prison/prisoner + aged+disabled	prisons OR prisoners AND aged OR aged 80 and over OR aging AND Chronic disease OR Disabled Persons	40	Medline	8 Smyer, T. & Burbank, P.M. (2009). The U.S. correctional system and the older prisoner. <i>Journal of Gerontological Nursing</i> , 35(12), 32-7. 9 Verniere, K. (2011). Different perspectives on old age in prison. <i>Soins. Gerontologie</i> , 88, 38-9. 10 Grimbert, I., Guittet, L., Demichelis, F. & Depres, P. (2011). The needs of elderly or disabled inmates in Basse-Normandie. <i>Soins. Gerontologie</i> , 88, 34-7. 11 Sannier, O., Danjour, D. & Talamon, Y. (2011). Maintaining autonomy, an issue in the care of elderly prisoners. <i>Soins. Gerontologie</i> , 88, 31-3. 12 Fac, C. (2011). Prison and the elderly . <i>Soins. Gerontologie</i> , 88, 27. 13 Gautier, S. (2011). Growing old and dying in prison. <i>Soins. Gerontologie</i> , 88, 22-24. 14 Loeb, S.J. (2009). Caring for incarcerated older adults. Elders behind bars: why we should care and what we should do. <i>Journal of Gerontological Nursing</i> , 35 (7), 5-6.
	prisons OR prisoners AND aged OR aged 80 and over OR aging	43	PsycInfo	15 Kakoullis, A., Mesurier, N. L. & Kingston, P. (2010). The mental health of older prisoners. <i>International Psychogeriatrics</i> , 22(5), 693-701. → Review 16 Haugebrook, S., Zgoba, K., Kristen, M., Maschi, T., Morgen,

				<p>K. &amp; Brown, D. (2010). Trauma, stress, health and mental health issues among ethnically diverse older adult prisoners. <i>Journal of Correctional Health Care</i>, 16(3), 220-29.</p> <p>17 Potter, E., Cashin, A., Chenoweth, L. &amp; Jeon, Y.-H. (2007). The healthcare of older inmates in the correctional setting. <i>International Journal of Prisoner Health</i>, 3(3), 204-13.</p> <p>18 Kerbs, J.J. &amp; Jolley, J.M. (2007). Inmate-on-inmate victimization among older male prisoners. <i>Crime &amp; Delinquency</i>, 53(2), 187-218.</p> <p>19 Loeb, S.J. &amp; Steffensmeier, D. (2006). Older Male Prisoners: Health Status, Self-Efficacy Beliefs, and Health-Promoting Behaviors. <i>Journal of Correctional Health Care</i>, 12(4), 269-78.</p> <p>20 Caverley, S.J. (2006). Older Mentally Ill Inmates: A Descriptive Study. <i>Journal of Correctional Health Care</i>, 12(4), 262-68.</p> <p>21 Regan, J.J., Alderson, A. &amp; Regan, W.M. (2002). Psychiatric disorders in aging prisoners. <i>Clinical Gerontologist: The Journal of Aging and Mental Health</i>, 26(1-2), 117-24.</p> <p>22 Lemieux, C.M., Dyeson, T.B. &amp; Castiglione, B. (2002). Revisiting the literature on prisoners who are older: Are we wiser? <i>The Prison Journal</i>, 82(4), 440-58. → Review</p> <p>23 Zimmermann, N., Wald, F.S. &amp; Thompson, A.S. (2002). The needs and resources for hospice care in the Connecticut prison system: A feasibility study. <i>Illness, Crisis, &amp; Loss</i>, 10(3), 204-32.</p> <p>24 Gallagher, E.M. (2001). Elders in prison: Health and well-being of older inmates. <i>International Journal of Law and Psychiatry</i>, 24(2-3), 325-33.</p> <p>25 Dawes, J. (2009). Ageing Prisoners: Issues for Social Work. <i>Australian Social Work</i>, 62(2), 258-71.</p> <p>26 Cianciolo, P.K. &amp; Zupan, L.L. (2004). Developing a Training Program on Issues in Aging for Correctional Workers. <i>Gerontology &amp; Geriatrics Education</i>, 24(3), 23-38.</p>
--	--	--	--	--

			<p>27 Stojkovic, S. (2007). Elderly Prisoners: A Growing and Forgotten Group Within Correctional Systems Vulnerable to Elder Abuse. <i>Journal of Elder Abuse &amp; Neglect</i>, 19(3-4), 97-117.</p> <p>28 Gaydon, L.B. &amp; Miller, M.K. (2007). Elders in the Justice System: How the System Treats Elders in Trials, During Imprisonment, and on Death Row. <i>Behavioral Sciences and the Law</i>, 25, 677-99.</p> <p>29 Loeb, S.J. &amp; AbuDagga, A. (2006). Health-Related Research on Older Inmates: An Integrative Review. <i>Research in Nursing &amp; Health</i>, 29, 556-65. →Review</p> <p>30 Snyder, C., van Wormer, K., Chadha, J. &amp; Jagers, J.W. (2009). Older Adult Inmates: The Challenge for Social Work. <i>Social Work</i>, 54(2), 117-24.</p> <p>31 Hayes, L.M. (1995). Prison Suicide: An Overview and Guide to Prevention. <i>Crisis</i>, 16(1), 9-12.</p>
Per Mail erhalten			<p>34 Kerbs, J.J &amp; Jolley, J.M. (2009). A Commentary on Age Segregation for Older Prisoners. Philosophical and Pragmatic Considerations for Correctional Systems. <i>Criminal Justice Review</i>, 34(1), 119-39.</p> <p>35 Buckwalter, K.C. (2009). Caring for Incarcerated Older Adults. <i>Journal of Gerontological Nursing</i>, 35(7), 1-4.</p> <p>36 Loeb, S.J., Steffensmeier, D. &amp; Lawrence, F. (2008) Comparing Incarcerated and Community-Dwelling Older Men's Health. <i>Western Journal of Nursing Research</i>, 30(2), 234-49. →Hauptstudie</p> <p>37 Kuhlmann, R. &amp; Ruddell, R. (2005). Elderly Jail Inmates: Problems, Prevalence and Public Health. <i>Californian Journal of Health Promotion</i>, 3(2), 49-60.</p> <p>38 Loeb, S.J., Steffensmeier, D. &amp; Myco, P.M. (2007). In Their Own Words: Older Male Prisoners' Health Beliefs and Concerns for the Future. <i>Geriatric Nursing</i>, 28(5), 319-29. → Hauptstudie</p> <p>39 Loeb, S.J. &amp; Steffensmeier, D. (2011). Older Inmates' Pursuit of Good Health. <i>Research in Gerontological Nursing</i>, 4(3), 185-94.</p>



				<p>40 Loeb, S.J., Steffensmeier, D. &amp; Kassab, C. (2010). Predictors of self-efficacy and self-rated health for older male inmates. <i>Journal of Advanced Nursing</i>, 67(4), 811-20.</p> <p>41 Cashin, A., Chenoweth, L., Jeon, Y.-H. &amp; Potter, E. (2007). An innovative model of an aged care hostel in the prison setting: Process of benchmarking and evaluation. <i>Geriaction</i>, 25(3), 15-20.</p>
Snowball				<p>42 Fazel, S., Hope, T., O'Donnell, I., Piper, M. &amp; Jacoby, R. (2001). Health of elderly male prisoners: worse than the general population, worse than younger prisoners. <i>Age and Ageing</i>, 30(5), 403-7.</p> <p>43 Watson, R., Stimpson, A. &amp; Hostick, T. (2004). Prison health care: a review of the literature. <i>International Journal of Nursing Studies</i>, 41(2), 119-28.</p> <p>44 Marquart, J. W., Merianos, D. E. &amp; Doucet, G. (2000). The health-related concerns of older prisoners: implications for policy. <i>Ageing and Society</i>, 20(1), 79-96. → Hauptstudie</p> <p>45 Collins, D.R. &amp; Bird, R. (2007). The Penitentiary visit – a new role for geriatricians ?. <i>Age and Ageing</i>, 36, 11-13.</p> <p>46 Fazel, S., Hope, T., O'Donnell, I. &amp; Jacoby, R. (2004). Unmet treatment needs of older prisoners : a primary care survey. <i>Age and Ageing</i>, 33(4) 396-98.</p> <p>47 Weiskopf, C.S. (2005). Issues and Innovations in nursing practice : Nurses experience of caring for inmate patients. <i>Journal of Advanced Nursing</i>, 49(4), 336-43.</p> <p>48 Lindquist, C.H. &amp; Lindquist, C.A. (1999). Health behind bars: utilization and evaluation of medical care among jail inmates. <i>Journal of Community Health</i>, 24(4), 285-303.</p> <p>49 Colsher, P.L., Wallace, R.B., Loeffelholz, P.L. &amp; Sales, M. (1992). Health status of older male prisoners : a comprehensive survey. <i>American Journal of Public Health</i>, 82(6), 881-84.</p> <p>50 Crawley, E. &amp; Sparks, R. (2005). Hidden injuries? Researching the experiences of olden men in English</p>

				<p>prisons. <i>The Howard Journal</i>, 44(4), 345-56.</p> <p>51 Gallagher, E. (1990). Emotional, social and physical health characteristics of older men in prison. <i>International Journal of Aging and Human Development</i>, 31(), 251-65.</p> <p>52 Kingston, P., Le Mesurier, N., Yorston, G., Wardle, S. &amp; Heath, L. (2011). Psychiatric morbidity in older prisoners : unrecognized and undertreatment. <i>International Psychogeriatrics</i>, 23(8), 1354-60.</p> <p>53 Baumeister, B. &amp; Keller, S. (2011). <i>Alt werden im Straf- und Massnahmenvollzug</i>. Dübendorf: ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Soziale Arbeit →Theorie Praxis Transfer</p> <p>54 Fazel, S., McMillan, J., &amp; O'Donnell, I. (2002). Dementia in prison: Ethical and legal im plications. <i>Journal of Medical Ethics</i>, 28(3), 156-59.</p> <p>55 Wilper, A.P., Woolhandler, S., Boyd, J.W., Lasser, K.E., McCormick, D., Bor, D.H., et al. (2009). The health and health care of US prisoners: Results of a nationwide survey. <i>American Journal of Public Health</i>, 99(4), 666-72.</p> <p>56 Colsher, Pl., Wallace, R.B., Loeffelholz, P.L.et al. (1992). Health status of older male prisoners: A comprehensive survey. <i>Am J Public Health</i>, 82, 881-84.</p> <p>57 Anno, BJ., Graham, C., Lawrence, JE. et al. (2004). Correctional Health Care: Addressing the Needs of Elderly, Chronically Ill, and Terminally Ill Inmates. <i>Criminal Justice Institution</i>.</p> <p>58 Baillargeon, J., Black, Sa., Pulvino, J. &amp; Dunn, K. (2000). The disease profile of Texas prison inmates. <i>Ann Epidemiol</i>, 10, 74-80.</p> <p>59 Crawley,E. (2005). Institutional thoughtlessness in prisons and its impacts on the day-to-day prison lives of elderly men.<i>J Contempt Crime Justice</i>, 21, 350-63.</p> <p>60 Gill, Tm., Robinson, JT., Williams, CS et al (1999). Mismatches between the home environment and physical capabilities among community-living older</p>
--	--	--	--	--

				<p>persons. <i>J Am Geriatr Soc</i>, 47,88-92.</p> <p>61 Gill TM., Allore, HG., Hardy, SE. Et al. (2006). The dinamic nature of mobility disability in older persons. <i>J Am Geriatr Soc</i>, 54, 248-54.</p> <p>62 Clemmitt, M. (2007). Prison Health care. <i>Congressional Quarterly Researcher</i>, 17,1-24.</p> <p>63 Smyer, T., Gragert, M., &amp; Martins, D.C. (2006). Aging offenders: Strategies for health care. In Burbank, P.M., <i>Vulnerable older adults: Health care needs and interventions</i>. New York: Springer.</p> <p>64 Williams, N.H. (2007). Prison Health and the health of public: Ties that bind. <i>Journal of Correctionsl Health Care</i>, 13 (2), 80-92.</p> <p>65 Vito, G.F., &amp;Wilson, D.G. (1985). Forgotten people:Elderly inmates. <i>Federal Probation</i>, 49 (1), 18-23.</p> <p>66 Crawley,E. (2004). Release and resettlement: The perspectives of older prisoners. <i>Criminal Justice Matters</i>, 56, 32-33.</p> <p>67 Dawes, J. (2002). Dying with dignity: Prisoners and terminal olness. <i>Crisis and Loss</i>, 10, 188-203.</p> <p>68 Shalev, N., Chiasson, M.A., Dobkin, J.F. &amp; Lee, G. (2011). Characterizing Medical Providers for Jail Inmates in New York State. <i>American Journal of Public Health</i>, 101 (4), 693-98.</p> <p>69 Maschi, T. &amp; Gibson, S. (2010). Schema Behind Bars : Trauma, Age, Ethnicity, and Offenders' World Assumption. <i>Traumatology</i>, 10, 1-12.</p> <p>70 Maschi, T., Morgen, K., Zgoba, K., Courtney, D. &amp; Ristow, J. (2011). Age, Cumulative Trauma and Stressful Life Events, and Post-traumatic Stress Symptoms Among Older Adults in Prison : Do Subjective Impressions Matter ?. <i>The Gerontologist</i>, 17, 1-12.</p>
--	--	--	--	---

## **Anhang 2:**

**Übersicht der Resulate im Bieler Modell Teil 1: Erfassung der Handlungsfähigkeit der älteren Gefangenen**

## Übersicht der Resultate im Bieler Modell Teil 1: Erfassung der Handlungsfähigkeit der älteren Gefangenen

	Materielle, Soziale und Kulturelle Voraussetzung	Lebensbereiche	Verhaltensgrundformen	Grundfunktionen	Physische und psychische Voraussetzungen
2	<p><u>Materielle VS</u> -23% der alten Frauen fühlen sich unsicher in ihrer Zelle. -82% Frauen mit PADL Einschr. Und 58% mit ADL Einschr. Äussern keine Handläufe im Bad.</p> <p><u>Soziale VS</u> -34% äussern körperliche Misshandlung von anderen Mitgefangenen. -Frauen mit ADL und Mobilitätseinschr. Äussern 69% dass ihnen mitgefangene helfen</p> <p><u>Kulturelle VS</u>  →Menschen die in der Öffentlichkeit unabhängig leben, können im Gefängnis beeinträchtigt sein (aufgrund PADLs)</p>	<p><u>Freizeit Spiel</u> <u>ADL</u> -16 % äussern ADL Hilfe.(Das ist 2x soviel wie bei 65j Normalbevölkerung der USA)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Baden 5%</li> <li>- Essen 4%</li> <li>- Toilettengang 2%</li> <li>- Anziehen 10%</li> <li>- Transfer 5%</li> </ul> <p>- 29% haben ein Hochbett, davon 2 Personen mit ADL Einschränkungen und 7 Personen mit Mobilitätseinschränkungen, auch für viele ohne Einschränkungen ist es schwierig auf ein Hochbett zu steigen</p> <p>-69% äussern Probleme in PADL (siehe Studie)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- schwierig Anweisungen des Personals zu hören 59%</li> <li>- auf den Boden legen bei Alarm 57%</li> <li>- Stehen für den Appell 35%</li> <li>- in den Speisesaal gehen 31%</li> <li>- Aufs Hochbett steigen 40%</li> </ul> <p>-28% der gefangenen Frauen wird gar nicht geholfen, nur eine erhält Hilfe des Personals. -Frauen mit Einschr. In ADL/PADL äussern mehr Stürze, Depressionen, Unsicherheit, und körperliche Missbrauch. -Eine Gefangene berichtet, dass sie oft kein Essen bekommt, da sie ohne Hilfe mit dem</p>	<p><u>Haltung/Fortbewegung</u> - 28% Mobilitätseinschränkungen -57 % haben Schwierigkeiten beim fallen auf den Boden bei Alarmen. -40% (der 35 TN die eine topbunk haben) haben einschr. Beim hoch und runter gehen. - 29% haben ein Hochbett, davon 2 Personen mit ADL Einschränkungen und 7 Personen mit Mobilitätseinschränkungen, auch für viele ohne Einschränkungen ist es schwierig auf ein Hochbett zu steigen -31% haben Einschr. Beim in den Speisesaal gehen. -51% der Frauen stürzte n im ersten Jahr. -47% einschr. Beim Stehen für die Zählung - 74% der Frauen mit Einschränkungen in ADLs berichten von Mobilitätseinschränkungen, bei den PADL Einschränkungen 26%, bei keinen Einschränkungen 5%</p>	<p><u>Sensor./ motor. GF</u> -58% eingeschr. Sehen -52% eingeschr. Hören -22% Inkontinenz -64% <i>Hypertension</i> (51% in Normalbevölkerung 65+) -73% <i>Arthritis</i> (48% in der Normalbevölkerung 65+) -33% <i>Asthma</i> (19% in NB 65+)</p> <p><u>Perz./ kogn. GF</u> -28% Gedächtnisverlust/ Schwierigkeiten</p> <p><u>Emotionale GF</u> -19% der Frauen mit keinen Einschr. Haben Depressionen -40% der Frauen mit PADL einschr. Haben Depressionen -53% der Frauen mit ADL einschr. Haben Depressionen. - Einschränkungen der Funktionen führen zu mehr negativen Erfahrungen - Gefühl der Unsicherheit (keine signifikanten Unterschiede bzgl der Einschränkungen): 23% fühlen sich unsicher in der Zelle, 34% körperliche Misshandlung durch Mitgefangene</p> <p><i>Frauen mit schlechten Funktionsstatus haben eine schlechtere selbsteingeschätzte Gesundheit, mehr Mobilitätseinschränkungen und mehr Komorbidität</i></p> <p>33% 3 oder mehr Krankheiten</p>	<p>-\$ 62 jährig. (55-82) -68% weiss -weiblich -60% High-School-Abschluss -46% sind &gt;15j. im Gefängnis. -78% nehmen &gt;5 Medis -51% im Gefängnis aufgrund von Häuslicher Gewalt, - 78% mit mind 5 Medikamenten</p>

	<p>Rollstuhl zu spät zum Essen erscheint.</p> <p><u>Arbeit/Beruf/Schule</u>  -70% müssen vollzeit- arbeiten( inkl. 50%der Frauen mit ADL Abhängigkeit und 68% der Frauen mit PADL Abhängigkeit.)  -61% zu schwere Jobs.</p>	<p><u>Umgang mit Gegenständen</u>  <u>Soziale Interaktion</u>  -27% haben einschr. Beim Zuhören der Anweisungen.</p>	<p><i>Hypertonie 64%</i>  <i>Diabetes mellitus 16%</i>  <i>Asthma, COPD 33%</i>  <i>Arthritis 73%</i>  <i>Schlaganfall 13%</i>  <i>Depression 36%</i>  <i>Krebs 12%</i>  <i>Herzkrankheiten 31%</i>  → Frauen im Gefängnis berichten von mehr Hypertonie, Asthma/COPD und Arthritis als ältere Frauen in der Gesellschaft (19.CDC Health and Aging)</p>	
--	---	--	---	--

	<b>Materielle, Soziale und Kulturelle Voraussetzung</b>	<b>Lebensbereiche</b>	<b>Verhaltensgrundformen</b>	<b>Grundfunktionen</b>	<b>Physische und psychische Voraussetzungen</b>
7	<p><u>Materielle VS</u> - 3.1% sind nicht sicher in ihrer momentanen Unterkunft - Gefängnisumfeld trägt zu Einschränkungen bei (z.B. Gehen in Handschellen)</p> <p><u>Soziale VS</u> -16,5% brauchen mehr Betreuung durchs Jahr - 34% der geriatrischen Gefangenen sind unbekannt bei dem Personal</p> <p><u>Kulturelle VS</u></p>	<p><u>Freizeit Spiel</u> <u>ADL</u> - 5% haben Einschränkungen in den ADLs - Baden 4% - Transfer 3.2% - Anziehen 2.3% - Essen 1% - Toilettengang 2,3% - Einschränkungen in mind 1 ADL 5% -16,5% brauchen mehr Betreuung durchs Jahr</p> <p><u>Arbeit/Beruf/Schule</u> (-Einfache Interventionen würde helfen, die Unabhängigkeit der Gefangenen zu unterstützen, jedoch fehlt den Officern die Ausbildung.)</p>	<p><u>Haltung/Fortbewegung</u> - Einschränkungen beim Transfer 3.2% - Sturz 4.8% - Mobilitätseinschränkungen 18.5% - vom Rollstuhl abhängig 3.8%</p> <p><u>Umgang mit Gegenständen</u> <u>Soziale Interaktion</u></p>	<p><u>Sensor./ motor. GF</u> - Inkontinenz 3.3% - Sehschwierigkeiten 3.8% - Hörschwierigkeiten 6.4% - Sprachschwierigkeiten 1.5%</p> <p><u>Perz./ kogn. GF</u> (Beispiel: -Officer nennt Gefangener mit Gedächtnisproblemen als High risk Gefangener). - Gedächtnisprobleme 6.5%</p> <p><u>Emotionale GF</u> - 3.1% sind nicht sicher in ihrer momentanen Unterkunft</p> <p><i>Hypertonie 50,4% (45,4%) Diabetes Mellitus Typ 2 18.4% (8.2%) Coronare Herzkrankheit 17.2% (22%) Peripher vaskuläre Krankheit 1.7% (0.9%) HIV 1.7% (0%) Hepatitis B/C 18.1% (16,7%) Osteoarthritis 26.5% (23.7%) Demenz 2.4% (3%) CVI 3.2% (1.9%) COPD/Asthma 14.8% (9%) Krebs 5.9% (8.6%)</i></p>	-\$61.7 Jahre. (55-80)

	<b>Materielle, Soziale und Kulturelle Voraussetzung</b>	<b>Lebensbereiche</b>	<b>Verhaltensgrundformen</b>	<b>Grundfunktionen</b>	<b>Physische und psychische Voraussetzungen</b>
36	<p><u>Materielle VS</u>  -19.6% (vs.51.5% haben keine Barrieren im Gesundheitsverhalten.  -25.5% der Gefangenen wissen nicht, dass Programme vorhanden sind für Gesundheitsverhalten.  - 21.6% wissen nicht was machen (vs 12.1%)  - 7.8% haben fehlende Zeit (vs 15.2%)</p> <p><u>Soziale VS</u>  - 21.6% haben das Gefühl sie können nicht viel machen (vs 18.2%)  - Erwarteter Nutzen von gesundheitsförderndem Verhalten:  - gesünder fühlen: 91.1%/93.9%  - sich selber besser fühlen 86.3%/87.9%  - fähiger Dinge zu machen die man will 86.3%/90.9%  - mehr Energie: 80.4%/81.8%  - mentale Stärke: 76.5%/81.8%  - bessere Bewältigung: 74.5%/81.8%  - besser Schlafen: 74.5%/78.8%  - mit anderen zusammen sein: 56.9%/84.8% (signifikant)  → man kann nicht alles Wissen über <u>ältere Menschen auf ältere Gefangene übertragen</u>  → Gefangen haben weniger <u>Möglichkeiten und die Ruhe um etwas aktiv für die Gesundheit zu machen</u>  → es braucht bessere Kommunikation <u>innerhalb des Gefängnisses über Möglichkeiten für Gesundheitsförderndes Verhalten</u></p>	<p><u>Freizeit Spiel</u>  48.94% (vs. 31.93%) der Gefangenen äussern, dass sie sich einsetzen um sich gesünder zu fühlen.  <u>ADL</u>  <u>Arbeit/Beruf/Schule</u>  -Gesundheitsförderung steht in Zusammenhang mit der Arbeit, da diese am Arbeitstag stattfindet</p>	<p><u>Haltung/Fortbewegung</u>  <u>Umgang mit Gegenständen</u>  <u>Soziale Interaktion</u>  - im Gegensatz zu Nichtgefangenen (84,8%) möchten nur 56.9% der Gefangenen sich gesünder verhalten um mit anderen zusammen zu sein. → Die Gefangenen sagen, sie möchten nicht mehr als nötig mit anderen Gefangenen zusammen sein.</p>	<p><u>Sensor./ motor. GF</u>  Bei Gefangenen:  -84.3% haben Sehprobleme  -58.8% haben <i>Cholesterol oder triglyceride</i>  -45.1% <i>Arthritis</i>  -35.5% hohen Blutdruck  Bei \$ Gefangenen:  -97% Sehprobleme  -66.7% hohen Blutdruck  -51.5.% hohen <i>Cholesterol oder triglyceride</i>  -39.4% <i>Arthritis</i>  <u>Perz./ kogn. GF</u>  <u>Emotionale GF</u>  (Gefangene/Nicht-Gefangene)  - fehlende Motivation für gesundheitsförderndes Verhalten: 21.6%/18,2%  - fehlendes Interesse: 17.6%/27.3%  - Angst der Gesundheit zu schaden: 17.6%/9.1%</p>	<p>-Gefangene: 56.9% Weisse, 49% Geschieden, 45.1% High-School Abschluss, \$57.3 jähre  -aus der Öffentlichkeit: 54.5.% Weisse, 51.4% High-School Abschluss, 36.4% verheiratet, \$ 72.2 Jahre</p> <p>- biologisches Alter liegt ca. 10-15 Jahren vor dem chronologischen Alter (Gefangene durchschnittlich 57, Nichtgefangene 72, aber den selben Gesundheitszustand)</p> <p>- <i>signifikanter Unterschied zw. Den Gruppen beim Gesundheitsförderndem Verhalten und der Teilnahme an Programmen für die Gesundheit</i>  - <i>kein signifikanter Unterschied bei der Selbstwirksamkeit für die Beeinflussung der Gesundheit und bei der Selbsteinschätzung der Gesundheit</i></p> <p>→Gefangene haben weniger <u>Erfahrung und Wissen über Gesundheitsförderung im Alltag</u>  → beide Gruppen erwarten einen <u>Nutzen von gesundheitsförderndem Verhalten, das ist ermutigend, denn wenn sie die Möglichkeit hätten, würden sie etwas tun</u></p>



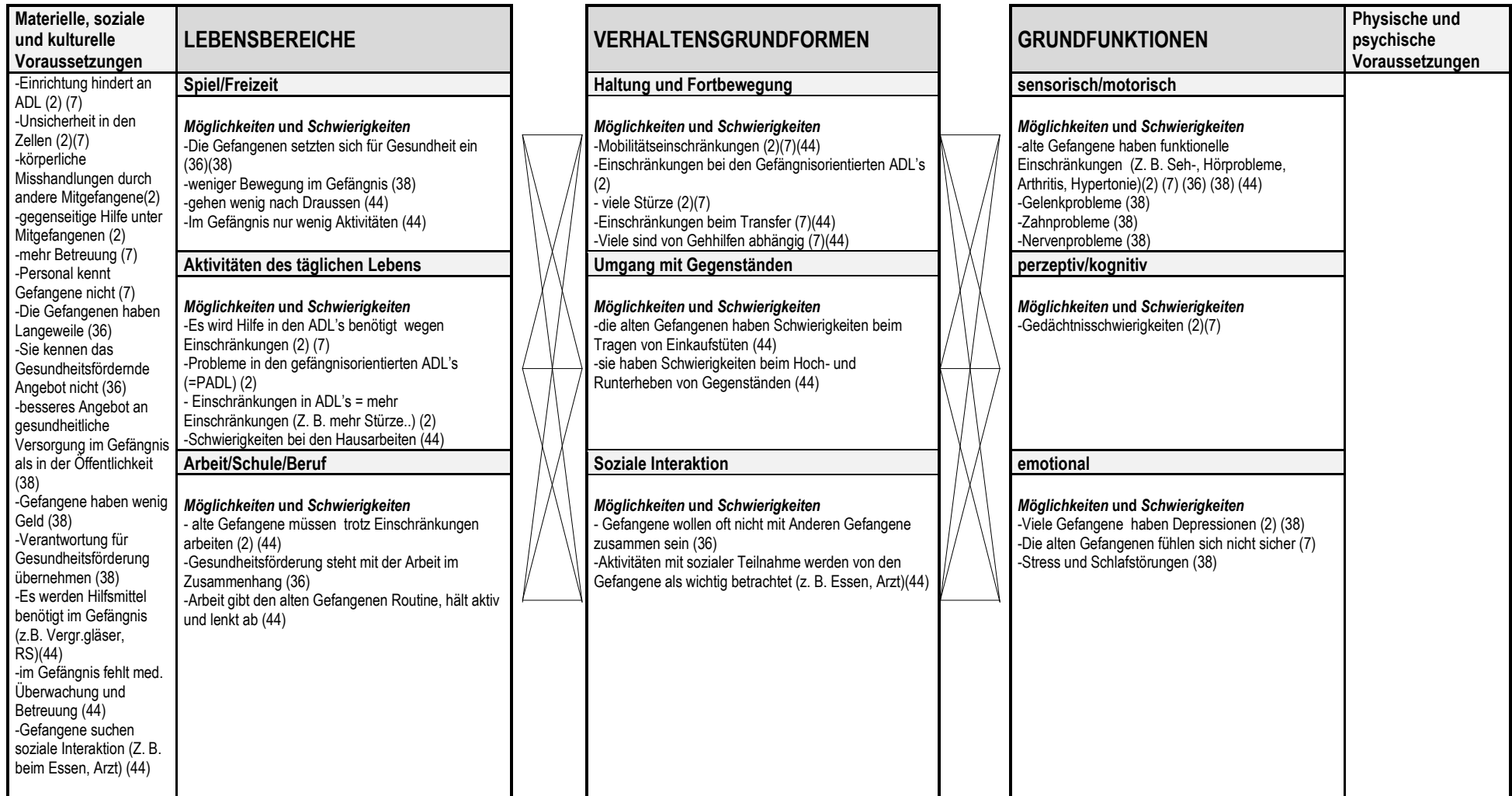
	<b>Materielle, Soziale und Kulturelle Voraussetzung</b>	<b>Lebensbereiche</b>	<b>Verhaltensgrundformen</b>	<b>Grundfunktionen</b>	<b>Physische und psychische Voraussetzungen</b>
38	<p><u>Materielle VS</u>  <b>Verbesserung der Gesundheit</b>  - Mediabgabe ist kontrollierter im Gefängnis.  - Im Gefängnis werden die Leute Geimpft und belehrt.  - Im Gefängnis wird besser mit Süchten umgegangen.  - Besserer Umgang mit Krankheiten im Gefängnis.  - Zugang zur Gesundheitsversorgung haben</p> <p><b>Verschlechterung der Gesundheit</b>  - Gefangenen haben zu wenig Geld um Medis zu kaufen.</p> <p><b>Fehlendes Vertrauen in Selbstwirksamkeit</b>  - fehlende Ressourcen  - müssen um Behandlung kämpfen  - hohe Kosten für Gesundheitsversorgung</p> <p><u>Soziale VS</u>  <b>Fehlendes Vertrauen in Selbstwirksamkeit</b>  - Probleme mit dem Zugang zur Gesundheitsversorgung, weil sich das Personal nicht verantwortlich fühlt oder die Ressourcen fehlen,</p> <p><b>Vertrauen in Selbstwirksamkeit</b>  - Optimismus durch Unterstützung der Familie und Zugang zur Gesundheitsversorgung</p> <p><u>Kulturelle VS</u>  - Verantwortung übernehmen über das Gesundheitsverhalten  <b>Verbesserung der Gesundheit</b></p>	<p><u>Freizeit Spiel</u>  - Im Gefängnis wird weniger Fitness betrieben.  - durch bewusstes Gesundheitsförderndes Verhalten (Bewegung, regelmässige Pausen + Schlaf)  - mehr Bewegung führt zu einer besseren Gesundheit</p> <p><u>ADL</u>  - durch bewusstes Gesundheitsförderndes Verhalten (Diät)</p> <p><u>Arbeit/Beruf/Schule</u>  - Im Gefängnis wissen die Gefangenen mehr über was ihnen gut tut oder nicht. Sie haben weniger Stress.  - auf den Körper hören ( aufmerksam sein, an Prävention glauben, Verlauf beobachten), Infos über Körper und wie er funktioniert,</p> <p><b>Vorschläge der Gefangenen für eine Verbesserung:</b>  - Themen wie z.B. gesundes Altern, Diät, Bewegung behandeln  - Symptome verstehen und wissen wie damit umgehen (z.B. Asthma, Diabetes, HIV)  - regelmässige Kontrolle für Prostata-Krebs</p>	<p><u>Haltung/Fortbewegung</u>  <u>Umgang mit Gegenständen</u>  <u>Soziale Interaktion</u></p>	<p><u>Sensor./ motor. GF</u>  - Diabetes  - Knochen und Gelenkprobleme  - Herzprobleme  - Asthma  - Zahnprobleme  - Gewichtsprobleme  - Nervenprobleme im Rücken, Beinen, Ellbogen und Handgelenk  - Galenblasenprobleme  - erhöhter Cholesterol  - Hypertonie  - Prostata</p> <p><u>Perz./ kogn. GF</u>  <u>Emotionale GF</u>  - Depression  - Stress  - Schlafstörungen</p> <p><i>Allgemeine Verschlechterung der Fitness und des Wohlbefindens</i></p>	<p>- \$ 57 Jahre</p> <p><u>fehlendes Vertrauen in Selbstwirksamkeit:</u> aufgrund der Probleme mit dem Zugang zur Gesundheitsversorgung, weil sich das Personal nicht verantwortlich fühlt oder die Ressourcen fehlen, müssen um Behandlung kämpfen, Kosten für Gesundheitsversorgung</p> <p><u>Vertrauen in Selbstwirksamkeit:</u> durch bewusstes Gesundheitsförderndes Verhalten (Bewegung, regelmässige Pausen + Schlaf, Diät), auf den Körper hören ( aufmerksam sein, an Prävention glauben, Verlauf beobachten), Zugang zur Gesundheitsversorgung haben, Infos über Körper und wie er funktioniert,</p>

	- achten mehr auf eine gesundheitsförderndes Verhalten				
--	--	--	--	--	--

	<b>Materielle, Soziale und Kulturelle Voraussetzung</b>	<b>Lebensbereiche</b>	<b>Verhaltensgrundformen</b>	<b>Grundfunktionen</b>	<b>Physische und psychische Voraussetzungen</b>
44	<p><u>Materielle VS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Brillenträger 78% vs 70%</li> <li>- Benötigen Vergrößerungsglas für die Arbeit 22% vs 26%</li> <li>-Die meisten TN aus beiden Gruppen verzichten auf jegliche illegale Drogen.</li> <li>-Einige äusserten Marijuana, Pillen Heroin ausprobiert zu haben im Gefängnis.</li> <li>-Beide Gruppen haben kein Alkoholproblem. Die Mehrheit beider Gruppen raucht regelmässig.</li> <li>-Alle der facilities und die Hälfte der non-facilities äussern täglichen Gebrauch von verschriebenen Medis.</li> <li>-65% äussern, dass wenn ihr Gesundheit schlechter wird, dass sie sich einen Aufenthalt in einer geschützten Pflege oder in geriatrischen Gefängniseinrichtungen verbringen kann.</li> <li>- fehlende medizinische Überwachungsmöglichkeiten im Gefängnis (z.B. werden Diäten eingehalten)</li> <li>- Gefangene in der geriatrischen Abteilung berichten von einer signifikant schlechteren Gesundheit als Gefangene auf den allgemeinen Abteilungen (70% vs 39%)</li> <li>- auf der geriatrischen Abteilung benötigen über die Hälfte HiMis: Rollstuhl, Gehstöcke,</li> <li>- bei den Gefangenen auf den allgemeinen Abteilungen benötigen mehr Hörhilfen benötigen Medikamente</li> </ul> <p><u>Soziale VS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Essen scheint die wichtigste Aktivität am Tag zu sein.</li> <li>-Facilities sind in isolierten Umwelten, abgeschnitten von Allem.</li> </ul>	<p><u>Freizeit Spiel</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Grosser Unterschied der beiden Gruppen ist die Langeweile.</li> <li>-Facilities fühlen sich oft gelangweilt.</li> <li>-Normal essen sie, besuchen freunde, einige schreiben Briefe, lesen Zeitschriften, TV, naschen, schlafen.</li> <li>-Nur wenige gehen nach Draussen an die frische Luft.</li> <li>- viele berichten, dass ihr Gesundheitszustand sie daran hindert physisch aktiv zu sein und leichter Arbeit nachzugehen</li> </ul> <p><u>ADL</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-alte Gefangene beider Gruppen besucht die Medizinische Betreuung zweimal soviel wie Nichtgefangene.</li> <li>-Facilities haben Schwierigkeiten bei Hausarbeiten.</li> </ul> <p><u>Arbeit/Beruf/Schule</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Meisten der Non- Facilities haben Tageszuweisungen-Arbeiten, davon arbeiten 3/4 6-7 Tage in der Woche.</li> <li>- viele berichten, dass ihr Gesundheitszustand sie daran hindert physisch aktiv zu sein und leichter Arbeit nachzugehen</li> <li>- bei den älteren Gefangenen auf der allgemeinen Abteilung gehen die meisten zur Arbeit</li> <li>- die Arbeit gibt eine Routine und hilft aktiv zu bleiben</li> <li>- die Arbeit hilft eine wenig die</li> </ul>	<p><u>Haltung/Fortbewegung</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-über die Hälfte der facilities benötigen Rollstühle, Rollator, Gehhilfen.</li> <li>-Viele facilities haben Schwierigkeiten im Stehen oder Aufstehen von einem Armlehnenlosen Stuhl, mehr als hundert Schritte gehen, zum TV- Zimmer gehen, Treppen hoch und runter gehen,</li> </ul> <p><u>Umgang mit Gegenständen</u></p> <p>Die Facilities äussern Schwierigkeiten beim Tragen von Einkaufstüten, beim Durchgehen mit dem Tablett durch die Essensfahrsstrasse, Gegenstände Hoch und runter bewegen.</p> <p><u>Soziale Interaktion</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Essen scheint die wichtigste Aktivität am Tag zu sein.</li> <li>- ältere Gefangene besuchen den Arzt 2x so oft wie ältere Menschen der Gesellschaft, ist gratis, gegen Langeweile, Soziale Kontakte, persönliche Aufmerksamkeit</li> </ul>	<p><u>Sensor./ motor. GF</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Beide Gruppen äussern sehschwächen, Blindheit in einem oder zwei Augen, Cataracts, glaucoma.</li> <li>-Mehr als die Hälfte beider Gruppen äussern Arthritis und Rückenschmerzen.</li> <li>-Viele der non- facilities benötigen Hörgeräte.</li> <li>-Die Hälfte der facilities äussern Coronare Herzkrankheit und Hypertension.</li> <li>-Die facilities äussern mehr Schwierigkeiten in oder mitmachen von Bewegungen.</li> <li>-Nur wenige beider Gruppen haben noch alle Zähne.</li> </ul> <p><u>Perz./ kogn. GF</u></p> <p><u>Emotionale GF</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Non- Facilities äussern meist beschäftigt und eingebunden in den Alltags der Institution eingebunden..</li> <li>- Gefangene auf den allgemeinen Abteilungen berichten signifikant weniger von Langeweile</li> </ul> <p><i>Blindheit: 26% vs 13%</i>  <i>Grauer Star: 22% vs 15%</i>  <i>Glaukom 9% vs 11%</i>  <i>Probleme mit Nahsicht trotz Brille: 35% vs 44%</i>  <i>Brillenträger 78% vs 70%</i>  <i>Benötigen Vergrößerungsglas für die Arbeit 22% vs 26%</i>  <i>Taubheit 13% vs 28%</i>  <i>Hörgerät 4% vs 20%</i>  <i>Haben noch alle Zähne 13% vs 24%</i>  <i>Arthritis 61% vs 50%</i>  <i>Diabetes 13%</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Facility: 69 j., englisch sprechend, singles, verwitwet oder nichtvergeben zur Zeit des Interviews.</li> <li>-Non- facility: 61. J., englisch, ungebunden, nicht von der High-School.</li> <li>-Beide Gruppen äussern exzellente bis gute Gesundheit vor dem Gefängnisaufenthalt, nun äussern alle sinkenden Gesundheitszustand.</li> </ul>

<p>-33% äussern auf Grund ihres Alters Opfer geworden zu sein im Gefängnis.          -Bei Gefangen sind von der Bevölkerung abgetrennt.- ältere Gefangene besuchen den Arzt 2x so oft wie ältere Menschen der Gesellschaft, ist gratis, gegen Langeweile, Soziale Kontakte, persönliche Aufmerksamkeit</p> <p><u>Kulturelle VS</u>          - Die Mehrheit beider Gruppen raucht regelmässig.          - Viele ältere Gefangene haben weder als Kind noch später als Erwachsene den Arzt besucht und sich regelmässig kontrollieren lassen (Tabelle)          - häufig unbehandelte Diabetes, Hypertonie, Koronare Herzkrankheiten und Lungenprobleme das sie vor dem Gefängnisaufenthalt in keiner medizinischen Behandlung waren oder die Anweisungen der Ärzte nicht befolgt haben</p>	<p>aktuelle Situation zu vergessen          - entfällt die Arbeit, kommt die Langeweile          - Benötigen Vergrößerungsglas für die Arbeit 22% vs 26%</p>		<p><i>Hypertonie 48% vs 35%</i>  <i>Coronare Herzkrankheit 48% vs 24%</i>  <i>Rückenbeschwerden 61% vs 63%</i>  <i>Spezialdiät 30% vs 17%</i></p>	
---	--	--	---	--

## ERFASSUNG DER HANDLUNGSFÄHIGKEIT NACH DEM BIELER MODELL



## **Anhang 3:**

### **Suchprotokoll Teil 2: Ergotherapeutische Massnahmen bei älteren Menschen im Alters- und Pflegeheim**

## Suchprotokoll Teil 2: Ergotherapeutische Massnahmen bei älteren Menschen im Alters- und Pflegeheim

Keywords	Schlagwörter	Treffer	Datenbanken	relevante Literatur
occupational Therapy, aged, 80 and over, nursing home, long term care, skilled nursing facilities , retirement home	Occupational Therapy AND aged OR aged 80 or over AND nursing homes OR long term care	93	Medline	A_Frandin, K., Borell, L., Gronstedt, H., Bergland, A., Helbostad, J.L., Puggaard, L., Andresen, M., Granbo, R. & Hellstrom K. (2009). A Nordic multi-center study on physical and daily activities for residents in nursing home settings: design of a randomized, controlled trial. <i>Aging-Clinical &amp; Experimental Research</i> , 21(4-5), 314-22.
	Occupational therapy AND long term care AND aged, 80 and over	23	CINAHL	B_Spilak, C.L. (1999). Incorporating occupational therapy group treatment in long- term care. <i>Topics in Geriatric Rehabilitation</i> , 15 (2), 48-55. C_Lilja, M., Nygard, L., & Borel, L. (2000). The Transfer of Information About Geriatric Clients in the Occupational Therapy Chain of Care: An Intervention Study. <i>Scandinavian Journal of Occupational Therapy</i> , 7, 51- 59. D_Audrey, M. D-M. & Huebner, R. A. (2000). Relationship Between Choice nd Quality of Life Among Residents in Long- Term- Care. <i>The American Journal of Occupational Therapy</i> 54 (5), 504- 8. → Hauptstudie E_Elliott, Sh. J. (1997). Occupational Therapy Intervention for Residents in a Skilled Nursing Facility: A Focus on Atypical Patients. <i>Occupational Therapy in Health Care</i> , 10 (4), 53- 72. F_Kochensberger, G. Hielema, F. & Westlund, R. (1994). Rehabilitation in the Nursing Home: How Much, Why, and With What Results. <i>Public Health Repots</i> , 109 (3), 372- 76.

	Occupational Therapy AND nursing home AND aged, 80 and over AND Intervention	6		G_Sachley, C., Wade, D. T., Mant, D., Atkinson, J.C., Yudkin, P., Cardos, K., Levin, S., Blanchard, V. & Reel, K. (2006). Cluster Randomized Pilot Controlled Trial of an Occupational Therapy Intervention for Residents With Stroke in UK Care Homes. <i>Stroke</i> , 37 (9), 2336-41. →Hauptstudie
	Occupational therapy AND aged, 80 and over AND nursing homes AND Treatment	6		H_La Cour, K., Josephsson, St. & Luborsky, M. (2005). Creating connections to life during life-threatening illness: Creative activity experienced by elderly people and occupational therapists. <i>Canadian Journal of Occupational Therapy</i> , 12, 98-109. →Hauptstudie
	Occupational therapy AND aged, 80 and over AND Treatment AND long term care	6		I_Rogers, J.C., Holm, M. B., Butgio, L. , Granieri, E., Hsu, C., Hardi, J.M. & McDowell, B.J. (1999). Improving morning care routines home residents with dementia. <i>Journal of the American Geriatrics Society</i> , 47 (9), 1049-57.
				J_Sood, J.R., Cisek, E., Zimmermann J., Zsleski, E.H. & Fillmore, H.H. (2003). Treatment of depressive symptoms during short- term rehabilitation: an attempted replication of the DOUR project. <i>Rehabilitation Psychology</i> , 48 (1), 44-49. → Hauptstudie
				K_Wu, J. & Qill, T. (2001). Geriatric Rehabilitation and Palliative Care. <i>Topics in Geriatric Rehabilitation</i> , 27 (1), 29- 35.
in long- term care	Occupational therapy AND long term care	123		L_Bowling, A. Grundi, E. (1997). Activities of daily living: changes in functional ability in three samples of elderly and very elderly people. <i>Age and Aging</i> , 26, 107-14.
Occupational Therapy, Geriatry	Occupational Therapy AND Geriatrics	125	Medline	M_Abizanda, P., León, M. Domínguez-Martín, L., Lozano-Berrio, V., Romero, L., Luengo, C., Sánchez-Jurado, P.M. & Marín-Sebastiá, E. (2011). Effects of a short-term occupational therapy intervention in an acute geriatric unit. A randomized clinical trial. <i>Maturitas</i> , 69,



				<p>273-78.</p> <p>N_Steultjens, E., Dekker, J., Bouter, L.M., Leemrijse, Ch. J. &amp; Van den Ende, C.H.M. (2005). Evidence oft he efficacy of occupational therapy in different conditions: an overview of systematic reviews. <i>Clinical Rehabilitation</i>, 19, 247-54. →Review</p> <p>O_Voigt-Radloff, S., Schochat, Th. &amp; Heiss, H.W. (2004). Kontrollierte Studien zur Wirksamkeit von Ergotherapie bei Älteren. Teil 1: Fragestellung, Recherche-Strategie und methodische Qualität der Studien. <i>Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie</i>, 37, 444-49. →Review</p> <p>P_Voigt-Radloff, S., Schochat, Th. &amp; Heiss, H.W. (2004). Kontrollierte Studien zur Wirksamkeit von Ergotherapie bei Älteren. Teil 2: Evidenz bei pririsierten Krankheiten und Behinderungen. <i>Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie</i>, 37, 450-58. →Review</p>
occupational therapy, nursing home			Google Scholar	<p>Q_Van't Leven, N. &amp; Jonsson, H. (2002). Doing and Being in the Atmosphere of the Doing: Environmental Influeces on Occupational Performancein an Nursing Home. <i>Scandinavian Journal of Occpational Therapy</i>, 9(), 148-55. →Hauptstudie</p> <p>R_Jackson, J., Carlson, M., Mandel, D., Zemke, R. &amp; Clark, F. (1998). Occupation in Lifestyle Redesign: The Well Elderly Study Occupational Therapy Progammm.</p>

## **Anhang 4:**

**Übersicht der Resultate im Bieler Modell Teil 2: Ergotherapeutische Massnahmen bei älteren Menschen im Alters- und Pflegeheim**

## Übersicht der Resultate im Bieler Modell Teil 2: Ergotherapeutische Massnahmen bei älteren Menschen im Alters- und Pflegeheim

	Materielle, Soziale und Kulturelle Voraussetzung	Lebensbereiche	Verhaltensgrundformen	Grundfunktionen	Physische und psychische Voraussetzungen
G	<p><u>Materielle VS</u>            -2.7.x/Monat besuchte die Therapeutin einen Stroke Bewohner            - 4,5 h Therapie pro Monat            -79/525 Besuchen dienten für Gespräche mit Bewohnern, Mitarbeitern, Angehörigen und Hausärzten oder an der Einrichtungen für allfällige Überweisungen.            - Eine Therapie dauerte meist 30 Minuten.</p> <p><u>Soziale VS</u>  <u>Kulturelle VS</u></p>	<p><u>Freizeit/Spiel</u>            - Nur wenige Besuche (&lt;18/525) dienten zur Beübung von Freizeit Aktivitäten .  <u>ADL</u>            -100/525 Besuche dienten zur individuellen Aufgabe der ADL (WC- Transfer, Aus dem Bett kommen, Anziehen, Essen)            -Bewohner des Pflegeheims mit Schlaganfall die Einschränkungen im Alltag erleben, erhalten durch kurze ET- Intervention weniger Verschlechterung in den ADL- Färtigkeiten.            -ET scheint laut Studie der Selbstversorgungsabhängigkeit entgegen zuwirken.  <u>Arbeit/Beruf/ Schule</u></p>	<p><u>Haltung Fortbewegung</u>            -111/525 Besuche dienten für Geh- Training ( Geh- Praxis, Bett- Stuhl- Transfer, vom Sitzen zum Setehen, Freies Gehen)            - Ergotherapie schient laut Studie den Mobilitätseinschränkungen entgegen zuwirken.            -Ein Beispiel zeigt, dass diejenigen die Therapie hatten, sind fähiger sich zu transferieren, vom Bett zum Stuhl, vom Stuhl zum WC und beim Gehen.</p> <p><u>Umgang mit Gegenständen</u>  <u>Soziale Interaktion</u></p>	<p><u>sensor./motor. GF</u>            weniger als 18/ 525 Besuchen dienten zur Behandlung spezieller Beeinträchtigungen (z.B. Aufdehnen einer kontrahierten Hand.)  <u>perz. / kogn. GF</u>  <u>emotionale GF</u></p>	<p><i>166/525 Besuche wurden für individuelle Erfassung/ Ziel/ Kontext/ überprüfung verwendet.</i></p> <p><i>Nur eine kleine Stufe der Et- Interventionen haben signifikant, grossen Effekt bei Pflegeheimbewohner.</i></p>

	Materielle, Soziale und Kulturelle Voraussetzung	Lebensbereiche	Verhaltensgrundformen	Grundfunktionen	Physische und psychische Voraussetzungen
H	<u>materielle VS</u> <u>Soziale VS</u> <u>Kulturelle VS</u> - Bei Klienten im Altersheim gibt es Einschränkungen, in den persönlichen Bereichen, bei täglichen Entscheidungen, Routinen und somit werden sie in ihrer Wahl und Selbstbeeinflussung eingeschränkt. -Pläne sind wichtig um sich Zukunftsvorstellungen zumachen und um Motivation aufzubauen.--> Pläne für kreative Aktivität können dabei unterstützend wirken - kreative Aktivitäten geben die Möglichkeit and kulturellen Traditionen teilzunehmen (z.B. Geschenke) und Anerkennung zu erlangen	<u>Freizeit/Spiel</u> - Für Therapeuten ist es eine gute Perspektive, den Klienten eine grosszügige Umwelt, frei von Antworten, wo die Klienten tun und lassen können was sie wollen. -Kreativ sein macht Freude, man erschafft etwas. -Kreative Aktivität ermöglicht Klienten Beziehung zwischen Vergangenen Erlebnissen, ihrer jetzigen Situation und ihrer möglichen Zukunft zu erstellen. <u>ADL</u> <u>Arbeit/Beruf/Schule</u>	<u>Haltung, Fortbewegung</u> <u>Umgang mit Gegenständen</u> <u>Soziale Interaktion</u> -Der Workshop wurde bewusst Anforderungslos gestaltet → so entstand eine sozialere und persönlichere Atmosphäre. - gibt die Möglichkeit über anderes als die Krankheit zu sprechen	<u>sensor./motor. GF</u> <u>perz. / kogn. GF</u> <u>emotionale GF</u> - Für Therapeuten ist es eine gute Perspektive, den Klienten eine grosszügige Umwelt, frei von Antworten, wo die Klienten tun und lassen können was sie wollen. - Der Workshop wurde bewusst Anforderungslos gestaltet → so entstand eine sozialere und persönlichere Atmosphäre -In kreativen Aktivitäten können sich Klienten besser ausdrücken. -Kreativ sein macht Freude, man erschafft etwas. -Pläne sind wichtig um sich Zukunftsvorstellungen zumachen und um Motivation aufzubauen.--> Pläne für kreative Aktivität können dabei unterstützend wirken -Kreative Aktivität ermöglicht Klienten Beziehung zwischen Vergangenen Erlebnissen, ihrer jetzigen Situation und ihrer möglichen Zukunft zu erstellen. -durch kreative Tätigkeiten über eigene Grenzen hinaus wachsen - gibt die Möglichkeit sich selber einzubringen (z.B Entscheidungen zu treffen)	<i>Mit kreativer Aktivität wird Klient aktiviert.</i>

	<b>Materielle, Soziale und Kulturelle Voraussetzung</b>	<b>Lebensbereiche</b>	<b>Verhaltensgrundformen</b>	<b>Grundfunktionen</b>	<b>Physische und psychische Voraussetzungen</b>
D	<u>materielle VS</u> -Wohnsituation steigert die Lebensqualität. <u>Soziale VS</u> - Beteiligung und Unterstützung der Familie steigert die Lebensqualität. -Ergotherapeuten können in Institutionen Vorbilder für Pfleger sein bei der Förderung von Flexibilität und Auswahlchancen bei der Betreuung von Bewohnern. <u>Kulturelle VS</u>	<u>Freizeit/Spiel</u> - Lebensqualität ist tief bei Ehrenamtlichen Tätigkeiten und Hobbies. -Bei Freizeitaufgaben in der ET kann zur Wahl freigestellt werden. <u>ADL</u> - Wenn die Selbstbestimmung von Selbstversorgungsaufgaben erhöhen die Lebensqualität -Die Wahl der Selbstversorgung kann in der ET freigestellt werden. <u>Arbeit/Beruf/Schule</u> Der Zugang zu Bildungsaktivitäten senkt die Lebensqualität	<u>Haltung, Fortbewegung</u> <u>Umgang mit Gegenständen</u> <u>Soziale Interaktion</u>	<u>sensor./motor. GF</u> - Lebensqualität ist tief bei Körperlichen Voraussetzungen. <u>perz. / kogn. GF</u> <u>emotionale GF</u> -Stress führt zu einer tieferen Lebensqualität. -Sich selbst zu mögen steigert die Lebensqualität.	

	<b>Materielle, Soziale und Kulturelle Voraussetzung</b>	<b>Lebensbereiche</b>	<b>Verhaltensgrundformen</b>	<b>Grundfunktionen</b>	<b>Physische und psychische Voraussetzungen</b>
J	<u>materielle VS</u> <u>Soziale VS</u> <u>Kulturelle VS</u>	<u>Freizeit/Spiel</u> - durch Entspannung und freudvolle Aktivitäten werden die Depressionssymptome reduzieren <u>ADL</u> <u>Arbeit/Beruf/Schule</u>	<u>Haltung, Fortbewegung</u> <u>Umgang mit Gegenständen</u> <u>Soziale Interaktion</u>	<u>sensor./motor. GF</u> <u>perz. / kogn. GF</u> <u>emotionale GF</u> - Durch Lichtenberg Intervention nach der Behandlung weniger Depressionsymptome (nicht sign.), auch durch normale ET verbesserung - Verbesserte Stimmung durch ET	-Verbesserung der physischen und mentalen Gesundheit durch Lichtenberg + normale ET

	Materielle, Soziale und Kulturelle Voraussetzung	Lebensbereiche	Verhaltensgrundformen	Grundfunktionen	Physische und psychische Voraussetzungen
Q	<p><u>materielle VS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- suchen sich ruhige Plätze um Aktivitäten auszuführen</li> <li>- wünschen mehr Privatsphäre, z.B. durch Einzelzimmer</li> </ul> <p><u>Soziale VS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- müssen häufig lange auf Hilfe warten</li> <li>- viele haben wenig Besuch → stärkere Abhängigkeit vom Personal</li> <li>- Mitbewohner und Familienangehörige sind die wichtigster sozialen Kontakte</li> </ul> <p><u>Kulturelle VS</u></p>	<p><u>Freizeit/Spiel</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- geben Aktivitäten aufgrund vom Alter auf, aber verloren nicht das Interesse daran (Lesen, TV, Stricken, Schreiben, etwas Trinken, Haushaltsaktivitäten, Kirche) → suchen sich ruhige Plätze um diese Aktivitäten ausführen zu können</li> <li>- viele Gruppenaktivitäten</li> <li>- alle haben 1-2 bedeutungsvolle Aktivitäten, die ihnen das Gefühl geben etwas zu tun und nicht die Zeit abzusetzen</li> <li>- physische Anwesenheit bei Aktivitäten ist auch Betätigung</li> <li>- Aktivitätsangebote so gestalten, dass eine aktive und passive Teilnahme möglich ist</li> </ul> <p><u>ADL</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- müssen häufig lange auf Unterstützung (z.B. auf der Toilette) warten</li> <li>- wenig Entscheidungsmöglichkeiten (z.B. beim Essen, Kleidung, usw.)</li> <li>- Den Klienten die Möglichkeit für Selbstbestimmung und Kontrolle bei alltäglichen Aktivitäten bieten</li> </ul> <p><u>Arbeit/Beruf/Schule</u></p> <p>→ ET soll Betätigungsausführung ermöglichen</p>	<p><u>Haltung, Fortbewegung</u></p> <p><u>Umgang mit Gegenständen</u></p> <p><u>Soziale Interaktion</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- nehmen an vielen Gruppenaktivitäten teil mit dem Ziel der sozialen Interaktion (z.B. Diskussionen in der Kochgruppe)</li> <li>- für viele ist in einer Gruppe anwesend zu sein schon bedeutungsvoll, auch ohne aktive Teilnahme → es ist wichtig, dass die ET das ermöglicht</li> <li>- durch 2er Zimmer mehr Möglichkeiten für soziale Interaktion</li> <li>- Möglichkeit der sozialen Interaktion ist sehr wichtig, um sich als Teil der Gesellschaft zu fühlen → Möglichkeiten bieten für Interaktion und Aktivitäten mit den anderen</li> </ul>	<p><u>sensor./motor. GF</u></p> <p><u>perz. / kogn. GF</u></p> <p><u>emotionale GF</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aktivitäten geben das Gefühl etwas tun zu können und nicht die Zeit abzusetzen</li> <li>- Warten auf Hilfe nimmt ihnen ein Teil der Autonomie und stresst</li> <li>- möchten Kontrolle über ihre Betätigungsausführungen</li> <li>- fühlen sich stärker abhängig wenn sie warten müssen</li> <li>- wünschen mehr Entscheidungsmöglichkeiten</li> <li>- empfinden eine Lücke von Sicherheit und einen Kontrollverlust aufgrund wenig Entscheidungsmöglichkeiten und wenig Selbstbestimmung</li> <li>- bedeutungsvolle Aktivitäten helfen, die Identität aufrecht zu erhalten</li> </ul>	

	Materielle, Soziale und Kulturelle Voraussetzung	Lebensbereiche	Verhaltensgrundformen	Grundfunktionen	Physische und psychische Voraussetzungen
P	<u>materielle VS</u> - bei Demenz weniger antipsychotische Medikamente notwendig durch ET - einmaliger ET-Besuch mit Empfehlungen zur Wohnraumadaptation reduziert das Sturzrisiko - Modifikationsempfehlungen helfen Kosten zu sparen - ET kann zu einem reduzierten Pflegeaufwand führen → weniger Kosten - Schienenanpassungen <u>Soziale VS</u> <u>Kulturelle VS</u>	<u>Freizeit/Spiel</u> - z- durch zweckgerichtete Betätigung können Personen zu mehr Leistung motiviert werden - produktive Aktivitäten sind Prädiktoren für eine geringere Mortalitätsrate <u>ADL</u> - - eine frühe ET+PT Intervention führt bei Schlaganfall zu einer erhöhten Kompetenz in der Selbstversorgung - ambulante ET führt zu einer verbesserten selbstständigen Lebensführung und besseren Selbstversorgung (Schlaganfall) - leichte Verbesserung der Selbstversorgung und eigenständigen Lebensführung bei Demenz durch ET → reduzierter Pflegeaufwand - Heimtrainingsprogramm reduziert Sturzrisiko und erhöht damit die Kompetenzen bei ADLs - erhöhte Selbstwirksamkeit bei ADLs (durch reduziertes Sturzrisiko durch ET) - durch ET-Aktivierung eine verbesserte Lebensqualität - mehr ET+ PT führen zu einer erhöhten Selbstversorgungskompetenz → weniger Pflegeaufwand → weniger Kosten - ET erhöht bei Makuladegeneration die subjektiv wahrgenommene Sicherheit bei Alltagshandlungen <u>Arbeit/Beruf/Schule</u> - durch ET-Intervention verstärkte Sensibilität für Sturzrisiko und -	<u>Haltung, Fortbewegung</u> - reduzierte Weglauftendenz und Agitiertheit bei Demenz durch ET - reduziertes Sturzrisiko durch Beratung in Wohnraumadaptation, Heimtraining - verstärkte Sensibilität für Sturzrisiko und -vermeidung - zweckgerichtete Handlungen führen zu mehr Bewegung - Betätigung führt zu einem besseren Einsatz der betroffenen Extremität bei einem Schlaganfall - bei ET im Altersheim kommt es zu weniger Unfällen <u>Umgang mit Gegenständen</u> - Betätigung führt zu einem besseren Einsatz der betroffenen Extremität bei einem Schlaganfall <u>Soziale Interaktion</u> - signifikante Verbesserung der sozialen Partizipation durch ET (Schlaganfall) - signifikante Verbesserung der Gruppenaktivität bei Menschen mit Demenz durch ET - verbesserte Kommunikation und soziale Interaktion durch ET-Aktivierung - ET-Aktivierung hat einen signifikant positiven Effekt auf das Verhalten der Menschen mit Demenz - Durch Reduziertes Sturzrisiko nehmen sie mehr an ausserhäuslichen Aktivitäten teil - Verbesserung der psychosozialen Aktivitäten in der Gruppe durch ET-Aktivierung	<u>sensor./motor. GF</u> - Betätigung führt zu einem besseren Einsatz der betroffenen Extremität bei einem Schlaganfall - verbesserte Kommunikation durch ET (Schlaganfall) - verbesserte verbale/nonverbale Kommunikation bei Demenz durch ET-Aktivierung - Heimprogramm mindert Schwindel → weniger Stürze - bei ET im Altersheim kommt es zu weniger funktionellem Abbau und weniger Unfällen - ET erhöht bei Makuladegeneration die subjektiv wahrgenommene Sicherheit bei Alltagshandlungen - Gelenkschutz bei Arthritis - Behandlung von Arm-Hand-Frakturen <u>perz. / kogn. GF</u> - durch kognitive Aktivierung kann bei einem Schlaganfall eine signifikante kognitive Leistungssteigerung erzielt werden - signifikante Verlangsamung des Rückgangs der kognitiven Fähigkeiten durch ein ganzheitliches+multistategisches ET-Programm (z.B. Aktivierung) <u>emotionale GF</u> - ET fördert das soziale Wohlbefinden (Schlaganfall) - Reduktion von Depression/Einsamkeitsgefühlen bei Demenz - Verbesserte Befindlichkeit bei Demenz durch ET - durch ET-Aktivierung verbessertes Wohlbefinden + Linderung der Depression	

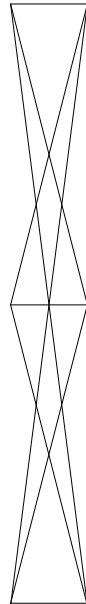
		Vermeidung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- soziale Aktivitäten sind Prädiktoren für eine geringere Mortalitätsrate</li> <li>-mehr ET+ PT führen zu erhöhten psychosozialen Fähigkeiten</li> <li>- Effekt von Gruppentherapien bei Parkinson</li> </ul>	(Demenz) <ul style="list-style-type: none"> <li>- verbesserte Lebensqualität durch ET-Aktivierung</li> <li>-ET hat Effekt bei Depression</li> </ul>	
--	--	------------	--	---	--



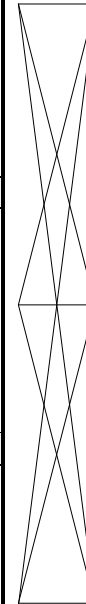
	Materielle, Soziale und Kulturelle Voraussetzung	Lebensbereiche	Verhaltensgrundformen	Grundfunktionen	Physische und psychische Voraussetzungen
N	<u>materielle VS</u> <u>Soziale VS</u> <u>Kulturelle VS</u>	<u>Freizeit/Spiel</u> - Patienten mit Einschränkungen in Aktivitäten können durch ET eine Verbesserung erwarten <u>ADL</u> - ET macht bei Schlaganfall ein Skillstraining - Patienten mit Einschränkungen in Aktivitäten können durch ET eine Verbesserung erwarten <u>Arbeit/Beruf/Schule</u> - Patienten mit Einschränkungen in Aktivitäten können durch ET eine Verbesserung erwarten	<u>Haltung, Fortbewegung</u> - weniger Stürze bei älteren Menschen durch ET <u>Umgang mit Gegenständen</u> - Verbesserung der Koordination und Arm-Hand-Funktionen durch ET bei Schlaganfall - verbesserte Geschicklichkeit bei Arthritis (eher weniger evidenz) <u>soziale Interaktion</u> - ET hilft soziale Partizipation bei Schlaganfall, allg. älteren Menschen und progressiv neurologischen und mentalen Krankheiten (eher wenig evidenz) und Arthritis (eher wenig evidenz) zu verbessern	<u>sensor./motor. GF</u> - ET verbessert die Funktionellen Fertigkeiten bei Schlaganfall, rheumatoider Arthritis, allg. älteren Menschen, progressiv neurologischen und mentalen (eher weniger evidenz) Krankheiten - Verbesserung der Koordination und Arm-Hand-Funktionen durch ET bei Schlaganfall - Reduzierung von Muskeltonus bei Schlaganfall (eher weniger evidenz) - Gelenkschutz, Training von motorischen Funktionen, Schmerzreduktion, Kraftverbesserung und verbesserte Geschicklichkeit bei Arthritis (eher weniger evidenz) <u>perz. / kogn. GF</u> - Verbesserung der kogn. Fähigkeiten bei Schlaganfall (eher weniger evidenz) <u>emotionale GF</u> - verbessertes Wohlbefinden bei älteren Menschen durch ET - verbesserung der Lebensqualität bei progressiv neurologischen und mentalen Krankheiten (eher weniger evidenz)	

## Ergotherapeutische Massnahmen

Materielle, soziale und kulturelle Voraussetzungen	LEBENSBEREICHE
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Einschränkungen in Persönlichen Bereichen und Entscheidungen (H)</li> <li>-Pläne für Zukunftsvorstellung (H)</li> <li>-Kreative Aktivitäten für kult. Traditionen (H)</li> <li>-Wohnsituation steigert die Lebensqualität (D)</li> <li>-Familie steigert Lebensqualität(D) und stellen sozialen Kontakt dar (Q)</li> <li>-Ruhige Plätze für Aktivitäten (Q)</li> <li>-Privatsphäre (Q)</li> <li>-wenig Besuch (Q)</li> <li>-Wohnraumadaptation reduziert Sturzrisiko (P)</li> <li>-Et führt zu reduziertem Pflegeaufwand (P)</li> <li>-Schienenanpassung (P)</li> </ul>	<p><b>Spiel/Freizeit</b></p> <p><b>Interventionen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-wenige Interventionen dienen für Freizeit Beübung (G)</li> <li>-Klienten sollen grosse- und freizügige, Antworten freie Umwelt geboten werden (H)</li> <li>-Kreative Aktivitäten ermöglichen Freude und Beziehung zwischen Vergangenheit, Zukunft und Gegenwart (H)</li> <li>-Freie Wahl bei Freizeitaktivitäten (D)</li> <li>-Depression kann durch Entspannung und freudvolle Aktivitäten verringert werden (J)</li> <li>-Geben Aktivitäten auf, verloren aber nicht das Interesse (Q)</li> <li>-passive Aktivitäten sind auch Betätigung (Q)</li> <li>-produktive und zweckgerichtete Aktivitäten (P)</li> </ul>
	<p><b>Aktivitäten des täglichen Lebens</b></p> <p><b>Interventionen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Freie Wahl bei Freizeitaktivitäten und Selbstversorgung(D) (Q)</li> <li>-WC- Transfer, Transfer aus Bett, Anziehen, Essen werden beübt (G)</li> <li>-Et führt zu besserer Selbständigkeit und Selbstversorgung (P)</li> <li>-Heimtraining reduziert Sturz (P)</li> <li>-Skilltraining bei Schlaganfall (N)</li> </ul>
	<p><b>Arbeit/Schule/Beruf</b></p> <p><b>Interventionen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Et kann Sensi auf Stürze verstärken und Risiko vermindern (P)</li> </ul>



VERHALTENSGRUNDFORMEN
<p><b>Haltung und Fortbewegung</b></p> <p><b>Interventionen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Gehtraining (G)</li> <li>-ET wirkt Mobilitätseinschränkungen entgegen, führt zu sicheren Transfers (G)</li> <li>-reduziertes Sturzrisiko durch Wohnraumadaptation und Heimtraining (P) (N)</li> <li>-zweckgerichtete Handlungen führen zu mehr Bewegung(P)</li> <li>-ET im Altersheim führt zu weniger Unfällen (P)</li> </ul>
<p><b>Umgang mit Gegenständen</b></p> <p><b>Interventionen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Bei Schlaganfall führt Betätigung zu besserem Einsatz der betroffenen Extremitäten (P)</li> <li>-ET verbessert Koordination und arm- Hand Funktionen nach Schlaganfällen (N)</li> </ul>
<p><b>Soziale Interaktion</b></p> <p><b>Interventionen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Anforderungslose Gestaltung der Therapie, sorgt für sozialere und persönlichere Atmosphäre (H)</li> <li>-alte Leute in den Pflegeheimen nehmen viel an Gruppenaktivitäten teil, um soziale Partizipation zu erleben (Q)</li> <li>-In Gruppe zu sein ist auch ohne Aktivität bedeutungsvoll (Q)</li> <li>-ET Aktivierung verbessert Kommunikation, soziale Interaktion und psychosoziale Fähigkeiten (P)</li> </ul>



GRUNDFUNKTIONEN	Physische und psychische Voraussetzungen
<p><b>sensorisch/motorisch</b></p> <p><b>Interventionen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Körperliche Einschränkungen verringern die Lebensqualität (D)</li> <li>-Heimprogramm mindert Schwindel (P)</li> <li>-ET im Altersheim führt zu weniger funktionellem Abbau und Unfällen im Altersheim (P)</li> <li>-Gelenkschutz bei Arthritis (P) (N)</li> <li>-Behandlung von Arm/ Hand Frakturen (P)</li> </ul>	<p>-Viele Besuche wurden für individuelle Erfassung und Bestimmung der Ziele verwendet (G)</p> <p>-physische und psychische Gesundheit verbessert sich durch ET (J)</p>
<p><b>perzeptiv/kognitiv</b></p> <p><b>Interventionen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Leistungssteigerung durch kognitive Aktivierung der ET nach Schlaganfall(P) (N)</li> <li>-ganzheitliches und multistратегisches ET Programm verlangsamt den Rückgang der kognitiven Funktionen (P)</li> </ul>	
<p><b>emotional</b></p> <p><b>Interventionen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-In kreativen Aktivitäten können sich die Klienten besser ausdrücken, haben Freude und wachsen über eigene Grenzen hinaus (H)</li> <li>-Durch Pläne wird Motivation für die Zukunft aufgebaut (H)</li> <li>-Stress führt zu tieferen Lebensqualität (D)</li> <li>-ET verbessert die allgemeine Stimmung und Lebensqualität(J) (P) (N)</li> <li>-Aktivitäten geben das Gefühl etwas zu tun (Q)</li> <li>-die alten Menschen wünschen sich mehr Entscheidungsfreiheit (Q)</li> <li>-bedeutungsvolle Aktivitäten helfen Identität aufrecht zu erhalten (Q)</li> </ul>	

## **Anhang 5:**

### **Übersicht über die Methode und das Vorgehen der Hauptstudien**

## Übersicht über die Methode und das Vorgehen der Hauptstudien

Nr.	Quelle	Ziel	Design	Sample	Methode	Outcome
2	Williams et al. (2006)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erfassung der funktionellen Einschränkungen</li> <li>• Zusammenhang zwischen den funktionellen Einschränkungen, Gesundheitszustand und negativen Erfahrungen erfassen</li> <li>• Einfluss des Gefängnisumfeldes auf die funktionellen Einschränkungen erfassen</li> </ul>	Cross-sectional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 120 Teilnehmer</li> <li>• Alter: zw. 55 und 82 Jahren, Durchschnitt 62 Jahre</li> <li>• Weibliche Gefangene</li> <li>• 68% Weisse, 60% mit High-School Abschluss</li> <li>• 50% sind seit mehr als 15 Jahren im Gefängnis</li> </ul>	Fragebogen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demografische Fragen</li> <li>• Health Status (Krankheiten, Gesundheitszustand)</li> <li>• ADL: Baden, Essen, Toiletten, Anziehen, Transfer</li> <li>• PADL: Fallen lassen beim Alarm, Stehen für Appell, zum Speisesaal gehen, Anweisungen anhören, auf Hochbetten steigen.</li> </ul>
7	Williams et al. (2009)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erfassung des Wissens, Gesundheitsperspektiven und Einschränkungen die die Wärter bei den älteren Gefangenen sehen.</li> </ul>	Cross-sectional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 407 Gefangene</li> <li>• Aufsichtspersonal das seit mindestens 2 Wochen arbeitet</li> <li>• Gefangene sind zw. 55 und 80 Jahren, Durchschnitt 61.7 Jahren</li> <li>• männlich</li> </ul>	Aufsichtspersonal wurden in einem Interview über die Krankheiten und Einschränkungen der älteren Gefangenen befragt	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Minimum Data Set (Gesundheit und Funktionsstatus)</li> <li>• Armstrong Disability Criteria (ADL, gefängnispezifische Fragen)</li> <li>• Mini Mental Status (Gedächtnis)</li> </ul>
36	Loeb et al. (2008)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vergleich des Glaubens an Selbstwirksamkeit, gesundheitsförderndem Verhalten, Gesundheitszustand bei älteren Gefangenen und älteren Menschen in der Gesellschaft</li> <li>• Die am meisten berichteten Barrieren und den erwarteten Nutzen des</li> </ul>	Descriptive comparative survey	<p><u>Ältere Gefangene:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 51 Teilnehmer</li> <li>• Alter: über 50 Jahren, Durchschnitt 57.3 Jahre</li> <li>• männlich</li> <li>• 56.9% Weisse</li> <li>• 45% mit High-School Abschluss</li> <li>• 50% geschieden</li> </ul> <p><u>Ältere Menschen in der</u></p>	Interview	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Loeb's OMHPSI (2003) (Gesundheitszustand, besuchte Gesundheitsprogramme, Barrieren und Nutzen von gesundheitsförderndem Verhalten, Selbsteinschätzung der Gesundheit)</li> <li>• HPAOAM (Pandula,</li> </ul>

		gesundheitsfördernden Verhalten bei älteren Gefangenen und älteren Menschen in der Gesellschaft		<u>Gesellschaft:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>•33 Teilnehmer</li> <li>•Alter: über 50 Jahren, Durchschnitt 72.2 Jahren</li> <li>•männlich</li> <li>•54.5% Weisse</li> <li>•50% mit High-School Abschluss</li> <li>•1/3 verheiratet</li> </ul>		1997) (wie oft nehmen Teilnehmer an gesundheitsförderndem Verhalten teil?) <ul style="list-style-type: none"> <li>•Self efficacy for health management</li> </ul>
38	Loeb et al. (2007)	Erfassen von Glauben und Anliegen im Bereich der Gesundheit älterer Gefangener und die Herausforderungen im Bereich Gesundheit, die sie beim Austritt erfahren.	Phenomenology	<ul style="list-style-type: none"> <li>•51 Teilnehmer</li> <li>•Alter: 50-80 Jahre, Durchschnitt 57 Jahre</li> <li>•männlich</li> <li>•50% Weisse</li> <li>•72% High-School Abschluss</li> <li>•74% geschieden</li> <li>•Durchschnittlich 7.6 Jahre inhaftiert</li> </ul>	Interviews	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Health-Promotion Activities of older Adults Measure</li> <li>•The older Men's Health Promotion &amp; Screening inventory</li> <li>•demographischen Fragen Fragen zur Selbstwirksamkeit</li> <li>•Fragen speziell für Inhaftierte zusammengestellt</li> </ul>
44	Marquart et al. (2000)	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Untersuchung der selbstbeurteilten Gesundheitsbedingungen und Selbstwahrnehmung der Gesundheit von zwei Gruppen älterer Gefangener in Texas.</li> <li>•Interviews mit dem medizinischen Personal, die regelmässig mit älteren Gefangenen arbeiten</li> </ul>	Case-control	<u>Ältere Gefangene auf einer geriatrischen Abteilung:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>•23 Teilnehmer</li> <li>•Alter: über 50 Jahren, Durchschnitt 69 Jahre</li> <li>•Durchschnitt: englisch sprechend, alleinstehend</li> </ul> <u>Ältere Gefangene auf den allgemeinen Abteilungen:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>•46 Teilnehmer</li> <li>•Alter: über 50 Jahren, Durchschnitt 61 Jahre</li> <li>•Durchschnitt: englisch sprechend, mit High-</li> </ul>	90-minütiges Interview	<ul style="list-style-type: none"> <li>•National Health Interview Survey</li> <li>•Longitudinal Study on Aging (demografische Angaben, Kriminelle Vorgeschichte, Lebensstil, Wahrgenommener Gesundheitszustand, mentaler Gesundheitszustand, institutionelle Lebensgewohnheiten, Einstellung zum Leben in der allgemeinen Gefängnisbevölkerung)</li> </ul>

				School Abschluss		
D	Audrey et al. (2000)	aufzeigen der Beziehung zwischen Lebensqualität und persönlicher Kontrolle durch die Wahlmöglichkeit in Selbstversorgung und Freizeitaktivitäten unter den Bewohnern von Langzeit Institutionen.	Cross-sectional	<ul style="list-style-type: none"> <li>•21 Teilnehmer</li> <li>•Alter: 67-94 Jahren</li> <li>•5 Männer, 16 Frauen</li> <li>•2-91 Monate in der Institution</li> </ul>	Interview	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Duncan Coice Index (DCI) (Selbstpflege und Freizeit)</li> <li>• Quality of Life Rating (QOLR) (Lebensqualität)</li> </ul>
G	Sachley et al. (2006)	Evaluation von evidenzbasierten ET- Interventionen bei Schlaganfallpatienten im persönlichen Umfeld im Pflegeheim, um die Unabhängigkeit in persönlichen ADLs gezielt zu steigern.	Randomized controlled trial		Aus der bestehenden Evidenz wurde eine Interventionsmassnahme zur Verbesserung der Selbstständigkeit entwickelt	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Barthel-Index (Selbstversorgung)</li> <li>•Orientierungs-Gedächtnis- Konzentrations- Test</li> <li>•RMI</li> </ul>
H	La Cour et al. (2005)	erforschen von kreativen Aktivitäten als ET für ältere Menschen die an einer lebensbedrohlichen Krankheit leiden, aus der Perspektive der Klienten und Therapeuten	Phenomenology	<ul style="list-style-type: none"> <li>•8 Teilnehmer</li> <li>•Alter: 60-89 Jahren</li> <li>•Leiden an einer Lebensbedrohlichen Krankheit</li> </ul>	Interview	Fragen zu individuellen Erfahrungen in aktueller kreativen Aktivitäten in der ET und im eigenen Leben und die Bedeutungen dieser Erfahrungen
J	Sood et al. (2003)	Ziel ist die Lichtenberg cross-disciplinary Intervention zu wiederholen und zu erweitern um die physische und mentale Gesundheit älterer Menschen zu verbessern	Randomized controlled trial	<u>Interventionsgruppe:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>•6 Teilnehmer (4 Männer, 2 Frauen)</li> <li>•Alter: Durchschnitt 81.25 Jahre</li> </ul> <u>Kontrollgruppe:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>•8 Teilnehmer (4 Männer, 4 Frauen)</li> <li>•Alter: Durchschnitt 80.17 Jahre</li> </ul>	<u>Interventionsgruppe</u> : Entspannung, freudvolle Aktivitäten, Stimmungsbarmeter <u>Kontrollgruppe:</u> Standart ET	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Mini Mental Status</li> <li>•Geriatric Depression Scale</li> <li>•Short-Form 12</li> <li>•ADL Teil von MAI</li> </ul>

Q	Van't Leven et al. (2002)	Erfassen wie ältere Menschen in einem Altersheim die Hindernisse + Ressourcen in ihren Betätigungsausführungen erfahren	Phenomenology	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 12 Teilnehmer</li> <li>• Alter: 62-92 Jahre</li> <li>• Einschränkungen in motorischen und sensorischen Funktionen</li> </ul>	Interviews	Fragen zu aktuellen und früheren Aktivitäten, Tagesabläufe, soziale, kulturelle und physische Umwelt (Guidelines)
---	---------------------------	---	---------------	---	------------	---

## **Anhang 6:**

### **Studienbewertungen**



**Critical Review Form – Quantitative Studies**  
 ©Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L. Bosch, J., & Westmorland, M.  
[McMaster University](#)

– Adapted Word Version Used with Permission –

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

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

<b>CITATION</b>	<p><u>Provide the full citation for this article in APA format:</u></p> <p>Williams, B.A., Lindquist, K., Sudore, R.L., Strupp, H.M., Willmott, D.J.&amp;Walter, L.C. (2006) Being Old and Doing Time: Functional Impairment and Adverse Experiences of Geriatric Female Prisoners. <i>American Geriatrics Society</i>,54(4), 702-07.</p>
<p><b>STUDY PURPOSE</b></p> <p>Was the purpose stated clearly?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes  <input type="checkbox"/> No</p>	<p><u>Outline the purpose of the study. How does the study apply to your research question?</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Beschreibung der Häufigkeit und der Art von funktionellen Einschränkungen</li> <li>2. Beschreibung der Verbindung zw. Grad der funktionellen Einschränkungen, Gesundheitszustand und negativen Erfahrungen</li> <li>3. Erfassung wie das Gefängnisumfeld die funktionellen Einschränkungen verschärfen können.</li> </ol>
<p><b>LITERATURE</b></p> <p>Was relevant background literature reviewed?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes  <input type="checkbox"/> No</p>	<p><u>Describe the justification of the need for this study:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– 35% mehr ältere Frauen im Gefängnis, ab 55, weil die Einschränkungen früher eintreten, Anzahl Älterer steigt weiter an, ältere Gefangene 2-3 mal teurer als junge Gefangene.</li> <li>– Funktionelle Einschränkungen führen zu erhöhten Kosten und weiteren Einschränkungen, aber sind noch wenig erforscht.</li> <li>– Ältere Frauen haben mehr Einschränkungen als Männer.</li> <li>– Keine Studien über die funktionellen Einschränkungen von Frauen vorhanden und keine Studien die das Umfeld des Gefängnisses miteinbeziehen.</li> </ul>
<p><b>DESIGN</b></p> <p><input type="checkbox"/> Randomized (RCT)  <input type="checkbox"/> cohort  <input type="checkbox"/> single case design  <input type="checkbox"/> before and after  <input type="checkbox"/> case-control  <input checked="" type="checkbox"/> cross-sectional  <input type="checkbox"/> case study</p>	<p><u>Describe the study design. Was the design appropriate for the study question? (e.g., for knowledge level about this issue, outcomes, ethical issues, etc.):</u></p> <p>Erfassung von funktionellen Einschränkungen, der Verbindung von Grad der Einschränkung, Gesundheitszustand, und negativer Erfahrung und des Einflusses des Umfeldes der älteren Gefangenen zu einem bestimmten Zeitpunkt.          → passend auf Fragestellung!</p> <p><u>Specify any biases that may have been operating and the direction of their influence on the results:</u></p> <p>Fragebogen wurde im Vorfeld mit 10 TN verifiziert.          Nur Self- reported          Warum diese Diagnosen und diese ADL's →ist nicht beschrieben.</p>

<p><b>SAMPLE</b></p> <p>N = 120</p> <p>Was the sample described in detail?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p>Was sample size justified?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> N/A</p>	<p><u>Sampling (who; characteristics; how many; how was sampling done?) If more than one group, was there similarity between the groups?:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alter, Rasse, Ausbildung, Verbrechen, Haftdauer ist beschrieben</li> <li>- Fragebogen wurde über den "Legal Service for Prisoners with Children" verschickt.</li> <li>- 203 verschickt → 170 kamen bei den Personen an (falsche Adressen, bereits entlassen ) → 101 (59%) wurden ausgefüllt</li> <li>- 19 weitere Fragebogen wurden von weiteren empfohlenen Gefangenen ausgefüllt.</li> </ul> <p><u>Describe ethics procedures. Was informed consent obtained?:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comitee on Human Research und Veterans Affairs Medical Centre gaben Einverständnis.</li> <li>- Keine schriftliche Einverständniserklärung, TN nahmen freiwillig teil.</li> </ul>
--	---

<p><b>OUTCOMES</b></p> <p>Were the outcome measures reliable?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Were the outcome measures valid?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> No → keine validen Fragebogen</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p>	<p><u>Specify the frequency of outcome measurement (i.e., pre, post, follow-up):</u></p> <p>1 x</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <p><u>Outcome areas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alter, Rasse, Ausbildung, Haftdauer und ob Strafe wegen Häuslicher Gewalt</li> <li>- Krankheiten, Selbsteinschätzung der Gesundheit, Anzahl aktueller Medis, konnten ihre Krankheit den 23 häufigsten zuteilen.</li> <li>- ADL: Baden, Essen, Toiletten, Anziehen, Transfer</li> <li>- PADL: Fallen lassen beim Alarm, Stehen für Appell, zum Speisesaal gehen, Anweisungen anhören, auf Hochbetten steigen.</li> <li>- Stürze in letzten Jahren, Depression, Gefühle der Unsicherheit, Missbrauch, Umwelthanpassung</li> </ul> </td> <td style="vertical-align: top;"> <p><u>List measures used.:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Demographische Fragen.</li> <li>- Health Status Fragen, Selbsteinschätzung → 10 Pkt Skala, verschiedene geriatrische Schwierigkeiten, Mobilität → Hilfe beim Gehen, Rollstuhl.</li> <li>- Hilfe nötig? Einschränkung = Hilfe bei mind 1 Einteilung in keine schwierigkeiten, teilweise schwierigkeiten, sehr schwierig.</li> </ul> </td> </tr> </table>	<p><u>Outcome areas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alter, Rasse, Ausbildung, Haftdauer und ob Strafe wegen Häuslicher Gewalt</li> <li>- Krankheiten, Selbsteinschätzung der Gesundheit, Anzahl aktueller Medis, konnten ihre Krankheit den 23 häufigsten zuteilen.</li> <li>- ADL: Baden, Essen, Toiletten, Anziehen, Transfer</li> <li>- PADL: Fallen lassen beim Alarm, Stehen für Appell, zum Speisesaal gehen, Anweisungen anhören, auf Hochbetten steigen.</li> <li>- Stürze in letzten Jahren, Depression, Gefühle der Unsicherheit, Missbrauch, Umwelthanpassung</li> </ul>	<p><u>List measures used.:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Demographische Fragen.</li> <li>- Health Status Fragen, Selbsteinschätzung → 10 Pkt Skala, verschiedene geriatrische Schwierigkeiten, Mobilität → Hilfe beim Gehen, Rollstuhl.</li> <li>- Hilfe nötig? Einschränkung = Hilfe bei mind 1 Einteilung in keine schwierigkeiten, teilweise schwierigkeiten, sehr schwierig.</li> </ul>
<p><u>Outcome areas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alter, Rasse, Ausbildung, Haftdauer und ob Strafe wegen Häuslicher Gewalt</li> <li>- Krankheiten, Selbsteinschätzung der Gesundheit, Anzahl aktueller Medis, konnten ihre Krankheit den 23 häufigsten zuteilen.</li> <li>- ADL: Baden, Essen, Toiletten, Anziehen, Transfer</li> <li>- PADL: Fallen lassen beim Alarm, Stehen für Appell, zum Speisesaal gehen, Anweisungen anhören, auf Hochbetten steigen.</li> <li>- Stürze in letzten Jahren, Depression, Gefühle der Unsicherheit, Missbrauch, Umwelthanpassung</li> </ul>	<p><u>List measures used.:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Demographische Fragen.</li> <li>- Health Status Fragen, Selbsteinschätzung → 10 Pkt Skala, verschiedene geriatrische Schwierigkeiten, Mobilität → Hilfe beim Gehen, Rollstuhl.</li> <li>- Hilfe nötig? Einschränkung = Hilfe bei mind 1 Einteilung in keine schwierigkeiten, teilweise schwierigkeiten, sehr schwierig.</li> </ul>		

<p><b>INTERVENTION</b></p> <p>Intervention was described in detail?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Contamination was avoided?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p>	<p><u>Provide a short description of the intervention (focus, who delivered it, how often, setting). Could the intervention be replicated in practice?</u></p> <p>Fragebogen wurde versendet und anonym ausgefüllt.</p>
--	---

<input checked="" type="checkbox"/> N/A Cointervention was avoided? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed <input checked="" type="checkbox"/> N/A	
<b>RESULTS</b>  Results were reported in terms of statistical significance? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Not addressed  Were the analysis method(s) appropriate? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed	<u>What were the results? Were they statistically significant (i.e., <math>p &lt; 0.05</math>)? If not statistically significant, was study big enough to show an important difference if it should occur? If there were multiple outcomes, was that taken into account for the statistical analysis?</u>  Resultate siehe Literaturübersicht!
Clinical importance was reported? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed	<u>What was the clinical importance of the results? Were differences between groups clinically meaningful? (if applicable)</u>
Drop-outs were reported? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<u>Did any participants drop out from the study? Why? (Were reasons given and were drop-outs handled appropriately?)</u> Wurden auf Bewährung entlassen, falsche Adressen Nur 59% der Fragebogen wurden zurück geschickt → keine Begründung für die Fehlenden!
<b>CONCLUSIONS AND IMPLICATIONS</b>  Conclusions were appropriate given study methods and results <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<u>What did the study conclude? What are the implications of these results for practice? What were the main limitations or biases in the study?</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menschen die in der Gesellschaft unabhängig sind brauchen im Gefängnis Unterstützung in den PADLs!!</li> <li>- Gefangene mit Einschränkungen in ADL und PADL haben mehr negative Erfahrungen.</li> <li>- jüngere Gefangene könnten Ältere unterstützen.  → Empfehlung für Assessment der funktionellen Einschränkungen ältere Frauen im Gefängnis des regelmässig durchgeführt werden kann um negativen Erfahrungen zu reduzieren.  → Interventionen sind sinnvoll.</li> </ul> Limitations: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nur Frauen der LSPC waren beteiligt, dass sind nur 1/3 aller alten weiblichen Gefangenen.</li> <li>- Alle Daten sind "self- reportet".</li> <li>- Hohe Ansprüche um den Questionnair auszufüllen.</li> </ul>

**Critical Review Form – Quantitative Studies**  
 ©Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L. Bosch, J., & Westmorland, M.  
[McMaster University](#)

– Adapted Word Version Used with Permission –

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

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

<p><b>CITATION</b></p>	<p><u>Provide the full citation for this article in APA format:</u>                  Williams, B.A., Lindquist, K., Hill, T., Baillargeon, J., Mellow, J., Greifinger, R. &amp; Walter, L.C. (2009). Caregiving behind bars: correctional officer reports of disability in geriatric prisoners. <i>Journal of the American Geriatrics Society</i>. 57(7), 1286-92.</p>
<p><b>STUDY PURPOSE</b></p> <p>Was the purpose stated clearly?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes  <input type="checkbox"/> No</p>	<p><u>Outline the purpose of the study. How does the study apply to your research question?</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Erfassung des Wissens, Gesundheitsperspektiven und Einschränkungen die die Wärter bei den älteren Gefangenen sehen.</li> <li>– Vergleich der Resultate mit dem California Departement of Corrections and Rehabilitation.</li> </ul>
<p><b>LITERATURE</b></p> <p>Was relevant background literature reviewed?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes  <input type="checkbox"/> No</p>	<p><u>Describe the justification of the need for this study:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– immer mehr ältere Gefangene, es ist wenig über die Gesundheit älterer Gefangener bekannt.</li> <li>– Wärter sind nahe an den Gefangenen und könnten Veränderungen früh erkennen → Verbindung von Gefangenen zu Medizinern → Wärter sind nicht dafür ausgebildet.</li> <li>– Aktuelle Literatur für Begründung verwendet.</li> </ul>
<p><b>DESIGN</b></p> <p><input type="checkbox"/> Randomized (RCT)  <input type="checkbox"/> cohort  <input type="checkbox"/> single case design  <input type="checkbox"/> before and after  <input type="checkbox"/> case-control  <input checked="" type="checkbox"/> cross-sectional  <input type="checkbox"/> case study</p>	<p><u>Describe the study design. Was the design appropriate for the study question? (e.g., for knowledge level about this issue, outcomes, ethical issues, etc.):</u>                  Führten Interviews mit den Wärtern anhand eines Fragebogens über die Gefangenen durch.</p> <p><u>Specify any biases that may have been operating and the direction of their influence on the results:</u>                  face- to face Interview → Beeinflussung durch die Interviewer</p>
<p><b>SAMPLE</b></p> <p>N = 407 Gefangene / 71 Wärter</p> <p>Was the sample described in detail?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes  <input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p>Was sample size</p>	<p><u>Sampling (who; characteristics; how many; how was sampling done?) If more than one group, was there similarity between the groups?:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– CDCR ermittelte 618 Gefangene über 55 aus den 11 Gefängnissen mit den meisten älteren Gefangenen.</li> <li>– Die Wärter wurden nach weiteren gefährdeten Gefangenen gefragt.</li> <li>– Keine Angabe zu den Wärtern, ausser, dass sie bereits seit mind 2 Wochen arbeiten.</li> <li>– Gefangene: über 55 jährige Gefangene die laut CDCR eine Einschränkung haben.</li> </ul>

justified? <input checked="" type="checkbox"/> Yes → Wärter sind eher wenig! <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	<u>Describe ethics procedures. Was informed consent obtained?:</u> – Wärter erklären sich einverstanden (nicht schriftlich) – Von Committee on Human Research at the University of California, San Francisco und von San Francisco Veterans Affairs Medical Centre genehmigt. – Gefangene wurden nicht gefragt.
--	--

<b>OUTCOMES</b>  Were the outcome measures reliable? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed  Were the outcome measures valid? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed	<u>Specify the frequency of outcome measurement (i.e., pre, post, follow-up):</u> 1 x  <table border="1" data-bbox="467 531 1508 1110"> <tr> <td data-bbox="467 531 987 1110"> <u>Outcome areas:</u>            Correctional officers Questionnaire:            – Erfassung von Gesundheit und Funktionsstatus            – Erfassung von ADLs (essen, baden, anziehen, Transfer, Toilette) und geriatrischen Syndromen.            – Rollstuhl, Seh- Hörstörung, Mobilitätseinschränkungen Sprechen eingeschränkt.            – Sturz im letzten Jahr, Inkontinez in letzten 14 Tagen, Gedächtnis.            – Gefängnispezifische Fragen: Sicherheit            Chart Review:            – Med. Diagnosen         </td> <td data-bbox="987 531 1508 1110"> <u>List measures used.:</u>             → nach Minimusn Data Set (2.0)             → Armstrong disability Criteria             → nach Minimental Test             → nach Armstrong disability Criteria         </td> </tr> </table>		<u>Outcome areas:</u> Correctional officers Questionnaire: – Erfassung von Gesundheit und Funktionsstatus – Erfassung von ADLs (essen, baden, anziehen, Transfer, Toilette) und geriatrischen Syndromen. – Rollstuhl, Seh- Hörstörung, Mobilitätseinschränkungen Sprechen eingeschränkt. – Sturz im letzten Jahr, Inkontinez in letzten 14 Tagen, Gedächtnis. – Gefängnispezifische Fragen: Sicherheit Chart Review: – Med. Diagnosen	<u>List measures used.:</u>  → nach Minimusn Data Set (2.0)  → Armstrong disability Criteria  → nach Minimental Test  → nach Armstrong disability Criteria
<u>Outcome areas:</u> Correctional officers Questionnaire: – Erfassung von Gesundheit und Funktionsstatus – Erfassung von ADLs (essen, baden, anziehen, Transfer, Toilette) und geriatrischen Syndromen. – Rollstuhl, Seh- Hörstörung, Mobilitätseinschränkungen Sprechen eingeschränkt. – Sturz im letzten Jahr, Inkontinez in letzten 14 Tagen, Gedächtnis. – Gefängnispezifische Fragen: Sicherheit Chart Review: – Med. Diagnosen	<u>List measures used.:</u>  → nach Minimusn Data Set (2.0)  → Armstrong disability Criteria  → nach Minimental Test  → nach Armstrong disability Criteria			

<b>INTERVENTION</b>  Intervention was described in detail? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed  Contamination was avoided? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed <input checked="" type="checkbox"/> N/A  Cointervention was avoided? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed <input checked="" type="checkbox"/> N/A	<u>Provide a short description of the intervention (focus, who delivered it, how often, setting). Could the intervention be replicated in practice?</u>  Ca 5 min. Interview mit den Wärtern über die älteren Gefangenen mit Einschränkungen.
---	---

<p><b>RESULTS</b></p> <p>Results were reported in terms of statistical significance?  <input checked="" type="checkbox"/> Yes  <input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> N/A  <input type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Were the analysis method(s) appropriate?  <input checked="" type="checkbox"/> Yes  <input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Not addressed</p>	<p><u>What were the results? Were they statistically significant (i.e., <math>p &lt; 0.05</math>)? If not statistically significant, was study big enough to show an important difference if it should occur? If there were multiple outcomes, was that taken into account for the statistical analysis?</u></p> <p>Resultate siehe Literaturübersicht!</p>
<p>Clinical importance was reported?  <input checked="" type="checkbox"/> Yes  <input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Not addressed</p>	<p><u>What was the clinical importance of the results? Were differences between groups clinically meaningful? (if applicable)</u>  Vorhandenes Assessment problematisch.</p>
<p>Drop-outs were reported?  <input checked="" type="checkbox"/> Yes  <input type="checkbox"/> No</p>	<p><u>Did any participants drop out from the study? Why? (Were reasons given and were drop-outs handled appropriately?)</u>  Gefangene die die Wärter nicht kannten nahmen nicht teil.</p>
<p><b>CONCLUSIONS AND IMPLICATIONS</b></p> <p>Conclusions were appropriate given study methods and results  <input checked="" type="checkbox"/> Yes  <input type="checkbox"/> No</p>	<p><u>What did the study conclude? What are the implications of these results for practice? What were the main limitations or biases in the study?</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wärter definieren mehr Einschränkungen → ev. Auf Grund von Schwankungen.</li> <li>- Viele Wärter konnten Einschränkungen nicht erkennen → Ausbildung für Wärter mit geritrischen Gefangenen empfohlen.</li> </ul> <p>Limitationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gedächtnisschwierigkeiten nicht beachtet, keinen Zugang zu den Erfassungsdaten von CDCR</li> <li>- Grosse Unterschiede zw. Wärtern und CDCR zeigt, dass Assessment problematisch ist.</li> </ul>

**Critical Review Form – Quantitative Studies**  
 ©Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L. Bosch, J., & Westmorland, M.  
[McMaster University](http://www.mcmaster.ca)

– Adapted Word Version Used with Permission –

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

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

<b>CITATION</b>	<u>Provide the full citation for this article in APA format:</u> Loeb, S.J., Steffensmeier, D. & Lawrence, F. (2008) Comparing Incarcerated and Community-Dwelling Older Men’s Health. <i>Western Journal of Nursing Research, 30(2), 234-49</i>
<b>STUDY PURPOSE</b>  Was the purpose stated clearly?  <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<u>Outline the purpose of the study. How does the study apply to your research question?</u> 1. Bandura’s sozial-kognitive Theorie als konzeptionellen Rahmen aufgreifen 2. Vergleich des Glaubens an Selbstwirksamkeit, gesundheitsförderndem Verhalten, Gesundheitszustand bei älteren Gefangenen und älteren Menschen in der Gesellschaft 3. Die am meisten berichteten Barrieren und den erwarteten Nutzen des gesundheitsfördernden Verhalten bei Gefangenen und Menschen in der Gesellschaft
<b>LITERATURE</b>  Was relevant background literature reviewed? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<u>Describe the justification of the need for this study:</u> – starke Zunahme älterer Gefangener – Hypothese: Gefangene sind bei schlechterer Gesundheit als Gleichaltrige in der Gesellschaft – Sozioökonomische Faktoren, schlechter Lebensstil der Gefangenen führt zu einer schlechteren Gesundheit – Biologisches Alter liegt ca. 10-15 Jahre vor den chronologischen Alter – 85% Komorbidität
<b>DESIGN</b>  <input type="checkbox"/> Randomized (RCT) <input type="checkbox"/> cohort <input type="checkbox"/> single case design <input type="checkbox"/> before and after <input type="checkbox"/> case-control <input type="checkbox"/> cross-sectional <input type="checkbox"/> case study <input checked="" type="checkbox"/> Descriptive comparative survey	<u>Describe the study design. Was the design appropriate for the study question? (e.g., for knowledge level about this issue, outcomes, ethical issues, etc.):</u> Beschreibt und vergleicht die Selbstwirksamkeitserwartung für Gesundheitsmanagement, gesundheitsförderndem Verhalten und Gesundheitszustand älterer Gefangener und älterer Menschen in der Gesellschaft.  <u>Specify any biases that may have been operating and the direction of their influence on the results:</u> Grosser Unterschied in Gruppengröße und Alter
<b>SAMPLE</b>  N = 51/33 Was the sample described in detail? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<u>Sampling (who; characteristics; how many; how was sampling done?) If more than one group, was there similarity between the groups?:</u> Gefangene: Gefängnis mit minimaler Sicherheit, Altersdurchschnitt 57 Jahre Nicht Gefangene: 2 ländliche + 1 städtisches Altersheim, Altersdurchschnitt 72 Jahre Einschlusskriterien: Männer über 50, verstehen und sprechen Englisch Researcher bekamen vom Personal eine Liste mit allen möglichen Teilnehmer, Teilnehmer bekamen Infos zur Studie und konnten über eine

<p>Was sample size justified?</p> <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No → eher klein <input type="checkbox"/> N/A	<p>Teilnahme entscheiden.  Vergleichbarkeit: Unterschiede im Alter 57 vs 72 Jahre, beide Gruppen in Institutionen</p> <p><u>Describe ethics procedures. Was informed consent obtained?:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Studie von University institutional review board, The state department of correction's research review committee und den Direktoren der Altersheime bewilligt</li> <li>- Im Gefängnis wurden die Guidelines des Code of Federal Regulations 46, Subpart C befolgt</li> <li>- Mündliche und schriftliche Erklärungen der Studie, Einverständnis gegeben</li> </ul>
---	--

<p><b>OUTCOMES</b></p> <p>Were the outcome measures reliable?</p> <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed <p>Were the outcome measures valid?</p> <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed	<p><u>Specify the frequency of outcome measurement (i.e., pre, post, follow-up):</u>  1x</p>	
	<p><u>Outcome areas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 8 Items: Gesundheitszustand, besuchte Gesundheitsprogramme, Barrieren und Nutzen von gesundheitsförderndem Verhalten, Selbsteinschätzung der Gesundheit</li> <li>- 7 Items: wie oft nehmen Teilnehmer an gesundheitsförderndem Verhalten teil</li> <li>- How confident are you in your ability to manage your health now?</li> </ul>	<p><u>List measures used.:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Loeb's OMHPSI (2003) Zählen der Antworten und Skala 1-4</li> <li>- HPAOAM (Pandula, 1997) Skala 1-4 (never-always)</li> <li>- Self efficacy for health management Skala 1-4 (very nonconfident – very confident)</li> </ul>

<p><b>INTERVENTION</b></p> <p>Intervention was described in detail?</p> <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed <p>Contamination was avoided?</p> <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed <input type="checkbox"/> N/A <p>Cointervention was avoided?</p> <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed	<p><u>Provide a short description of the intervention (focus, who delivered it, how often, setting). Could the intervention be replicated in practice?</u></p> <p>In ruhigen Räumen wurden die Fragen in einem 1:1 Gespräch mündlich gestellt  Antworten wurden sofort transkribiert von Interviewer</p>
---	--



<input type="checkbox"/> N/A	
<p><b>RESULTS</b></p> <p>Results were reported in terms of statistical significance?</p> <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Not addressed <p>Were the analysis method(s) appropriate?</p> <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed	<p><u>What were the results? Were they statistically significant (i.e., <math>p &lt; 0.05</math>)? If not statistically significant, was study big enough to show an important difference if it should occur? If there were multiple outcomes, was that taken into account for the statistical analysis?</u></p> <p>Nicht signifikant: Selbstwirksamkeitserwartung für Gesundheitsmanagement und Selbsteinschätzung der Gesundheit  Signifikant: gesundheitsförderndes Verhalten und Teilnahme an Programmen für Gesundheit</p> <p>Resultate siehe Literaturübersicht!</p> <p>Analyse:  PC Programm SPSS 11.0: Sample Beschreibung, Barrieren und Nutzen (Häufigkeiten der Antworten berechnet)  t-Test Verfahren</p>
<p>Clinical importance was reported?</p> <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed	<p><u>What was the clinical importance of the results? Were differences between groups clinically meaningful? (if applicable)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zeigt auf, dass biologisches Alter höher als chronologisches Alter (gleicher Gesundheitszustand, aber unterschiedliches Alter)</li> <li>- Gefangene haben weniger Möglichkeiten für gesundheitsförderndes Verhalten</li> </ul>
<p>Drop-outs were reported?</p> <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No	<p><u>Did any participants drop out from the study? Why? (Were reasons given and were drop-outs handled appropriately?)</u></p> <p>Alle nahmen Teil</p>
<p><b>CONCLUSIONS AND IMPLICATIONS</b></p> <p>Conclusions were appropriate given study methods and results</p> <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<p><u>What did the study conclude? What are the implications of these results for practice? What were the main limitations or biases in the study?</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Man kann nicht alles Wissen auf ältere Gefangene übertragen</li> <li>- Gefangene erleben mehr Barrieren, haben ein weniger gesundheitsförderndes Verhalten und nehmen weniger an Programmen teil (sind nicht über Angebote informiert → Ansatz)</li> <li>- Beide Gruppen erwarten einen Nutzen von gesundheitsförderndem Verhalten (ermutigend, wenn sie die Möglichkeit hätten, würden sie etwas tun)</li> <li>- Mehr spezifische Gesundheitsprogramme sinnvoll</li> </ul> <p>Limitationen: kleine Anzahl, Teilnehmer mit guter Ausbildung, da in Gefängnis mit minimaler Sicherheit</p>

Critical Review Form - Qualitative  
Studies (Version 2.0)

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

**CITATION:**

Loeb, S.J., Steffensmeier, D. & Myco, P.M. (2007) In Their Own Words: Older Male Prisoners' Health Beliefs and Concerns for the Future. *Geriatric Nursing*, 28(5), 319-29

	<b>Comments</b>
<p><b>STUDY PURPOSE:</b> Was the purpose and/or research question stated clearly? x yes o no</p>	<p><u>Outline the purpose of the study and/or research question.</u> Erfassen von Glauben und Anliegen im Bereich der Gesundheit älterer Gefangener und die Herausforderungen im Bereich Gesundheit, die sie beim Austritt erfahren.</p>
<p><b>LITERATURE:</b> Was relevant background literature reviewed? x yes o no</p>	<p><u>Describe the justification of the need for this study. Was it clear and compelling?</u> – immer mehr ältere Gefangene mit 85% Komorbidität – 41% finden die Gesundheit hat sich seit der Inhaftierung verschlechtert – Gesundheitsversorgung im Gefängnis ist nicht auf ältere ausgerichtet</p>
	<p><u>How does the study apply to your practice and/or to your research question? Is it worth continuing this review?</u><sup>18</sup> Zeigt die Schwierigkeiten älterer Gefangener auf und zeigt die persönliche Sicht der Gefangenen auf die Gesundheitsversorgung</p>
<p><b>STUDY DESIGN:</b> What was the design? x phenomenology x ethnography o grounded theory o participatory action research o other</p>	<p><u>Was the design appropriate for the study question? (i.e., rationale) Explain.</u> – zeigt die Erfahrungen der Gefangenen auf – Erzählung einer speziellen Gruppe (ältere Gefangene) über ihr tägliches Leben → Design nicht erwähnt</p>
<p>Was a theoretical perspective identified? x yes o no</p>	<p><u>Describe the theoretical or philosophical perspective for this study e.g., researcher's perspective.</u> Es wurden Studien als Grundlage erwähnt. In der Conclusion wurden die Resultate mit Bandura's sozial-kognitiver Theorie bestätigt</p>
<p>Method(s) used: o participant observation x interviews o document review o focus groups o other</p>	<p><u>Describe the method(s) used to answer the research question. Are the methods congruent with the philosophical underpinnings and purpose?</u> Es wurden offene Fragen zu 37 Items gestellt (Fragen wurden aus dem Health-Promotion Activities of older Adults Measure, The older Men's Health Promotion &amp; Screening inventory, demographischen Fragen, Fragen zur Selbstwirksamkeit und Fragen speziell für Inhaftierte zusammengestellt)</p>

<p><b>SAMPLING:</b> Was the process of purposeful selection described? x yes o no</p>	<p><u>Describe sampling methods used. Was the sampling method appropriate to the study purpose or research question?</u>  <ul style="list-style-type: none"> <li>- das Departement of Corrections erstellte eine Liste mit 237 Gefangenen, die den Kriterien entsprachen</li> <li>- Personal klärte ab, wer sich bereit erklärt teilzunehmen</li> <li>- Researcher wissen nicht warum nicht alle teilnehmen wollten</li> </ul> → durch die Freiwillige Teilnahme, nehmen ev. nur bestimmte Gruppen teil (z.B. eher gemässigte), der Einfluss des Personals ist nicht klar</p>
<p>Was sampling done until redundancy in data was reached?<sup>19</sup> o yes o no x not addressed</p>	<p><u>Are the participants described in adequate detail? How is the sample applicable to your practice or research question? Is it worth continuing?</u> 51 Teilnehmer, 50-80 Jahre alt, in einem minimum-security Staatsgefängnis, 56% Weisse, 72% mit High School Abschluss, 74% Singles, Durchschnittlich seit 7 Jahren in Haft</p>
<p>Was informed consent obtained? x yes o no o not addressed</p>	<p>Bei Procedures beschrieben.</p>
<p><b>DATA COLLECTION:</b>  Descriptive Clarity Clear &amp; complete description of site:            x yes            o no participants: x yes            o no  Role of researcher &amp; relationship with participants: x yes            o no  Identification of assumptions and biases of researcher: x yes            o no</p>	<p><u>Describe the context of the study. Was it sufficient for understanding of the "whole" picture?</u> Interviews vom Autor und seinem Assistenten in einem no-contact Besucherraum, Fragen wurden laut vorgelesen und die Antworten sofort notiert, Teilnehmer konnten die Fragen vor sich haben wenn sie wollten. <u>What was missing and how does that influence your understanding of the research?</u></p>
<p><b>Procedural Rigour</b> Procedural rigor was used in data collection strategies? x yes o no o not addressed</p>	<p><u>Do the researchers provide adequate information about data collection procedures e.g., gaining access to the site, field notes, training data gatherers? Describe any flexibility in the design &amp; data collection methods.</u> 1:1 Interviews, Fragen wurden mündlich gestellt und beantwortet, Researcher notieren die Antworten und verifizieren sie gleich mit den Teilnehmern. Interviewzeit nicht angegeben.</p>
<p><b>DATA ANALYSES:</b> <b>Analytical Rigour</b> Data analyses were inductive? x yes</p>	<p><u>Describe method(s) of data analysis. Were the methods appropriate? What were the findings?</u>  <ul style="list-style-type: none"> <li>- Content analysis</li> <li>- Die Co-Autoren trafen sich regelmässig um die Antworten zu</li> </ul> </p>

<p>o no o not addressed</p> <p>Findings were consistent with &amp; reflective of data? x yes o no</p>	<p>analysieren. Zuerst individuelle Analyse, anschliessend wurde die Codierung besprochen und Entscheidungen wurden im Team gefällt.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nach der Kategorisierung wurden die Transkripte erneut analysiert und überprüft</li> </ul> <p>→ Findings siehe Literaturübersicht!</p>
<p><b>Auditability</b></p> <p>Decision trail developed? o yes o no x not addressed</p> <p>Process of analyzing the data was described adequately? x yes o no o not addressed</p>	<p><u>Describe the decisions of the researcher re: transformation of data to codes/themes. Outline the rationale given for development of themes.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- nicht beschrieben wie die Codes und Kategorien gesetzt wurden</li> <li>- immer wieder überprüft, in der Gruppe diskutiert und erneut überprüft</li> </ul>
<p><b>Theoretical Connections</b></p> <p>Did a meaningful picture of the phenomenon under study emerge? x yes o no</p>	<p><u>How were concepts under study clarified &amp; refined, and relationships made clear? Describe any conceptual frameworks that emerged.</u></p> <p>Die Analyse wurde mit Literatur unterstützt.</p>

<p><b>OVERALL RIGOUR</b></p> <p>Was there evidence of the four components of trustworthiness?</p> <p>Credibility      x yes      o no</p> <p>Transferability x yes      o no</p> <p>Dependability  x yes      o no</p> <p>Comfirmability x yes      o no</p>	<p><u>For each of the components of trustworthiness, identify what the researcher used to ensure each</u></p> <p><b>Credibility:</b> Teilnehmer konnten ihre Antworten nochmals überprüfen, immer zwei Interviewer</p> <p><b>Transferability:</b> Teilnehmer und Setting gut beschrieben</p> <p><b>Dependability:</b> Prozess der Datensammlung und Analyse beschrieben</p> <p><b>Comfirmability:</b> Researcher arbeiteten im Team, diskutierten und überprüften die Entscheidungen</p> <p><u>What meaning and relevance does this study have for your practice or research question?</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- zeigt auf wie sich die Gesundheit verändert hat</li> <li>- Selbstwirksamkeitserwartung</li> <li>- zeigt die Sicht der Gefangenen auf, woe s Änderungspotenzial gibt</li> </ul>
<p><b>CONCLUSIONS &amp; IMPLICATIONS</b></p> <p>Conclusions were appropriate given the study findings? x yes      o no</p> <p>The findings contributed to theory development &amp; future OT practice/ research? x yes      o no</p>	<p><u>What did the study conclude? What were the implications of the findings for occupational therapy (practice &amp; research)? What were the main limitations in the study?</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gefangene sind sehr Optimistisch aufgrund der sozialen Unterstützung und dem Zugang zur Gesundheitsversorgung</li> <li>- braucht mehr Untersuchungen mit mehr Teilnehmern</li> <li>- bereits im Gefängnis mit Interventionen beginnen, nicht erst wenn es um den Austritt geht.</li> </ul>

**Critical Review Form – Quantitative Studies**  
 ©Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L. Bosch, J., & Westmorland, M.  
[McMaster University](#)

– Adapted Word Version Used with Permission –

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

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

<b>CITATION</b>	<p><u>Provide the full citation for this article in APA format:</u>                  Marquart, J.W., Merianos, D. E. &amp; Doucet, G. (2000). The health-related concerns of older prisoners: implications for policy. <i>Ageing and Society</i>, 20(), 79-96</p>
<p><b>STUDY PURPOSE</b></p> <p>Was the purpose stated clearly?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes  <input type="checkbox"/> No</p>	<p><u>Outline the purpose of the study. How does the study apply to your research question?</u>                  Untersuchung der selbstbeurteilten Gesundheitsbedingungen und Selbstwahrnehmung der Gesundheit von zwei Gruppen älterer Gefangener in Texas.                  Interviews mit dem medizinischen Personal, die regelmässig mit älteren Gefangenen arbeiten</p>
<p><b>LITERATURE</b></p> <p>Was relevant background literature reviewed?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes  <input checked="" type="checkbox"/> No</p>	<p><u>Describe the justification of the need for this study:</u>                  Es gibt immer mehr ältere Gefangene. Es ist bestätigt, dass das Alter in engem Zusammenhang steht mit vermehrter Unterstützung (z.B. beim Baden, Anziehen, Essen usw.) Es ist noch wenig bekannt über die Bedenken, Bedürfnisse und Bedingungen der Gesundheit älterer Gefangener.                  Eher ältere Literatur</p>
<p><b>DESIGN</b></p> <p><input type="checkbox"/> Randomized (RCT)  <input type="checkbox"/> cohort  <input type="checkbox"/> single case design  <input type="checkbox"/> before and after  <input checked="" type="checkbox"/> case-control  <input type="checkbox"/> cross-sectional  <input type="checkbox"/> case study</p>	<p><u>Describe the study design. Was the design appropriate for the study question? (e.g., for knowledge level about this issue, outcomes, ethical issues, etc.):</u>                  Vergleich von 2 Gruppen älterer Gefangener. Die eine Gruppe sind ältere Gefangene die auf einer speziellen Abteilung für medizinische Versorgung sind und die andere Gruppe sind ältere Gefangene die auf die normalen Abteilungen verteilt sind.                  Design nicht in der Studie erwähnt.</p> <p><u>Specify any biases that may have been operating and the direction of their influence on the results:</u>                  Die Facility Gruppe ist nur halb so gross wie die Non-facility Gruppe.</p>
<p><b>SAMPLE</b></p> <p>N = 23/46                  Was the sample described in detail?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes  <input type="checkbox"/> No</p>	<p><u>Sampling (who; characteristics; how many; how was sampling done?) If more than one group, was there similarity between the groups?:</u>                  Alter, Anzahl Verbrechen und Verurteilungen, Haftlänge, Rasse, Zivilstand der beiden Gruppen beschrieben. Keine signifikanten Unterschiede der beiden Gruppen ausser Gruppengrösse.                  In der Estelle Unit (2200 Gefangene) wurden auf der Abteilung für ältere die 45 Insassen informiert. Schlussendlich interviewed wurden 23. Weitere 46 Insassen über 50 wurden aus den 60 weiteren Insassen über 50, die auf anderen Abteilungen leben ausgewählt.                  Facility: 69 Jahre, Englisch, Singles, verwitwet</p>

Was sample size justified? <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No → eher klein <input type="checkbox"/> N/A	Non-Facility:61 Jahre, Englisch, singles, High School Abschluss  <u>Describe ethics procedures. Was informed consent obtained?:</u> Geriatric Facility at the Estelle Unit Keine Einverständniserklärungen.
---	---

<b>OUTCOMES</b>  Were the outcome measures reliable? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed  Were the outcome measures valid? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed	Specify the frequency of outcome measurement (i.e., pre, post, follow-up): 1x	
	<u>Outcome areas:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sozio-demografische Angaben</li> <li>- Kriminelle Vorgeschichte</li> <li>- Lebensstil (Drogen, Alkohol, Zigaretten)</li> <li>- Wahrgenommener Gesundheitszustand, Gesundheitsbedingungen und Einstellung gegenüber einem zu bezahlenden System</li> <li>- mentaler Gesundheitszustand</li> <li>- institutionelle Lebensgewohnheiten</li> <li>- Einstellung zum Leben in der allgemeinen Gefängnisbevölkerung</li> </ul>	<u>List measures used.:</u> Aus dem National Health Interview Survey und der Longitudinal Study on Aging wurde ein Fragebogen entwickelt.

<b>INTERVENTION</b>  Intervention was described in detail? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed  Contamination was avoided? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed <input type="checkbox"/> N/A  Cointervention was avoided? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Not addressed <input type="checkbox"/> N/A	<u>Provide a short description of the intervention (focus, who delivered it, how often, setting). Could the intervention be replicated in practice?</u>  90minütige Interviews. Bei der facility Gruppe über einen Zeitraum von 2 Monaten, bei der non-facility Gruppe nichts über die Dauer bekannt.  Kurze Interviews mit dem medizinischen Personal um etwas über den Gesundheitszustand und die Probleme der älteren Gefangenen zu erfahren	
---	---	--

<p><b>RESULTS</b></p> <p>Results were reported in terms of statistical significance?  <input checked="" type="checkbox"/> Yes  <input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> N/A  <input type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Were the analysis method(s) appropriate?  <input type="checkbox"/> Yes  <input type="checkbox"/> No  <input checked="" type="checkbox"/> Not addressed → nicht beschrieben</p>	<p><u>What were the results? Were they statistically significant (i.e., <math>p &lt; 0.05</math>)? If not statistically significant, was study big enough to show an important difference if it should occur? If there were multiple outcomes, was that taken into account for the statistical analysis?</u></p> <p>Resultate siehe Literaturübersicht!</p> <p>Signifikant weniger schlechte Gesundheit, weniger Hilfsmittel für Mobilität und weniger Medis bei non-facility  Signifikant weniger Einschränkungen aufgrund von körperlichen Einschränkungen und weniger Langeweile bei non-facility</p>
<p>Clinical importance was reported?  <input checked="" type="checkbox"/> Yes  <input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Not addressed</p>	<p><u>What was the clinical importance of the results? Were differences between groups clinically meaningful? (if applicable)</u></p> <p>Älteren Gefangenen die in die allgemeine Gefängnisgesellschaft integriert sind geht es tendenziell besser. Gefängnispersonal schulen, produktive Aktivitäten gegen Langeweile, Bewegungsprogramm</p>
<p>Drop-outs were reported?  <input checked="" type="checkbox"/> Yes  <input type="checkbox"/> No</p>	<p><u>Did any participants drop out from the study? Why? (Were reasons given and were drop-outs handled appropriately?)</u></p> <p>Facility 22: Interviewverweigerung, Neuankömmlinge, wurden aus der Abteilung entlassen  Non-Facility14: nicht beschrieben warum</p>
<p><b>CONCLUSIONS AND IMPLICATIONS</b></p> <p>Conclusions were appropriate given study methods and results  <input checked="" type="checkbox"/> Yes  <input type="checkbox"/> No</p>	<p><u>What did the study conclude? What are the implications of these results for practice? What were the main limitations or biases in the study?</u></p> <p>Schlechte Gesundheit hängt häufig mit schlechter Gesundheitsversorgung und Lebensstil vor dem Gefängnisaufenthalt zusammen  Sinnvoll Personal zu schulen um sinnvolle Aktivitäten anzubieten um Langeweile zu reduzieren  Keine Limitationen beschrieben</p>

**Critical Review Form – Quantitative Studies**  
 ©Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L. Bosch, J., & Westmorland, M.  
[McMaster University](http://www.mcmaster.ca)

– Adapted Word Version Used with Permission –

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

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

<b>CITATION</b>	Provide the full citation for this article in APA format: Audrey, M. D-M. & Huebner, R. A. (2000). Relationship Between Choice and Quality of Life Among Residents in Long- Term- Care. <i>The American Journal of Occupational Therapy</i> 54 (5), 504- 508.
<b>STUDY PURPOSE</b>  Was the purpose stated clearly? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<u>Outline the purpose of the study. How does the study apply to your research question?</u> Ziel: aufzeigen der Beziehung zwischen Lebensqualität und persönlicher Kontrolle durch die Wahlmöglichkeit in Selbstversorgung und Freizeitaktivitäten unter den Bewohnern von Langzeit Institutionen.
<b>LITERATURE</b>  Was relevant background literature reviewed? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<u>Describe the justification of the need for this study:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>– tw. etwas alte Literatur (1977..)</li> <li>– Die Forscher zeigen auf, dass mehrheitlich die Institution und nicht die Therapieumwelt bestimmt, wer, wo, was, wie.</li> <li>– Literatur zeigt auf, dass positive Beziehungen zwischen Interessen, persönliche Werte, und Lebenszufriedenheit besteht und das die Theorie der Et darauf basiert, dass freie Wahl und erfolgreiche Anpassungen motiviert und unterstützt einen internationalen kontrollOrt.</li> <li>– Positive effekte der Befähigung in der Gesundheit und Wohlbefinden der alten Menschen kann durch ET aufgezeigt werden.</li> </ul>
<b>DESIGN</b>  <input type="checkbox"/> Randomized (RCT) <input type="checkbox"/> cohort <input type="checkbox"/> single case design <input type="checkbox"/> before and after <input type="checkbox"/> case-control <input type="checkbox"/> cross-sectional <input type="checkbox"/> case study	<u>Describe the study design. Was the design appropriate for the study question? (e.g., for knowledge level about this issue, outcomes, ethical issues, etc.):</u> Es wurden Interviews nach den 2 Bögen gemacht: Duncan Choice Index und dem Quality of life Rating.  <u>Specify any biases that may have been operating and the direction of their influence on the results:</u>
<b>SAMPLE</b>  N = 21 von 31 Was the sample described in detail? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<u>Sampling (who; characteristics; how many; how was sampling done?) If more than one group, was there similarity between the groups?:</u> 21 der 31 über 65 jährigen Bewohner eines Langzeitpflegeeinrichtung. 5 Männer 16 Frauen. Durchschnittsalter 67- 94. Seit 2-91 Monate in der Institution.  <u>Describe ethics procedures. Was informed consent obtained?:</u> Nicht bekannt!



Was sample size justified? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
--	--

<b>OUTCOMES</b>  Were the outcome measures reliable? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed  Were the outcome measures valid? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed	<u>Specify the frequency of outcome measurement (i.e., pre, post, follow-up):</u> 1 Interview  <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <u>Outcome areas:</u>            – am Wenigsten, wenn sie ihr Medis nehmen, am Meisten wenn sie das Telefon benötigen.            – in 86% können die TN immer oder meistens wählen             – tiefe Lebensqualität bei körperlichen Problemen, Freizeitaktivitäten, bei Stress, Hobbies            – Am Meisten Lebensqualität äusserte sich, wenn die Familie involviert ist, wohnen und Lebensbedingungen, sich selber mögen            – Alle Bewohner nennen ihre Lebensqualität zufriedenstellend bis sehr gut.         </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <u>List measures used.:</u>            – DCI → Items der Selbstpflege und Freizeit. 29 Items, 5 Punkte Skala; 1= never/ 5 =always →aber auch offene fragen             – QOLR → misst Lebensqualität, in 20 Items, selbst- reported, 5 Punkte Skala, 1= extrem wenig, 5=Qualität ist exzellent         </td> </tr> </table>	<u>Outcome areas:</u> – am Wenigsten, wenn sie ihr Medis nehmen, am Meisten wenn sie das Telefon benötigen. – in 86% können die TN immer oder meistens wählen  – tiefe Lebensqualität bei körperlichen Problemen, Freizeitaktivitäten, bei Stress, Hobbies – Am Meisten Lebensqualität äusserte sich, wenn die Familie involviert ist, wohnen und Lebensbedingungen, sich selber mögen – Alle Bewohner nennen ihre Lebensqualität zufriedenstellend bis sehr gut.	<u>List measures used.:</u> – DCI → Items der Selbstpflege und Freizeit. 29 Items, 5 Punkte Skala; 1= never/ 5 =always →aber auch offene fragen  – QOLR → misst Lebensqualität, in 20 Items, selbst- reported, 5 Punkte Skala, 1= extrem wenig, 5=Qualität ist exzellent
<u>Outcome areas:</u> – am Wenigsten, wenn sie ihr Medis nehmen, am Meisten wenn sie das Telefon benötigen. – in 86% können die TN immer oder meistens wählen  – tiefe Lebensqualität bei körperlichen Problemen, Freizeitaktivitäten, bei Stress, Hobbies – Am Meisten Lebensqualität äusserte sich, wenn die Familie involviert ist, wohnen und Lebensbedingungen, sich selber mögen – Alle Bewohner nennen ihre Lebensqualität zufriedenstellend bis sehr gut.	<u>List measures used.:</u> – DCI → Items der Selbstpflege und Freizeit. 29 Items, 5 Punkte Skala; 1= never/ 5 =always →aber auch offene fragen  – QOLR → misst Lebensqualität, in 20 Items, selbst- reported, 5 Punkte Skala, 1= extrem wenig, 5=Qualität ist exzellent		

<b>INTERVENTION</b>  Intervention was described in detail? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed  Contamination was avoided? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed <input checked="" type="checkbox"/> N/A  Cointervention was avoided? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed <input checked="" type="checkbox"/> N/A	<u>Provide a short description of the intervention (focus, who delivered it, how often, setting). Could the intervention be replicated in practice?</u>  Eine Stunde Interview.
--	---

<p><b>RESULTS</b></p> <p>Results were reported in terms of statistical significance?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes  <input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> N/A  <input type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Were the analysis method(s) appropriate?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes  <input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Not addressed</p>	<p><u>What were the results? Were they statistically significant (i.e., <math>p &lt; 0.05</math>)? If not statistically significant, was study big enough to show an important difference if it should occur? If there were multiple outcomes, was that taken into account for the statistical analysis?</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Siehe Outcome Areas</li> <li>- DCI und QOLR sind korrelativ, dies deutet darauf hin, dass die Bewertung von Entscheidungen in Selbstversorgungsaufgaben erhöhen, erhöhen auch die Lebensqualität</li> <li>- Die Wahl ist wichtig für mehrere Aspekten der Lebensqualität..</li> <li>- Die Zufriedenheit der Lebensqualität bezogen auf das Selbstwertgefühl und das Wohlbefinden war significant mit den DCI- Elementen</li> </ul>
<p>Clinical importance was reported?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes  <input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Not addressed</p>	<p><u>What was the clinical importance of the results? Were differences between groups clinically meaningful? (if applicable)</u></p> <p>Die Wahl ist wichtig für eine erhöhte Lebensqualität.</p>
<p>Drop-outs were reported?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes  <input type="checkbox"/> No</p>	<p><u>Did any participants drop out from the study? Why? (Were reasons given and were drop-outs handled appropriately?)</u></p> <p>Von den 31 Bewohnern wurden 21 für die Studie ausgewählt, da die restlichen 10 laut Beurteilung der Pflege keine adäquate Kognition um die Fragen zu beantworten, und nicht genügend Ausdauer für die Stündige Befragung.</p>
<p><b>CONCLUSIONS AND IMPLICATIONS</b></p> <p>Conclusions were appropriate given study methods and results</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes  <input type="checkbox"/> No</p>	<p><u>What did the study conclude? What are the implications of these results for practice? What were the main limitations or biases in the study?</u></p> <p>Trotz Einschränkungen, tastet diese Studie die subjektive Gefühle der Bewohner klientenzentriert ab, anstelle des Ratings der Pflege.</p> <p>Limitaions:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Nur kleines Sampling</li> <li>-Erklärungen und Diskussion haben durch die Klientenantworten Biases.</li> </ul>

**Critical Review Form – Quantitative Studies**  
 ©Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L. Bosch, J., & Westmorland, M.  
[McMaster University](#)

– Adapted Word Version Used with Permission –

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

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

<p><b>CITATION</b></p>	<p><u>Provide the full citation for this article in APA format:</u>                  Sachley, C., Wade, D. T., Mant, D., Atkinson, J.C., Yudkin, P., Cardos, K., Levin, S., Blanchard, V. &amp; Reel, K. (2006). Cluster Randomized Pilot Controlled Trial of an Occupational Therapy Intervention for Residents With Stroke in UK Care Homes. <i>Stroke</i>, 37 (9), 2336- 2341.</p>
<p><b>STUDY PURPOSE</b></p> <p>Was the purpose stated clearly?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes  <input type="checkbox"/> No</p>	<p><u>Outline the purpose of the study. How does the study apply to your research question?</u>                  Evaluation von evidenzbasierten ET- Interventionen im persönlichen Umfeld im Pflegeheim, um die Unabhängigkeit in persönlichen ADLs gezielt zu steigern.</p>
<p><b>LITERATURE</b></p> <p>Was relevant background literature reviewed?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes  <input type="checkbox"/> No</p>	<p><u>Describe the justification of the need for this study:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Aktuelle Literatur wurde verwendet.</li> <li>– Schlaganfallklienten gehen zu einem Viertel nach der Akuten Behandlung in eine Pflege Institution.</li> <li>– 20- 40% der Alterheime haben Schlaganfall als Eintritts Diagnosen</li> <li>– Folgen eines Schlaganfalles sind Abhängigkeit in Selbstversorgung, Stürze, Schmerzen, Druckgeschwüre und emotionalen Stress.</li> <li>– ETs bei Schlaganfallklienten erhöhen die Unabhängigkeit beim Toilettengang, Essen, Anziehen oder Umweltbarrieren zu verändern.</li> <li>– Schlaganfaal steht an erster Stelle als Ursache für schwere Einschränkungen im Altersheim.</li> <li>– Nur Wenige im Altersheim haben Zugang zur Reha.</li> <li>– Der Effekt von ET in ADL bei Klienten mit Schlaganfall im Altersheim ist wenig erforscht.</li> </ul>
<p><b>DESIGN</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Randomized (RCT)  <input type="checkbox"/> cohort  <input type="checkbox"/> single case design  <input type="checkbox"/> before and after  <input type="checkbox"/> case-control  <input type="checkbox"/> cross-sectional  <input type="checkbox"/> case study</p>	<p><u>Describe the study design. Was the design appropriate for the study question? (e.g., for knowledge level about this issue, outcomes, ethical issues, etc.):</u>                  Cluster- randomized Design.                  Randomisierung durch Statistiker.                  Durchmischte Gruppen (z.B. von Stadt und Land...)</p> <p><u>Specify any biases that may have been operating and the direction of their influence on the results:</u>                  -Cluster- randomized Design, mit randomisierten Pflegeheimen, anstatt randomisierten Bewohnern, führt zu einer geringeren Chance einer Kontamination.                  - Welchen Einfluss hat das Personal des Altersheim bei der Auswahl der</p>

<p><b>SAMPLE</b></p> <p>N = 118 / 12 Heime Was the sample described in detail?  <input checked="" type="checkbox"/> Yes  <input type="checkbox"/> No</p> <p>Was sample size justified?  <input checked="" type="checkbox"/> Yes  <input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> N/A</p>	<p>Teilnehmer genommen?</p> <p><u>Sampling (who; characteristics; how many; how was sampling done?) If more than one group, was there similarity between the groups?:</u>  Nur Infos zu Alter, Geschlecht und wenige Angaben über die Heime.</p> <p>-14 Pflegeheime wurden angefragt, 12 stimmten zu.  -BI durchgeführt und Geschichte des Schlaganfalls und Kognitiven Fähigkeiten erfragt  -Einschlusskriterien BI 4-15 Ausschluss, acute oder end-of- life Krankheit.</p> <p>Describe ethics procedures. Was informed consent obtained?:  Heimmanager oder Heimbewohner gaben ihre Zustimmung im Namen des Heim- und Pflegepersonals. Teilnehmer haben mündlich zugestimmt.</p>
--	--

<p><b>OUTCOMES</b></p> <p>Were the outcome measures reliable?  <input checked="" type="checkbox"/> Yes  <input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Were the outcome measures valid?  <input checked="" type="checkbox"/> Yes  <input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Not addressed</p>	<p><u>Specify the frequency of outcome measurement (i.e., pre, post, follow-up):</u>  Zu Beginn, Während 3 Monaten Intervention, nach 6 Monaten</p> <table border="1" data-bbox="472 793 1494 1167"> <tr> <td data-bbox="472 793 987 1167"> <p><u>Outcome areas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Selbstständigkeit in Selbstpflege</li> <li>- in Öffentlichkeitsaufgaben der ET</li> <li>- funktionelle Mobilität</li> <li>- Kognitive Fähigkeiten</li> </ul> </td> <td data-bbox="987 793 1494 1167"> <p><u>List measures used.:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- BI , 10 Items bewertet von 0- 20.</li> <li>- poor global Outcomes</li> <li>- RMI, 15 Items, von 0-15</li> <li>- Orientierungs- Gedächtnis- Konzentrations- Test.</li> </ul> </td> </tr> </table>		<p><u>Outcome areas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Selbstständigkeit in Selbstpflege</li> <li>- in Öffentlichkeitsaufgaben der ET</li> <li>- funktionelle Mobilität</li> <li>- Kognitive Fähigkeiten</li> </ul>	<p><u>List measures used.:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- BI , 10 Items bewertet von 0- 20.</li> <li>- poor global Outcomes</li> <li>- RMI, 15 Items, von 0-15</li> <li>- Orientierungs- Gedächtnis- Konzentrations- Test.</li> </ul>
<p><u>Outcome areas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Selbstständigkeit in Selbstpflege</li> <li>- in Öffentlichkeitsaufgaben der ET</li> <li>- funktionelle Mobilität</li> <li>- Kognitive Fähigkeiten</li> </ul>	<p><u>List measures used.:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- BI , 10 Items bewertet von 0- 20.</li> <li>- poor global Outcomes</li> <li>- RMI, 15 Items, von 0-15</li> <li>- Orientierungs- Gedächtnis- Konzentrations- Test.</li> </ul>			

<p><b>INTERVENTION</b></p> <p>Intervention was described in detail?  <input checked="" type="checkbox"/> Yes  <input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Contamination (=Verunreinigung) was avoided?  <input checked="" type="checkbox"/> Yes  →randomisierung der Heime  <input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> Not addressed  <input type="checkbox"/> N/A</p> <p>Cointervention was avoided?  <input checked="" type="checkbox"/> Yes  <input type="checkbox"/> No</p>	<p><u>Provide a short description of the intervention (focus, who delivered it, how often, setting). Could the intervention be replicated in practice?</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wurde aus der bestehenden Evidenz von ET-Experten entwickelt</li> <li>- Intervention wurde von qualifizierten ETs durchgeführt</li> <li>- Ziel: Verbesserung der Unabhängigkeit in ADLs (Anziehen, Essen, Toilettengang, Baden, Transfer und Mobilisation)</li> <li>- Dauer und Häufigkeit von der Institution und den Zielen abhängig(während 3 Monaten)</li> <li>- Klientenzentriert</li> <li>- Assessment: Interview um Funktionsfähigkeit zu überprüfen und mit dem Klienten Ziele zu setzen (ca. 1h)</li> <li>- Interventionsgruppe: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sprach die Ausführung der spezifischen Handlungen, physische Umwelt und spezifische Einschränkungen an</li> <li>- Handlungsspezifisches Üben (z.B. Anziehen), Komplexität der Handlung vereinfachen, Hilfsmittel und spezifische Interventionen (z.B. Dehnen)</li> <li>- Info an Pflege wie die Therapie weiterführen, wann Hilfsmittel einsetzen</li> </ul> </li> <li>- Kontrollgruppe: häufig keine ET, niemand ist verantwortlich für ADL Training und die Hilfsmittel</li> </ul>
---	---

<input type="checkbox"/> Not addressed <input type="checkbox"/> N/A	
<p><b>RESULTS</b></p> <p>Results were reported in terms of statistical significance?</p> <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Not addressed <p>Were the analysis method(s) appropriate?</p> <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed	<p><u>What were the results? Were they statistically significant (i.e., <math>p &lt; 0.05</math>)? If not statistically significant, was study big enough to show an important difference if it should occur? If there were multiple outcomes, was that taken into account for the statistical analysis?</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Besuche pro Heim pro Monat war 2.7 mal</li> <li>- 4.5 h Therapie pro Monat</li> <li>- Dauer der Therapie meist 30 Minuten</li> <li>- von 525 Besuchen waren:</li> <li>- 166 individ. Erfassung/Ziele/Kontext/Überprüfungen</li> <li>- 111 individuelles Gehtrainign (inkl. Gehtraining, Bett- Stuhl Transfer, Vom Sitzen zum Stehen)</li> <li>- 100 individuelle Aufgaben der ADLs (WC-Transfer, Aus dem Bett steigen, Anziehen, Essen)</li> <li>- 79 Gespräche mit Bewohnern, Mitarbeitern, Angehörigen, Hausärzten</li> <li>- 18 restliche Einheiten (Behandlung spezifischer Beeinträchtigungen, Freizeit Aktivitäten)</li> <li>- In der Interventionsgruppe hat es eine Verbesserung gegeben, jedoch nicht signifikant.</li> </ul>
<p>Clinical importance was reported?</p> <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed	<p><u>What was the clinical importance of the results? Were differences between groups clinically meaningful? (if applicable)</u></p> <p>Die Kontrollgruppe zeigt eine Verschlechterung des BI und des RMI über die 6 Monate. Die Interventionsgruppe zeigte eine Tendenz zur Besserung der Grundlinien und am Ende der Interventionen, aber dann eine Verschlechterung in ähnlicher Weise wie die Kontrollgruppe.</p>
<p>Drop-outs were reported?</p> <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<p><u>Did any participants drop out from the study? Why? (Were reasons given and were drop-outs handled appropriately?)</u></p> <p>1 Institution hat die Teilnahme abgelehnt  1 Institution galt als pretest.  Teilnehmer entsprach nicht dem Einschlusskriterium oder verstarben.</p>
<p><b>CONCLUSIONS AND IMPLICATIONS</b></p> <p>Conclusions were appropriate given study methods and results</p> <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<p><u>What did the study conclude? What are the implications of these results for practice? What were the main limitations or biases in the study?</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bewohner mit Schlaganfall die Einschränkungen im Alltag erleben, haben nach kurzzeitiger ET Intervention weniger Verschlechterungen in den ADLs.</li> <li>- ET scheint der Selbstversorgungsabhängigkeit und der Mobilitätseinschränkungen entgegenzuwirken.</li> <li>- Diejenigen die Th. hatten sind fähiger sich zu transferieren, vom Bett zum Stuhl zu kommen, vom Stuhl zum WC und im Gehen.</li> <li>- Nur kleine Stufe der ET- Interventionen haben signifikant, grossen Effekt bei Pflegeheimbewohnern gezeigt.</li> <li>- Fortschritte kommen von einem Problemlösungsansatz und nicht von einer spezifischen Intervention.</li> <li>- Es ist nicht logisch das nur Schlaganfallklienten profitieren von der eT- Intervention, darum ist es sinnvoll die Studie auch mit anderen Krankheitsbildern durchzuführen.</li> </ul> <p>Limitations:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kluster Design kann Biases aufweisen.</li> </ul>

Critical Review Form - Qualitative  
Studies (Version 2.0)

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

**CITATION:**

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

	<b>Comments</b>
<p><b>STUDY PURPOSE:</b> Was the purpose and/or research question stated clearly? x yes o no</p>	<p><u>Outline the purpose of the study and/or research question.</u> Ziel: erforschen und ernennen der Komponente beim Engagieren in kreativen Aktivitäten als ET für ältere Menschen die an einer lebensbedrohlichen Krankheit leiden, aus der Perspektive der Klienten und Therapeuten.</p>
<p><b>LITERATURE:</b> Was relevant background literature reviewed? x yes o no</p>	<p><u>Describe the justification of the need for this study. Was it clear and compelling?</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kreative Betätigung hat in der ET eine lange Tradition.</li> <li>- kreative Aktivität wird als handwerkliche Aktivitäten angesehen in diesem Papier.</li> <li>- Kreative Betätigung ist akzeptiert und als "gut zu tun" bekannt, hat aber auch immer wieder Kritik. Limitierte Forschung validiert die Effektivität dieser Interventionen.</li> <li>- Kreative Betätigung hilft durch die Lebensspanne und führt zu direktem Wohlbefinden.</li> </ul>
	<p><u>How does the study apply to your practice and/or to your research question? Is it worth continuing this review?<sup>20</sup></u> Kreative Betätigung ist akzeptiert und als "gut zu tun" bekannt, hat aber auch immer wieder Kritik. Limitierte Forschung validiert die Effektivität dieser Interventionen.</p>
<p><b>STUDY DESIGN:</b> What was the design? x phenomenology o ethnography o grounded theory o participatory action research o other</p>	<p><u>Was the design appropriate for the study question? (i.e., rationale) Explain.</u></p> <p>Erfahrungen mit kreativen Tätigkeiten</p>

<p>Was a theoretical perspective identified?  <input checked="" type="checkbox"/> yes  <input type="checkbox"/> no</p>	<p><u>Describe the theoretical or philosophical perspective for this study e.g., researcher's perspective.</u>  Man weiss wenig über wie und warum Engagement in schöpferischen Tätigkeiten zu Wohlbefinden beiträgt, in diesem Falle bei älteren Menschen mit unheilbaren Krankheiten.</p>
<p>Method(s) used:  <input type="checkbox"/> participant observation  <input checked="" type="checkbox"/> interviews  <input type="checkbox"/> document review  <input type="checkbox"/> focus groups  <input type="checkbox"/> other</p>	<p><u>Describe the method(s) used to answer the research question. Are the methods congruent with the philosophical underpinnings and purpose?</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Workshops mit Holzarbeit, Keramik, Seide, Malerei, Seifenherstellen, Stricken und Gartenarbeiten.</li> <li>- 3 mal die Woche, je nach Bedarf</li> <li>- Gruppen in 6-8 Klienten,</li> <li>- Zuerst Kaffee und Schwatz, nach Wahl konnte Aktivität gewählt werden, 1-2 Stunden.</li> <li>- Interviews: individ. Erfahrungen in aktueller kreativen Aktivitäten in der ET und im eigenen Leben und die Bedeutungen dieser Erfahrungen.</li> </ul>
<p><b>SAMPLING:</b>  Was the process of purposeful selection described?  <input checked="" type="checkbox"/> yes  <input type="checkbox"/> no</p>	<p><u>Describe sampling methods used. Was the sampling method appropriate to the study purpose or research question?</u>  Über 6 Monate wurden Therapeuten und Klienten gesucht.</p>
<p>Was sampling done until redundancy in data was reached?<sup>21</sup>  <input checked="" type="checkbox"/> yes  <input type="checkbox"/> no  <input type="checkbox"/> not addressed</p>	<p><u>Are the participants described in adequate detail? How is the sample applicable to your practice or research question? Is it worth continuing?</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klienten: 8, Klient oder Tagesklient, älter als 60 J., und muss adäquat Interview Fragen beantworten können.--&gt; Alle nahmen an kreativen Tätigkeiten teil, wurden befragt und stimmten zu.</li> <li>- Therapeuten: 7, arbeiten mit alten Menschen, arbeiten kreativ in den Interventionen, Alle 8 ET des Pflegeheims wurden angefragt für die Teilnahme, 7 stimmten zu.</li> </ul>
<p>Was informed consent obtained?  <input checked="" type="checkbox"/> yes  <input type="checkbox"/> no  <input type="checkbox"/> not addressed</p>	<p>Das verantwortliche Ethikkomitee hat die Studie erlaubt. Die TN wurden angefragt und konnten zustimmen oder absagen.</p>
<p><b>DATA COLLECTION:</b>   Descriptive Clarity  Clear &amp; complete description of  site:                    <input checked="" type="checkbox"/> yes                    <input type="checkbox"/> no  participants: <input checked="" type="checkbox"/> yes                    <input type="checkbox"/> no</p>	<p><u>Describe the context of the study. Was it sufficient for understanding of the "whole" picture?</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Interviews: individ. Erfahrungen in aktueller kreativen Aktivitäten in der ET und im eigenen Leben und die Bedeutungen dieser Erfahrungen.</li> <li>- Interview fand in der Residenz des Bewohners statt, im ET- Zimmer oder in der Küche.</li> <li>- Die ET's wurden in den ET Räumen befragt.</li> <li>- Ein Interview dauerte 30- 45 Minuten und wurde auf Tonband aufgenommen.</li> </ul> <p><u>What was missing and how does that influence your understanding of the research?</u></p>

<p>Role of researcher &amp; relationship with participants:  <input type="radio"/> yes      <input checked="" type="radio"/> no</p> <p>Identification of assumptions and biases of researcher:  <input checked="" type="radio"/> yes      <input type="radio"/> no</p>	<p>Biases wurden verhindert, indem ein erster Autor das Interview analysierte, geprüft von einem 2. Autor und das peer review wurde von Studenten erstellt.</p>
--	---

<p><b>Procedural Rigour</b>  Procedural rigor was used in data collection strategies?  <input type="radio"/> yes  <input type="radio"/> no  <input checked="" type="radio"/> not addressed</p>	<p><u>Do the researchers provide adequate information about data collection procedures e.g., gaining access to the site, field notes, training data gatherers? Describe any flexibility in the design &amp; data collection methods.</u></p>
<p><b>DATA ANALYSES: Analytical Rigour</b>  Data analyses were inductive?  <input checked="" type="radio"/> yes  <input type="radio"/> no  <input type="radio"/> not addressed</p> <p>Findings were consistent with &amp; reflective of data?  <input checked="" type="radio"/> yes  <input type="radio"/> no</p>	<p><u>Describe method(s) of data analysis. Were the methods appropriate? What were the findings?</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comparative Methode wurde verwendet für die Analyse des Interviews.</li> <li>- Daten wurden separate analysiert.</li> <li>- Analyse hat in mehreren Schritten stattgefunden.</li> <li>- 10 Codes um Hauptthemen zu identifizieren.</li> <li>- Eine Hauptkategorie und 6 Unterkategorien entstanden, schlussendlich wurden diese zu 3 Unterkapiteln zusammengetragen.</li> </ul>
<p><b>Auditability</b>  Decision trail developed?  <input checked="" type="radio"/> yes  <input type="radio"/> no  <input type="radio"/> not addressed</p> <p>Process of analyzing the data was described adequately?  <input checked="" type="radio"/> yes  <input type="radio"/> no  <input type="radio"/> not addressed</p>	<p><u>Describe the decisions of the researcher re: transformation of data to codes/themes. Outline the rationale given for development of themes.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 10 Codes um hauptthemen zu identifizieren.</li> <li>- Eine Hauptkategorie und 6 Unterkategorien entstanden, schlussendlich wurden diese zu 3 Unterkapiteln zusammengetragen.</li> </ul> <p>→ siehe auch bei Biases.</p>
<p><b>Theoretical Connections</b>  Did a meaningful picture of the phenomenon under study emerge?  <input checked="" type="radio"/> yes  <input type="radio"/> no</p>	<p><u>How were concepts under study clarified &amp; refined, and relationships made clear? Describe any conceptual frameworks that emerged.</u></p> <p>Literatur beigezogen</p>



<p><b>OVERALL RIGOUR</b></p> <p>Was there evidence of the four components of trustworthiness?</p> <p>Credibility      <input checked="" type="checkbox"/> yes      <input type="checkbox"/> no  Transferability <input checked="" type="checkbox"/> yes      <input type="checkbox"/> no  Dependability   <input type="checkbox"/> yes      <input checked="" type="checkbox"/> no  Comfirmiability <input checked="" type="checkbox"/> yes      <input type="checkbox"/> no</p>	<p><u>For each of the components of trustworthiness, identify what the researcher used to ensure each</u></p> <p><u>What meaning and relevance does this study have for your practice or research question?</u></p>
<p><b>CONCLUSIONS &amp; IMPLICATIONS</b></p> <p>Conclusions were appropriate given the study findings?  <input checked="" type="checkbox"/> yes      <input type="checkbox"/> no</p> <p>The findings contributed to theory development &amp; future OT practice/ research?  <input type="checkbox"/> yes      <input type="checkbox"/> no</p>	<p><u>What did the study conclude? What were the implications of the findings for occupational therapy (practice &amp; research)? What were the main limitations in the study?</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klienten in Pflegeheimen haben Einschränkungen in persönlichen Bereichen, wie bei täglichen Entscheidungen, Routinrn und somit schränkt man sie in ihrer Wahl ein.</li> <li>- Für Therapeuten ist die grosszügige Umwelt, frei von antworten, wo die Klienten tun könne was sie möchten eine gute Perspektive.</li> <li>- Der Workshop wurde bewusst Anforderungslos gestaltet.</li> <li>- Klienten sollen mit kreativer Aktivität aktiviert werden.</li> <li>- Sie können sich besser ausdrücken, Man erschafft etwas, man kann Krankheit vergessen, Pläne erstellen ist wichtig um sich um sich zu motivieren und zukunftspläne zu machen,</li> <li>- Kreative Aktivitäten ermöglicht Kleinten Beziehung zwischen vergangenem Erlebniss, ihrer jetzigen Situation und und ihrer möglichen Zukunft zu machen.</li> </ul>

**Critical Review Form – Quantitative Studies**  
 ©Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L. Bosch, J., & Westmorland, M.  
[McMaster University](http://www.mcmaster.ca)

– Adapted Word Version Used with Permission –

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

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

<b>CITATION</b>	<p><u>Provide the full citation for this article in APA format:</u>          Sood, J.R., Cisek, E., Zimmermann J., Zsleski, E.H. &amp; Fillmore, H.H. (2003). Treatment of depressive symptoms during short- term rehabilitation: an attempted replication of the OUR project. <i>Rehabilitation Psychology</i>, 48 (1),44-49.</p>
<b>STUDY PURPOSE</b>  Was the purpose stated clearly?  <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<p><u>Outline the purpose of the study. How does the study apply to your research question?</u></p> <p>Ziel ist die Lichtenberg cross-disciplinary Intervention zu wiederholen und zu erweitern um die physische und mentale Gesundheit älterer Menschen zu verbessern</p>
<b>LITERATURE</b>  Was relevant background literature reviewed? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<p><u>Describe the justification of the need for this study:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Depression gehört nicht zum Altern</li> <li>– Behandlung von Depression ist ein kritischer Punkt bei der physischen Reha</li> <li>– Physische Krankheiten und Wechsel ins Altersheim sind Lebensereignisse, die mit Depression in Zusammenhang stehen.</li> <li>– Depression steht im Zusammenhang mit mentaler und physischer Gesundheitsverschlechterung</li> <li>– Oft gehen CVI, Stürze usw. einer Depression voraus → führen zu Abhängigkeit, Rollenverlust, Tod</li> </ul>
<b>DESIGN</b>  <input checked="" type="checkbox"/> Randomized (RCT) <input type="checkbox"/> cohort <input type="checkbox"/> single case design <input type="checkbox"/> before and after <input type="checkbox"/> case-control <input type="checkbox"/> cross-sectional <input type="checkbox"/> case study	<p><u>Describe the study design. Was the design appropriate for the study question? (e.g., for knowledge level about this issue, outcomes, ethical issues, etc.):</u></p> <p>In 2 Gruppen randomisiert</p> <p><u>Specify any biases that may have been operating and the direction of their influence on the results:</u></p> <p>Sehr kleine Anzahl für RCT</p>
<b>SAMPLE</b>  N =14 Was the sample described in detail? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<p><u>Sampling (who; characteristics; how many; how was sampling done?) If more than one group, was there similarity between the groups?:</u></p> <p>Im einem Village Nursing Home wurden neu angekommene gefragt ob sie teilnehmen → 19 Teilnehmer          Diagnosen: Frakturen, Schlaganfall, Amputationen, Arthritis, Spinale Verletzungen uws.          Kontrollgruppe: 8(4 Männer, 4 Frauen)          Interventionsgruppe: 6 (4 Männer, 2 Frauen)</p>

Was sample size justified? <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	Altersdurchschnitt: 80.79 Jahre MMSE Durchschnitt: 22,5/25.83 GDS Durchschnitt: 19.25/18 Signifikanter Unterschied bei der Anzahl Ausbildungsjahre  <u>Describe ethics procedures. Was informed consent obtained?:</u> Schriftliches Einverständnis Kein ethisches Vorgehen beschrieben
--	--

<b>OUTCOMES</b>  Were the outcome measures reliable? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed  Were the outcome measures valid? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed	<u>Specify the frequency of outcome measurement (i.e., pre, post, follow-up):</u> Zu Beginn und am Ende der Intervention	
	<u>Outcome areas:</u> – zeitl. + örtl. Orientierung, Kurzzeitgedächtnis, Aufmerksamkeit, Konstruktionsfähigkeit, Sprachgebrauch – Depression bei älteren Menschen  – Wahrgenommene Gesundheit, physische Funktionen, Rolleneinschränkungen, physische Gesundheitsprobleme, Schmerzen, allg. Gesundheit, Vitalität, soziale Funktionen, emotionale Probleme, mentale Gesundheit – Toilette, Mobilität, Essen, Anziehen, Baden, usw. – Demografische Angaben, andere Behandlungen für Depression	<u>List measures used.:</u> – Mini Mental Status Examination (Score 0-30)  – Geriatric Depression Scale (GDS) (30 Items, yes/no, Score >11=Depression) – Short-Form 12 (12-Items)  – ADL Teil von MAI (16 Items) – Medical Chart Review

<b>INTERVENTION</b>  Intervention was described in detail? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed  Contamination was avoided? <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed <input type="checkbox"/> N/A  Cointervention was avoided? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<u>Provide a short description of the intervention (focus, who delivered it, how often, setting). Could the intervention be replicated in practice?</u>  Interventionsgruppe: – Durchschnittlich 7.5 Wochen, 4d/Woche, 50-80min – Entspannung, Imagery um Angst zu reduzieren, Stimmungsbarometer wie sie sich während der Behandlung fühlen, positive verstärkung für funktionelle Ziele, freundvolle Anlässe um Depressionssymptome zu reduzieren – Am Wochenende Standart-ET  Kontrollgruppe: – Durchschnittlich 6.5 Wochen, 7d/Woche, 30-60min – Standart-ET  Contamination: Interventionsgruppe bekam auch Standart-ET Cointervention: es wurde erfasst ob TN auch andere Behandlung für Depression bekommen, aber es ist nicht beschrieben ob und welche
--	--

<input checked="" type="checkbox"/> Not addressed <input type="checkbox"/> N/A	
<b>RESULTS</b>  Results were reported in terms of statistical significance? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Not addressed  Were the analysis method(s) appropriate? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed	<u>What were the results? Were they statistically significant (i.e., <math>p &lt; 0.05</math>)? If not statistically significant, was study big enough to show an important difference if it should occur? If there were multiple outcomes, was that taken into account for the statistical analysis?</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Keine Unterschiede in den beiden Gruppen ausser Ausbildung</li> <li>– Durchschnittliche Anzahl von depressiven Symptomen wurden weniger in der Interventionsgruppe → nicht signifikant</li> <li>– Anzahl depressiver Symptome sinkt bei der Interventionsgruppe mehr → nicht signifikant</li> <li>– 33% der Interventionsgruppe + 75% der Kontrollgruppe hatten nach der Intervention noch die Kriterien für Depression (nach GDS) → nicht signifikant</li> <li>– Interventionsgruppe gab bessere mentale + physische Gesellschaft an nach der Studie → nicht signifikant</li> <li>– Beide Gruppen gaben gleiche Kompetenz in ADLs an</li> <li>– Signifikante Verbesserung der Stimmung in beiden Gruppen über die Therapiezeit</li> </ul>
Clinical importance was reported? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed	<u>What was the clinical importance of the results? Were differences between groups clinically meaningful? (if applicable)</u> ET senkt die Depressionssymptome und verbessert die Stimmung (kommt nicht auf die Intervention an)
Drop-outs were reported? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<u>Did any participants drop out from the study? Why? (Were reasons given and were drop-outs handled appropriately?)</u> 2 Austritte aus dem Heim, 1 freiwillig, 1 Aphasie, 1 tot
<b>CONCLUSIONS AND IMPLICATIONS</b>  Conclusions were appropriate given study methods and results <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<u>What did the study conclude? What are the implications of these results for practice? What were the main limitations or biases in the study?</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Viele der Resultate gehen in die angenommene Richtung, wenn auch nicht significant</li> <li>– Interventionsgruppe hatte eine grössere Abnahme der depressiven Symptome, weniger Depressionssymptome am Schluss und bessere Wahrnehmung der mentalen und physischen Gesundheit</li> <li>– Gemeinsamkeiten und Unterschiede zum DOUR Projekt</li> <li>– Interventionsgruppe hatten eine individuelle Behandlung, Kontrollgruppe hatten mehr Gruppenbehandlungen → Verbesserung ev. Aufgrund der individuellen Zuwendung</li> <li>– Ein innovativer Ansatz kann kosteneffizient sein und die Lebensqualität verbessern</li> <li>– Limitations: weniger Depression bei denen die nicht an der Studie teilgenommen haben und unterschiedlicher Ausbildungsstand</li> </ul>

Critical Review Form - Qualitative  
Studies (Version 2.0)

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

**CITATION:**

Van't Leven, N. & Jonsson, H. (2002) Doing and Being in the Atmosphere of the Doing: Environmental Influences on Occupational Performance in a Nursing Home. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 9(), 148-155

	<b>Comments</b>
<p><b>STUDY PURPOSE:</b> Was the purpose and/or research question stated clearly? x yes o no</p>	<p><u>Outline the purpose of the study and/or research question.</u> Erfassen wie ältere Menschen in einem Altersheim die Hindernisse + Ressourcen in ihren Betätigungsausführungen erfahren</p>
<p><b>LITERATURE:</b> Was relevant background literature reviewed? x yes o no</p>	<p><u>Describe the justification of the need for this study. Was it clear and compelling?</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Immer mehr ältere Menschen müssen häufig Betätigungen aufgeben wegen Einschränkungen und wegen der Umwelt im Altersheim</li> <li>- Risiko besteht, dass sie in Passivität + Widerstand fallen, weil die Institution ihre individuellen Bedürfnisse nicht befriedigt</li> <li>- Betätigung ist wichtig um Identität, Gefühl der Kontrolle + Wohlbefinden aufrecht zu erhalten</li> <li>- Umwelt ist ein wichtiger Unterstützungsfaktor für Aktivitäten <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Es ist wichtig zu wissen wie das Umfeld die Betätigungsausführung unterstützt und hemmt</li> <li>→ Für Ergotherapie wichtig zu wissen wie Klienten den Einfluss der Umwelt erleben (Erfahrungen der Klienten einfließen lassen)</li> </ul> </li> </ul>
	<p><u>How does the study apply to your practice and/or to your research question? Is it worth continuing this review?<sup>22</sup></u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Betätigungsorientiert</li> <li>→ Zeigt Möglichkeiten und Schwierigkeiten</li> </ul>
<p><b>STUDY DESIGN:</b> What was the design? x phenomenology o ethnography o grounded theory o participatory action research o other</p>	<p><u>Was the design appropriate for the study question? (i.e., rationale) Explain.</u> Studie zeigt die Erfahrungen der Altersheimbewohner auf → treffend auf Ziel</p>

<p>Was a theoretical perspective identified?  <input checked="" type="checkbox"/> yes  <input type="checkbox"/> no</p>	<p><u>Describe the theoretical or philosophical perspective for this study e.g., researcher's perspective.</u>          Es wurden Studien als Begründung für aktuelle Studie und Wissenslücke vorgelegt, Methode und Analyse literaturgestützt</p>
<p>Method(s) used:  <input type="checkbox"/> participant observation  <input checked="" type="checkbox"/> interviews  <input type="checkbox"/> document review  <input type="checkbox"/> focus groups  <input type="checkbox"/> other</p>	<p><u>Describe the method(s) used to answer the research question. Are the methods congruent with the philosophical underpinnings and purpose?</u>          – Interview zu aktuellen und früheren Aktivitäten, Tagesabläufe, Wahrnehmung von..., soziale, kulturelle und physische Umwelt → Guidelines halfen den Fokus zu halten          – Notizen über non-verbales Verhalten</p>
<p><b>SAMPLING:</b>          Was the process of purposeful selection described?  <input checked="" type="checkbox"/> yes  <input type="checkbox"/> no</p>	<p><u>Describe sampling methods used. Was the sampling method appropriate to the study purpose or research question?</u>          – 1 Altersheim wurde ausgewählt, da es auf einem aktuellen Stand in der Alterspflege ist          – Forscher bekamen die Namen der Bewohner die gefragt wurden können</p>
<p>Was sampling done until redundancy in data was reached?<sup>23</sup>  <input type="checkbox"/> yes  <input type="checkbox"/> no  <input checked="" type="checkbox"/> not addressed</p>	<p><u>Are the participants described in adequate detail? How is the sample applicable to your practice or research question? Is it worth continuing?</u>          8 Frauen und 2 Männer zw. 62+92 Jahren, in motorischen + sensorischen Funktionen eingeschränkt, keine kognitiven Einschränkungen, einige mit Sprachschwierigkeiten, alle brauchen Unterstützung für Körperpflege, Essen, Fortbewegung          Aufenthalt 1-29 Monate</p>
<p>Was informed consent obtained?  <input checked="" type="checkbox"/> yes  <input type="checkbox"/> no  <input type="checkbox"/> not addressed</p>	<p>Zustimmung von Pflegeheim und Teilnehmern</p>
<p><b>DATA COLLECTION:</b>           Descriptive Clarity          Clear &amp; complete description of site:  <input checked="" type="checkbox"/> yes      <input type="checkbox"/> no          participants: <input checked="" type="checkbox"/> yes      <input type="checkbox"/> no           Role of researcher &amp; relationship with participants:  <input checked="" type="checkbox"/> yes      <input type="checkbox"/> no           Identification of assumptions and biases of researcher:  <input type="checkbox"/> yes      <input checked="" type="checkbox"/> no</p>	<p><u>Describe the context of the study. Was it sufficient for understanding of the "whole" picture?</u>          Altersheim und die Angebote dort, Teilnehmer und Rolle des Forschers sehr genau beschrieben   <u>What was missing and how does that influence your understanding of the research?</u></p>

<p><b>Procedural Rigour</b> Procedural rigor was used in data collection strategies? x yes o no o not addressed</p>	<p><u>Do the researchers provide adequate information about data collection procedures e.g., gaining access to the site, field notes, training data gatherers? Describe any flexibility in the design &amp; data collection methods.</u> Rolle des Forschers: Erzählung stimulieren, Interesse zeigen, die Sichtweise des Teilnehmers akzeptieren, Themen vertiefen, Kontrollfragen stellen Notizen über non-verbale Reaktionen, Field-Notes nach dem Interview über das Umfeld, die Interviewmethode, Selbstreflexion was der Forscher gelernt hat Aufgenommen und transkribiert</p>
<p><b>DATA ANALYSES: Analytical Rigour</b> Data analyses were inductive? x yes o no o not addressed</p> <p>Findings were consistent with &amp; reflective of data? x yes o no</p>	<p><u>Describe method(s) of data analysis. Were the methods appropriate? What were the findings?</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Constant comparative Methode</li> <li>- Bedeutungsvolle Aktivitäten sind für alle wichtig</li> <li>- An Gruppe, auch wenn nicht aktiv, teilnehmen ist sehr wichtig</li> <li>- Müssen häufig lange auf Hilfe warten → Stress, starke Abhängigkeit</li> <li>- Brauchen Kontrolle über Betätigungsausführung</li> <li>- Wünschen mehr Entscheidungsmöglichkeiten</li> <li>- Soziale Kontakte sehr wichtig, v.a. zu Mitbewohner → fühlen sich als Teil der Gesellschaft</li> <li>- Die meisten bekommen 1x/Woche Besuch der Familie</li> </ul>
<p><b>Auditability</b> Decision trail developed? x yes o no o not addressed</p> <p>Process of analyzing the data was described adequately? x yes o no o not addressed</p>	<p><u>Describe the decisions of the researcher re: transformation of data to codes/themes. Outline the rationale given for development of themes.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Interviews aufgenommen und transkribiert, immer wieder gelesen für besseres Verständnis, versucht das theoretische Hintergrundwissen + Vorurteile wegzulassen</li> <li>- 3 Kategorien entwickelt</li> <li>- Gemeinsamkeiten und Unterschiede verglichen bis keine neuen Kategorien gefunden wurden</li> <li>- 3 grössere Themen aus den Kategorien entwickelt</li> </ul>
<p><b>Theoretical Connections</b> Did a meaningful picture of the phenomenon under study emerge? x yes o no</p>	<p><u>How were concepts under study clarified &amp; refined, and relationships made clear? Describe any conceptual frameworks that emerged.</u> Andere Studien bestätigen Resultate</p>

<p><b>OVERALL RIGOUR</b></p> <p>Was there evidence of the four components of trustworthiness?</p> <p>Credibility      x yes      o no</p> <p>Transferability x yes      o no</p> <p>Dependability  x yes      o no</p> <p>Confirmiability x yes      o no</p>	<p><u>For each of the components of trustworthiness, identify what the researcher used to ensure each</u></p> <p><b>Credibility:</b> verschiedene Teilnehmer, Selbstreflexion, Field-Notes, Antworten geprüft</p> <p><b>Transferability:</b> Teilnehmer + Setting gut beschrieben</p> <p><b>Dependability:</b> Methode, Analyse + Interpretation genau beschrieben</p> <p><b>Confirmiability:</b> Selbstreflexion, Antworten überprüft</p> <p><u>What meaning and relevance does this study have for your practice or research question?</u></p> <p>Zeigt die Wichtigkeit von Betätigungen, sozialen Kontakten und Entscheidungsmöglichkeiten</p>
<p><b>CONCLUSIONS &amp; IMPLICATIONS</b></p> <p>Conclusions were appropriate given the study findings?</p> <p>x yes      o no</p> <p>The findings contributed to theory development &amp; future OT practice/ research?</p> <p>x yes      o no</p>	<p><u>What did the study conclude? What were the implications of the findings for occupational therapy (practice &amp; research)? What were the main limitations in the study?</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es ist wichtig bedeutungsvolle Aktivitäten ausführen können</li> <li>- Betätigungen sollten so organisiert sein, dass aktives machen und nur dabei sein möglich ist</li> <li>- Selbstbestimmung + Kontrolle bei alltäglichen Aktivitäten ist wichtig</li> <li>- Möglichkeiten bieten für soziale Kontakte + Aktivitäten unter den Bewohnern</li> <li>- Ergotherapeuten müssen ihren Fokus Betätigung zu ermöglichen beibehalten</li> <li>- Limitation: nur in 1 Pflegeheim, zeigt nur kleiner Anteil der älteren Bevölkerung</li> </ul>



## **Wortzahl**

Abstract: 195 Wörter

Arbeit: 11804 Wörter