

Bachelorarbeit

Kultur und die Bedeutung der Selbständigkeit

Konsequenzen für ergotherapeutische Interventionen in der Schweiz

Marxer Patrizia
Kohlbrunnen 5
9485 Nendeln, FL
S09170929

Mettler Silvia
Holderschwendi 18
9042 Speicher
S09170689

Departement:	Gesundheit
Institut:	Institut für Ergotherapie
Studienjahr:	2009
Eingereicht am:	18.05.2012
Betreuende Lehrperson:	Brigitte Gysin

Vorwort	2
Abstract	3
1 Einleitung	4
1.1 Darstellung des Themas	4
1.2 Problemstellung	6
1.3 Fragestellung	7
1.4 Zielsetzung	7
1.5 Abgrenzung	7
2 Hauptteil	9
2.1 Migration	9
2.2 Das Eisbergmodell	9
2.2.1 Selbständigkeit	10
2.2.2 Bedeutung von Behinderung und Krankheit.....	11
2.3 Methode	13
2.3.1 Relevante Datenbanken	13
2.3.2 Keywords und verwendete MeSH-Terms	13
2.3.3 Ein- und Ausschlusskriterien	14
2.3.4 Weiterer Verlauf der Literatursuche und Anpassungen	15
2.4 Theoretische Grundlage.....	16
2.4.1 Wahl der Modelle.....	16
2.4.2 Erklärung der Modelle.....	16
2.4.3 Gegenüberstellung der Modelle	18
2.4.4 Kernaussagen	20
3 Resultate	21
3.1.1 Pooremamali et al. (2011a).....	22
3.1.2 Yang et al. (2006).....	23
3.1.3 Tamaru et al. (2007).....	24
3.1.4 Pooremamali et al. (2011b).....	25
3.1.5 Heigl et al. (2011).....	26
3.2 Zusammenfassung der Resultate anhand der Matrix.....	27

4	Diskussion	33
4.1	Familie	33
4.2	Selbständigkeit.....	35
4.2.1	Bedeutung der Selbständigkeit aus der Sicht von KlientInnen	35
4.2.2	Bedeutung der Selbständigkeit aus der Sicht von ErgotherapeutInnen.....	36
4.3	Werte der KlientInnen und ihre Erwartungen an die Ergotherapie.....	36
4.4	Werte der individualistisch geprägten ErgotherapeutInnen und Erwartungen an die KlientInnen	38
4.5	Übersicht über Diskussionsinhalte	40
4.6	Barrieren und Schwierigkeiten.....	41
5	Selbständigkeit im Alter	42
5.1	Ältere MigrantInnen in der Schweiz	42
5.2	Verschiedene Sichtweisen von Alter	43
5.3	Alt werden in einem fremden Land	44
5.4	Bedürfnisse der älteren MigrantInnen.....	44
6	Theorie-Praxis-Transfer	46
6.1	Fallbeispiel	46
6.1.1	Familiärer und biografischer Hintergrund:	46
6.1.2	Erfassungsgespräch	46
6.1.3	Einbezug der Familie in die Therapie	48
6.1.4	Erfassungsinstrumente.....	48
6.1.5	Ergebnisse der Erfassung	51
6.1.6	Intervention.....	53
7	Schlussfolgerung	54
8	Ausblick.....	55
8.1	Eigenständigkeitserklärung.....	56
8.2	Danksagung.....	56
8.3	Wortzahl	56
9	Anhang.....	57
9.1	Verzeichnisse.....	57

9.1.1	Literaturverzeichnis.....	57
9.1.2	Abbildungsverzeichnis.....	63
9.1.3	Tabellenverzeichnis.....	63
9.1.4	Abkürzungsverzeichnis.....	64
9.2	Glossar	65
9.3	IDV-Index	67
9.4	Erfassungsunterlagen	68
9.5	Literaturübersicht.....	69
9.6	Critical Review und Zusammenfassung der Hauptstudien.....	80
9.6.1	Pooremamali et al. (2011b).....	80
9.6.2	Heigl et al. (2011)	85
9.6.3	Yang et al. (2007).....	91
9.6.4	Pooremamali et al. (2011).....	97
9.6.5	Tamaru et al. (2007).....	104

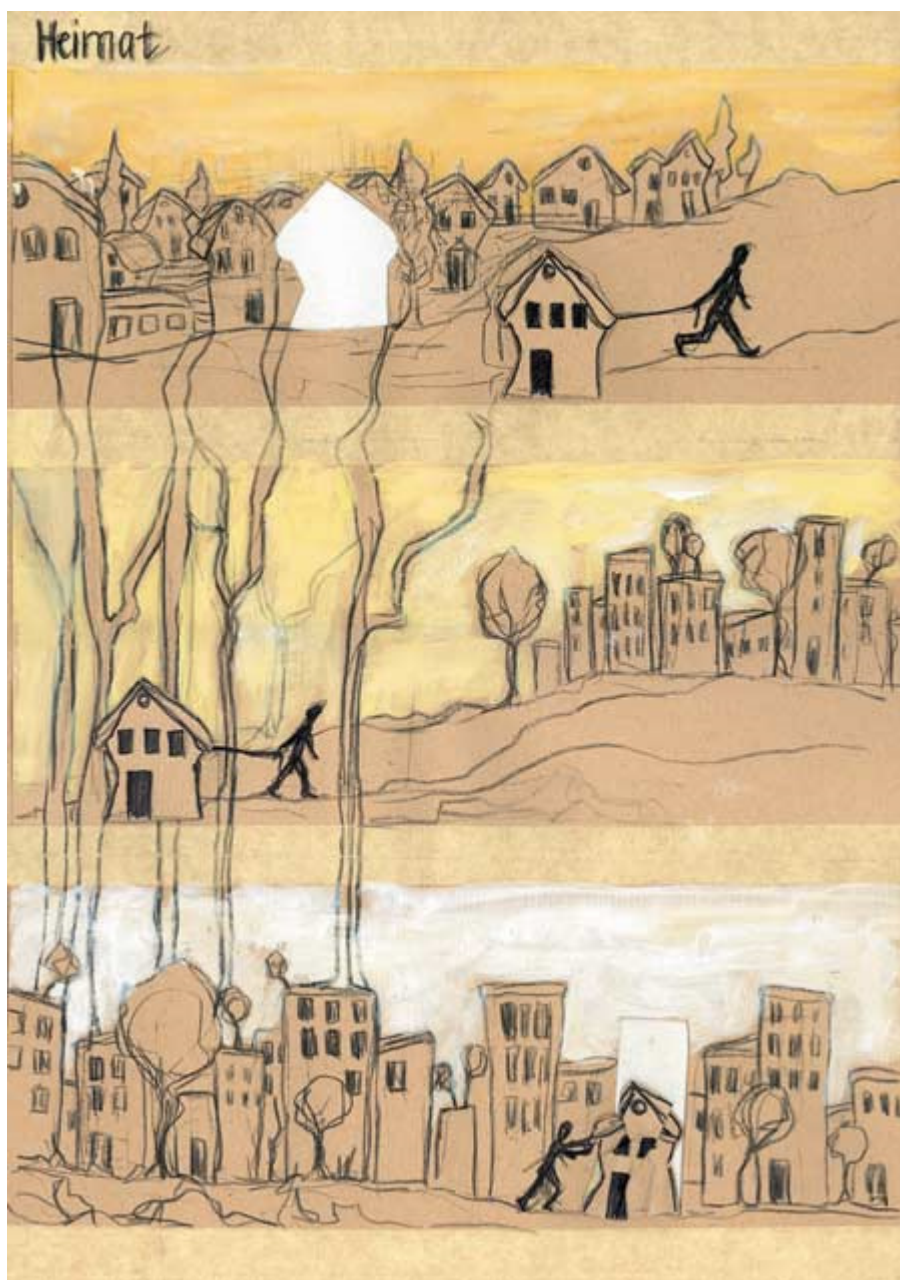


Abbildung 1: „Heimat“ (Zürrer, 2005)

Vorwort

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird jeweils nur die Therapeutin erwähnt, wobei Therapeuten selbstverständlich auch angesprochen sind.

Als AutorInnen werden jene Personen bezeichnet, die eine Studie publizierten. Wird von den Verfasserinnen gesprochen, so sind die Personen, welche die vorliegende Arbeit geschrieben haben, gemeint.

Abstract

Thema: Aufgrund des hohen Ausländeranteils in der Schweiz (2010: 22.4%) treffen Ergotherapeuten zunehmend auf KlientInnen mit verschiedenen Kulturen, Werten und Erwartungen.

Selbständigkeit, Autonomie und Selbstbestimmung sind individualistische Ideale und gehören zu den Hauptzielen der Ergotherapie. Dies führt in der Behandlung von kollektivistisch geprägten KlientInnen zu Zielkonflikten. Das Ziel dieser Arbeit ist es, die verschiedenen Bedürfnisse zu erfassen und darauf aufbauend Strategien für die Therapie herzuleiten.

Fragestellung: Welche Konsequenzen hat die Bedeutung von Selbständigkeit in Bezug auf den Lebensbereich ADL (Activity of daily living) in kollektivistischen Kulturkreisen auf ergotherapeutische Interventionen in der Schweiz?

Methode: Die Literatursuche erfolgte in den Datenbanken Cinahl, Medline, Amed, Eric, Francis, Psynindex und Pubmed. Es wurden fünf Hauptstudien eingeschlossen.

Ergebnisse: Selbständigkeit wird von den KlientInnen oft nicht als primäres Ziel angegeben. Sie greifen auf die familiäre Unterstützung zurück, die einen hohen Stellenwert einnimmt. Ergotherapeutische Grundannahmen müssen bei der Behandlung überdacht und Modelle sorgfältig ausgewählt werden.

Eine differenzierte Betrachtung jedes Individuums ist notwendig.

Schlussfolgerung: Der Fokus soll nicht primär auf die Selbständigkeit gelegt werden. Vielmehr soll die Familie befähigt werden, die Klientin oder den Klienten optimal zu unterstützen. Dies erfordert transkulturelle Kompetenzen.

Keywords: Occupational therapy, culture, independence, individualism, collectivism, activities of daily living.

1 Einleitung

Im folgenden Kapitel wird das Thema dargestellt und daraus die Problemstellung sowie die Zielsetzung formuliert.

Begriffe, die im Text nicht erklärt werden, sind mit einem * markiert und sind im Glossar auf S. 65 aufgeführt.

1.1 Darstellung des Themas

Die Schweiz gehört zu den europäischen Ländern mit einem der höchsten Ausländeranteile. Ende 2010 betrug dieser 22.4%. Die Anzahl der Staatsangehörigen von aussereuropäischen Ländern hat sich seit 1980 fast verdoppelt (Bundesamt für Statistik [BFS], 2012), was sich auch im Gesundheitswesen bemerkbar macht (Noorderhaven, 1999).

Der kulturelle Hintergrund einer Person beeinflusst wesentlich das menschliche Tun und die Sicht auf Gesundheit, Krankheit und Behinderung (Bonder, Martin & Miracle, 2004). Im Zentrum der Ergotherapie steht die Handlungsfähigkeit des Menschen (ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz [EVS], 2005). Deshalb muss die Kultur in die ergotherapeutische Behandlung einbezogen werden (Bonder, Martin & Miracle, 2004).

Der Begriff Kultur kann nicht einheitlich definiert werden (Wiley & Sons, 2007). Nach Hofstede (2006) beinhaltet Kultur verschiedene Muster des Denkens, Fühlens und Handelns, welche jeder Mensch in sich trägt. Diese Muster werden in der frühen Kindheit erlernt und sind schwierig abzulegen. Die Kultur wird mit dem sozialen Umfeld geteilt, mit dem eine Person lebt oder gelebt hat. Es gibt verschiedene Kulturebenen, wie z.B. die nationale, regionale, sprachliche, religiöse oder geschlechtliche Ebene. Auf jeder Ebene werden unterschiedliche Verhaltens-, Fühl- und Denkmuster gelebt (Hofstede, 2006).

Die Weltbevölkerung wird nach Hofstede (2006) in zwei Gruppen unterteilt, den kollektivistischen und den individualistischen Kulturkreis. Mehr als die Hälfte der AusländerInnen in der Schweiz kommen aus einem kollektivistisch geprägten Herkunftsland (Rausa-DeLuca, 2004). Unter Kollektivismus wird ein System von Werten und Normen verstanden, in dem das Wohlergehen des Kollektivs im Vordergrund steht.

Jeder Mensch ist von Geburt an in eine Gruppe, der sogenannten Wir-Gruppe integriert. Die gegenseitige Unterstützung und die Loyalität unter den Gruppenmitgliedern sind besonders wichtig. Die Identität ist im sozialen Netzwerk begründet. Harmonie zu wahren und direkte Auseinandersetzungen zu vermeiden ist ein weiteres Merkmal des Kollektivismus (Hofstede, 2006).

Triandis (1995) sieht den Kollektivismus als ein soziales Muster, indem Personen Teil einer oder mehreren Gruppen sein können. Die Ziele der Gruppe stehen im Vordergrund. Eine Person ist durch die Normen und Pflichten der Gruppe motiviert, Aktivitäten auszuführen. Ziele der Kollektive haben gegenüber persönlichen Zielen Priorität. Wie bei Hofstede (2006) wird die Verbundenheit mit anderen Gruppenmitgliedern betont.

Ein bedeutender Unterschied in den Definitionen besteht darin, dass nach Hofstede (2006) Personen einer Hauptgruppe angehören. Triandis (1995) hingegen geht von der Zugehörigkeit zu mehreren Gruppen gleichzeitig aus.

In der Bachelorarbeit werden beide Definitionen berücksichtigt.

Das Gegenstück zum Kollektivismus ist der Individualismus. Es handelt sich dabei um ein soziales Muster aus lose verbundenen Individuen. Jedes Individuum trägt für sich selbst und die nächsten Familienangehörigen die Verantwortung. Die Identität ist im Individuum begründet (Hofstede, 2006).

Triandis (1995) weist darauf hin, dass persönliche Ziele priorisiert werden. Die Personen sind vorrangig durch ihre eigenen Vorlieben, Bedürfnisse und Rechte motiviert.

Wie ausgeprägt die individualistische oder kollektivistische Lebensweise in einem Land ist, wird mit dem „Individualism Index Value“ [IDV] von Hofstede (2006) beurteilt. Dieser wurde anhand des Berufsalltags von Menschen aus verschiedenen Ländern erhoben und zusammengesetzt.

Die USA ist mit einem IDV-Punktwert von 91 das Land mit der ausgeprägtesten individualistischen Lebensform. Die Schweiz mit einem IDV-Punktwert von 68 ist ebenfalls eher individualistisch geprägt (Hofstede, 2006). Iwama et al. (2009) verwendet auch den Begriff westlich*.

Die Verfasserinnen gehen in dieser Arbeit davon aus, dass westliche Gesellschaften eher individualistisch und nicht-westliche bzw. östliche Gesellschaften eher kollektivistisch ausgerichtet sind.

Da Kultur heute als dynamisch und im politischen, sozialen, ökonomischen und historischen Kontext eingebettet wird, kann nicht von einer individualistischen oder kollektivistischen Kultur gesprochen werden. Sie wird von jedem Individuum auf ihre oder seine eigene Art und Weise gelebt und umgesetzt. Die grossen Unterschiede, die jeweils auch innerhalb der Kulturen existieren, dürfen nicht übersehen werden (Hofstede, 2006).

In individualistischen Gesellschaften nimmt die Selbständigkeit einen wichtigen Stellenwert ein (Steger, 2003, zitiert nach Curtin, Molineux & Supky-Mellson, 2010). Selbständigkeit bedeutet physische Unabhängigkeit, aber auch die Fähigkeit, über sich und sein Leben selbst bestimmen zu können (Tamaru, McColl & Yamasaki, 2007). Die Selbständigkeit ist ein westliches* Ideal und ist auch in der Rehabilitation ein wichtiges Ziel (Iwama et al., 2009). In der Ergotherapie ist die Erreichung der Selbständigkeit in den Lebensbereichen ein Behandlungsziel (Scheepers, Steding-Albrecht & Jehn, 2007). Die Verfasserinnen möchten in dieser Arbeit den Fokus auf die Bedeutung der Selbständigkeit im Lebensbereich der „Activities of Daily Living“ [ADL] legen. Denn Selbständigkeit wird oft damit verknüpft, die ADL's alleine durchführen zu können (Tamaru et al., 2007).

Die ADL's werden sehr unterschiedlich definiert. Nach dem „Occupational Therapy Practice Framework“ [OTPF] der American Occupational Therapy Association [AOTA], (2002) sind ADL's darauf ausgerichtet, dem eigenen Körper Sorge zu tragen und decken die Grundbedürfnisse des Menschen ab. Dies beinhaltet Aktivitäten wie Baden und Duschen, verrichten der Toilette, Hygiene, sich Anziehen, Essen, funktionelle Mobilität, Benutzung von Hilfsmitteln, Sexualität und Schlafen.

1.2 Problemstellung

ErgotherapeutInnen aus der individualistisch geprägten Gesellschaft sind oft der Ansicht, dass das Streben nach Unabhängigkeit und Selbständigkeit verallgemeinert werden kann (Penn, 1999, zitiert nach Curtin et al., 2010). Transkulturelle Forschung zeigt jedoch, dass eine Generalisierung dieser Wertvorstellung nicht möglich ist (Katbamna, Bhakta & Parker, 2000, Wirz & Hartley, 1999). Auch Iwama et al. (2009) betonten, dass Selbständigkeit, Autonomie, Gleichberechtigung und Selbstbestimmung Ideale der westlichen* Welt sind.

Die Selbständigkeit in den ADL's wird besonders in der Schweiz angestrebt (ErgotherapeutInnenverband Schweiz [EVS], 2005).

In der Behandlung von KlientInnen mit kollektivistischem Hintergrund in der Schweiz können sich deshalb Zielkonflikte ergeben (Pooremamali, Eklund, Östman & Persson, 2011a). Da westliche* Kulturen immer mehr zu multikulturellen Gesellschaften werden, sollte der Begriff „Selbständigkeit“ nochmals überdacht werden (Heigl, Kinébanian & Josephson, 2011). Dies führt zur folgenden Fragestellung.

1.3 Fragestellung

Welche Konsequenzen hat die Bedeutung von Selbständigkeit in Bezug auf den Lebensbereich ADL in kollektivistischen Kulturkreisen auf ergotherapeutische Interventionen in der Schweiz?

1.4 Zielsetzung

Ziel der Arbeit ist es, die Bedeutung der Selbständigkeit im Lebensbereich ADL für Personen mit kollektivistischem Hintergrund aufzuzeigen.

Es soll geklärt werden, welche Anforderungen und Erwartungen bezüglich Selbständigkeit in den kollektivistischen Kulturkreisen an eine einzelne Person gestellt werden.

Mögliche Erwartungen von kollektivistisch geprägten KlientInnen an die Ergotherapie sollen aufgezeigt werden.

Die Bachelorarbeit soll zu einem besseren Verständnis von ErgotherapeutInnen für diese KlientInnengruppe führen. Zudem sollen evidenzbasierte Empfehlungen an die Praxis abgegeben werden, wie Ziele für KlientInnen mit kollektivistischem Hintergrund im Lebensbereich ADL klientenzentriert* definiert werden können.

1.5 Abgrenzung

Die Arbeit bezieht sich auf ein Bachelorniveau. Die Verfasser stammen aus dem individualistischen Kulturkreis und haben dadurch eine Sichtweise, welche die Arbeit möglicherweise beeinflusst.

Es wird nicht auf eine spezifische Kultur innerhalb des Kollektivismus eingegangen. Die Unterschiede der verschiedenen Kulturen innerhalb des Kollektivismus werden ausser Acht gelassen. Es wird davon ausgegangen, dass sich Werte und Vorstellungen von kollektivistisch geprägten Klienten bei der Immigration in ein individualistisches Land nicht massgeblich verändern.

2 Hauptteil

2.1 Migration

Migration wird nach Ünal (2003) als einen meist unfreiwilligen, dauerhaften Wechsel von einzelnen Menschen oder Gruppen in eine andere Gesellschaft bezeichnet. Migration trägt gravierende soziale, politische, wirtschaftliche und psychologische Folgen mit sich, sowohl für die Emigrierenden als auch für die aufnehmenden Gesellschaften.

Nach BFS (2010) sind MigrantInnen der ersten Generation vom Ausland zugewanderte Menschen. Zur Bevölkerung mit Migrationshintergrund werden auch die in der Schweiz geborenen Nachkommen von MigrantInnen gezählt. Von der 2. Generation wird gesprochen, wenn mindestens ein Elternteil im Ausland geboren ist. In der vorliegenden Arbeit wird hauptsächlich auf MigrantInnen der ersten Generation eingegangen.

Maggi und Cattacin (2003) weisen darauf hin, dass sich Betätigungsmuster von Individuen aufgrund der Migration verändern. Berry (2005) spricht von einem kulturellen und psychologischen Veränderungsprozess, der beim Zusammentreffen von zwei Kulturen stattfindet. Dieser Prozess wird auch Akkulturation genannt.

2.2 Das Eisbergmodell

In der Therapie mit MigrantInnen wird nur ein Teil ihrer kulturellen Prägung sichtbar (Ruch & Zimbardo, 1974). In der angewandten Psychologie und der Pädagogik wird in diesem Zusammenhang von der 80/20 Regel gesprochen (Pareto, 2005).

Diese Ansicht wird im Eisbergmodell veranschaulicht (siehe Abbildung 1). Wie bei einem Eisberg ist bei einer Kultur nur ein kleiner Prozentsatz (20%) des Ganzen für den externen Betrachter ersichtlich. Zu den sichtbaren Aspekten zählen unter anderem Kleider, Kunst, Literatur, Architektur, die Sprache, Sitten und Gebräuche. Auch in Aktivitäten wird ein Ausschnitt der kulturellen Prägung sichtbar (Ruch & Zimbardo, 1974).

Somit spiegelt die Art, wie Menschen ihren Alltag gestalten, ihre persönlichen wie auch kulturellen Werte wieder (ErlI & Gymnich, 2007).

Zu den unsichtbaren Aspekten, den 80%, gehören Grundannahmen, Motive, Normen und Werte (Ruch & Zimbardo, 1974).



Abbildung 2: „Das Eisbergmodell der Kultur“ (Birkenholz, 2008)

Treffen verschiedene Kulturen aufeinander, kollidieren die unter dem Meeresspiegel schwimmenden Teile des Eisberges (Ruch & Zimbardo, 1975).

Um ein ganzheitliches Bild von der Person zu erhalten, braucht es einen Blick unter die Wasseroberfläche. Wissen um die individuelle Lebensgeschichte, Werte und Bedürfnisse, bzw. sichtbaren und unsichtbaren Aspekte, ist für ErgotherapeutInnen in der Therapie mit MigrantInnen sehr wichtig (Kubli, 2009).

2.2.1 Selbständigkeit

Grundannahmen, Motive, Normen und Werte werden im Eisbergmodell zu den unsichtbaren Aspekten gezählt (Ruch & Zimbardo, 1975). Die Bedeutung der Selbständigkeit ist ein Wert und wird deshalb von den Verfasserinnen im Eisbergmodell den „unsichtbaren“ Aspekten zugeordnet.

In der Literatur wird für den Begriff Selbständigkeit oft das englische Wort „Independence“ verwendet. „Independence“ wird im Fachwörterbuch Ergotherapie mit den deutschen Begriffen „Selbständigkeit“ und „Unabhängigkeit“ übersetzt (Berding et al., 2006). In der Arbeit wird von der deutschen Übersetzung „Selbständigkeit“ ausgegangen.

Nach der American Occupational Therapy Association [AOTA] (2002a) wird "Independence" wie folgt definiert:

"Independence is a self-directed state of being characterized by an individual's ability to participate in necessary and preferred occupations in a satisfying manner, irrespective of the amount or kind of external assistance desired or required." (S.660).

Selbständigkeit versteht sich im Sinne von umfassender Kompetenz zum eigenständigen, selbstbestimmten Handeln. Selbstbestimmtes Leben ist demnach ein Grundbedürfnis des Menschen. Für den gesunden Menschen ist Selbständigkeit im Alltag selbstverständlich und normal (Koesling, 2011).

Der Begriff der Selbständigkeit wird abhängig von Kultur und gesellschaftlicher Funktion (Fachperson, Behinderte, ...) unterschiedlich definiert (Tamaru et al., 2007). Fachleute neigen dazu, Selbständigkeit anhand von Selbstversorgung zu definieren. In westlichen* Industrienationen bedeutet Selbständigkeit finanzielle Unabhängigkeit und die Fähigkeit, sich ohne Hilfe Dritter zu versorgen. Selbständigkeit wird auch mit Autonomie oder Willensfreiheit verknüpft (Reindal, 1999).

Neben der unterschiedlichen Definition von Selbständigkeit nimmt sie auch bei den verschiedenen Kulturen einen unterschiedlichen Stellenwert ein (Curtin et al., 2010). So macht für viele Menschen ein individuelles Mass an Selbständigkeit in den ADL's einen grossen Teil der Lebensqualität aus (Berting-Hüneke et al., 2004, zit. nach Scheepers, Steding-Albrecht & Jehn, 2007). Diese Annahme kann aber nicht auf alle Kulturen übertragen werden (Iwama et al., 2009).

Nach Hayase et al. (2004) verändert sich der Grad der Selbständigkeit im Laufe des Lebens eines Menschen. Dies lässt sich auf körperliche Veränderungen zurückführen. So ist ein Mensch im Kleinkindalter auf seine Umwelt angewiesen, und erlernt die Selbständigkeit bis er erwachsen ist. Mit zunehmendem Alter und den damit verbundenen körperlichen Einschränkungen ist der Mensch erneut auf Unterstützung angewiesen.

2.2.2 Bedeutung von Behinderung und Krankheit

Die Bedeutung von Behinderung und Krankheit gehört ebenfalls zum unsichtbaren Bereich im Eisbergmodell (Ruch & Zimbardo, 1975).

Behinderung ist ein breiter Begriff, der weltweit verwendet wird um physische, psychische, intellektuelle oder sensorische Einschränkungen eines Individuums zu beschreiben (Drum, Krahn & Bersani, 2009). Behinderung ist als kulturelles Konstrukt zu betrachten. Jedes Individuum hat seine subjektive Krankheitstheorie. Was als krank oder gesund bezeichnet wird, ist kulturell sehr unterschiedlich (Kutalek & Prinz, 2010).

Wie eine Gesellschaft ihre behinderten Mitglieder sieht, hängt nach Westbrook, Legge und Pennay (1993) mit der Ursache der Behinderung zusammen. So wird z. B. eine im Krieg verletzte Person anders behandelt als eine von Geburt an eingeschränkte Person. Oftmals ist es so, dass körperlich behinderte Menschen besser integriert werden als geistig oder psychisch Beeinträchtigte. Zusätzlich hängt der Wille einer Gesellschaft, behinderte Personen zu integrieren, stark mit den vorhandenen Erwartungen und Rollen an die betroffene Person zusammen.

In individualistischen Kulturkreisen löst Abhängigkeit und Hilfsbedürftigkeit ein Gefühl von Unzufriedenheit aus. Eigenständig die Zukunft zu planen ist diesen Menschen besonders wichtig. Behinderte Kinder werden so weit wie möglich als gesund behandelt und integriert (Hofstede, 2006). Dies sind auch ergotherapeutische Werte (Iwama et al. 2009).

In kollektivistischen Gesellschaften wird die Krankheit oder Behinderung oft als ein Schicksal betrachtet, welches akzeptiert werden muss. Die Familie trägt hauptsächlich die Verantwortung für ihre behinderten Mitglieder. Dies lässt sich auch auf die geringe staatliche Versorgung zurückführen (Iwama et al., 2009). Auch wichtige Entscheidungen, welche die behinderte Person betreffen, werden meist innerhalb der Familie getroffen (Hofstede, 2006). Die Gesellschaft würde eine Familie, welche das behinderte Mitglied nicht beschützt, als unmenschlich, gefühl- und lieblos degradieren. Das Verantwortungsgefühl der Familienmitglieder lässt wenig Selbständigkeit zu (Núñez, 2009). Die Behinderung eines Familienmitgliedes wird häufig als Schande und Stigma für die Familie betrachtet, insbesondere bei Knaben (Hofstede, 2006). Über familieninterne Probleme wird eher nicht mit fremden Personen gesprochen.

Dies ist eine mögliche Erklärung dafür, dass professionelle Hilfe von immigrierten, kollektivistisch geprägten Menschen kaum in Anspruch genommen wird (Ünal, 2003).

2.3 Methode

2.3.1 Relevante Datenbanken

Die Literatursuche fand im Zeitraum von Oktober 2011 bis Februar 2012 statt.

Sie wurde in den Datenbanken Cinahl, Medline, Amed, Eric, Francis, Psyn dex und Pubmed durchgeführt. So konnten neben ergotherapiespezifischen Studien, auch Studien mit biomedizinischer, psychologischer, soziologischer und ethnologischer Thematik ausfindig gemacht werden. Die ergotherapiespezifischen Datenbanken OTDBase und OTseeker wurden ebenfalls verwendet.

Falls Studien und relevante Artikel auf diesem Weg nicht erhältlich waren, wurden die Autoren angeschrieben.

2.3.2 Keywords und verwendete MeSH-Terms

Zu Beginn der Suche wurden ausgehend von der Fragestellung folgende Schlüsselwörter definiert:

Tabelle 1: Verwendete Schlüsselwörter und Keywords

Schlüsselwörter	Keywords, Synonyme, Schlagwörter
Ergotherapie	Occupational therapy, OT, MeSH: Occupational therapy
Kultur	Culture, Cultural differences, cultural diversity, social identity MeSH: cultural diversity, culture
Selbständigkeit	Independence, rehabilitation, interdependence
Individualismus	Individualism, Individual, individualistic, western
Kollektivismus	Collectivism, Group, collectivistic, non western, asia
Selbstversorgung, Aktivitäten des täglichen Lebens	Activities of daily living, ADL, ATL, self-care, MeSH: Activities of daily living

Es wurde vom Keyword „occupational therapy“ ausgegangen, welches mit einem anderen Keyword, einem Synonym oder MeSH Begriff verknüpft wurde.

Danach wurde mit der Keywordkombination „independence AND collectivism“ noch eine Suche durchgeführt.

In den ergotherapiespezifischen Datenbanken OTDBase und OTseeker konnte keine relevante Literatur gefunden werden.

Die Optionen „find similar“ und „find citing articles“ wurden verwendet, um an thematisch ähnliche Artikel zu gelangen. Auch die Online Journals, von denen die gefundenen Reviews stammten, wurden mit den Keywords durchsucht.

Um an weitere relevante Literatur zu gelangen, wurde die snowball technique nach Ridley (2008) angewandt. Es wurde nach qualitativen und quantitativen Studien gesucht. Der Fokus auf qualitative Studien gelegt, da die Thematik dem qualitativen Studiendesign entspricht.

2.3.3 Ein- und Ausschlusskriterien

Zu Beginn der Suche wurde keine Zeitlimite festgelegt, um alle relevanten Studien einbeziehen zu können. Die Hauptstudien sind im Zeitraum von 2005-2011 erschienen.

Die Studien mussten das Aufeinandertreffen von kollektivistischen und individualistischen Kulturen thematisieren. Dadurch wurde gewährleistet, dass sowohl die kollektivistische wie auch die individualistische Sichtweise aufgezeigt wurde. Um die Frage der Erwartungen und Wertvorstellungen der KlientInnen wie auch der ErgotherapeutInnen beantworten zu können, wurde Literatur eingeschlossen, welche die Sichtweise von KlientInnen oder von ErgotherapeutInnen erläuterte.

Das Alter der Teilnehmenden sowie der Bereich der Ergotherapie aus dem die Studie stammt, wurde nicht limitiert um ein breites Bild zu generieren. Eingeschlossen wurden Studien, Artikel und Reviews in englischer und deutscher Sprache.

Tabelle 2: Übersicht über Limitierung der Literaturrecherche

Teilnehmende	Aussagen	Alter der Studie, Berufsgruppe
<ul style="list-style-type: none"> - ErgotherapeutInnen - KlientInnen - kollektivistische und individualistische Hintergründe - Keine Alterslimitierung 	<ul style="list-style-type: none"> - Selbständigkeit - Selbständigkeit im Alltag - Werte/ Erwartungen des KlientInnen an die ErgotherapeutInnen. - Werte/Erwartungen der ErgotherapeutInnen an KlientInnen 	<ul style="list-style-type: none"> - 1995 – 2011 - Studien von angrenzenden Berufsgruppen erlaubt

2.3.4 Weiterer Verlauf der Literatursuche und Anpassungen

Ein Grossteil der gefundenen Studien, Reviews und Bücher stammen aus Japan, Asien und Amerika. Da jedoch viele MigrantInnen der Schweiz aus den kollektivistisch geprägten Ländern Türkei, Jugoslawien und Bosnien stammen (BFS, 2012) und die Verfasserinnen einen Bezug zur Praxis gewährleisten möchten, fand eine Eingrenzung der Suche statt. Die Literatursuche wurde bezüglich der Herkunft auf den Raum Europa eingegrenzt. Die weiteren beschriebenen Ein- und Ausschlusskriterien wurden beibehalten.

Bei der anschliessenden Suche wurden folgende Schlüsselwörter und Synonyme ergänzend einbezogen:

Tabelle 3: Weitere Schlüsselwörter und Keywords

Schlüsselwörter	Keywords, Synonyme, Schlagwörter
Immigration	Migration, Immigration. Immigrants, MeSH: Immigration and Emigration
Europa, Osteuropa	Europe, Eastern Europe, MeSH: Europe, Eastern Europe

Das Keyword „occupational therapy“ wurde jeweils mit einem genannten Keyword oder Synonym verknüpft. Bei der Suche stellte sich heraus, dass in Europa wenig zum Thema „Selbständigkeit“ geforscht wurde. Daraufhin beschlossen die Verfasserinnen, die in der vorangehenden Literatursuche gefundenen Studien aus dem asiatischen Raum einzubeziehen. Die Auswahl dieser Studien ermöglicht es den Verfasserinnen die Forschungsfrage zu beantworten.

Es wurden 19 Studien gefunden. Die genauen Gründe für den Ein- und Ausschluss der Studien sind in der Literaturübersicht im Anhang (S. 69) ersichtlich. Neun Studien wurden mittels des Formulars *Critical Review Form – Qualitative Studies* (Law, Stewart, Letts, Pollock, Bosch & Westmorland, 1998) kritisch beurteilt.

Daraufhin wurden vier Studien ausgeschlossen, da die Übertragbarkeit auf die Arbeit mit MigrantInnen in der Schweiz nicht gewährleistet werden konnte. Eine Studie wurde ausgeschlossen, weil sie nicht veröffentlicht wurde.

Bei der Literatursuche wurden hauptsächlich Studien gefunden, die sich auf ältere Menschen beziehen. Diese Thematik wird in der Auswertung der Resultate beachtet und in der Diskussion noch weiter vertieft.

2.4 Theoretische Grundlage

2.4.1 Wahl der Modelle

Die Kultur spiegelt sich in den Werten, Interessen, den Rollen und Gewohnheiten eines Menschen wieder (Kielhofner et al., 2005). Entwickler von Modellen bringen die Sichtweisen von sich selbst und ihrer Umwelt in die Modelle ein (Iwama et al., 2009). Faktoren, die den Menschen beeinflussen werden in Modelle übersichtlich aufgezeigt (Kielhofner et al., 2005). Aufgrund dieser Aspekte bietet sich ein Modellvergleich an, um die Sichtweisen und Werte der Kulturen herauszuarbeiten.

In der Tabelle werden das „Model of Human Occupation“ (MOHO) und das KAWA Modell gegenübergestellt. Die Wahl fiel auf das MOHO, weil es in einem individualistischen Kulturkreis entwickelt wurde und in der Ergotherapie weltweit häufig verwendet wird (Kielhofner et al., 2005). Zur Gegenüberstellung bietet sich das KAWA Modell an, welches aus dem kollektivistischen Kulturkreis stammt (Iwama et al., 2009).

Die Auseinandersetzung mit den Modellen dient zudem als Grundlage für den Theorie-Praxis-Transfer, wo ein Modell für die Arbeit mit kollektivistisch geprägten Menschen empfohlen wird.

2.4.2 Erklärung der Modelle

2.4.2.1 Kawa Modell

Das Kawa (Japanisch: Fluss) Modell wurde von japanischen und kanadischen Berufsleuten entwickelt.

Der Fluss stellt den Lauf des Lebens von Geburt bis Tod dar. Im Querschnitt des Flusses sind die verschiedenen Komponenten (Steine, Schwemmholz, Flussbeet) zu sehen, welche die Lebensenergie eines Individuums beeinflussen. Steine stehen für Probleme und Hindernisse und können den Fluss stören. Wenn sich z. B. Steine im Fluss befinden wird diese Lebensenergie (Flow) beeinträchtigt und es entsteht Dysharmonie (Iwama et al., 2009).

In diesem Modell wird der Fokus auf den Kontext gelegt. Die Wichtigkeit der Beziehung zwischen dem Individuum und seiner Umwelt wird durch die Metapher eines fließenden Flusses dargestellt. Das Individuum und seine Umwelt sind unzertrennlich vereint.

Diese Verbundenheit ist sowohl nach aussen gerichtet (zwischen Menschen, Tier und Natur), als auch nach Innen (Körperteile und Organe) (Iwama et al., 2009)

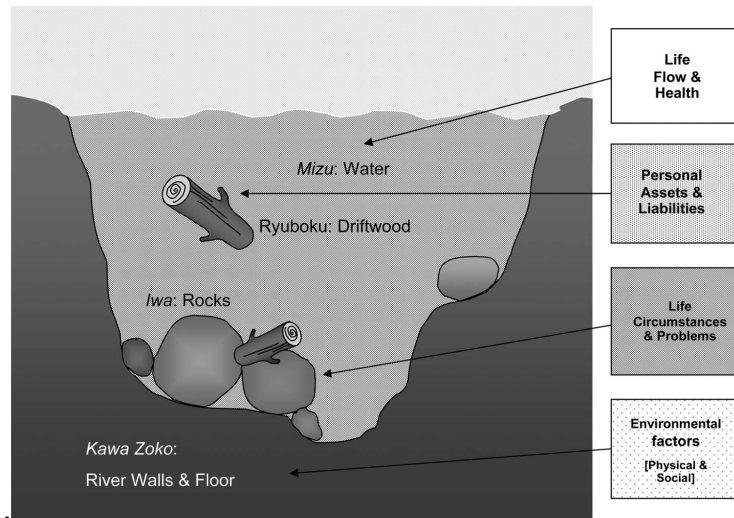


Abbildung 3: "Four basic components of the Kawa (River) model" (Iwama et al. 2009).

2.4.2.2 MOHO

Menschliche Betätigung* wird als ein Zusammenspiel von Volition, Habituation und Performanz (siehe Abbildung 3) verstanden. Diese Komponenten beeinflussen das Betätigungsverhalten. Die Umwelt ermöglicht oder erfordert Betätigungsverhalten (Kielhofner et al., 2005).

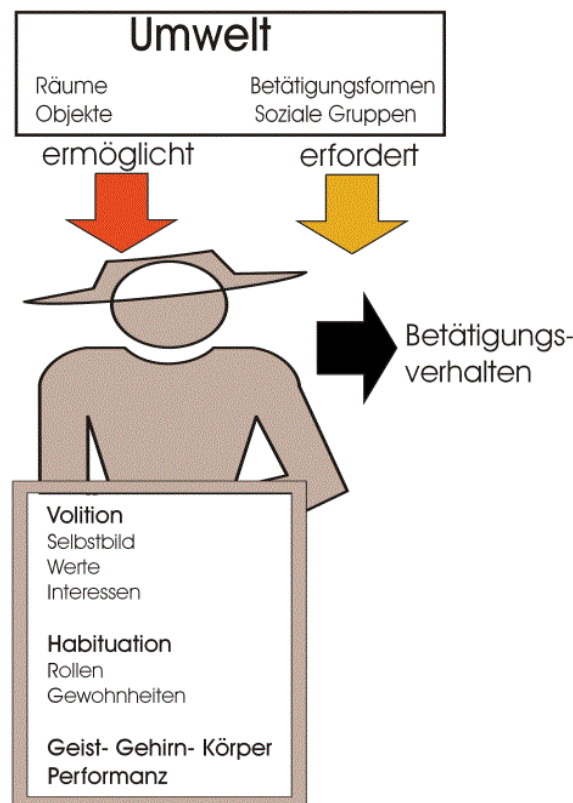


Abbildung 4: "Grundschemata des 'Model of Human Occupation', MOHO" (Dürrbeck, 2001)

2.4.3 Gegenüberstellung der Modelle

Die Gegenüberstellung erfolgt nach Kriterien, welche von den Verfasserinnen für die Herausarbeitung der Unterschiede der Modelle bestimmt wurden.

Die Aussagen zum MOHO stammen aus Kielhofner et al. (2005). Diejenigen zum KAWA Modell sind aus Iwama et al. (2009). Aussagen von anderen Autoren werden mit einer direkten Literaturangabe versehen.

Tabelle 4: Gegenüberstellung des MOHO und KAWA Modells

MOHO	KAWA
Darstellung des Modells	
<ul style="list-style-type: none"> - Abstrakte Darstellung, mit vielen Komponenten - Einfluss der Komponenten zueinander wird dargestellt 	<ul style="list-style-type: none"> - Symbol Fluss, Treibholz, Flussbeet - natürliche Darstellung zeigt die starke gegenseitige Beeinflussung der Komponenten auf
Kultur	
<ul style="list-style-type: none"> - Der Begriff Kultur wird im Modell aufgezeigt und hat einen bedeutenden Stellenwert - Der Einfluss der Kultur auf die Werte, Werte, Interessen, das Kompetenzerfinden, die Rollen und Gewohnheiten eines Menschen wird dargestellt 	<ul style="list-style-type: none"> - Der Begriff Kultur kommt im Modell nicht vor - Das Modell an sich spiegelt die kulturelle Sichtweise wider
Umwelt	
<ul style="list-style-type: none"> - Die Umwelt wird in ein natürliche, künstliche Lebensräume, soziale Umwelt und Objekte eingeteilt - Die Kultur gehört zur Umwelt 	<ul style="list-style-type: none"> - Die materielle und soziale Umwelt bildet als Einheit das Flussbeet
Position des Individuums in der Umwelt	
<ul style="list-style-type: none"> - Umwelt ermöglicht und erzwingt Betätigungsverhalten (Umwelteinwirkung) - Mensch wird als offenes System dargestellt, dass mit der Umwelt ständig interagiert, sie dabei verändert und durch diese selbst verändert wird - Der Mensch steht als handelndes Individuum im Zentrum (Le Grasse, 2006) 	<ul style="list-style-type: none"> - Mensch ist Teil des Ganzen und wird stark von dem umgebenden Flussbeet beeinflusst - Die Harmonie mit der Umwelt steht im Zentrum

Komponenten des Individuums

- Der Mensch als System der interagierenden Komponenten Volition, Habituation und Performanz
 - Fluss ist Teil des Menschen und stellt die Lebensenergie dar
 - Darin schwimmt das Schwemmholz, welches Werte, Charakter, Wissen sowie Erfahrungen, spezielle Fertigkeiten, soziale und physische Ressourcen des Menschen darstellt. Es kann den life-flow der Person fördern oder behindern
-

Betätigung*

- Wird im Modell aufgezeigt und als Grundbedürfnis und zentrale Quelle für Gesundheit, Wohlbefinden, Entwicklung und Veränderung des Menschen gesehen
 - Räume (zwischen Steinen, Treibholz und Flusswänden und Boden) repräsentieren Betätigung*
 - Betätigungsperformanz ist das Ergebnis von Interaktion eines dynamischen Systems, dass sich aus Volition, Habituation und Performanz sowie aus Umweltfaktoren zusammensetzt
 - Betätigung* wird mit Lebensenergie oder Lebensfluss assoziiert
 - Das eigene Tun wird betont, der Mensch sieht sich als unabhängig, autonom und selbstbestimmend (Le Granse, 2006)
-

Zeit

- Das Modell erfasst die Person im Hier und Jetzt. Einfluss von früheren Ereignissen werden einbezogen
 - Der Verlauf des Lebens wird als Fluss von der Quelle (Geburt) bis zur Mündung in den See (Tod) visuell dargestellt
 - Orientierung an Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft
 - Das ganze Leben wird visuell nicht dargestellt
-

Störungen

- Störungen im Betätigungsverhalten entstehen, wenn der Mensch seine Fähigkeiten nicht entsprechend seiner eigenen oder den Erwartungen der Umwelt in Betätigung* umsetzen kann
 - Das Wasser stellt die Lebensenergie dar. Wenn das Schwemmholz an Steine (Krankheit, Behinderung) oder am Flussufer anstösst, ist die Harmonie gestört
 - Sie führen zu Einschränkungen im Wohlbefinden bis zum Verlust von Lebenssinn
 - Eine Ausgewogenheit in den Performanzbereichen Arbeit, Freizeit, Erholung und Selbstversorgung wird als wichtig erachtet
-

2.4.4 Kernaussagen

Im MOHO wird der handelnde Mensch innerhalb seiner spezifischen Umgebung ins Zentrum gestellt. Er handelt gezielt, bedeutungsvoll und sein Tun wird betont (Kielhofner et al., 2005).

Im KAWA Modell hingegen ist der Mensch ein Teil des Ganzen. Das „Sein“ steht im Vordergrund und die innere und äussere Harmonie wird angestrebt. Der Mensch steht auf gleicher Ebene mit der Umwelt (Iwama, 2009).

3 Resultate

Die folgenden fünf Hauptstudien erfüllen die beschriebenen Einschlusskriterien. Sie thematisieren das Aufeinandertreffen von kollektivistischen und individualistischen Kulturen und die Bedeutung der Selbständigkeit. Die ersten drei Studien befassen sich mit der Sicht von ErgotherapeutInnen. Bei den Teilnehmenden der zwei weiteren Studien handelt es sich um MigrantInnen.

Im Anschluss werden die Fragestellungen/Ziele der Studie, die Relevanz für unsere Arbeit/Limitierungen, Teilnehmende und methodische Qualität der Studien aufgezeigt.

3.1.1 Occupational therapists' experience of working with immigrant clients in mental health care (Pooremamali, Persson & Eklund, 2011a).

Tabelle 5: Zusammenfassung der Studie Pooremamali et al. (2011a).

Fragestellung/Ziel der Studie	Relevanz für die Arbeit/Limitierungen	Teilnehmende	Methodische Qualität
<ul style="list-style-type: none"> - Die Erfahrungen und Wahrnehmungen von ErgotherapeutInnen aus dem Arbeitsfeld Psychiatrie mit MigrantInnen aus dem mittleren Osten zu untersuchen 	<ul style="list-style-type: none"> - Erfasst Erwartungen der individualistisch geprägten TherapeutInnen an die kollektivistisch geprägten KlientInnen und die unterschiedlichen Werte - Die Erfahrungen der ErgotherapeutInnen beziehen sich auf MigrantInnen aus dem mittleren Osten. ErgotherapeutInnen der Schweiz treffen oft auf diese KlientInnengruppe. Dadurch ist ein Übertrag in die Schweiz möglich. 	<ul style="list-style-type: none"> - Acht ErgotherapeutInnen aus dem Arbeitsfeld Psychiatrie - Arbeitserfahrung mit MigrantInnen aus dem mittleren Osten 	<ul style="list-style-type: none"> - Qualitatives Studiendesign - Grounded Theory - Vorgelegt bei Ethikkomitee - Informed consent - Offene Codes - Bilden von Kategorien, axialen Codes - Identifizieren von Zusammenhängen - Peer-Review - Member-checking

3.1.2 Yang, S., Shek, P. M., & Tsunaka, M. (2006). Cultural influences on occupational therapy practice in Singapore: a pilot study.

Tabelle 6: Zusammenfassung der Studie Yang et al. (2006).

Fragestellung/Ziel der Studie	Relevanz für die Arbeit/Limitierungen	Teilnehmende	Methodische Qualität
<ul style="list-style-type: none"> - Die Anwendbarkeit ergotherapeutischer Frameworks in Singapur zu überprüfen - Zu untersuchen wie die westlichen Werte und die Einstellung der TherapeutInnen und KlientInnen die Ergotherapie in Singapur beeinflusst - Mehr Wissen über Ergotherapie in Singapur zu erarbeiten 	<ul style="list-style-type: none"> - Studie findet im kollektivistischen Kontext statt - Selbständigkeit wird thematisiert - Anwendbarkeit des klientenzentrierten Ansatzes* und ergotherapeutischen Konzepten wird diskutiert - Interessen und Anliegen der KlientInnen - Einsatz von Aktivität/Betätigung* - Das individualistisch geprägte Framework der Ergotherapie wird thematisiert und den kollektivistischen Werten der KlientInnen gegenübergestellt. - Kulturelle Kompetenzen werden aufgezeigt - Anzahl Teilnehmer ist klein und folglich nicht repräsentativ für den Beruf in Singapur 	<ul style="list-style-type: none"> - neun ErgotherapeutInnen - Aus allen Bereichen, mit WFOT Diplom - Seit mind. fünf Jahren in Singapur - Seit mind. drei Jahren dort arbeitstätig 	<ul style="list-style-type: none"> - Qualitatives, phänomenologisches Studiendesign - Interviewleitfaden - Zwei Pilotinterviews - Interviews wurden auf Tondatenträger aufgezeichnet und transkribiert - Datenanalyse: Identifikation von Kategorien, Muster und Unterteilung in fünf Themen - AutorInnen führten ein Reflexionstagebuch - Peer-Review - Zweites Interview zur Überprüfung der Daten - Member-checking

3.1.3 Tamaru, A., McColl, M. & Yamasaki, S. (2007). Understanding “Independence”: Perspectives of occupational therapist.

Tabelle 7: Zusammenfassung der Studie Tamaru et al. (2007).

Fragestellung/Ziel der Studie	Relevanz für die Arbeit/Limitierungen	Teilnehmende	Methodische Qualität
<ul style="list-style-type: none"> - Zu untersuchen, wie der Begriff Selbständigkeit von ErgotherapeutInnen in westlicher und nicht-westlicher Kultur interpretiert wird 	<ul style="list-style-type: none"> - Vergleicht die Bedeutung der Selbständigkeit zwischen ErgotherapeutInnen mit kollektivistischen und individualistischem Hintergrund - Es wird deutlich, welche Therapieziele in kollektivistischen Kulturkreisen angestrebt werden - Es wurden nur Personen aus zwei Ländern befragt - Studie fokussiert sich nur auf persönliche Faktoren. Umweltfaktoren werden ausser Acht gelassen - Übersetzung in die englische Sprache führte möglicherweise zu einer Verfälschung der Resultate 	<ul style="list-style-type: none"> - Neun kanadische und neun japanische ErgotherapeutInnen - 22-61 Jahre alt - Behandeln physisch eingeschränkte KlientInnen - Aus unterschiedlichen Institutionen - Unterschiedlich lange Berufserfahrungen 	<ul style="list-style-type: none"> - Qualitatives Studiendesign - Halbstrukturierte Interviews - Datenanalyse durch Bildung von Codes, Übersetzung und Cross-Case-Analyse - Code-Recode Prozess - Audit trail - Triangulation wurde vollendet durch Literatur und Interviews - Member-checking - Peer-Review

3.1.4 Pooremamali, P., Eklund, M., Östman, M. & Persson, D. (2011b). Muslim Middle Eastern clients' reflections on their relationship with their occupational therapists in mental health care.

Tabelle 8: Zusammenfassung der Studie von Pooremamali et al. (2011b).

Fragestellung/Ziel der Studie	Relevanz für die Arbeit/Limitierungen	Teilnehmende	Methodische Qualität
<ul style="list-style-type: none"> - Die Erfahrungen und Wahrnehmung von KlientInnen aus dem Mittleren Osten bezüglich der Beziehung mit ihren ErgotherapeutInnen im psychiatrischen Setting zu untersuchen 	<ul style="list-style-type: none"> - Erfasst die Erfahrungen, Erwartungen und Wahrnehmungen von kollektivistisch geprägten KlientInnen in einem individualistischen Behandlungskontext - Befragte Personen sind in der Schweiz oft in der Therapie anzutreffen. Ein Übertrag ist daher möglich - Kleine Teilnehmerzahl - Neutrale Sicht wurde evt. verfälscht, da die Autorin schon zuvor eine Idee des Resultates hatte 	<ul style="list-style-type: none"> - 11 muslimische Immigranten aus dem Mittleren Osten - 22-65 Jahre alt - Seit mind. drei Jahren in Schweden wohnhaft - In ergotherapeutischer Behandlung in der Psychiatrie 	<ul style="list-style-type: none"> - Qualitatives Studiendesign - Grounded Theory - Halbstrukturierte Einzelinterviews - Durchführung in Schwedisch und Farsi (Sprache der Teilnehmenden) - Aufzeichnung auf Tondatenträger und Papier - Transkription und Übersetzung in Anwesenheit aller AutorInnen - Analyse durch offene, axiale und selektive Code-Prozesse - Audit trail - Peer-Review

3.1.5 Heigl, F., Kinébanian, A., & Josephson, S. (2011). I think of my family, therefore I am: Perceptions of daily occupations of some Albanians in Switzerland.

Tabelle 9: Zusammenfassung der Studie Heigl et al. (2011).

Fragestellung/Ziel der Studie	Relevanz für die Arbeit/Limitierungen	Teilnehmende	Methodische Qualität
<ul style="list-style-type: none"> - Die Beziehung zwischen Kultur und Betätigung* darzustellen - Die Wahrnehmung von täglichen Aktivitäten der Migranten in der CH zu erforschen - Betätigungsverhalten von Menschen aus kollektivistischem Kulturkreis darzustellen 	<ul style="list-style-type: none"> - Beschreibt den Einfluss der Kultur auf die Betätigung* und das veränderte Betätigungsverhalten bei der Migration - Erfasst die Bedeutung der Selbständigkeit bei Immigranten aus kollektivistischem Kulturkreis - Redundanz wurde nicht erreicht, dies wird als Mangel genannt - Interviewerin war weiblich, Interviews wurden in Deutsch (Fremdsprache) durchgeführt. Dies hat möglicherweise die Resultate verfälscht 	<ul style="list-style-type: none"> - Acht gesunde Moslems (Albaner, Mazedonier) - 40-49 Jahre alt - Als Industrie- oder Handwerksarbeiter tätig - Seit mind. drei Jahren im Kanton Zürich lebend - Verstehen und sprechen Deutsch 	<ul style="list-style-type: none"> - Qualitatives, ethnografisches Design - Einzelinterviews wurden aufgezeichnet und transkribiert - Bilden von 80 Codes und 12 Kategorien, Zuordnung zu drei Subthemen - Komparative Methode - Peer-Review - Überprüfung durch Experten

3.2 Zusammenfassung der Resultate anhand der Matrix

Ausgehend von der Forschungsfrage „Welche Konsequenzen kann die Bedeutung von Selbständigkeit in Bezug auf den Lebensbereich ADL in kollektivistischen Kulturkreisen auf ergotherapeutische Interventionen in der Schweiz haben?“ wurden folgende Themen identifiziert:

- Familie
- Selbständigkeit im Alltag
- Werte des kollektivistisch geprägten Klientinnen und ihre Erwartungen an die Ergotherapie
- Werte der individualistisch geprägten ErgotherapeutInnen und ihre Erwartungen an die KlientInnen
- Barrieren/Hindernisse
- Strategien zur Therapie mit MigrantInnen

Die in den Studien erwähnten Strategien zur Therapie mit MigrantInnen werden für den Theorie-Praxis Transfer verwendet.

3 Resultate

Tabelle 10: Zusammenfassende Matrix der Hauptstudien.

Themen	Studie	Kernaussagen der Studie
Familie	Pooremamali et al. (2011a)	<ul style="list-style-type: none"> - Das enge familiäre Netzwerk wird von einigen TherapeutInnen als Ressource angesehen - Probleme werden in der Familie gelöst und nicht nach aussen getragen - Familienangelegenheiten werden nicht mit Fremden besprochen
	Yang et al. (2006)	<ul style="list-style-type: none"> - Die Familien fühlen sich verantwortlich, ihre behinderten Familienmitglieder zu pflegen
	Pooremamali et al. (2011b)	<ul style="list-style-type: none"> - KlientInnen betonen wie wichtig es ist, dass das natürliche Unterstützungssystem „Familie“ in die Behandlung miteinbezogen wird - Familienangelegenheiten werden nicht Fremden besprochen. Ist Vertrauen zur Therapeutin vorhanden, gehört die Therapeutin zum familiären Umfeld der Klientin oder des Klienten (mahram-affinity)
	Heigl et al. (2011)	<ul style="list-style-type: none"> - Kernelement des Lebens. Aktivitäten in der Familie (in-group) sind bedeutungsvoll - Die Rolle des Ernährers in der Familie steht meist dem Vater zugeschrieben - Es ist zentral, dass es den Kindern gut geht und sie eine gute Ausbildung machen können
Werte und Erwartungen der KlientInnen an die Ergotherapie	Pooremamali et al. (2011a)	<ul style="list-style-type: none"> - Rollenverteilung bei bestimmten Aktivitäten, z.B. Hausarbeit wird als wichtige Aufgabe der Frau angesehen - Unterschiedliche Ansichten und Vorstellungen bezüglich Betätigung* - Traditionell geprägte Frauen sind stark in die Familie eingebunden. Teilnahme an Gruppenaktivitäten wird deshalb eher abgelehnt - Psychische Krankheiten sind oft ein Tabuthema - TherapeutInnen werden oft als Autoritätsperson gesehen, die Entscheidungen treffen
	Yang et al. (2006)	<ul style="list-style-type: none"> - Arbeit hat einen wichtigen Stellenwert - Ältere Menschen kennen das Wort „Freizeit“ nicht, für sie gibt es nur die Zeit ausserhalb der Arbeit bzw. das Ausruhen nach der Arbeit - TherapeutInnen sollen eine führende Rolle einnehmen, klare Vorschläge für die Intervention werden oftmals bevorzugt

3 Resultate

Themen	Studie	Kernaussagen der Studie
Werte und Erwartungen der KlientInnen an die Ergotherapie	Tamaru et al. (2006)	<ul style="list-style-type: none"> - KlientInnen fordern innerhalb der Familie nicht aktiv nach Hilfe, da dies die Beziehung zu sehr beanspruchen würde - Nach der Meinung von individualistisch geprägten TherapeutInnen sind es Japaner nicht gewohnt, ihre eigenen Wünsche auszusprechen
	Pooremamali et al. (2011b)	<ul style="list-style-type: none"> - Mit Fremden über ihre Probleme zu reden fällt den KlientInnen schwer, deshalb besteht der Wunsch nach einer „mahram-affinity“, einer Beziehung zur Therapeutin, die gleich nahe ist wie zu engen Familienmitgliedern - Wenig professionelle Distanz gewünscht - Behandlung durch gleichgeschlechtliche Therapeutin oder Therapeuten - Mitgefühl, Respekt, Transparenz der Therapeutin - Der Respekt gegenüber familiären Werten wird als unumstrittene Pflicht der TherapeutInnen angesehen - Der klientenzentrierte Ansatz*, bei dem KlientInnen viel Verantwortung übergeben wird, wird von vielen KlientInnen weniger geschätzt - TherapeutInnen sind für die KlientInnen eine Autoritätsperson, vergleichbar mit Eltern oder Lehrern, und wird als verantwortlich und stark betrachtet - Vorteil, wenn die Therapeutin die gleiche Sprache spricht - Wunsch nach Bestätigung und Verständnis der kulturbedingten Verhaltensweisen, z. B. dass die Identität des Kollektivs über der individuellen Identität steht - Der Fokus in der Therapie sollte nicht nur auf die Betätigungsperformanz ausgerichtet sein, sondern auch auf die Balance im Inneren (Seele-Körper-Geist). Spirituelle Aktivitäten haben grosse Bedeutung, dienen zur Erhaltung der Gesundheit
Selbständigkeit (bei ADL's)	Pooremamali et al. (2011a)	<ul style="list-style-type: none"> - Eltern sehen die Selbständigkeit ihrer Kinder oft nicht als primäres Ziel an
	Yang et al. (2006)	<ul style="list-style-type: none"> - Selbständigkeit im Alltag wird von den KlientInnen nicht immer als primäres Ziel angegeben - TherapeutInnen erachten die Erreichung von Selbständigkeit im ADL Bereich als wichtig - Die jüngere, kollektivistische Generation legt mehr Wert auf die Selbständigkeit als ältere kollektivistisch geprägte Menschen

3 Resultate

Themen	Studie	Kernaussagen der Studie
Selbständigkeit (bei ADL's)	Tamaru et al. (2007)	<ul style="list-style-type: none"> - Selbständigkeit wird kulturabhängig unterschiedlich definiert, sie wird in Beziehung gebracht mit der Durchführung von Aktivitäten - Das selbständige Durchführen der ADL's wird von vielen TherapeutInnen aus Kanada wie auch aus Japan als primäres Ziel der Rehabilitation angestrebt. Diese Therapeutinnen definieren Selbständigkeit als Kompetenz.
	Pooremamali et al. (2011b)	<ul style="list-style-type: none"> - Interventionen, bei denen es um die Erreichung von ökonomischer Unabhängigkeit geht, sind für KlientInnen wenig bedeutsam
	Heigl et al. (2011)	<ul style="list-style-type: none"> - Selbständigkeit und Selbstverwirklichung als primäres Ziel der Therapie anzugehen, wird als schwierig erachtet - Der Fokus soll auf den familiären Kontext der KlientInnen gelegt werden (familienzentrierte Therapie) - Individualistisch geprägtes Konzept der Ergotherapie, welches die Selbständigkeit und Selbstverwirklichung zum Ziel hat, muss für einen interkulturellen Ansatz überdacht werden
Werte, Erwartungen der TherapeutInnen an die KlientInnen	Pooremamali et al. (2011a)	<ul style="list-style-type: none"> - Autonome KlientInnen, die Entscheidungen von sich aus treffen - Aktive Beteiligung der KlientInnen im Problemlösungsprozess - Work-life-balance* wird als wichtig erachtet - Gleichberechtigung von Männern und Frauen. Haushaltsaktivitäten können von Mann und Frau erledigt werden - Frauen nehmen aktiv am gesellschaftlichen Leben teil
	Yang et al. (2006)	<ul style="list-style-type: none"> - Klientenzentrierter Ansatz* - Aktivitätsbasierte Therapie* wird als bedeutend erachtet und soll mehr angewendet werden
	Tamaru et al., (2007)	<ul style="list-style-type: none"> - Japanische TherapeutInnen äussern, dass das Bildungssystem mehr Selbständigkeit lehren sollte - Wunsch nach mehr Initiative und Eigenverantwortung der KlientInnen wird geäussert
	Pooremamali et al. (2011b)	<ul style="list-style-type: none"> - Effektive und produktive Tätigkeiten stehen im Zentrum, dadurch ist Selbstverwirklichung möglich - Klientenzentrierte Praxis* als grundlegender Wert

Themen	Studie	Kernaussagen der Studie
Migration: Barrieren und Schwierig- keiten	Pooremamali et al. (2011a)	<ul style="list-style-type: none"> - Verschiedene Krankheitsansichten prallen aufeinander - Die KlientInnen, die in die Therapie kommen haben oftmals keinen Job und sind deshalb finanziell abhängig - Sprachbarriere und Kommunikationsstil - Unterschiede in den Geschlechtsrollen: Vor allem junge Therapeutinnen haben Schwierigkeiten, mit älteren Klienten eine gute Beziehung aufzubauen. Männer widersetzen sich öfter den Instruktionen einer Therapeutin - Teilnahme an Gruppenaktivitäten wird von traditionellen Frauen eher abgelehnt, da sie sehr stark in ihre Familie integriert sind - Unterschiedliche Ansichten und Vorstellungen bezüglich Betätigung* und Rollen treffen aufeinander - Familiäres Umfeld als Hindernis beim Erwerb der Selbständigkeit, besonders bei jungen KlientInnen - Die meisten KlientInnen können nach der Ansicht der ErgotherapeutInnen ihre eigenen Wünsche nicht direkt aussprechen - Umsetzung des klientenzentrierten Ansatzes* ist schwierig. Als Grund dafür wird die passive Haltung der MigrantInnen angegeben
	Yang et al. (2006)	<ul style="list-style-type: none"> - Umsetzung des klientenzentrierten Ansatzes* wird aufgrund der eher passiven Haltung der KlientInnen und des Spitalsettings als schwierig empfunden. - Klientenzentrierte Praxis* im asiatischen Kontext eins zu eins anzuwenden, wird als problematisch empfunden, deshalb muss er in diesem Kontext neu definiert werden: Die TherapeutInnen müssen bei Entscheidungsfindungen die Familie berücksichtigen - Das Konzept von Selbständigkeit im Alltag ist in Singapur aufgrund der Werte der KlientInnen, den sozialen Normen bezüglich Pflegeleistungen und der profitorientierten Gesellschaft schwierig umzusetzen - Der Ansatz der sensorischen Integration ist schwierig anzuwenden
	Tamaru et al. (2007)	<ul style="list-style-type: none"> - Unterschiedliche Werte bezüglich Selbständigkeit treffen aufeinander und werden als Schwierigkeit gesehen. TherapeutInnen fühlen sich nicht wohl, ihre Werte den KlientInnen aus Kulturen, bei denen die wechselseitige Abhängigkeit die Norm ist, aufzudrängen

3 Resultate

Themen	Studie	Kernaussagen der Studie
Migration: Barrieren und Schwierigkeiten	Pooremamali et al. (2011b)	<ul style="list-style-type: none"> - Die Sprachbarriere wird von den KlientInnen als grosses Hindernis angesehen, eine vertrauensvolle Beziehung aufzubauen - Einige KlientInnen äussern, dass sie es als Schwierigkeit ansehen, mit Fremden über ihre Probleme zu sprechen - Anwendung des klientenzentrierten Ansatzes*, nach individualistischer Sichtweise wird als schwierig empfunden. Die Umsetzung des klientenzentrierten Ansatzes* erfordert das Kennenlernen der kulturellen Realität der KlientInnen und seiner Wahrnehmung des täglichen Lebens. Wenn die kulturellen Aspekte nicht in die Therapie mit einbezogen werden, hat die Therapie möglicherweise einen negativen Effekt - Die individualistischen Werte der Selbständigkeit, Selbstbestimmung und Autonomie geraten in Konflikt mit den Werten der KlientInnen von Harmonie, sozialer Integration und Balance. Diese lassen sich nicht mit den familiären Pflichten und Werten vereinbaren
	Heigl et al. (2011)	<ul style="list-style-type: none"> - Die Teilnehmenden spürten eine Ambivalenz zwischen dem Herkunftsland und der Schweiz. Ferien im Herkunftsland sind mit positiven Emotionen verknüpft. Wieder dorthin zurückzugehen wäre aber nur unter guten Bedingungen möglich - Es wird zwischen der in- group (man fühlt sich als Teil davon) und der out-group (man fühlt sich fremd) unterschieden. Alle befragten Migranten haben die Erfahrung gemacht, in der out-group zu sein
Strategien	Yang et al. (2006)	<ul style="list-style-type: none"> - Wenige Vorschläge anbringen, sodass die Klientin oder der Klient beginnen kann, eine Wahl zu treffen
	Pooremamali et al. (2011b)	<ul style="list-style-type: none"> - Unterstützungssystem „Familie“ in die Behandlung mit einbeziehen - Familiäre Werte respektieren - Interventionen auswählen, die der kulturellen Realität der Klientin oder des Klienten entsprechen (Förderung der Harmonie und Balance, Integration im sozialen Umfeld) - Interesse am familiären Umfeld der Klientin oder des Klienten zeigen, Beziehung zur ganzen Familie pflegen - Gleiche Sprache stärkt das Vertrauen, einige Worte in der Sprache der Klientin oder des Klienten sprechen - Transparenz, Mitgefühl und Respekt zeigen

4 Diskussion

In der Diskussion werden die Hauptaussagen der Studien einander anhand der Matrixpunkte gegenübergestellt und Rückschlüsse bezüglich der Forschungsfrage gezogen. Dabei wird ergänzend weitere Literatur hinzugezogen.

4.1 Familie

Die Studien zeigen deutlich, dass die Familie für Menschen mit einem kollektivistischen Hintergrund einen sehr wichtigen Stellenwert einnimmt (Heigl et al., 2011, Pooremamali et al., 2011a/b, Yang et al., 2006).

In Yang et al. (2006) sowie in Heigl et al. (2011) wird die Familie sogar als bedeutendster Faktor im Leben beschrieben. Albanische und mazedonische MigrantInnen aus der Studie von Heigl et al. (2011) nehmen sich als Teil eines strukturierten Familiensystems wahr. Das „Selbst“ scheint bei ihnen weniger wichtig zu sein. Es wird mehr durch das Gefühl, zur Gruppe zu gehören, definiert.

Diese Verbundenheit wird auch im KAWA Modell ersichtlich, in dem der Mensch als Teil des Ganzen angesehen wird (Iwama et al., 2009).

Bei der Migration hat eine Familie grosse Herausforderungen zu bewältigen (Treas & Mazumdar, 2002). Die Bedeutung der Familie nimmt dadurch zu (Heigl et al., 2011). Die Familie dient als Ort der Identitätswahrung, wenn der Aufnahmekontext als fremd empfunden wird (Dietzel-Papakyriakou, 2005). So werden z.B. Freizeitaktivitäten bevorzugt im Kreise der Familie durchgeführt. Die Wahl der Aktivität spielt dabei eine geringe Rolle (Heigl et al., 2011).

Die hohe Bedeutung der Familie zeigt sich ebenfalls in der finanziellen Versorgung innerhalb der Familie. In einer kollektivistisch organisierten Familienstruktur liegt die Verantwortung häufig beim Familienoberhaupt (Hofstede, 2005). In den Studien von Yang et al. (2006) und Kubli (2009) wird ebenfalls darauf hingewiesen, dass der Mann oft die Rolle des Ernährers der Familie einnimmt. So fühlten sich die männlichen Befragten der Studie von Heigl et al. (2011) für die finanzielle Versorgung der Familie verantwortlich. Folglich nimmt Arbeit einen wichtigen Stellenwert ein (Yang et al., 2006, Kubli, 2009) und stellt einen bedeutenden Motivator zur Ausübung des Berufes dar (Heigl et al., 2011).

Der hohe Stellenwert der Arbeit zeigt sich auch in der Studie von Pooremamali et al. (2011b). So reden ältere kollektivistisch geprägte KlientInnen beim Thema „Freizeit“ von „Zeit nach der Arbeit“ und von „Zeit ausserhalb der Arbeit“.

Kann die Rolle aufgrund eines Unfalls oder Krankheit nicht mehr ausgeführt werden, wird dies häufig mit Scham- und Schuldgefühlen verbunden und als Belastung wahrgenommen (Abazi, 2002). Denn die Unterstützung der Familie wird oft als Pflicht angesehen (Yang et al., 2006) und wird als etwas völlig Selbstverständliches verstanden (Kubli, 2009). Nach Tamaru et al. (2007) ist es ein Zeichen von Liebe und Respekt, für jemanden zu sorgen. Hilfe wird meist angeboten, bevor danach gefragt wird. Die Menschen sind aufeinander eingestellt und angewiesen. Es wird von Interdependenz bzw. von wechselseitiger Abhängigkeit gesprochen.

Der Bedarf nach Unterstützung wird besonders im Alter zum Thema. Denn mit zunehmendem Alter nimmt auch die Hilfsbedürftigkeit der Menschen auf verschiedenen Ebenen zu (Habermann & Wittmershaus, 2005).

In der Abbildung 5 verdeutlicht Heigl et al. (2011) diese familienzentrierte Sichtweise. Dort nimmt die „Familien-Elypse“ viel mehr Raum in Anspruch als die Ich-Elypse (Heigl et al., 2011). Die grosse Überlappung der beiden Elypsen symbolisiert die starke Verbindung und Interaktion zwischen der Familie und dem Ich.

Auch in individualistisch geprägten Kulturen wird die Pflege von Angehörigen häufig als Familienangelegenheit betrachtet (Ulusoy & Gräsel, 2010). Die Studienresultate zeigen jedoch, dass die Familie in kollektivistisch geprägten Gesellschaften eine noch zentralere Rolle spielt (Pooremamali et al., 2011a, Yang et al., 2006, Pooremamali et al., 2011b, Heigl et al., 2011b).

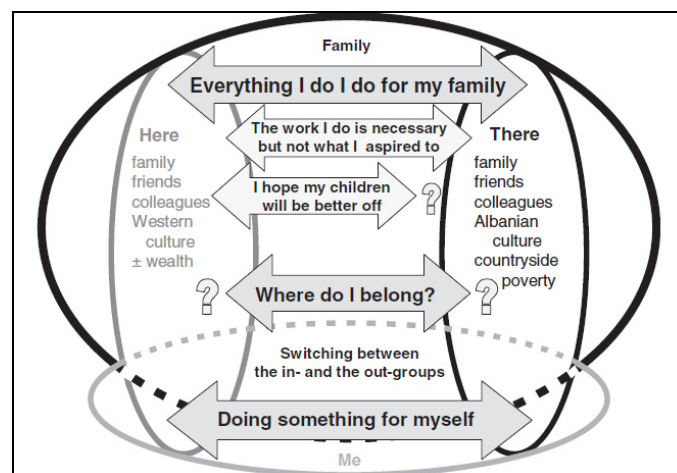


Abbildung 5: "Perceptions of current daily occupations of male Albanians doing blue-collar work and living in Switzerland" (Heigl et al., 2011).

Die hohe Bedeutung, die der Familie zukommt und die damit verbundene Bereitschaft der kollektivistisch geprägten Familien ihre Mitglieder zu unterstützen, muss bei der Frage nach der Bedeutung der Selbständigkeit beachtet werden (Pooremamali et al., 2011a).

4.2 Selbständigkeit

4.2.1 Bedeutung der Selbständigkeit aus der Sicht von KlientInnen

Selbständigkeit wird kulturell unterschiedlich definiert (Tamaru et al., 2007). Die kollektivistisch geprägten Befragten aus den Studien von Heigl et al. (2011) und Yang et al. (2006) geben Selbständigkeit nicht als primäres Ziel an. Dies lässt sich auf Werte wie Akzeptanz, Harmonie und wechselseitige Abhängigkeit, die bei kollektivistisch geprägten KlientInnen im Zentrum stehen, zurückführen (Heigl et al., 2011, Pooremamali et al., 2011a/b, Tamaru et al., 2007, Kubli, 2009). Diese Werte sind im KAWA Modell ebenfalls ersichtlich (Iwama et al., 2009).

Junge Menschen, welche das Ziel einer Rehabilitation haben, definieren Selbständigkeit eher über die Fähigkeit, ADL's ohne Unterstützung ausführen zu können (Tamaru et al., 2007). In der Studie von Yang et al. (2007) geben ErgotherapeutInnen an, dass die Selbständigkeit in den ADL's für kollektivistisch geprägte jüngere Generation im Vergleich zur älteren Generation wichtiger ist. Für behinderte Menschen und Menschen mit einer progredienten Krankheit bedeutet Selbständigkeit oft Kontrolle und Willensfreiheit über das eigene Leben (Reindal, 1999). Es ist also nicht das Ziel, Dinge alleine oder ohne Hilfe zu tun, sondern darüber bestimmen zu können, wann und wie die Hilfe geleistet werden soll (Tamaru et al., 2007). „Independence is a state of mind, rather than a physical ability“ (Campbell, 1994, zitiert nach Tamaru et al., 2007, S.1022).

Auch bei älteren Menschen gewinnt die Autonomie und Selbstbestimmung aufgrund des progredienten Alterungsprozesses zunehmend an Bedeutung (Russell, Fitzgerald, Williamson, Manor & Whybrow, 2002).

Zusammenfassend weisen alle untersuchten Hauptstudien auf die geringe Bedeutung der Selbständigkeit für kollektivistisch geprägten Klienten hin.

Die Nebenstudie von Sato, Demura, Kobayashi und Nagasawa (2002), die ergänzend hinzugezogen wurde, zeigt, dass sich Selbständigkeit positiv auf die Lebensqualität ältere Menschen in Japan auswirkt.

Dies weist darauf hin, dass auch kollektivistisch geprägte ältere Menschen den Verlust der Selbständigkeit als einen Verlust in der Lebensqualität empfinden (Sato et al., 2002). Auch in der Studie von Bozo, Toksabay und Kürüm (2009) wurde festgestellt, dass bei einer höheren Funktionsfähigkeit in den ADL's ein geringeres Risiko zur Entwicklung einer Depression besteht.

Die Verfasserinnen schliessen daraus, dass die Bedeutung der Selbständigkeit bei jeder Klientin und jedem Klienten individuell erfasst werden muss.

Nach Hashizume und Kanagawa (1996) unterscheidet sich der Umgang mit dem Verlust von Selbständigkeit in den verschiedenen Kulturkreisen. In kollektivistischen Kulturkreisen wird er von den Menschen und der Gesellschaft eher akzeptiert und anerkannt als in individualistischen Kulturkreisen.

4.2.2 Bedeutung der Selbständigkeit aus der Sicht von ErgotherapeutInnen

Selbständigkeit, Selbstbestimmung und Selbstverwirklichung sind individualistische Werte, welche von ErgotherapeutInnen als sehr wichtig empfunden werden (Kubli, 2009). Dass das Individuum im Zentrum steht und der Fokus auf die individuellen Interessen und Gewohnheiten gelegt wird, kommt auch im MOHO zum Ausdruck (Kielhofner et al., 2005).

Sowohl die kanadischen wie auch die japanischen ErgotherapeutInnen aus der Studie von Tamaru et al. (2007) definieren Selbständigkeit über die Fähigkeit, ADL-Aktivitäten durchzuführen. Sie sprechen in diesem Zusammenhang von „Independence as competence“. Einige TherapeutInnen aus beiden Ländern bestätigen, dass „Independence as competence“ die Hauptperspektive in der Rehabilitation ist. Japanische TherapeutInnen verbinden mit Selbständigkeit auch selbstbestimmtes Handeln und das selbständige Treffen von Entscheidungen (Tamaru et al., 2007).

4.3 Werte der KlientInnen und ihre Erwartungen an die Ergotherapie

Im Leben der kollektivistisch geprägten KlientInnen spielt die Familie eine wichtige Rolle (Heigl et al., 2009, Pooremamali et al., 2011a/b, Yang et al., 2006). Diese Bedeutung zeigt sich auch in den Erwartungen der KlientInnen an die Therapie. Dass Entscheidungen hauptsächlich vom Familienoberhaupt getroffen werden (Hofstede, 2005) beeinflusst die Erwartungen an die Ergotherapie (Pooremamali, 2011b).

KlientInnen sind es sich aus Sicht individualistisch geprägter ErgotherapeutInnen der Studie von Tamaru et al. (2007) nicht gewohnt, in ihrem Leben die Kontrolle zu übernehmen. Die kollektivistisch geprägten KlientInnen äussern, dass sie sich eine autoritär auftretende Therapeutin wünschen (Pooremamali et al., 2011b). Diese therapeutische Haltung wird auch von den KlientInnen der Studie Yang et al. (2006) und Pooremamali et al. (2011a) gewünscht. In der Studie von Pooremamali et al. (2011b) wird in diesem Zusammenhang von einer führenden Therapeutin gesprochen. Dabei wird es als Vorteil angesehen, wenn die Therapeutin die gleiche Sprache spricht (Pooremamali et al., 2011b).

Neben dieser autoritären und führenden Rolle der Therapeutin wünschen sich die KlientInnen eine „mahram-affinity“. Dies meint eine Beziehung, welche vergleichbar ist mit der Beziehung zwischen Familienmitgliedern. Sie wünschen sich ein respektvolles Verhalten der Therapeutin gegenüber der Familie und möchten sie in den familiären Kreis aufnehmen. Eine mitfühlende und beratende Art, ein transparentes Auftreten sowie Verständnis gegenüber familiären Verpflichtungen ist ein weiteres Anliegen der KlientInnen. Es ist ihnen wichtig, dass die Familie als unterstützendes System in die Therapie einbezogen wird (Pooremamali et al., 2011b).

Die innere Balance (Seele-Körper-Geist) hat eine grosse Bedeutung für kollektivistisch geprägte KlientInnen (Pooremamali et al., 2011b, Iwama et al., 2009). Spirituelle Aktivitäten, dazu gehört z. B. die Ausführung von religiösen Ritualen, dienen zur Erhaltung der Gesundheit. Es wird mehr Wert auf die physische, emotionale und innere Balance gelegt, als auf die Balance zwischen verschiedenen Aktivitäten wie z.B. Work-life-balance*. Kollektivistisch geprägte KlientInnen gehen davon aus, dass Wohlbefinden nicht zwingend durch Betätigung* erreicht wird (Pooremamali et al., 2011b). Dies lässt sich auf ihr Bedürfnis nach Harmonie und die hohe Bedeutung der Umwelt zurückführen, die im KAWA Modell deutlich wird (Iwama et al., 2009).

Betätigungen* sind oft an bestimmte Rollen geknüpft. ErgotherapeutInnen der Studie von Pooremamali et al. (2011a) machten die Erfahrung, dass Hausarbeit von kollektivistisch geprägten KlientInnen oft als Aufgabe der Frau angesehen wird. Traditionelle Frauen mit einem kollektivistischen Hintergrund sind stark in die Familie eingebunden. Eine Teilnahme in einer Gruppentherapie wird deshalb oft abgelehnt.

Deshalb bestehen bestimmte Rollenerwartungen der KlientInnen an die TherapeutInnen, die in der Therapie berücksichtigt werden sollen.

Befragte KlientInnen lassen sich bevorzugt von gleichgeschlechtlichen TherapeutInnen behandeln (Pooremamali et al., 2011b). Gibbs & Barnitt (1999) bestätigt diese Aussage durch die Befragung von HinduistInnen Indien.

Über allem steht der Wunsch nach Verständnis und Bestätigung in kulturbedingten Verhaltensweisen (Pooremamali et al., 2011b).

Die aufgeführten Wertvorstellungen und Erwartungen sollten nicht verallgemeinert werden. Die Verfasserinnen weisen deshalb auf die individuelle Betrachtung der KlientInnen hin.

4.4 Werte der individualistisch geprägten ErgotherapeutInnen und Erwartungen an die KlientInnen

Die Haltung individualistisch geprägter ErgotherapeutInnen orientiert sich stark am klientenzentrierten Ansatz* (Kubli 2009, Yang et al., 2007, Pooremamali et al., 2011a). Teil dieses Ansatzes stellt das gemeinsame Definieren von Problemen und Zielen dar. Die KlientInnen werden dazu ermutigt, ihre Ziele selbständig zu formulieren und der Behandlungsinhalt wird gemeinsam festgelegt.

Klientenzentrierung* bedeutet auch, dass der Klient im Behandlungsprozess Eigenverantwortung übernimmt (Sumsion, 1999). Die ErgotherapeutInnen der Studie von Yang et al. (2006) geben den klientenzentrierten Ansatz* als wichtig an.

Nach Kubli (2009) stehen Selbständigkeit, Selbstbestimmung und individueller Selbstverwirklichung bei individualistisch geprägten ErgotherapeutInnen im Zentrum (Kubli, 2009). Dies bestätigt sich ebenfalls in der Studie von Yang et al., (2006). Die befragten ErgotherapeutInnen erwarten von ihren KlientInnen in der Therapie Initiative und Eigenverantwortung. Dies kommt auch in ihrem Wunsch, dass das japanische Bildungssystem die Jugend zu mehr Selbständigkeit ermuntern soll, zur Geltung. In Pooremamali et al. (2011a) besteht ebenfalls die Erwartung an KlientInnen, dass sie autonom sind und Entscheidungen von sich aus treffen.

Für ErgotherapeutInnen in der Studie von Pooremamali et al. (2011a) ist Gleichberechtigung sehr wichtig. Dies zeigt sich darin, dass beispielsweise Haushaltsaktivitäten ihrer Ansicht nach sowohl von Männern wie auch von Frauen erledigt werden können.

Auch die Work-life-balance* ist für ErgotherapeutInnen von hoher Bedeutung (Pooremamali et al., 2011a). Sie verbinden eine aktiv gestaltete Freizeit mit Erholung (Heigl et al., 2011). Deshalb ist es das Ziel der Ergotherapie, den KlientInnen bei einer aktiven Gestaltung der Freizeit zu unterstützen (Kubli, 2009).

4.5 Übersicht über Diskussionsinhalte

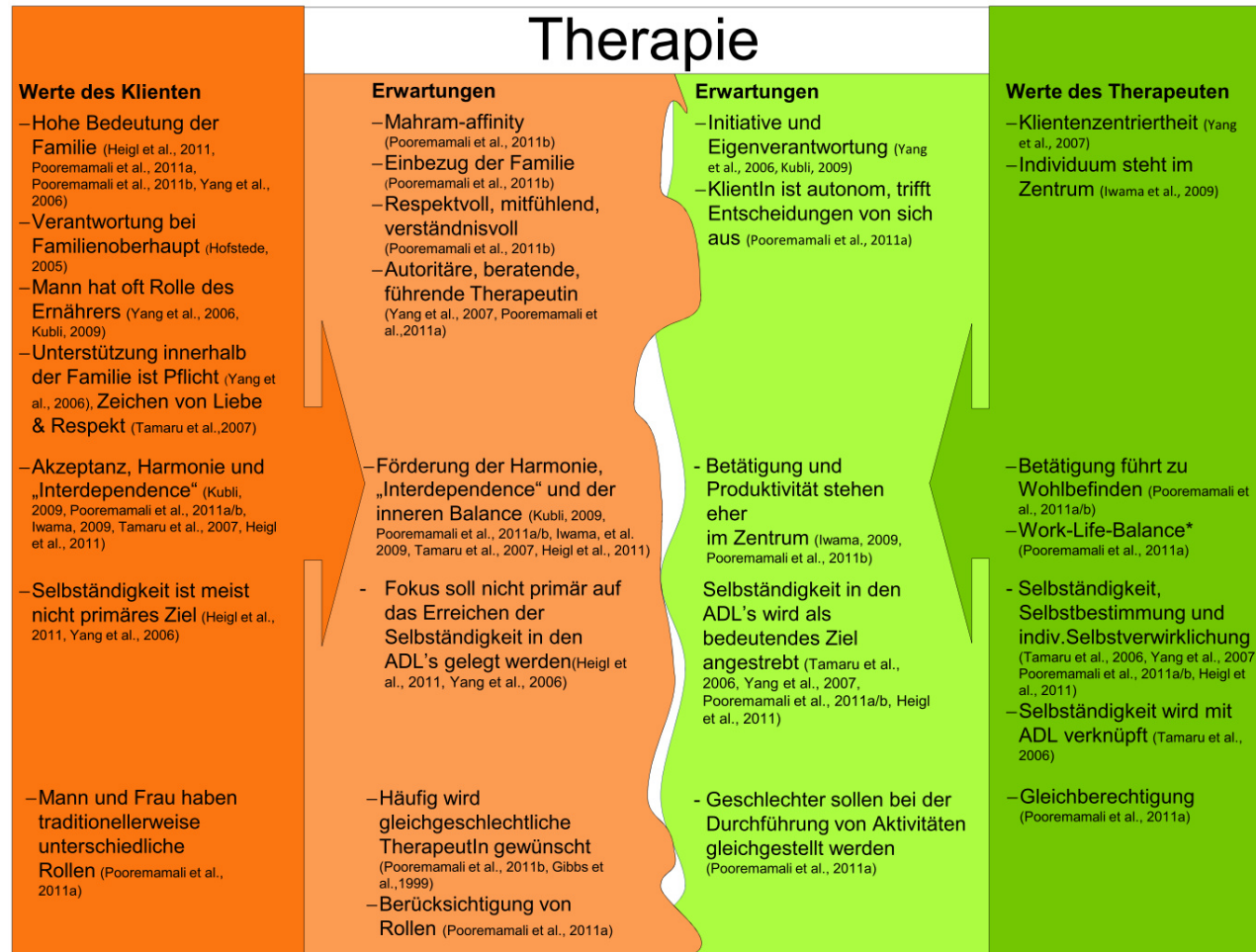


Abbildung 6: Übersicht über Diskussionsinhalte; eigene Darstellung.

4.6 Barrieren und Schwierigkeiten

Die Zusammenfassung der Diskussion weist bereits auf mögliche Barrieren und Schwierigkeiten hin, die im Folgenden aufgezeigt werden. Dabei ist zu beachten, dass es sich um mögliche Schwierigkeiten handelt, die keinesfalls als allgemeingültig verstanden werden dürfen.

Bei der Behandlung von KlientInnen mit kollektivistischem Hintergrund wurden Kommunikationsschwierigkeiten als eine der grössten Schwierigkeiten genannt (Kubli, 2009, Pooremamali et al., 2011b). Der Bildungsstand und die Stellung des Individuums in der Gesellschaft bestimmen diese Schwierigkeiten als ausschlaggebender Faktor mit (Kubli, 2009).

Die unterschiedlichen Vorstellungen bezüglich der therapeutischen Haltung und die unterschiedlichen Bedeutungen von Selbständigkeit treffen in der Therapie aufeinander (Kubli, 2009, Yang et al., 2006, Pooremamali et al., 2011a). Dabei lässt sich erneut auf das Eisbergmodell von Ruch und Zimbardo (1975) verweisen, welches verdeutlicht, dass Erwartungen und Wünsche der TherapeutInnen und KlientInnen oft auf unsichtbarer Ebene aufeinandertreffen. Die „Kollision“ ist in der Therapie spürbar. So äussern TherapeutInnen der Studie von Pooremamali et al. (2011a) Frust, Unsicherheit und ein unangenehmes Gefühl. Die befragten ErgotherapeutInnen der Studie von Tamaru et al. (2007) äussern, dass sie sich unwohl fühlen, wenn sie ihre Ansichten und Werte von Selbständigkeit auf ihre KlientInnen zu übertragen versuchen. Die befragten ErgotherapeutInnen in Kubli (2009) gaben ein Gefühl der Hilflosigkeit und des Unverständnisses an. Das Gefühl von Hilflosigkeit wird zusätzlich durch Schwierigkeiten wie Armut und Diskriminierung der KlientInnen verstärkt, die in der Therapie nicht vollumfänglich aufgefangen werden können (Pooremamali et al., 2011a). Die erschwerte Reintegration der KlientInnen stellt eine weitere Barriere im therapeutischen Prozess dar (Kubli, 2009, Pooremamali et al., 2011a).

Die unterschiedlichen Werte und Vorstellungen der KlientInnen und TherapeutInnen von Betätigungen* und den damit verbunden Rollen werden in der Therapie als Barriere wahrgenommen (Pooremamali et al., 2011a).

5 Selbständigkeit im Alter

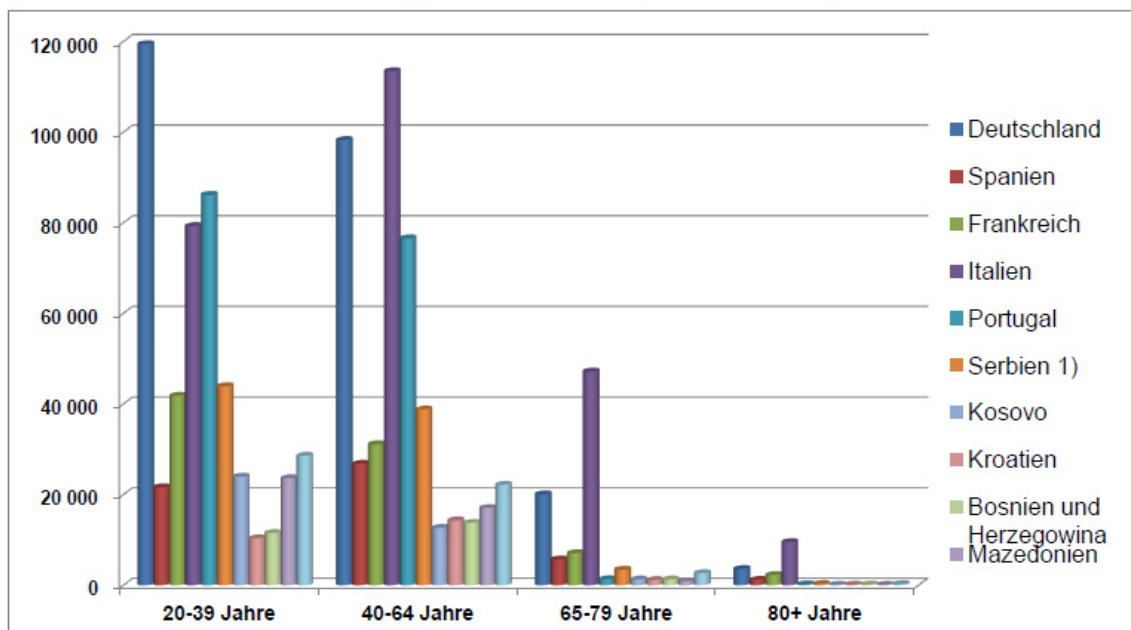
Durch die Auseinandersetzung mit den Studienresultaten hat sich herausgestellt, dass die Selbständigkeit in den ADL's im Alter eine geringere Bedeutung hat (Yang et al., 2006). Diese Erkenntnis wird im Folgenden vertieft.

5.1 Ältere MigrantInnen in der Schweiz

Viele ältere MigrantInnen pendeln noch zwischen Herkunfts- und Gastland. Ein endgültiger Verbleib wird wahrscheinlich, wenn ihre Mobilität aus gesundheitlichen oder finanziellen Gründen abnimmt (Dietzel-Papakyriakou & Olbermann, 1997). Familiäre Bindungen sind ein weiterer Grund für das Bleiben. Das Schweizerische Rote Kreuz weist daraufhin, dass lediglich ein Drittel der MigrantInnen in ihr Herkunftsland zurückkehrt (Nationales Forum Migration und Alter, 2008). Folglich treffen ErgotherapeutInnen zunehmend auf ältere MigrantInnen mit kollektivistischem Hintergrund (Noorderhaven, 1999).

Die grösste Gruppe der AusländerInnen über 65 Jahren sind ItalienerInnen, gefolgt von Personen aus Deutschland, Portugal und Serbien (siehe Abbildung 6). Bei den 40–64 jährigen Nachfolgenden ist eine ähnliche Verteilung festzustellen (BFS, 2010).

Ständige und nichtständige europäische ausländische Wohnbevölkerung nach Alter, Auswahl, Stand 2010



1) Inkl. Personen, die noch nicht einem Nachfolgestaat des ehemaligen Serbien und Montenegro zugeteilt werden können.

Abbildung 7: Ständige und nichtständige europäische ausländische Wohnbevölkerung nach Alter, Auswahl (BFS, 2010).

Ältere MigrantInnen leiden oft unter gesundheitlichen Problemen, sozialer Desintegration und ökonomischen Nachteilen. Dies lässt sich unter anderem auf eine geringe schulische und berufliche Ausbildung, eine hohe Arbeitsbelastung in krisenanfälligen Wirtschaftsbranchen, tiefe Löhne, wenig Aufstiegschancen und ein erhöhtes Risiko der Arbeitslosigkeit zurückführen (Nationales Forum Migration und Alter, 2008). Viele MigrantInnen leiden unter Heimweh (Dietzel-Papakyriakou, 1999) und Altersdepression (Nationales Forum Migration und Alter, 2008).

5.2 Verschiedene Sichtweisen von Alter

Es gibt verschiedene Möglichkeiten, Alter festzulegen (Habermann & Wittmershaus, 2005).

Alter bedeutet zunächst die rein numerisch ablaufende Abfolge eines kalendarischen Alters. In diesem Zusammenhang wird vom numerischen oder chronologischen Alter gesprochen (Habermann & Wittmershaus, 2005, Müller, 2010). Die World Health Organization [WHO] (2012) legt den Altersbeginn auf das 60. Lebensjahr fest. Dem alternden Menschen kommt nach der WHO (2012) eine aktive Rolle zu. In diesem Zusammenhang fällt der Begriff „Active Ageing“. Dabei wird ein Prozess gemeint, bei dem die alternde Person aktiv nach optimaler Gesundheit, Partizipation, Sicherheit und Lebensqualität strebt.

Beim sozialen Alter“, das sich an Eckzeitpunkten im Leben orientiert und von gesetzlichen Vorgaben oder gesellschaftlichen Entwicklungen (z.B. Volljährigkeit, Renteneintritt) beeinflusst wird (Müller, 2010), sind kulturelle Unterschiede vorhanden. Bei MigrantInnen tritt das soziale Alter oftmals früher ein, denn sie orientieren sich in ihren Lebensphasen an eigenen kulturellen Alterspassagen (frühere Großelternschaft, früheres Berentungsalter im Herkunftsland etc.) (Habermann & Wittmershaus, 2005).

Das biografische Alter zeigt auf einer persönlichen Ebene, ab wann sich jemand als alt bezeichnet. Die Migration als zentrale Lebenserfahrung prägt den Altersprozess und das altersgemässe Erleben sowie das Verhalten eines Menschen mit (Habermann & Wittmershaus, 2005, Müller, 2010).

5.3 Alt werden in einem fremden Land

In der Lebensphase des Alters wird oft auf Traditionen, Werte und verinnerlichte Altersbilder zurückgegriffen (Okken, Spallek & Razum, 2008). Auch bei Menschen mit Migrationshintergrund ist dies zu beobachten (Treas & Mazumdar, 2002).

Deshalb ist es vor allem für ältere migrierte Menschen schwierig, sich in das individualistische System einzufügen. Sie sind oft von der Gesellschaft isoliert, da sie hauptsächlich innerhalb der Familie Kontakte haben (Treas & Mazumdar, 2002).

In kollektivistischen Kulturkreisen wird die Abhängigkeit von der Familie ab der Pensionierung häufig anerkannt (Hashizume & Kanagawa, 1996). Dabei sind die Kinder und Ehepartner die wichtigsten Bezugspersonen von älteren MigrantInnen (Treas & Mazumdar, 2002).

Die Unterstützung in der Familie ist gegenseitig. Die Kinder bieten Unterstützung bei alltäglichen Aktivitäten, die durch den körperlichen Alterungsprozess nicht mehr durchgeführt werden können. Die älteren Familienmitglieder kümmern sich um die Enkelkinder, helfen im Haushalt mit oder stehen mit Ratschlägen bei persönlichen oder praktischen Problemen zur Seite (Treas & Mazumdar, 2002).

5.4 Bedürfnisse der älteren MigrantInnen

Aufgrund der geleisteten Unterstützung nimmt Selbständigkeit im Alter einen geringeren Stellenwert ein. Dies zeigt sich im folgenden Zitat:

„I have done it in all my life taking care of people [older than] me, now, why should I be independent?“ (Yang et al., 2006, S. 182).

Die alten Menschen erwarten nun, dass sie auch auf die Unterstützung ihrer Familienmitglieder zurückgreifen können (Yang et al., 2006, Kubli, 2009).

Älteren MigrantInnen in der Schweiz wünschen sich, so lange wie möglich zu Hause wohnen zu können und von ihren Familienmitgliedern oder auch Bekannten und Freunden gepflegt zu werden. Sie stellen sich eine Betreuung wie in ihrem Herkunftsland vor. Wenn die Betreuung im Herkunftsland (hier: Italien) durch die Familienmitglieder nicht möglich war, wurde eine Betreuungsperson angestellt, die während 24h anwesend war. Da dies in der Schweiz aufgrund der finanziellen Verhältnisse meist nicht möglich ist, ziehen einige der befragten Personen einen Umzug ins Altersheim in Erwägung.

Das Angebot der Spitex wird nur selten thematisiert (Kobi, 2008).

Um auf die Bedürfnisse der älteren MigrantInnen einzugehen, wurden bereits zwei stationäre Angebote für ItalienerInnen in Zürich (Erlenhof) und Bern (Schwabgut, mediterrane Hausgemeinschaft) errichtet. Die MitarbeiterInnen dieser Hausgemeinschaften kennen die Bräuche und Sitten dieser Kultur, wodurch sie die BewohnerInnen besser verstehen können (Pflegezentrum Erlenhof, 2012).

Das Bedürfnis, dieses Angebot zu nutzen, ist bei den befragten Personen aus der Studie von Kobi (2008) unterschiedlich. Sie möchten sich nicht zu sehr von der schweizerischen Bevölkerung isolieren.

Das Wissen um dieses Angebot kann die Therapeutin in die Therapie einbeziehen und individuell abklären, ob es eine mögliche Wohnform darstellt.

6 Theorie-Praxis-Transfer

Um den Theorie-Praxis-Transfer zu veranschaulichen, wurde ein Fallbeispiel entworfen. Als Grundlage dienen die Studienresultate, die ergänzend einbezogen werden.

In diesem Teil wird für die Therapeutin die weibliche und für den Klienten die männliche Schreibweise verwendet.

Zu beachten ist, dass das Fallbeispiel lediglich eine Möglichkeit darstellt, wie sich ein Klient verhalten könnte und wie eine Therapeutin in der Therapie vorgeht. Die herausgearbeiteten Strategien sollen deshalb nicht allgemeingültig verstanden werden.

6.1 Fallbeispiel

Herr Öztürk ist 66 Jahre alt. Er erlitt vor einem Monat einen Schlaganfall (CVI) mit Hemisyndrom rechts und befindet sich seit zwei Wochen in der Rehaklinik, wo er ergotherapeutisch behandelt wird.

Herr und Frau Ö. wohnen in einer 4-Zi. Wohnung im 2. Stock eines Mehrfamilienhauses in einer Stadt. Herr Ö. spricht gebrochen Deutsch. Seine Frau versteht fast kein Deutsch und spricht nur türkisch.

6.1.1 Familiärer und biografischer Hintergrund:

Herr Öztürk kam 1968 als Wirtschaftsflüchtling von der Türkei in die Schweiz und fand bei einer industriellen Firma arbeit. Er ist gläubiger Moslem. Seine Frau reiste mit den 4 Kindern 4 Jahre später nach. Heute sind seine Kinder zwischen 40 und 50 Jahre alt und leben alle mit ihren eigenen Familien im Kanton Zürich.

6.1.2 Erfassungsgespräch

Im Erstgespräch werden relevante Informationen vom Patienten erfragt. Eine gründliche Anamnese durchzuführen, wird als sehr wichtig für den therapeutischen Prozess erachtet (Kubli, 2009). Der Erfolg einer Behandlung hängt stark davon ab, ob es gelingt, mit dem Klienten ein Vertrauensverhältnis herzustellen (Abazi, 2002). Folglich steht in der ersten Therapiestunde der Beziehungsaufbau im Vordergrund. Interesse am Klienten und seiner Geschichte zu zeigen, ist dabei grundlegend (Pooremamali et al., 2011a, Abazi, 2002, Kubli, 2009).

Auf eine ruhige Atmosphäre zu achten ist ebenfalls empfehlenswert (Wells & Black, 2000, zit. nach Kubli, 2009). Des Weiteren lohnt es sich genügend Zeit für die Anamnese einzuplanen und sich im Team auszutauschen (Kubli, 2009).

Eine wichtige Schlüsselqualifikation zum tieferen Verständnis von KlientInnen mit Migrationshintergrund sind transkulturelle Kompetenzen (Domenig, 2007). Der Begriff wird vielfach synonym zu interkultureller Kompetenz* verwendet (Thomas, 2003).

Transkulturelle Kompetenz ist nach Domenig (2007) die Fähigkeit, individuelle Lebenswelten zu erfassen, zu verstehen und entsprechende, angepasste Handlungsweisen daraus abzuleiten. Müller (2012) betont ebenfalls, dass sich durch das Reflektieren von kulturellen Prägungen, Verhaltensweisen und Denkmuster des Gegenübers ein Verständnis für andere Kulturen entwickelt (Pooremamali et al., 2011a). Durch transkulturelle Kompetenzen werden Gemeinsamkeiten der Kulturen hervorgehoben (Domenig, 2007).

Aufgrund der unterschiedlichen Kommunikationsstile und der Sprachbarriere ist der Beziehungsaufbau erschwert (Pooremamali et al., 2011a, Kubli, 2009). Teil der transkulturellen Kompetenz sind folgende Strategien bzw. Handlungsanpassungen, die die Therapeutin beim Beziehungsaufbau unterstützen.

Folgende Strategien bzw. Handlungsanpassungen können die Kommunikation erleichtern:

- Das Hinzuziehen eines interkulturellen Übersetzers (Kubli, 2009)
- Wenn möglich auf Wunsch nach gleichgeschlechtlicher TherapeutIn (Pooremamali, 2011b)
- Einige Worte in der Sprache des Klienten sprechen (Abazi, 2002, Pooremamali et al., 2011b)
- Bilder und Zeichenmaterial einsetzen (Pooremamali et al., 2011a)
- Betrachten von Karten und Bildern aus dem Herkunftsort des Klienten (Pooremamali et al., 2011a)
- Gesagtes wiederholen und nachfragen um abzusichern, dass die verbalen und nonverbalen Signale richtig verstanden wurden (Erl & Gymnich, 2007)
- Aufmerksam und umsichtig sein, was gesagt wird und wie es gesagt wird (Pooremamali, 2011a)
- Während des Gespräches Notizen machen, so weiss der Klient, dass seine Aussagen als wichtig angesehen werden (Abazi, 2002)

6.1.3 Einbezug der Familie in die Therapie

Die Bedeutung der Familie in kollektivistischen Kulturen soll in der Therapie berücksichtigt werden (Heigl et al., 2011, Pooremamali et al., 2011a/b, Yang et al., 2006).

Bei der Erfassung kann sich die Therapeutin anhand eines Familiengesprächs ein Bild von der Familie machen. Dazu fragt sie unter anderem nach familiären Traditionen und Werten (Pooremamali et al. 2011a).

Dabei ist ein gutes Vertrauensverhältnis grundlegend. Abazi (2002) weist darauf hin, dass Familienangelegenheiten in kollektivistisch geprägten Kulturen intern gelöst werden und nicht gerne mit Fremden besprochen werden. Die oben genannten Strategien und Hinweise zur therapeutischen Haltung sollen auch im Kontakt mit der Familie beachtet werden. Besteht ein gutes Vertrauensverhältnis, wird die Therapeutin in den familiären Kreis eingeladen (Pooremamali et al., 2011b).

In kollektivistischen Kulturen wird dem sozialen Umfeld oft eine grössere Bedeutung beigemessen, als der Aktivität selbst (Heigl et al., 2011). Deshalb erfasst die Therapeutin im Gespräch mit Herr B. und seiner Familie, welche Aktivitäten für ihn bedeutungsvoll sind.

6.1.4 Erfassungsinstrumente

Modelle werden häufig als adäquate Möglichkeit gesehen, die Gesundheit und Beeinträchtigung sowie die Bedürfnisse des Klienten aufzuzeigen (Kielhofner et al., 2005). Zur Erfassung eignet sich ein Modell, welches mit dem kulturellen Hintergrund des Klienten übereinstimmt (Iwama et al., 2009). Die Auswahl des Modells muss deshalb sorgfältig überdacht werden (Le Granse, 2006).

Es soll der Geschichte des Klienten viel Aufmerksamkeit schenken und von seinen Wünschen und Bedürfnissen oder die der Umgebung bzw. des Systems, zu dem er gehört, ausgehen (Le Granse, 2006). Schwierigkeiten tauchen dort auf, wo die Therapeutin oder der Klient nicht die gleichen Werte und Ansichten vom Alltag sowie den Mustern des Modells teilen (Le Granse, 2006).

Das MOHO wird von ErgotherapeutInnen als unterstützend bewertet, weil es den Menschen ganzheitlich betrachtet (Kielhofner, 2005). Es wird bereits in verschiedenen Kulturen angewendet und studiert (Bowyer, B'elanger, Briand &

Heras, 2008). Auch in der Studie von Yang et al. (2006) wenden die ErgotherapeutInnen das MOHO mit ihren KlientInnen an.

Iwama et al. (2009) hingegen weist darauf hin, dass das MOHO nicht auf alle Kulturen übertragbar ist, da das Individuum ins Zentrum gestellt wird und die Umwelt in der Darstellung dieses Modells kontrollier- und bestimmbar ist. Deshalb wird das KAWA Modell als geeignetes Modell für kollektivistisch geprägte KlientInnen vorgestellt. Es spiegelt die spirituellen Bedürfnisse und das Bedürfnis der Harmonie wie auch die Vereinigung des Individuums mit seiner Umwelt wieder.

Das Kawa Modell zwingt Ergotherapeuten die Probleme der KlientInnen holistisch zu behandeln und nicht vom Kontext zu trennen. Durch die Betrachtung der Räume des Flusses wird der Fokus auf die Ressourcen des Klienten gelegt (Iwama, 2007).

Dieses Modell ist ein strukturiertes Medium, das der Klient und die Therapeutin gleichermassen verstehen können. Es gibt einen Einblick, wie der Klient die täglichen Lebensumstände wahrnimmt und versteht (Iwama, 2007).

Das KAWA Modell bietet sich aufgrund der genannten Aspekte bei der Erfassung von Herrn Ö. an. Es kann ihm zu Beginn der Therapie erklärt werden (Iwama, 2007).

Mögliche Darstellung von Herrn Ö.:

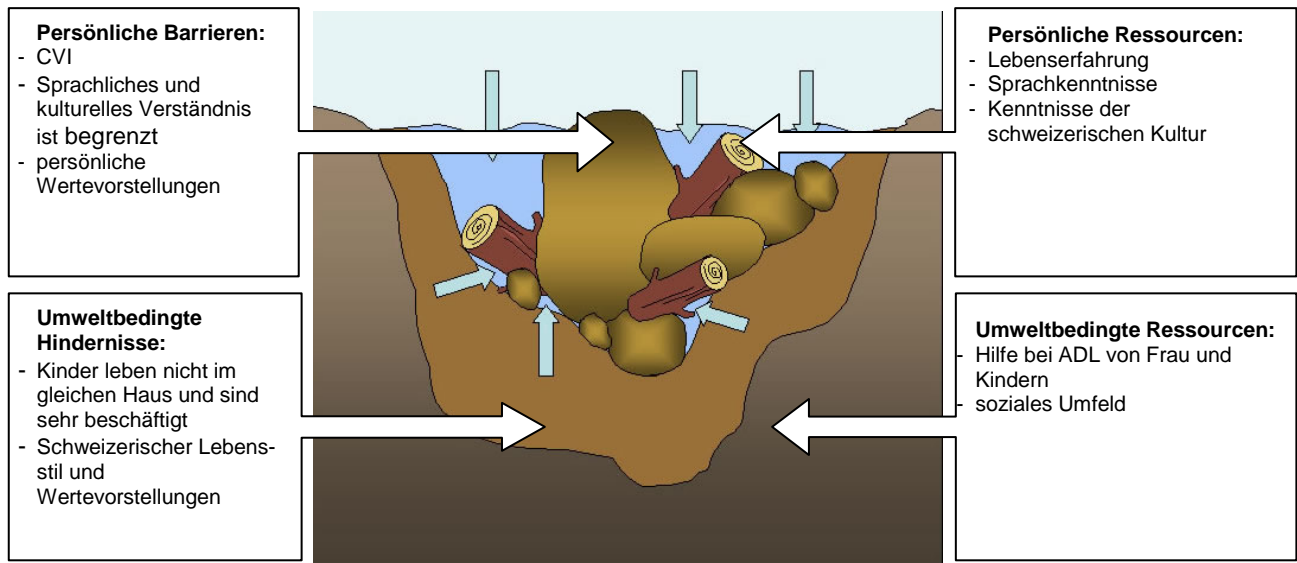


Abbildung 8: Mögliche Darstellung von Herr Ö. anhand von Iwama (2010); eigene Darstellung.

Die Darstellung von Herrn Ö. wird in der Therapie besprochen. Die folgenden Fragen aus Iwama (2007) können dabei, auf Herrn Ö. angepasst, unterstützend eingesetzt werden:

„Wie floss Ihr Fluss 6 Monate vor der Erkrankung? Wie soll ihr Stromabwärtsfluss ihrer Meinung nach in 6 Wochen aussehen?“ (S. 116). Dadurch lässt sich die Verbindungen zwischen dem Hier-und-Jetzt und Zeitpunkten in der Vergangenheit sowie der Zukunft herstellen. Die Relevanz der ergotherapeutischen Intervention kann somit unterstrichen werden (Iwama, 2007). Zudem wird durch die narrative Herangehensweise das Interesse an der Lebensgeschichte von Herrn Ö. bekundet (Iwama, 2009). Dies fördert die Entwicklung eines auf Gegenseitigkeit beruhendem Vertrauen (Iwama, 2007).

Eine zusätzliche Möglichkeit um an weitere Informationen zu gelangen, ist der Wochenplan, der auf dem KAWA Modell aufbaut (siehe Anhang). Dieser kann auch im Austausch mit der Familie ausgefüllt werden. Durch den Wochenplan wird der Tagesablauf von Herrn Ö. und seiner Familie ersichtlich. Zudem können Rollen und bedeutungsvolle Aktivitäten von Herrn Ö. erfasst werden (Iwama et al., 2009).

6.1.5 Ergebnisse der Erfassung

Bei der Erfassung zeigte sich, dass Herr Ö. unbedingt nach Hause will, weil er keinen Sinn in der Therapie sieht. Er ist der Meinung, dass er zu Hause mit der Unterstützung seiner Familie bei alltäglichen Aktivitäten zurechtkommt. Seine Frau kann jedoch nicht mehr alle Haushaltsaktivitäten selbständig verrichten. So kommt z.B. die älteste Tochter für die Wäsche vorbei.

Aus dem Erfassungsgespräch macht sich die Therapeutin Vorstellungen zu möglichen Zielen für Herrn Ö. Ein Rehaziel könnte wie folgt definiert werden:

„Herr Ö. lebt nach dem Klinikaufenthalt in drei Monaten mit wenig Unterstützung seiner Frau und seiner Kinder in der gewohnten Wohnumgebung. Er kann sich selbständig waschen, duschen, anziehen und seiner Frau bei den Verrichtungen im Haushalt helfen. Er geht einer für ihn bedeutungsvollen Freizeitbeschäftigung nach, welche auch seine körperliche Gesundheit fördert.“

Im Gespräch wird deutlich, dass Herr Ö. folgende Zielvorstellungen hat:

„Ich werde nächste Woche nach Hause gehen und meine Frau ist mir bei den alltäglichen Verrichtungen wie waschen, duschen und anziehen behilflich. Unsere Kinder besuchen uns wöchentlich und helfen uns bei den weiteren anfallenden Arbeiten im Haushalt. Ich kann weiterhin mit meiner Frau und meinen Kindern spazieren gehen.“

Die Therapeutin setzt sich mit den unterschiedlichen Zielvorstellungen auseinander. Sie setzt dabei transkulturelle Kompetenzen ein, da sie sich sowohl mit ihren Werten sowie mit denen des Klienten auseinandersetzt (Domenig, 2007). Sie erkennt, dass Herr Ö.'s Sichtweise mit seiner Bedeutung von Selbständigkeit, seinen Werten und seinem Altersbild zusammenhängt. Sie weiss, dass die Pflege der Familienmitglieder als eine Pflicht angesehen wird (Yang et al., 2006) und auch ein Zeichen von Liebe und Respekt ist (Tamaru et al., 2007).

Die Therapeutin hinterfragt ihre eigenen Werte (Müller, 2012, Domenig, 2007) und wird sich bewusst, dass sich ihre Ziele für Herr Ö. auf individualistische Werte wie Autonomie und Selbständigkeit zurückführen lassen (Hofstede, 2005).

Ausgehend von dieser Reflexion passt die Therapeutin ihre Handlungen an (Domenig, 2007).

Die Ziele werden zusammen mit dem Klienten und seiner Familie definiert. Dabei geht die Therapeutin einfühlsam und wertschätzend auf den Klienten ein (Pooremamali et al., 2011b). Sie greift auf die Ressourcen des Patienten zurück. Dazu zählt die Familie des Klienten, die für ihn einen hohen Stellenwert hat (Pooremamali. et al., 2011b, Heigl et al., 2011). Die Therapeutin weiss, dass in kollektivistisch geprägten Familien traditionellerweise die Frauen für die Pflege von Angehörigen verantwortlich sind (Katbamna et al., 2000). Diese Rollenerwartungen werden berücksichtigt (Pooremamali, 2011b).

Die Möglichkeit der Verbesserung von motorischen und geistigen Fähigkeiten nach einem Schlaganfall wird angesprochen. Dabei wird betont, dass durch gezieltes Üben ein Wiedererlernen von motorischen und geistigen Fähigkeiten möglich ist (Alacamlioglu, Amann-Griober & Prager, 2002).

Von den Angehörigen wird erfragt, welche Hilfeleistungen sie sich vorstellen können. Gemeinsam wird der Alltag nach dem Klinikaufenthalt besprochen und es wird festgelegt, welche Fertigkeiten für die Heimkehr notwendig sind. Dabei werden die Möglichkeiten und Grenzen der Familienmitglieder beachtet (Brown, Humphry & Taylor, 1997).

Dass es kollektivistisch geprägten Klienten oft schwer fällt, in der Therapie die Initiative zu ergreifen, wird beim Festlegen der Ziele beachtet. Herr Ö. wird nach dem klientenzentrierten Ansatz* zu eigenen Entscheidungen ermuntert (Pooremamali et al., 2011b). Dabei werden auch die Erwartungen von Herr Ö. an die therapeutische Haltung berücksichtigt. Je nach Bedarf steht sie ihm beratend und führend zur Seite (Pooremamali et al., 2011b). Yang et al. (2006) empfiehlt, den Klienten zur Unterstützung eine begrenzte Auswahl von Entscheidungen anzubieten.

6.1.6 Intervention

Die ergotherapeutische Intervention ist ein Mittel, mit dem der Lebensfluss von Herr Ö. ermöglicht und verstärkt werden kann (Iwama, 2007). Die Abbildung 9 zeigt die möglichen Interventionen.

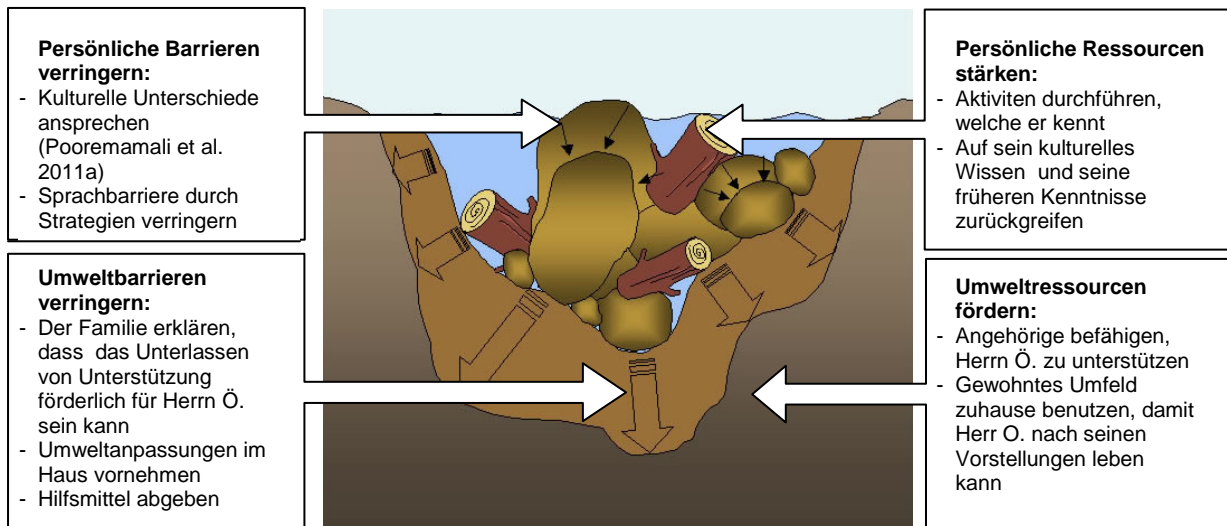


Abbildung 9: geplante Intervention nach Iwama (2010); eigene Darstellung

In der Behandlung werden die in den Zielen festgelegten Aktivitäten durchgeführt. Die Angehörigen werden in die Therapie miteinbezogen, indem sie beim Erlernen von Hilfestellungen unterstützt werden. Möchte Herr Ö. Teilschritte selbständig erledigen, werden die Angehörigen ermuntert sich zurückzunehmen. Zeigt die Familie, dass sie den Klienten in gewissen Bereichen vollständig pflegen möchten, wird dieses Anliegen in der Therapie aufgenommen. Folglich findet ein Hausbesuch statt, bei dem zusammen mit der Familie Umwelтанpassungen vorgenommen und notwendige Hilfsmittel besorgt werden (Corcoran & Gitlin, 2001).

Pflegende Angehörige sind oft physisch aber auch psychisch belastet (Ulsoy & Grassel, 2010). Deshalb macht die Therapeutin die pflegenden Angehörigen auf das Thema Ergonomie aufmerksam. Sie bezieht die Angehörigen in die Therapie ein und geht mit ihnen das Thema Ergonomie in der Pflege praktisch an.

Um einen Übertrag in den Alltag zu ermöglichen, werden die Aktivitäten nach dem Training im künstlichen Umfeld „Rehaklinik“ zuhause im gewohnten Umfeld, ebenfalls durch Anleitung der Familienmitglieder, trainiert. Die Familie wird langfristig von der vertrauten Therapeutin begleitet, damit die in der Therapie erlernten Fertigkeiten zur Gewohnheit im Alltag der Familie werden (Corcoran & Gitlin, 2001).

7 Schlussfolgerung

In diesem Abschnitt werden die wichtigsten Erkenntnisse zur Beantwortung der Forschungsfrage „Welche Konsequenzen kann die Bedeutung von Selbständigkeit in Bezug auf den Lebensbereich ADL in kollektivistischen Kulturkreisen auf ergotherapeutische Interventionen in der Schweiz haben?“ resümiert und ein Ausblick für weitere Forschung gegeben.

Die Selbständigkeit bei ADL-Aktivitäten nimmt bei Menschen mit kollektivistischem Hintergrund einen geringeren Stellenwert ein und wird oft nicht als primäres Ziel angegeben (Heigl et al., 2011, Yang et al., 2006). Dies ist besonders bei älteren Menschen der Fall (Yang et al. 2006), da sie auf die Unterstützung der Familie zurückgreifen (Treas & Mazumdar, 2002). Die familienzentrierte Sichtweise der kollektivistischen KlientInnen ist ein zentrales Thema (Pooremamali et al. 2011a/b, Heigl et al. 2011).

Die KlientInnen haben häufig andere Vorstellungen bezüglich der Wahl von Aktivitäten. Sie bevorzugen spirituelle Aktivitäten, um ihre Gesundheit zu fördern (Pooremamali et al., 2011b) und streben nach Harmonie und Balance (Heigl. et al., 2011, Pooremamali et al., 2011b, Tamaru et al., 2007, Kubli, 2009, Iwama et al., 2009).

Diese Sichtweisen und Werte beeinflussen die Erwartungen der KlientInnen an die Ergotherapie. Sie sehen die Therapeutin oft als Autoritätsperson und bevorzugen einen festgelegten Behandlungsplan. Gleichzeitig wird eine enge Beziehung auf einer familiären Basis gewünscht (Pooremamali et al., 2011b).

Auch die Therapeutin ist in ihren Werten und Erwartungen kulturell geprägt (Bonder, Martin & Miracle, 2004). Die Grundannahme der Ergotherapie stimmt dabei nicht immer mit den Wertevorstellungen der KlientInnen überein (Iwama, 2009). Dies kann in der Therapie zu Schwierigkeiten führen (Pooremamali et al., 2011b, Kubli, 2009).

Kulturelle Kompetenzen sind in der ergotherapeutischen Arbeit grundlegend, um klientenzentriert* begleiten und behandeln zu können (Pooremamali, 2011b, Kubli, 2009, Müller, 2012). In diesem Zusammenhang wird von transkultureller Kompetenz gesprochen (Domenig, 2007). Um ein Verständnis für andere Kulturen zu entwickeln, ist die Reflexion eigener Werte ebenso wichtig wie die Reflektion der Werte des Gegenübers.

Das Kawa Modell bezieht den kulturellen Hintergrund der KlientInnen ein und bietet sich deshalb für die ergotherapeutische Behandlung an (Iwama et al. 2009). Zudem wird die Beziehung des Individuums und seiner Umwelt deutlich. Ein weiterer Vorteil ist die Einfachheit des Modells (Iwama, 2009, Le Granse, 2006).

Zur Bewältigung der kulturellen Unterschiede und Barrieren sind jedoch noch weitere Änderungen sowohl in der Theorie als auch in der Praxis erforderlich, um dem kulturellen Hintergrund der Person die angemessene Bedeutung zu geben (Iwama, 2009). Pooremamali et al. (2011) weist daher auf eine Überarbeitung und Ergänzung der vorherrschenden, ergotherapeutischen Modelle hin.

Es ist wichtig, auf die familienzentrierte Sichtweise der kollektivistisch geprägten Klienten einzugehen (Pooremamali et al. 2011a/b, Heigl et al. 2011). Die Person sollte als Teil seiner sozialen Umwelt angesehen werden und es empfiehlt sich, die Angehörigen in die Therapie mit einzubeziehen (Pooremamali, 2011b).

Eine differenzierte Betrachtung der Person ist jedoch unumgänglich (Ünal, 2003).

8 Ausblick

Es wurde in der Literatur häufig erwähnt, dass sich gängige Assessments nicht für die Erfassung von KlientInnen mit kollektivistischem Hintergrund eignen. Es wäre daher interessant, weitere Assessments auf ihren Anwendungsbereich zu prüfen und sie gegebenenfalls anzupassen. Pooremamali et al. (2011) weisen auf das Bedürfnis einer Überarbeitung und/oder Ergänzung der vorherrschenden, ergotherapeutischen Modelle hin. Die Multikulturalität soll mehr einbezogen werden.

Die Verfasserinnen haben den Fokus auf den Bereich Geriatrie gelegt. Auch in den anderen Bereichen ist es unumgänglich, dem kulturellen Hintergrund der Person Beachtung zu schenken. Interessant wäre es, den Fokus im Bereich Pädiatrie auf die Unterstützung der Eltern zu legen.

Da ein demographischer Wandel stattfindet (BFS, 2010), bietet sich eine Auseinandersetzung mit verschiedenen Kulturgruppen an, beispielsweise mit der muslimischen Bevölkerung aus Osteuropa, der afrikanischen oder der tamilischen Bevölkerung. Die Bedeutung der Selbständigkeit und die Erwartungen an die Ergotherapie könnte in einer kleineren kulturellen Gruppe untersucht werden.

8.1 Eigenständigkeitserklärung

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

Winterthur, 14.05.2012

Silvia Mettler

Patrizia Marxer

8.2 Danksagung

Die Verfasserinnen danken Frau Brigitte Gysin für die kompetente, unterstützende Betreuung der Bachelorarbeit sowie die interessanten und anregenden Gespräche. Des Weiteren möchten sie sich bei sämtlichen Personen bedanken, die sie bei der Erarbeitung der Bachelorarbeit auf verschiedene Art und Weise unterstützt haben.

8.3 Wortzahl

Abstract:	195 Wörter
Gesamte Bachelorarbeit ohne Anhang und Tabellen	9'061 Wörter
Tabellen:	2681 Wörter

Aufgrund der hohen Wortzahl in den Tabellen wurden 1'500 Wörter der Tabellen der Wortzahl der Bachelorarbeit hinzugerechnet. Daraus ergibt sich eine **Wortzahl von 10'561** für die gesamte Bachelorarbeit.

9 Anhang

9.1 Verzeichnisse

9.1.1 Literaturverzeichnis

- Abazi, B. (2002). Körperliche Leistungsfähigkeit als Existenzgrundlage: Einblick in hilfreiches Hintergrundwissen für die Arbeit mit Menschen aus Kosova. *Ergotherapie, 7*, 1-4.
- Alacamlioglu, Y., Amann-Griober, H., & Prager, C. (2002). Schlaganfallrehabilitation-Teil 2. *Österreichische Zeitschrift für Physikalische Medizin und Rehabilitation, 12*, 3-8.
- American Occupational Therapy Association [AOTA] (2002a). Position Paper: Broadening the construct of independence. *American Journal of Occupational Therapy, 56*, 660.
- American Occupational Therapy Association [AOTA] (2002). Occupational therapy practice framework: Domain and process. *American Journal of Occupational Therapy, 56*, 609–639.
- Berding, J., Dehnhardt, B., Reichel, K., Rode, A., Scheffler, J., & Späth, A. (2006). *Fachwörterbuch Ergotherapie* (5th ed.). Idstein: Schulz-Kirchner.
- Berry, J. (2005). Acculturation: Living successfully in two cultures. *International Journal of intercultural relations, 29*, 697–712.
- Black, R. M., & Wells, S. A. (2007). *Culture and occupation: A model of empowerment in occupational therapy*. Bethesda, MD: AOTA Press.
- Bonder, R., Martin, L., & Miracle, A. (2004). Culture emergent in occupation. *American Journal of Occupational Therapy, 58*, 159-168.
- Bundesamt für Statistik [BFS] (2010). Migration und Integration-Indikatoren. Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Retrieved from <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/07/blank/key/04.html>
- Bundesamt für Statistik [BFS] (2010). Ständige und nichtständige ausländische Wohnbevölkerung nach Alter, Auswahl. Retrieved from <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/07.html>
- Bundesamt für Statistik [BFS] (2012). Migration und Integration-Indikatoren. Ausländische Bevölkerung: Staatsangehörigkeit. Retrieved from

- <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/07/blank/key/01/01.htm>
I
- Corcoran, M. A. & Gitlin, L.N. (2001). Family caregiver acceptance and use of environmental strategies in an occupational therapy intervention. *Physical & occupational therapy in Geriatrics*, 19, 1-20.
- Curtin, M., Molineux, M., & Supky-Mellson, J. S. (2010). *Occupational therapy and physical dysfunction: Enabling occupation* (6th ed.). Edingburgh: Churchill Livingstone Elsevier.
- Dietzel-Papakyriakou, M. (2005). Potenziale älterer Migranten und Migrantinnen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 38, 396-406.
- Domenig, D. (2007). *Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits-, und Sozialberufe*. Bern: Huber.
- Drum, C. E., Krahn, G. L., & Bersani, H. (2009). *Disability and Public Health*. Washington, DC: American Association on Intellectual and developmental Disabilities.
- Eagleton, T. (2001). *Was ist Kultur?* (2nd ed.) München: Verlag C.H.Beck.
- ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz [EVS] (2005). *Berufsprofil Ergotherapie*. Retrieved from http://www.ergotherapie.ch/resources/uploads/Berufsprofil_2005_d.pdf
- Erl, A., & Gymnich, M. (2007). *Interkulturelle Kompetenzen: erfolgreich kommunizieren zwischen den Kulturen*. Stuttgart: Klett Lerntraining
- Gibbs, K., & Barnitt, R. (1999). Occupational therapy and the self-care needs of Hindu elders. *British Journal of Occupational Therapy*, 62, 100-106.
- Groce, N. E. (1999). Disability in cross-cultural perspective: rethinking disability. *The Lancet*, 354, 756-757.
- Le Granse, M. (2006). Wenn man einander nicht versteht, sind qualitativ gute Therapie und Betreuung nicht möglich. *Ergotherapie & Rehabilitation*, 7, 13-19.
- Habermann, C., & Wittmershaus, C. (2005). *Ergotherapie im Arbeitsfeld Geriatrie*. Stuttgart: Georg Thieme.
- Hayase, D., Mosenteen, D., Thimmajah, D., Zemke, S., Adler, K., & Fisher, A. G. (2004). Age-related changes in activities of daily living ability. *Australian Journal of Occupational Therapy*, 51, 192-198.

- Hashizume, Y., & Kanagawa, K. (1996). Correlates of participation in adult day care and quality of life in ambulatory frail elderly in Japan. *Public Health Nursing, 13*, 404-415.
- Heigl, F., Kinébanian, A., & Josephson, S. (2011). I think of my family, therefore I am: Perceptions of daily occupations of some albanians in Switzerland. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 18*, 36-48.
- Heringer, H. J. (2010). *Interkulturelle Kommunikation*. Tübingen: Francke Verlag
- Hofstede, G. (2006). *Lokales Denken, globales Handeln – interkulturelle Zusammenarbeit und globales Management*. München: Deutscher Taschenbuch Verlag GmbH & Co.
- Ilklic, I. (2006). *Begegnung und Umgang mit muslimischen Patienten. Eine Handreichung für Gesundheitsberufe* (6th ed.). Zentrum für Medizinische Ethik, Ruhr-Universität Bochum.
- Iwama, M. K., Thomson, N., & MacDonald, R. M. (2009). The Kawa model: The power of culturally responsive occupational therapy. *Disability and Rehabilitation, 31*, 1125-1135.
- Iwama, M. K. (2007). Kawa-(Fluss)-Modell – Überwinden kultureller Begrenzungen der zeitgenössischen Theorie der Ergotherapie. *Ergoscience, 2*, 107-119.
- Kalyanpur, M. (1996). The Influence of Western Special Education on Community-based Services in India. *Disability & Society, 11*, 249-270.
- Katbamna, S., Bhakta, P., & Parker, G. (2000). Perceptions of disability and caregiving relationships in South Asian communities. In Ahmad, W. (Ed.), *Ethnicity, disability and chronic illness* (12 -27). Philadelphia, open University Press.
- Kielhofner, G., Marotzki, U., & Mentrup, C., (2005). *Model of Human Occupation (MOHO)*. Würzburg: Springer Medizin Verlag.
- Koesling, C. (2011). Training im lebenspraktischen Bereich. In Scheepers, C., Steding-Albrecht, U. & Jehn, P. (Eds.), *Ergotherapie: Vom Behandeln zum Handeln* (4th ed., 300-302). Stuttgart: Georg Thieme.
- Kobi, S. (2008). *Unterstützungsbedarf älterer Migrantinnen und Migranten*. Bern: Peter Lang.
- Kubli, R. (2009). *Treating clients from different cultural backgrounds*. (Unveröffentlichte Masterarbeit). Winterthur: ZHAW.

- Kutalek, R., & Prinz, P. (2010). Kulturgebundene Syndrome. In Machleidt, W., Heinz, A. (Eds.): *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit* (387-398). München: Urban & Fischer.
- Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J., & Westmorland, M. (1998). *Formular zur kritischen Besprechung qualitativer Studien*. Canada: McMaster-Universität.
- Maggi, J., & Cattacin, S. (2003). *Needed basic research in "migration and health" 2002–2006 in Switzerland*. Neuchâtel: Swiss Forum for Migration and Population Studies.
- McCormack, G. L. (1987). Culture and communication in the treatment planning for occupational therapy with minority patients. *Occupational therapy in health care*, 4, 17-36.
- Müller, H. (2012). Gesundheit, Krankheit und Migration. *Ergotherapie und Rehabilitation*, 1, 24-26.
- Müller, L. (2010). *Grenzen der Medizin im Alter?: Sozialethische und individuelle ethische Diskussion*. Zürich: Theologischer Verlag TVZ.
- Michalk, S. & Nieder, P. (2007). *Erfolgsfaktor Work-Life-Balance*. Weinheim: Wiley VCH.
- Noorderhaven, N. (1999). Intercultural Differences. *Physiotherapy*, 85, 504-510.
- Núñez, G. R. (2009). Culture and Disabilities. In Drum, C., Krahn, G., & Bersani, H. (Eds.), *Disability and Public Health*.(65-75). Washington: American Public Health Association.
- Okken, P., Spallek, J., & Razum, O. (2008). Pflege türkischer Migranten. In Bauer, U. & Büscher, A. (Eds.), *Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlicher Pflegeforschung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Peintinger, M. (2011). *Interkulturell kompetent: Ein Handbuch für Ärztinnen und Ärzte*. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- Pflegezentrum Erlenhof (2012). Retrieved from:
http://erlenhof.ch/02_abteilung/abeitung.html
- Pooremamali, P., Persson, D., & Eklund, M. (2011a). Occupational therapists' experience of working with immigrant clients in mental health care. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 18, 109-121.

- Pooremamali, P., Eklund, M., Östman, M., & Persson, D. (2011b). Muslim middle eastern clients reflection on their relationship with their occupational therapists in mental health care. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 6, 1-13.
- Rausa-DeLuca, F. (2004). *Demos - Informationen aus der Demografie- Die Bevölkerung mit Migrationshintergrund - Ergebnisse des Moduls "Mobilität und Migration" der SAKE 2003*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Reindal, S. M. (1999). Independence, Dependence, Interdependence: Some reflections on the subject and personal autonomy. *Disability & Society*, 14, 353-367.
- Ruch, F., & Zimbardo, P. (1974). *Lehrbuch der Psychologie. Eine Einführung für Studenten der Psychologie, Medizin, Pädagogik*. Berlin: Springer.
- Russell, C., Fitzgerald, M. H., Williamson, P., Manor, D., & Whybrow, S. (2002). Independence as a practice issue in occupational therapy: The safety clause. *American Journal of Occupational Therapy*, 56, 369–379.
- Ridley, D. (2008). *The Literature Review: A Step-by-step Guide for Students*. Los Angeles: Sage.
- Sato, S., Demura, S. Kobayashi, H., & Nagasawa, Y. (2002). The relationship and its change with aging between ADL and daily life satisfaction characteristics in independent japanese elderly living at home. *Journal of Physiological Anthropology*, 21, 195–204.
- Scheepers, C., Steding-Albrecht, U., & Jehn, P. (2007). *Ergotherapie vom Behandeln zum Handeln* (3rd ed.). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Sumsion, T. (1999). A Study to Determine a British Occupational Therapy Definition of Client-Centred Practice. *British Journal of Occupational Therapy*, 62, 52-58.
- Tamaru, A., McColl, M., & Yamasaki, S. (2007). Understanding "Independence": Perspectives of occupational therapist. *Disability and Rehabilitation*, 29, 1021-1033.
- Thomas, A. (2003). Interkulturelle Kompetenz – Grundlagen, Probleme und Konzepte. *Erwägen, Wissen, Ethik*, 14, 137-221.
- Treas, J., & Mazumdar, S. (2002). Older people in America's immigrant families: Dilemmas of dependence, integration and isolation. *Journal of aging studies*, 16, 243-258.
- Triandis, H. C. (1995). *Individualism & Collectivism*. Colorado: Westview Press.

- Ulsoy, N., & Grässel, E. (2010). Türkische Migranten in Deutschland: Wissens- und Versorgungsdefizite im Bereich häuslicher Pflege – ein Überblick. *Zeitschrift für Geriatrie und Gerontologie*, 43, 330–338.
- Ünal, A. (2003). Ein „anderes Gesundheitsverständnis“: Struktur und Zusammensetzung der MigrantInnen. In Koordination für Selbsthilfekontaktstellen in Nordrhein-Westfalen (Eds.), *Im Blickpunkt: Selbsthilfe: Brücke zwischen Gesundheit und Migration?* (20-23). Münchengladbach: Druckerei C. & K. Gmbh.
- Pareto, V. (2006). *Allgemeine Soziologie*. München: Finanzbuch Verlag.
- Westbrook, M. T., Legge, V., & Pennay, M. (1993). Attitudes Towards Disabilities in a Multicultural Society. *Social Science and Medicine*, 36, 615-23.
- Wiley, J., & Sons, L. (2007). Culture and occupational therapy: meeting the challenge of relevance in a global world. *Occupational Therapy International*, 14, 183-187.
- Wirz, S. L. & Hartley, S. D. (1999). Challenges for Universities of the North Interested in Community Based Rehabilitation. In Stone, E. (Eds.) *Disability and Development: Learning from action and research on disability in the majority world*. Leeds: The Disability Press pp. 89–106.
- World Health Organization [WHO] (2012). Retrieved from <http://www.who.int/topics/ageing/en/>
- Yang, S., Shek, P. M., & Tsunaka, M. (2006). Cultural influences on occupational therapy practice in Singapore: a pilot study. *Occupational Therapy International*. 3, 176-192.
- Yerxa, E. J., Clark, F., Frank, G., Jackson, J., Prham, D, Pierce, D., Stein, C., & Zemke, R. (1989). An introduction to occupational science: A foundation for occupational therapy in the 21st century. *Occupational Therapy in Health care*, 6, 1-17.
- Zeman, P. (2005). *Ältere Migranten in Deutschland: Befunde zur soziodemografischen sozioökonomischen und psychosozialen Lage sowie zielgruppenbezogene Fragen der Politik- und Praxisfeldentwicklung*. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.

9.1.2 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: „Heimat“ Zürrer, A. S. (2005). Internationales Comicfestival zum Thema Integration. Retrieved from http://www.fumetto.ch/05/heimat_f.cfm	1
Abbildung 2: „Das Eisbergmodell der Kultur“. Birkenholz, K. (2008). Interkulturelle Mitarbeiterführung – Cultural Diversity management als Wettbewerbsvorteil für multinationale Unternehmen. Retrieved from http://www.munich-business-school.de/intercultural/index.php/Interkulturelle_Mitarbeiterf%C3%BChrung_-_Cultural_Diversity_Management_als_Wettbewerbsvorteil	10
Abbildung 3: „Four basic components of the Kawa (River) model“ (Iwama et al. 2009)	17
Abbildung 4: „Grundschemata des ‘Model of Human Occupation’, MOHO“ Dürrbeck, U. (2001). Betätigungen von Menschen mit schweren Mehrfachbehinderungen. Eine explorative Studie. Journal für ergotherapeutische Forschung und Lehre, 1. Retrieved from http://www.ergotherapy.de/duerrbeck.html	17
Abbildung 5: „Perceptions of current daily occupations of male Albanians doing blue-collar work and living in Switzerland“ (Heigl et al., 2011).	34
Abbildung 6: Übersicht über Diskussion, eigene Darstellung.	40
Abbildung 7: Ständige und nichtständige europäische ausländische Wohnbevölkerung nach Alter, Auswahl (BFS, 2010). Retrieved from: http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/07.html	42
Abbildung 8: Mögliche Darstellung von Herr Ö. anhand von Iwama (2010); eigene Darstellung.	50
Abbildung 9: geplante Intervention nach Iwama (2010); eigene Darstellung.....	53
Abbildung 10: „Abstraktion westlich-östlich“ (Heringer, 2010).	66
Abbildung 11: „Individualismus- Indexwerte für 74 Länder und Regionen“ (Hofstede, 2006)	67
Abbildung 12: Applying the Kawa Modell.....	68

9.1.3 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Verwendete Schlüsselwörter und Keywords.....	13
---	----

Tabelle 2: Übersicht über Limitierung der Literaturrecherche	14
Tabelle 3: Weitere Schlüsselwörter und Keywords.....	15
Tabelle 4: Gegenüberstellung des MOHO und KAWA Modells	18
Tabelle 5: Zusammenfassung der Studie Pooremamali et al. (2011a).	22
Tabelle 6: Zusammenfassung der Studie Yang et al. (2006).....	23
Tabelle 7: Zusammenfassung der Studie Tamaru et al. (2007).....	24
Tabelle 8: Zusammenfassung der Studie von Pooremamali et al. (2011b).	25
Tabelle 9: Zusammenfassung der Studie Heigl et al. (2011).	26
Tabelle 10: Zusammenfassende Matrix der Hauptstudien.....	28

9.1.4 Abkürzungsverzeichnis

BFS	Bundesamt für Statistik
IDV	Individualism Index Value
EVS	Ergotherapie Verband Schweiz
ADL/ATL	Activities of daily living/Aktivitäten des täglichen Lebens
OTPF	Occupational Therapy Practice Framework
AOTA	American Occupational Therapy Association
MOHO	Model of Human Occupation
WHO	World Health Organization
SRK	Schweizerisches Rotes Kreuz
Spitex	Spitalexterne Pflege

9.2 Glossar

Aktivitätsbasierte Therapie: Aktivität wird in der Therapie als Mittel eingesetzt um Körperfunktionen wiederzuerlangen (Yang et al., 2006).

Betätigung: Kielhofner (2005) definiert menschliche Betätigung „als die kulturelle bedeutsame Ausübung von Arbeit, Spiel oder Aufgaben des täglichen Lebens im Strom der Zeit und in den Kontexten der individuellen räumlichen und sozialen Welt“ (s.6). Menschliche Betätigung wird als Grundbedürfnis und zentrale Quelle für Gesundheit, Wohlbefinden, Entwicklung und Veränderung des Menschen gesehen (Kielhofner, 2002). Von der AOTA (2002) wird der Begriff folgendermassen definiert: „Betätigung als die Summe von Aktivitäten und Aufgaben der täglichen Lebens, die durch Individuen und Kultur benannt, strukturiert und mit Bedeutung belegt sind.“

Bedeutungsvolle Betätigung: Als „bedeutungsvoll“ werden Betätigungen angesehen, wenn sie zielgerichtet und von den Menschen als sinnvoll und wertvoll empfunden werden (AOTA, 2002).

Interkulturelle Kompetenz: Nach Thomas (2003) zeigt sich interkulturelle Kompetenz „in der Fähigkeit, kulturelle Bedingungen und Einflussfaktoren in Wahrnehmen, Urteilen, Empfinden und Handeln bei sich selbst und bei anderen Personen zu erfassen, zu respektieren, zu würdigen und produktiv zu nutzen im Sinne einer wechselseitigen Anpassung, synergieträchtigen Formen der Zusammenarbeit, des Zusammenlebens und handlungswirksamer Orientierungsmuster in Bezug auf Weltinterpretation und Weltgestaltung“ (S. 143).

Klientenzentrierung; Klientenzentrierter Ansatz; Klientenzentrierte Praxis:

Unter Klientenzentrierung wird nach Sumsion (1999) eine Vorgehensweise verstanden die geprägt wird durch:

- Grundsätzlichen Respekt für den Klienten
- Partnerschaftliche Gestaltung der therapeutischen Beziehung
- Systematische Erfassung der Bedürfnisse und Interessen des Klienten im Hinblick auf seine Veränderungswünsche und Therapieziele
- Therapieplanung- und –durchführung, die sich an den Bedürfnissen, Zielen und Interessen aus der Lebenswelt des Klienten orientiert sowie der
- Evaluation der Therapieergebnisse unter Einbeziehung der Zufriedenheit des Klienten.

Westlich: Der Begriff „westliche Welt“ kann je nach Kontext verschiedene Bedeutungen haben. Ursprünglich definiert er die westeuropäische Kultur. Heute wird er meistens auf gemeinsame Werte der Nationen in Europa und Nordamerika bezogen. Westliche Werten sind Freiheit, Rechtsstaatlichkeit, Gleichheit, Marktwirtschaft, Kapitalismus, Individualismus und Demokratie (Heringer, 2010).

Westlich	Östlich
mehr intellektuell, objektiv	mehr emotional, subjektiv
eher abstrakt orientiert	mehr konkret orientiert
eher auf Rationalität	mehr auf Erfahrung
wissenschaftsorientiert	imaginativ und musisch
Augenmerk auf Effizienz	Augenmerk auf soziale Beziehung
Rechte und Pflichten, Verantwortung	Liebe, Sympathie, Gastfreundschaft
Selbstverwirklichung	Selbstkontrolle
Disziplin	Freiheit
eigene Person	Gruppe
ernst, ernsthaft	locker, liebenswürdig
fordernd	harmonisch, friedfertig
mehr nach außen gewandt	mehr nach innen gewandt
Eroberung der Natur	Harmonie mit der Natur
aktiv, energisch	ruhig, höflich

Abbildung 10: „Abstraktion westlich-östlich“ (Heringer, 2010).

Work-Life-Balance:

„Work-Life-Balance heisst: Den Menschen ganzheitlich zu betrachten (als Rollen. Und Funktionsträger) im beruflichen und privaten Bereich (der Lebens- und Arbeitswelt) und ihm dadurch die Möglichkeit zu geben, lebensphasenspezifisch und individuee für beide Bereiche die anfallenden Verpflichtungen und Interessen erfüllen zu können, um so dauerhaft gesund, leistungsfähig, motiviert und ausgeglichen zu sein.“ (Michalk & Nieder, 2007, S.22)

9.3 IDV-Index

Land/Region	Punkt- wert	Posi- tion	Land/Region	Punkt- wert	Posi- tion
USA	91	1	Russland	39	37/38
Australien	90	2	Arabische Länder	38	39/40
Großbritannien	89	3	Brasilien	38	39/40
Kanada gesamt	80	4/6	Türkei	37	41
Ungarn	80	4/6	Uruguay	36	42
Niederlande	80	4/6	Griechenland	35	43
Neuseeland	79	7	Kroatien	33	44
Belgien Flämisch	78	8	Philippinen	32	45
Italien	76	9	Bulgarien	30	46/48
Dänemark	74	10	Mexiko	30	46/48
Kanada Französisch	73	11	Rumänien	30	46/48
Belgien Französisch	72	12	Ostafrika	27	49/51
Frankreich	71	13/14	Portugal	27	49/51
Schweden	71	13/14	Slowenien	27	49/51
Irland	70	15	Malaysia	26	52
Norwegen	69	16/17	Hongkong	25	53/54
Schweiz Deutsch	69	16/17	Serbien	25	53/54
Deutschland	67	18	Chile	23	55
Südafrika	65	19	Bangladesh	20	56/61
Schweiz Französisch	64	20	China	20	56/61
Finnland	63	21	Singapur	20	56/61
Estland	60	22/24	Thailand	20	56/61
Luxemburg	60	22/24	Vietnam	20	56/61
Polen	60	22/24	Westafrika	20	56/61
Malta	59	25	Salvador	19	62
Tschechien	58	26	Südkorea	18	63
Österreich	55	27	Taiwan	17	64
Israel	54	28	Peru	16	65/66
Slowakei	52	29	Trinidad	16	65/66
Spanien	51	30	Costa Rica	15	67
Indien	48	31	Indonesien	14	68/69
Surinam	47	32	Pakistan	14	68/69
Argentinien	46	33/35	Kolumbien	13	70
Japan	46	33/35	Venezuela	12	71
Marokko	46	33/35	Panama	11	72
Iran	41	36	Ecuador	8	73
Jamaika	39	37/38	Guatemala	6	74

Die *kursiv gedruckten* Punktwerte wurden aus der IBM Datenbank ermittelt. Die Punktwerte für die restlichen Länder/Regionen basieren auf Wiederholungsstudien oder Schätzungen.

Abbildung 11: „Individualismus- Indexwerte für 74 Länder und Regionen“ (Hofstede, 2006)

9.5 Literaturübersicht

	Beurteilte Nebenstudien
	Nicht beurteilte Nebenstudien
	verwendete Artikel und Reviews

Teilnehmende	Fragestellung/ Ziel der Studie	Design	Methodische Qualität	Ergebnisse	Anwendbarkeit / Limitierungen im Bezug auf die Bachelorarbeit
Gibbs, K. E., & Barnitt, R. (1999). Occupational Therapy and the Self-Care Needs of Hindu Elders. <i>British Journal of Occupational Therapy</i> , 62, 100-106.					
19 HinduistInnen, 54-91 jährig, in Grossbritannien lebend	Die Bedürfnisse bezüglich Selbstversorgung bei älteren HinduistInnen zu identifizieren, damit ErgotherapeutInnen kulturell sensibel behandeln können	Qualitativ	<ul style="list-style-type: none"> - Qualitätsmängel: - TN, Datensammlung und Datenanalyse werden oberflächlich oder gar nicht beschrieben - Redundanz wurde nicht erreicht - Vertrauenswürdigkeit ist nicht gewährleistet 	<ul style="list-style-type: none"> - Bedürfnisse von hinduistischen Frauen in den ADL Aktivitäten werden erfasst - Selbständigkeit wird von der Ergotherapie als „Grundbedürfnis“ angesehen. Die Studie zeigt auf, dass diese Annahme nicht übertragbar ist. Das Streben nach Selbständigkeit widerspiegelt nicht die Vorstellung und Werte der Hindus. 	<ul style="list-style-type: none"> - Studie untersucht die Bedürfnisse bei ADL Aktivitäten von MigrantInnen mit kollektivistischem Hintergrund - Die Bedürfnisse werden zu detailliert erfasst, auf die Bedeutung der Selbständigkeit wird nur nebenbei eingegangen - es wird nur eine Ethnie untersucht, Ergebnisse sind evt. nicht auf MigrantInnen in der Schweiz übertragbar

Sato, S.(2002). The relationship and its change with aging between ADL and daily life satisfaction characteristics in independent Japanese elderly living at home. <i>Journal of physiological Anthropology</i> , 21, 195–204.						
483 JapanerInnen ab 60 Jahren, selbständig zu Hause lebend	Die Beziehung zwischen ADL Fähigkeiten, Alltagszufriedenheit und Alter bei selbständigen Japanischen älteren Menschen wird erfasst	Qualitativ		<ul style="list-style-type: none"> - Teilnehmende, Datensammlung und Datenanalyse sind beschrieben - keine Expertengruppe - keine Triangulation 	<ul style="list-style-type: none"> - Selbständigkeit in den ADL's ist ein wichtiger Faktor für den Erhalt der Lebensqualität. - Die Lebensqualität und die Fähigkeit, ADL's selbständig durchzuführen, beeinflussen sich gegenseitig - Die Lebensqualität hängt auch von kulturellen, sozialen und psychologischen Faktoren ab. - Die Bedeutung der Selbständigkeit ändert sich mit dem Alter 	<ul style="list-style-type: none"> - Es werden nur selbständige Menschen befragt - die kollektivistische Sichtweise wird nicht mit der individualistischen Sichtweise verglichen - Japan verändert sich zunehmend Richtung Individualismus, weshalb die Aussagen nicht immer kollektivistischen Sichtweise zugeordnet werden können

Treas, J., Mazumdar, S.(2002). Older people in America's immigrant families: Dilemmas of dependence, integration, and isolation. <i>Journal of Aging Studies</i> , 16, 243–258.						
28 ältere MigrantInnen der 1.Generation, welche in Kalifornien leben	Welche Schwierigkeiten haben ältere in Kalifornien lebende MigrantInnen, und wie werden die Schwierigkeiten ausgelöst?	Qualitativ		<ul style="list-style-type: none"> - StudentInnen wurden unterrichtet in der Durchführung von Interviews, und führten sie unter enger Supervision der Forscher durch. - StudentInnen kannten die TN, sie waren Familienmitglieder oder Freunde, aus der gleichen ethnischen Gruppe. →Vorteil: ältere Menschen geben mehr Informationen, gleiche Sprache und kulturelle Übersetzung. - Interviews wurden in Englisch oder der Muttersprache der TN durchgeführt, teilweise war ein Familienmitglied zur Übersetzung anwesend. - Daten wurden wörtwörtlich transkribiert und auf Einverständnis auf Tonband aufgenommen. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ältere MigrantInnen leben oft zusammen mit ihren Nachkommen. Die Familien vermeiden soziale Isolation der Älteren, kommt aber oft zu kurz. Die jüngere Generation ist zu beschäftigt, um die Erwartungen der Älteren bezüglich Gemeinschaft zu erfüllen. Ältere, welche viel Zeit in die Versorgung der Grosskinder investieren sind ebenfalls isoliert, wie auch jene Senioren, deren Hilflosigkeit durch die Behütung der Kinder verstärkt wird. 	<ul style="list-style-type: none"> - Problematik von älteren MigrantInnen mit kollektivistischem Hintergrund in individualistischem Kulturkreis - Nicht ergotherapeutisch - (Soziologie) - USA: nicht mit Schweiz gleichzusetzen

Inal, S., Subasi, F., Ay, S.M., Hayran, O.(2007). The links between health-related behaviors and life satisfaction in elderly individuals who prefer institutional living. <i>BMC Health Service Research</i> , 7, 1-7.					
133 TürkInnen von 60-90 Jahren, selbständig in einer Institution in Istanbul lebend	Die Beziehung zwischen Lebenszufriedenheit und Gesundheitsverhalten bei selbständigen, älteren Menschen zu erfassen, welche in einer Institution in Istanbul leben.	Qualitativ		<ul style="list-style-type: none"> - Türken bevorzugen grundsätzlich das Altwerden zu Hause, im Gegensatz zu Schweden, welche das institutionelle Leben bevorzugen - Körperliche Aktivität trägt zu mehr Zufriedenheit bei, durch körperliche Aktivität sind auch die ADL's besser durchführbar. 	<ul style="list-style-type: none"> - Es handelt sich um türkische Menschen, welche auch oft in der Schweiz anzutreffen sind - Ist nur auf selbständige Menschen bezogen - Das Leben in einer Institution vorzuziehen setzt eine individualistische Sichtweise voraus, ist nicht auf kollektivistische Sichtweise zu übertragen - -die kollektivistische Sichtweise wird nicht mit der individualistischen Sichtweise verglichen - -Es handelt sich um Einheimische, nicht um MigrantInnen

Russell, C., Fitzgerald, M. H., Williamson, P., Manor, D., & Whybrow, S. (2002). Independence as a practice issue in occupational therapy: The safety clause. <i>American Journal of Occupational Therapy</i> , 56, 369–379.					
12 ErgotherapeutInnen in Australien, die vor allem mit älteren Menschen arbeiten	„Was bedeutet die Selbständigkeit aus ergotherapeutischer Sicht in der Arbeit mit älteren Menschen?“	Qualitativ		<ul style="list-style-type: none"> - Die Erreichung der Selbständigkeit ist ein zentrales Ziel in der Ergotherapie. - Bei älteren oder behinderten Menschen welche physisch nicht selbständig sind, ist die Autonomie und Selbstbestimmung von grösserer Bedeutung. - Bei chronischer Krankheit soll deshalb das Ziel der Ergotherapie nicht auf die physische Selbständigkeit ausgerichtet sondern auf Selbstbestimmung und Autonomie. - Die Bedeutung von Selbständigkeit ist nicht statisch, sondern kulturell und situationsbezogen. 	<ul style="list-style-type: none"> - Die Studie bezieht sich nur auf Menschen im individualistischen Kulturkreis. Die Aussagen sind ähnlich wie bei der Studie von Tamaru et al. (2007). - Die Studie gibt Infos über die Veränderung der Bedeutung der Selbständigkeit bei Behinderung/chronischer Krankheit/Alter
Hashizume, Y & Kanagawa, K. (1996) Correlates of Participation in Adult Day Care and Quality of Life in Ambulatory Frail Elderly in Japan. <i>Public Health Nursing</i> , 13, 404-415.					
95 Personen im Alter von 61-96 Jahren aus 2 Tagespflegezentren; können die ADL's nicht mehr selbständig ausführen.	Untersucht die Beziehung von Partizipation und Lebensqualität.	Qualitativ		<ul style="list-style-type: none"> - Es wurde keine positive Korrelation zwischen Partizipation und Selbständigkeit in den ADL's wie auch Lebensqualität und Selbständigkeit in den ADL's festgestellt. Dies hängt wahrscheinlich mit der kulturellen Werten zusammen, da die Abhängigkeit nach der Pensionierung gesellschaftlich anerkannt wird. 	<ul style="list-style-type: none"> - -Die Selbständigkeit in den ADL's wird bei älteren Menschen aus kollektivistischem Hintergrund mit der Lebensqualität in Beziehung gesetzt - -Es wird nur die Sichtweise aus Japan aufgezeigt und nicht in Vergleich gebracht

Brown, S., Humphry, R., Taylor, E. (1997). A Model of the Nature of Family-Therapist Relationships: Implications for Education. <i>American Journal of Occupational Therapy</i> , 51, 597-603.					
302 ErgotherapeutInnen, welche Kontakt mit den Familien ihrer KlientInnen hatten.		Qualitativ		Wie die Familie in die Therapie miteinbezogen wird Es wurde ein Modell einer sieben-Level-Hierarchie der Familien- Therapeuten-Interaktion entwickelt. Wissen und Fertigkeiten zur arbeit in den verschiedenen Hierarchiestufen werden identifiziert.	<ul style="list-style-type: none"> - Theorie-Praxis Transfer: Familienzentrierte Therapie - Die Studie wurde in Amerika durchgeführt und es handelt sich nicht um MigrantInnen (besser wäre Studie zu Implikationen für familienzentrierte Therapie bei MigrantInnen)
Brown, C., Hasson, H., Thyselius, V. & Almborg, A. (2011). Post-stroke depression and functional independence: a conundrum. <i>Acta Neurologica Scandinavica</i> , 6, 1-7.					
181 KlientInnen nach Schlaganfall in einer Stroke Unit in Schweden.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gibt es eine Beziehung zwischen dem Level der funktionellen Selbständigkeit bei ADL und Depression? 2. Haben Geschlecht, Alter, Beziehungsstatus oder Zeit seit Schlaganfall einen Zusammenhang mit einer Post-Stroke- Depression? 3. Ist die Depression ein Resultat der Einschränkung der Selbständigkeit in den ADL? 	Quantitativ		<ul style="list-style-type: none"> - Der BI (Messung der benötigten Hilfe bei ADL) korrelierte konsistent mit dem Auftreten einer PSD (Post stroke Depression). Das Grad der Einschränkung der Selbständigkeit bei ADL steht im Zusammenhang damit, ob die Person eine PSD entwickelt. Deshalb ist es in der Rehabilitation von SchlaganfallKlientInnen sehr wichtig, dass der Patient wieder grösstmögliche Selbständigkeit erlangen kann. →Selbständigkeit bei ADL hat in der individualistischen Gesellschaft einen grossen Einfluss auf die Lebensqualität. 	<ul style="list-style-type: none"> - zeigt die individualistischen Werte auf - es handelt sich um ältere Menschen - keine MigrantInnen - kollektivistische Sichtweise wird nicht aufgezeigt

Fagerström, C., Holst, G., Hallberg, I. (2007). Feeling hindered by health problems and functional capacity at 60 years and above. <i>Archives of Gerontology and Geriatrics</i> , 44, 181–201.					
1297 Menschen zwischen 60–89 Jahren, zu Hause lebend	Welche Auswirkungen haben Gesundheitsprobleme auf ADL's, Lebenszufriedenheit, Selbstvertrauen, soziale und finanzielle Ressourcen	Quantitativ		- Die verminderte Möglichkeit, ADL's selbständig auszuführen, resultiert auch in einer verminderten Lebenszufriedenheit	- sagt viel über Selbständigkeit bei ADL und Lebenszufriedenheit - Schwedische Studie, nur aus individualistischer Sicht
Baker, M. (2005). Creation of a Model of Independence for Community-Dwelling Elders in the United States. <i>Nursing Research</i> , 54, 288–295.					
9447 Teilnehmende ab 70 Jahren	Ein Modell der Selbständigkeit zu kreieren für in Gesellschaft lebende ältere Menschen in den USA. →Wird Pflegefachpersonen leiten in den Assessments und Interventionen	Exploratory factor analysis		- Die Unterstützung der Selbständigkeit im Alter ist in der individualistisch geprägten USA ein Ziel in der Gesellschaftspolitik. - Drei Faktoren spielen für den Erhalt der Selbständigkeit im Alter eine wichtige Rolle: physical function, physical health und social ability.	- individualistische Sichtweise - (Aussagen aus Einleitung) - Nicht ergotherapeutisch

Bozo, Ö., Toksabay, N., Kürüm, O. (2009). Activities of Daily Living, Depression, and Social Support Among Elderly Turkish People. <i>The Journal of Psychology</i> , 143, 193–205.					
102 Teilnehmende ab 60 Jahren aus Istanbul, Ankara und Izmir	Erfasst die Auswirkungen der ADL's und der erhaltenen sozialen Unterstützung auf Depression	Quantitativ		<ul style="list-style-type: none"> - Eine erhöhte Funktionsfähigkeit in den ADL's, hat ein kleines Level der Depression zur Folge - Je mehr soziale Unterstützung, desto kleiner der Level der Depression - Die soziale Unterstützung dämpfte die negativen Auswirkungen der verminderten ADL-Fähigkeit auf Depression nicht (Stress-buffering Modell). Dies erklärt sich damit, dass in dieser kollektivistischen Kultur die Unterstützung als selbstverständlich angesehen wird. Sie verdient keine Wertschätzung und vermag die Stressoren nicht zu dämpfen. 	<ul style="list-style-type: none"> - kollektivistische Sichtweise (evt. individualistisch geprägt, da Menschen aus der Stadt) - Nicht ergotherapeutisch
Lay, B., Lauber, C., Nordt, C., Rössler, W. (2006). Patterns of inpatient care for immigrants in Switzerland. <i>Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology</i> , 41, 199–207.					
Fokusgruppe: 4826 MigrantInnen ab 18 Jahren, welche im Zürich lebten und zwischen 1995 und 2001 in einer Psychiatrie waren. Kontrollgruppe: 4826 Schweizer	Die Benützung der stationären Dienstleistungen von MigrantInnen mit einer psychischen Krankheit zu überprüfen	Quantitativ		<ul style="list-style-type: none"> - Notfallaufnahmen sind bei MigrantInnen häufiger als bei Einheimischen - MigrantInnen nahmen weniger häufig Therapien und Unterstützung durch Sozialarbeiter in Anspruch - Die Aufenthaltsdauer bei den MigrantInnen war kürzer - Es gibt grosse Unterschiede zwischen den verschiedenen Gruppen von MigrantInnen (Türkisch, Jugoslawisch, Afrikanisch, Asiatisch,..) 	<ul style="list-style-type: none"> - Migration in der Schweiz → Einleitung - sagt nichts zu der Bedeutung der Selbständigkeit,

<p>Pooremamali, P., Östman, M., Persson, D.& Eklund, M. (2011). An occupational therapy approach to the support of a young immigrant female's mental health: A story of bicultural personal growth. <i>International journal of qualitative studies on health and well-being</i>, 6, 1-15.</p>					
<p>22 jährige Türkin in Schweden, welche mit 13 Jahren zum ersten Mal eine Psychose erlitt und seitdem ein grosser Teil ihres Lebens in der Psychiatrie verbrachte</p>	<p>KlientInnen aus verschiedenen kulturellen Hintergründen zu behandeln</p>	<p>Case control study</p>	<p>Narrativer Ansatz</p>	<p>- Kulturelle Aspekte müssen in die Therapie mit einbezogen werden, da es sonst zu schädlichen Konsequenzen führen kann</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ergotherapeutischer Ansatz zur Behandlung von MigrantInnen mit einer psychischen Krankheit. - Bezug zum islamischen Hintergrund - Der Klient erlernt Fähigkeiten, wie er mit der kulturellen Diskrepanz besser umgehen kann - Von einem 'interdependent self' zu einem 'more independent self' - Implikationen für die Praxis - case control study → Uebertragbarkeit? - Arbeitsfeld Psychiatrie

Artikel und Reviews

Form	Ergebnisse	Relevanz für unsere Arbeit
Wiley, J., & Sons, L. (2007). Culture and occupational therapy: meeting the challenge of relevance in a global world. <i>Occupational Therapy International</i> , 14, 183-187.		
	Kultur kann nicht einheitlich definiert werden. Sie wird als wichtiges Element der Ergotherapie angesehen. In der Ergotherapie soll die Kultur einen wichtigen Stellenwert einnehmen.	Begriff Kultur wird definiert und die Bedeutung für die Ergotherapie wird aufgezeigt.
Iwama, K.M., Thomson, N.A. & MacDonald, R.(2009). The Kawa Model: The power of culturally responsive occupational therapy. <i>Disability and Rehabilitation</i> , 31, 1125–1135.		
Forschungsartikel	Der Autor plädiert für eine Ergotherapie, die auch auf Menschen ausgerichtet ist, für die Umwelt und Familie im Zentrum steht und den wichtigsten Einfluss auf Betätigung hat: „Not all clients will necessarily regard autonomy, individualism and participation, for example, to represent their quintessential goals.“	Beschreibung des KAWA Modells. Für den Vergleich MOHO-KAWA, Ergotherapie aus kollektivistischer Sichtweise.
Reindal, S. M. (1999). Independence, Dependence, Interdependence: Some reflections on the subject and personal autonomy. <i>Disability & Society</i> , 14, 353-367.		
Artikel	Die moderne Definition des Begriffs Selbständigkeit ist nicht adäquat. Es fehlt dabei der Einbezug des Begriffs `Interdependence`. Fachleute definieren den Begriff anders als KlientInnen, diese fallen der Ideologie der Selbständigkeit zum Opfer. Selbständigkeit bedeutet für die KlientInnen nicht, Die ADL's ohne Hilfe durchzuführen sondern die Entscheidung treffen zu können, wann und wie die Aktivitäten durchgeführt werden sollen. Der Mensch ist ein ‚interdependent being‘.	
Bowyer, P., Belanger, R., Briand, C., & Gloria de las Heras, C. (2008). International Efforts to Disseminate and Develop the Model of Human Occupation. <i>Therapy in Health Care</i> , 22, 2-3.		
Artikel	Barrieren bei der Anwendung des MOHOs in anderen Länder wurden identifiziert (Sprache, kulturelle Unterschiede). Strategien bei der Einführung des Modells in anderen Kulturen wurden aufgezeigt. Dabei wurden Workshops als unterstützend bei der Verbreitung des MOHOs bewertet. Das MOHO wurde prinzipiell als unterstützendes Modell im therapeutischen Prozess empfunden. Das MOHO hat sich zu einem international verwendbaren Modell etabliert.	Beschreibung des MOHO. Für den Vergleich MOHO-KAWA, Anwendung des MOHOS in den Ländern Kanada Finnland, Frankreich, Deutschland, Hispanoamerika, Israel, Japan, Niederlanden und Tawian. Hintergründe zu den Ländern. Erfahrungen mit dem MOHO Vor- und Nachteile des Modells
Chiang, M., & Carlson, G. (2003). Occupational Therapy in Multicultural Contexts: Issues and Strategies. <i>British Journal of Occupational Therapy</i> , 12, 66.		

Artikel	Die Modelle MOHO und das Occupational Performance Model werden als geeignete Modelle bewertet um mit KlientInnen mit Migrationshintergrund zu arbeiten. Es wird darauf hingewiesen, dass ET's wenig Modelle einbeziehen.	Empfehlung eines Modells im Theorie-Praxis-Transfer. Die Gegenüberstellung der Modelle MOHO und Occupational Performance Model.
LeGranse, M. (2006). Wenn man einander nicht versteht, sind qualitativ gute Therapie und Betreuung nicht möglich. <i>Ergotherapie und Rehabilitation</i> , 7, 13-20.		
	Modellempfehlungen für Arbeit mit MigrantInnen, konkrete Strategien im Umgang mit MigrantInnen in der Therapie, therapeutische Beziehung	Theorie-Praxis transfer, Modellvergleich, Modellempehlung für die Praxis

9.6 Critical Review und Zusammenfassung der Hauptstudien

9.6.1 Pooremamali et al. (2011b)

9.6.1.1 Critical Review

Muslim Middle Eastern client's reflections on their relationship with their occupational therapists in mental health care	
	Kommentar
Zweck der Studie: Wurde der Zweck der Studie und oder die Forschungsfrage klar angegeben? <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Zusammenfassung des Zweckes der Studie und/oder der Forschungsfrage: Die Erfahrungen und Wahrnehmung von Patienten aus dem Mittleren Osten bezüglich der Beziehung mit ihren Ergotherapeuten im psychiatrischen Setting zu untersuchen.
Literatur: Wurde relevante Literatur für den Hintergrund der Studie hinzugezogen? <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Beschreibe den Grund für die Studie. Ist er klar und nachvollziehbar beschrieben und mit Literatur begründet? In den letzten Jahren hat die Anzahl der Immigranten aus dem mittleren Osten in Schweden stark zugenommen. Es ist wichtig, dieser Minorität Aufmerksamkeit zu schenken. Forschung ist notwendig, um Missverständnisse und Unstimmigkeiten zu vermeiden.
	Wie passt die Studie auf ihre Arbeit und/oder zu Ihrer Forschungsfrage? Lohnt es sich weiterzulesen? Die Studie beantwortet die Fragen zu Erwartungen von kollektivistisch geprägten Klienten an die Ergotherapie. Die Teilnehmenden sind Moslems, in der Schweiz leben ebenfalls viele muslimische Migranten. Die Studie gibt Antwort zur Frage der Bedeutung der Selbständigkeit im Kollektivismus.
Studiendesign: Welches Design wurde gewählt? <input type="checkbox"/> phänomenologisch <input type="checkbox"/> ethnographisch <input checked="" type="checkbox"/> Grounded Theory <input type="checkbox"/> Partizipative Handlungsforschung <input type="checkbox"/> Andere	Passte das Studiendesign zur Studienfrage? Erkläre Qualitative Studie, Grounded Theory. Bei dieser Methode wird das Sampling, die Datensammlung und Analyse so lange fortgesetzt, bis die Datensättigung erreicht ist. Der Forscher verfolgt keinen bestimmten Plan, er lässt sich bei seinem Projekt von den herauskommenden Daten leiten Der Grund für den Grounded Theory Approach war, eine Theorie zu generieren, welche die volle Komplexität und die Konsequenzen eines kulturellen Phänomens reflektiert. constant comparative Methode, Analyse durch offene, axiale und selektive Code- Prozesse.
Wurde eine theoretische Perspektive identifiziert? <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Beschreibe die theoretische oder philosophische Perspektive der Studie bsp. Die Perspektive des Forschers: Die 1. Autorin führte zuvor eine Studie zur Sicht der Ergotherapeuten in der Arbeit mit Migranten durch (Pooremamali et al.(2011a). Sie hatte zudem durch ihren kulturellen Hintergrund (mittlerer Osten)eine Idee des Studienresultats. Dies hat evt. die neutrale Sichtweise verfälscht.
Stichprobenauswahl: Wurde der Prozess gezielter Auswahl beschrieben? <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Beschreibe die Stichprobenauswahl. War die Auswahl der Studienmethode und der Forschungsfrage angepasst? Die Teilnehmenden wurden durch Ergotherapeuten, welche im psychiatrischen Setting arbeiteten, rekrutiert. Zuerst hat der erste Autor alle Ergotherapeuten aus diesem Setting aus Südschweden kontaktiert und sie über die Einschlusskriterien informiert.

	Es wurden Teilnehmer eingeschlossen, welche Moslems waren und aus dem Mittleren Osten kamen, seit mindestens 3 Jahren in Schweden wohnten und zurzeit in ergotherapeutischer Behandlung waren. Nach der Befragung der ersten zwei Teilnehmer wurden die nächsten Teilnehmer ausgewählt.
<p>Wurde die Stichprobenauswahl bis zur Sättigung durchgeführt?</p> <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> not addressed	<p>Werden die Teilnehmer detailreich beschrieben? Inwiefern stimmt die Stichprobe auf Ihre Forschungsfrage überein? Lohnt es sich weiterzulesen?</p> <p>Die Datensättigung wurde nach dem 11. Teilnehmer erreicht. Die Anzahl der Studienteilnehmer stand zuvor nicht fest.</p>
<p>Wurde eine formelle Zustimmung der Teilnehmer eingeholt?</p> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> nicht beschrieben	<p>Die Teilnehmer erklärten sich mittels der Signatur eines Briefes zur Befragung einverstanden.</p> <p>Die Studie wurde der lokalen Ethikkommission vorgelegt.</p>
<p>Datensammlung:</p> <p>Klare und komplette Beschreibung von: Ort des Interviews <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Teilnehmer <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Die Rolle des Forschers und die Beziehung zu den Teilnehmer <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Identifikation von Annahmen und Biases des Forschers <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Beschreibe den Kontext der Studie. Wurde er ausreichend beschrieben, um sich ein ganzes Bild machen zu können? Was fehlte und wie beeinflusste dies das Verständnis der Forschung?</p> <p>Die Interviews wurden in der Klinik oder im Zuhause des TN durchgeführt</p> <p>11 Teilnehmer; 5 Männer und 6 Frauen, von denen 9 im Mittleren Osten (Iran, Iraq, Afghanistan, Libanon, Palästina) und zwei davon in Schweden geboren wurden. Alle Teilnehmer beschrieben sich als Muslime. Das Alter lag zwischen 22 und 67, die TN hatten zur Zeit des Interviews schon mehr als 5 Jahre in Schweden gelebt und sprachen verschiedene Sprachen wie Arabisch, Farsi, Pashto und Türkisch. Die meisten konnten fließend Schwedisch sprechen. Drei TN hatten einen Universitätsabschluss, drei TN hatten keine Schule oder nur die Primarschule absolviert und fünf TN hatten einen high-school Abschluss. Ein TN war Angestellt, einer war in einem Arbeitstraining, fünf waren in Trainingszentren und 4 TN waren pensioniert.</p> <p>(nicht tabellarisch dargestellt)</p> <p>Die Fragen des Interviews wurden zuvor nicht ausformuliert, es wurden jedoch Themen definiert welche die Klienten zum erklären ihrer Sicht, Gedanken und Wahrnehmungen anregten.</p> <p>Die Interviews dauerten zwischen 1-2h, 8 davon wurden in schwedisch durchgeführt und drei in Farsi, durch den ersten Autor.</p> <p>Die Interviews wurden auf einen Tondatenträger aufgenommen und fanden in der Klinik oder zu Hause beim TN statt.</p> <p>Was fehlte und wie beeinflusste dies das Verständnis der Forschung?</p>
<p>Prozedurale Strenge</p> <p>Wurde die Datensammlung mit einer prozeduralen Strenge durchgeführt?</p> <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht beschrieben	<p>Gaben die Forscher adäquate Informationen zur Datensammlung, über den Zugang zum fraglichen Ort, die Methoden der Datenerhebung, die Schulung der Datenerheber, die Dauer der zur Datenerhebung aufgewandten Zeit sowie die Menge der gesammelten Daten. Beschreibe die Flexibilität im Design und in der Methode der Datensammlung. Ausser der Menge der gesammelten Daten werden alle Faktoren beschrieben</p>
<p>Datenanalyse:</p>	<p>Beschreibe die Methode der Datenanalyse: Waren die Methoden angepasst? Was waren die Resultate?</p>

<p>Analytische Genauigkeit War die Datenanalyse induktiv? <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht beschrieben Stimmten die Ergebnisse mit den Daten überein und spiegelten diese wider? <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Die schwedischen Interviews wurden vom 1. und 2. Autor angehört und wurden dann vom 1. Autor transkribiert. Die Interviews in Farsi wurden vom 1. Autor und einem Übersetzer angehört und dann vom 1. Autor transkribiert. Ein Vergleich zwischen den 2 Transkripten bestätigte die richtige Übersetzung. Alle Autoren waren im Prozess der Datenanalyse dabei. Die Analyse startete mit dem offenen Kodieren, welches durch den 1. Autoren durchgeführt wurde. Die Resultate der Interviews wurden zu Titeln zugeordnet, diese hervorgehobenen Themen wurden im nächsten Interview wieder zur Sprache gebracht. 2. Axiales Kodieren: Subkategorien identifizieren. 3. selektives Kodieren: Memos schreiben Alle 4 Autoren diskutierten die Analyse, bis sie zur Interpretation kamen, welche die Daten am Besten wiedergab. Jedem TN wurde ein Code (A-K) zugeordnet, sodass die Aussagen zugeordnet werden können.</p>
<p>Überprüfbarkeit Entscheidungspfad (audit trail) entwickelt? <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht beschrieben Prozess der Datenanalyse adäquat beschrieben? <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht beschrieben</p>	<p>Beschreib die Entscheidungen des Forschers bezüglich der Transformation der Daten zu Codes/Themen. Es wurde ein decision trail entwickelt. Datenanalyse wird ausführlich beschrieben</p>
<p>Theoretische Verbindungen Hat sich ein sinnvolles Bild des untersuchten Phänomens ergeben? <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Wie wurde das Konzept der Studie geklärt und Beziehung kargestellt? Beschreibe konzeptuelle Frameworks, die auftauchen.</p>
<p>Vertrauenswürdigkeit War die Evidenz der vier Komponenten der Vertrauenswürdigkeit vorhanden? Glaubwürdigkeit <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Übertragbarkeit <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Zuverlässigkeit <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Vergleichbarkeit <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Identifiziere was der Forscher verwendete um jede Komponente der Vertrauenswürdigkeit zu gewährleisten: Vertrauenswürdigkeit wurde anhand der Kriterien von Lincoln and Guba (1985) erreicht. Audit trail beurteilt die Glaubwürdigkeit welche auch erreicht wurde durch die Diskussionen während der Analyse. Die Übertragbarkeit wird durch die genaue Beschreibung der TN gewährleistet. Die Interviews fanden direkt nacheinander statt, dadurch konnten störende Faktoren ausgeschlossen werden. Die Zuverlässigkeit wird evt. herabgesetzt durch die kleine Zahl der TN Die Vergleichbarkeit wurde erreicht durch die Aufzeichnung auf Tonband und Papier, wie auch das Reflektionsjournal.</p>
<p>Schlussfolgerung und Implikation Die Schlussfolgerungen geben angemessen die Resultate der Studie wieder <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Die Ergebnisse steuern zur</p>	<p>Was sind die Schlussfolgerungen der Studie? Kernkategorie: Desiring a union Unterkategorien: 1.1. desiring relationships 1.2. desiring affiliation, 1.3. desiring affirmation Was waren die Implikationen der Ergebnisse für die Ergotherapie (Praxis und Forschung)?</p>

Entwicklung von Theorien und zukünftiger ergotherapeutischer Forschung/Praxis bei <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	In der Arbeit mit Immigranten aus einem beschriebenen Kontext wird der Therapeut möglicherweise in den familiären Kontext miteinbezogen, was nicht mit der professionellen Rolle des Therapeuten übereinstimmt. Ergotherapeuten brauchen transkulturelle Kompetenzen und müssen die Kultur in den ergotherapeutischen Prozess, die Assessments und die Frameworks miteinbeziehen. Was sind die Hauptlimitationen der Studie? Kleine Fokusgruppe, Autor hatte schon vorher eine Idee der Theorie, deshalb wurde das Resultat möglicherweise beeinflusst. Was waren die Implikationen der Ergebnisse für die Ergotherapie (Praxis und Forschung)?
---	--

9.6.1.2 Zusammenfassung

Ziel/Forschungsfrage

Pooremamali, Eklund, Östmann & Persson untersuchten in „Muslim Middle Eastern client’s reflection on their relationship with their occupational therapists in mental health care“ die Erfahrungen, Wahrnehmungen und Erwartungen von Patienten aus dem Mittleren Osten bezüglich der ergotherapeutischen Beziehung.

Die Studie fand im psychiatrischen Setting statt. Zur Beantwortung der Fragestellung wurde die Methode der Grounded Theory gewählt. Diese Methode erlaubt es, eine Theorie zu generieren, welche die volle Komplexität und die Konsequenzen dieses kulturellen Phänomens reflektiert.

Einschlusskriterien der Teilnehmer

Die Teilnehmer wurden durch Ergotherapeuten, welche im psychiatrischen Setting arbeiteten, rekrutiert. Zuerst hat der erste Autor alle Ergotherapeuten aus diesem Setting aus Südschweden kontaktiert und sie über die Einschlusskriterien informiert.

Es wurden muslimische Teilnehmer im Alter eingeschlossen, welche aus dem Mittleren Osten kamen, seit mindestens 3 Jahren in Schweden wohnten und zur Zeit in ergotherapeutischer Behandlung waren. Die Teilnehmer waren im Alter von 22 – 67 Jahren. Der informed consent wurde eingeholt.

Nach der Befragung der ersten zwei Teilnehmer wurden die nächsten Teilnehmer ausgewählt. Das Sampling, die Datensammlung und Analyse wurden so lange fortgesetzt, bis die Datensättigung erreicht war. Die Datensättigung wurde nach dem 11. Teilnehmer erreicht.

Mit der konstant-komparativen Methode wurde eine Analyse mit offenen, axialen und selektiven Code-Prozessen durchgeführt.

Resultate

Aus der Analyse wurden folgende Kategorien ermittelt:

Kernkategorie:

1. Desiring a union

Unterkategorien:

1.1. desiring relationships

1.2. desiring affiliation,

1.3. desiring affirmation

1. Desiring a union

Die Klienten wünschten sich eine enge Beziehung zum Therapeut, die mit der Beziehung zu einem nahem Familienmitglied vergleichbar ist. Die Klienten äusserten, dass sie lieber von einem gleichgeschlechtlichen Therapeuten behandelt werden.

1.1. Desiring relationships

Die Teilnehmer nannten drei Komponenten, die ihnen in der therapeutischen Beziehung wichtig waren: Authentischer Respekt, Transparenz und Mitgefühl. Einige Teilnehmer meinten, dass der Therapeut nur mitfühlen kann, wenn er den gleichen kulturellen Hintergrund hat und ähnliches erlebt hat.

1.2. Desiring affiliation (Anschluss, Aufnahme)

Die Sprachschwierigkeiten wurden als grosses Hindernis für den Beziehungsaufbau angesehen. Auch der kulturelle Unterschied hinderte die Teilnehmer daran, sich sicher zu fühlen und Probleme auszusprechen. Andere Teilnehmer bewerteten den ethischen Hintergrund des Therapeuten als weniger wichtig und massen der Art, wie der Therapeut interagiert einen wichtigeren Stellenwert bei. Eine direktive und beratende Art des Therapeuten wurde geschätzt.

1.3. Desiring affirmation: (Bestätigung)

Die Teilnehmer sprachen oft über den Verlust der "occupational identity" und des Selbstwertgefühls. Denn sie fühlten sich vom Therapeuten als schwacher Klient gesehen, anstatt als positive Person. Für die kulturbedingten Verhaltensweisen wünschten sie sich mehr Verständnis und Anerkennung durch die Therapeuten.

Die jüngeren Klienten erachten Kenntnisse der Therapeuten über kulturelle Normen als sehr wichtig. Besonders betont wird dabei die kollektivistische Identität und die interdependence.

Fast alle Klienten sahen ihren Therapeuten in einer autoritären Rolle. Ein non-direktiver, klientenzentrierter Ansatz, bei dem die Verantwortung dem Klienten übergeben wird, war weniger erwünscht.

Der Respekt des Therapeuten gegenüber familiären Werten wird als eine Pflicht angegeben. Einige Klienten betonen, dass die Familie als natürliches Unterstützungssystem mehr in die Therapie einbezogen werden soll.

Um psychisch gesund zu bleiben und eine Balance zwischen Körper, Seele und Geist zu finden, üben die Teilnehmer oft spirituelle Aktivitäten aus.

Diese Aktivitäten trafen bei den Therapeuten auf wenig Anerkennung. Die Klienten wünschen sich, dass der Fokus der Therapie nicht nur auf die Betätigungsperformanz ausgerichtet wird, sondern vermehrt auf die innere Balance.

In der Arbeit mit Migranten aus einem beschriebenen Kontext wird der Therapeut möglicherweise in den familiären Kontext miteinbezogen. Dies stimmt nicht mit der professionellen Rolle des Therapeuten im individualistischen System überein. Dies führt zu Zielkonflikten. Transkulturelle Kompetenzen sind in der Arbeit als Ergotherapeut/in sehr wichtig. Dieses Wissen muss in den ergotherapeutischen Prozess, die Assessments und die Frameworks miteinbeziehen.

Pooremamali et al. erfüllten alle Kriterien des Formulars zur kritischen Besprechung von Studien von Law et al.(1998). Einzig das Wissen des Autors bezüglich der Theorie hat das Resultat möglicherweise beeinflusst.

9.6.2 Heigl et al. (2011)

9.6.2.1 Critical Review

I think of my family, therefore I am: Perceptions of daily occupations of some Albanians in Switzerland.	
	Kommentare
Zweck der Studie: Wurde der Zweck der Studie und oder die Forschungsfrage klar angegeben? <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Zusammenfassung des Zweckes der Studie und/oder der Forschungsfrage: Um das Verständnis der Beziehung zwischen Kultur und Betätigung zu vertiefen, indem die Wahrnehmung über tägliche Aktivitäten bei Immigranten in der Schweiz erforscht wird.
Literatur: Wurde relevante Literatur für den Hintergrund der Studie hinzugezogen? <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Beschreibe den Grund für die Studie. Ist er klar und nachvollziehbar beschrieben und mit Literatur begründet? Viele Immigranten in der Schweiz, Migranten haben mehr gesundheitliche Probleme, dadurch ist die kulturelle Kompetenz in der Ergotherapie notwendig. Literatur verweist darauf, dass mehr wissen darüber notwendig ist.
	Wie passt die Studie auf ihre Arbeit und/oder zu Ihrer

	<p>Forschungsfrage? Lohnt es sich weiterzulesen? Klientenbefragung; Einfluss der Kultur auf Betätigung, Aussagen über kollektivistische Migranten in der Schweiz (Anpassung an CH-Kultur od. Verstärkung der Heimatkultur), Was bedeutet Migration, welche Veränderungen im Betätigungsverhalten?, Ist Selbständigkeit wichtig? Implikationen für ergotherapeutische Interventionen (Bedeutung und Durchführung von ADL's)</p>
<p>Studiendesign: Welches Design wurde gewählt? <input type="checkbox"/> phänomenologisch <input checked="" type="checkbox"/> ethnographisch <input type="checkbox"/> Grounded Theory <input type="checkbox"/> partizipative Handlungsforschung <input type="checkbox"/> andere</p>	<p>Passte das Studiendesign zur Studienfrage? Erkläre. Durch das ethnografische Studiendesign, ist es möglich, die Wahrnehmung und das Verhalten einer ethnischen Gruppe zu untersuchen. Dies entspricht dem Ziel dieser Studie</p>
<p>Wurde eine theoretische Perspektive identifiziert? <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Beschreibe die theoretische oder philosophische Perspektive der Studie bsp. Die Perspektive des Forschers: Die Studie basiert auf psychotherapeutischem und ethnologischem Hintergrund und kann nur schwer auf eine Betätigungsperspektive übertragen werden</p>
<p>Verwendete Methoden: <input type="checkbox"/> teilnehmende Beobachtung <input checked="" type="checkbox"/> Interviews <input type="checkbox"/> Historische Forschung <input type="checkbox"/> Fokusgruppe <input type="checkbox"/> Andere</p>	<p>Beschreibe die verwendeten Methoden, die verwendet wurden um die Forschungsfrage zu beantworten. Stimmt die Methode mit der philosophischen Untermauerung und dem Zweck der Studie überein? Semistrukturierte Interviews: passt zum Ziel der Studie</p>
<p>Stichprobenauswahl: Wurde der Prozess gezielter Auswahl beschrieben? <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Beschreibe die Stichprobenauswahl. War die Stichprobenauswahl der Studienmethode und der Forschungsfrage angepasst? Die Samplingmethode und die Einschlusskriterien sind genau beschrieben. Der Fokus wurde auf Moslems gelegt, da diese die Mehrheit in Albanien und Mazedonien darstellen. Die Betätigungen von Albanern sind je nach Religion sehr unterschiedlich, deshalb wurde nur eine Religionsgruppe ausgewählt. Die Betätigungen sind auch sehr geschlechtsspezifisch, daher wurde bei dieser Männer dominierenden Gesellschaft der Fokus auf Männer gelegt. Die Teilnehmer wurden durch Kontakte mit albanischen Kulturcentren und albanischen Kontaktpersonen rekrutiert.</p>
<p>Wurde die Stichprobenauswahl bis zur Sättigung durchgeführt? <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht beschrieben</p>	<p>Werden die Teilnehmer detailliert beschrieben? Inwiefern stimmt die Stichprobe auf Ihre Forschungsfrage überein? Lohnt es sich weiterzulesen? Die Nichterreichung der Redundanz ist klar als Mangel dieser Studie angegeben. Mit mehr Teilnehmern hätte es noch andere Ergebnisse gegeben. Es wird begründet dass mehr Teilnehmer den Zeitrahmen gesprengt hätten.</p>
<p>Wurde eine formelle Zustimmung der Teilnehmer eingeholt? <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht beschrieben</p>	<p>Studie wurde von der Ethikkommission Zürich angenommen. Die Teilnahme war freiwillig. Alle Teilnehmer gaben ihre freiwillige Zustimmung.</p>

<p>Datensammlung: Klare und deutliche Beschreibung des Orts <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein participants: <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Die Rolle des Forschers und die Beziehung zu den Teilnehmer <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Identifikation von Annahmen und Biases des Forschers <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Beschreibe den Kontext der Studie. Wurde er ausreichend beschrieben, um sich ein ganzes Bild machen zu können? Ort : Teilnehmer konnten Ort wählen(Zuhause, Arbeitsplatz, Zuhause des Interviewers, Spital,...) Teilnehmer: 8 Männer aus Kosovo und Mazedonien der 1.Generation, Wohnhaft im Kanton Zürich, Kommunikation in Deutsch möglich, Handwerklicher Beruf ausübend (TN in Tabelle beschrieben) Die 1. Autorin hat die Interviews durchgeführt. Sie kannte die Teilnehmer zuvor nicht (wird nicht erwähnt).</p> <p>Was fehlte und wie beeinflusste dies das Verständnis der Forschung? Die Interviewerin (first author) war weiblich, dadurch haben die Männer aus dieser Männer-dominierenden Gesellschaft möglicherweise über andere Themen geredet wie wenn ein Mann sie interviewt hätte.</p>
<p>Prozedurale Strenge Wurde die Datensammlung mit einer prozeduralen Strenge durchgeführt? <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht beschrieben</p>	<p>Gaben die Forscher adäquate Informationen zur Datensammlung, über den Zugang zum fraglichen Ort, die Methoden der Datenerhebung, die Schulung der Datenerheber, die Dauer der zur Datenerhebung aufgewandten Zeit sowie die Menge der gesammelten Daten. Beschreibe die Flexibilität im Design und in der Methode der Datensammlung. Datensammlung wird lückenlos beschrieben. Die Interviews dauerten 60-85min., Die wortwörtliche Transkribierung umfasste 260 Seiten</p>
<p>Datenanalyse: Analytische Genauigkeit War die Datenanalyse induktiv? <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht beschrieben Stimmten die Ergebnisse mit den Daten überein und spiegelten diese wider? <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Beschreibe die Methode der Datenanalyse: Waren die Methoden angepasst? Was waren die Resultate? Describe method(s) of data analysis. Were the methods appropriate? What were the findings? Die Codes wurden induktiv entwickelt (vom Individuum zum Allgemeinen→Theorie) Die Analyse wurde in einer Komparativen(vergleichenden) Methode durchgeführt. Es wurden 3 Subthemen identifiziert und die Aussagen wurden zugeordnet.</p>
<p>Überprüfbarkeit Entscheidungspfad (audit trail) entwickelt? <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht beschrieben</p> <p>Prozess der Datenanalyse adäquat beschrieben? <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht beschrieben</p>	<p>Beschreib die Entscheidungen des Forschers bezüglich der Transformation der Daten zu Codes/Themen. Transformation von Daten in Aussagen/Codes. Skizzieren Sie das angegebene Prinzip der Entwicklung von Aussagen. Wurde der Prozess der Transformation von Daten in Aussagen/Codes adäquat beschrieben? Es wurden Codes gemacht für jedes Wort. In der zweiten Phase der Datenanalyse wurden die Codes und Kategorien interpretiert. Der erste und zweite Autor haben die Entwicklung der Codes diskutiert und überprüft. Experten aus verschiedenen Gebieten haben alternative Interpretationen diskutiert.</p>

<p>Theoretische Verbindungen Hat sich ein sinnvolles Bild des untersuchten Phänomens ergeben?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Wie wurde das Konzept der Studie geklärt und Beziehung klargestellt? Beschreibe konzeptuelle Frameworks, die auftauchen.</p> <p>Die Aussagen wurden den drei Subthemen zugeordnet.(1. Everything I do I do for my family, 2. Where do I belong?, 3. Doing something for myself. So ist sichtbar, dass zu jedem Subthema mehrere zustimmende Aussagen gemacht wurden. Die Wahl der Subgruppen ist nachvollziehbar beschrieben.</p> <p>Die Angehörigkeit der out- und in-Group wird in einem Diagramm dargestellt.</p>
<p>Vertrauenswürdigkeit War die Evidenz der vier Komponenten der Vertrauenswürdigkeit vorhanden?</p> <p>Glaubwürdigkeit <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Übertragbarkeit <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein</p> <p>Zuverlässigkeit <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Vergleichbarkeit <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Für jede Komponente der Vertrauenswürdigkeit identifiziere was der Forscher verwendete um jede zu gewährleisten:</p> <p>Peer- Auswertung wurde während des ganzen Comparative Prozess gemacht.</p> <p>Es waren mehrere Forscher an der Analyse beteiligt.</p> <p>Triangulierung nach Quellen, Forscher und Theorien hat stattgefunden.</p> <p>Es wurde nur eine Strategie der Datenerhebung verwendet (Einzelinterviews) Ob Member checking durchgeführt wurde, ist nicht angegeben.</p> <p>Die Befragung wird auf einen kleinen Teil von Migranten beschränkt, und ist deshalb nicht übertragbar auf andere Religionen oder Ethnien.</p>
<p>Schlussfolgerung und Implikation Die Schlussfolgerungen geben angemessen die Resultate der Studie wieder <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Die Ergebnisse steuern zur Entwicklung von Theorien und zukünftiger ergotherapeutischer Forschung/Praxis bei <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Was sind die Schlussfolgerungen der Studie? Für Albanische und Mazedonische Moslems ist die Familie von zentraler Bedeutung. Die Freizeit wird mit der Familie gestaltet, es wird für die Familie gelebt. Gearbeitet wird um die Familie zu ernähren, die Qualität der Arbeitsstelle ist von weniger grosser Bedeutung.</p> <p>Was waren die Implikationen der Ergebnisse für die Ergotherapie (Praxis und Forschung)? Das Bewusstsein für andere Werte und Bedürfnisse fördern, um die Therapie besser anpassen zu können. Familienzentrierte Ergotherapie, Selbständigkeit und Selbstverwirklichung nicht als primäres Ziel sehen. Stattdessen den Klienten und sein Wohlbefinden in seinem Kontext betrachten. Zu Arbeiten und Geld zu verdienen stellt ein zentrales Ziel bei solchen Migranten dar. Deshalb soll in der Ergotherapie darauf geachtet werden, dass Migranten dieser Herkunft in die Arbeit integriert werden können.</p> <p>Was sind die Hauptlimitationen der Studie? Kleine, beschränkte Fokusgruppe, die Aussagen der Studie sind nicht zu verallgemeinern. Die Saturation der Daten wurde nicht erreicht,(Zeitmangel) Die Interviews wurden in Deutsch gehalten, die Teilnehmer konnten Deutsch sprechen, jedoch hätte ein Interview in der Muttersprache möglicherweise noch andere Ergebnisse hervorgerufen. Die Autorin war weiblich.</p> <p>Welche Bedeutung und Relevanz hat diese Studie für Ihre Praxis oder für die Forschungsfrage? Selbständigkeit und Selbstverwirklichung sollte bei Migranten dieser Herkunft in der Therapie nicht als primäres Ziel betrachtet werden.</p>

9.6.2.2 Zusammenfassung von Heigl et al. (2011)

Ziel/Forschungsfrage

Heigl. et al untersuchten in „I think of my family, therefore I am: Perceptions of daily occupations of some Albanians in Switzerland“ die Beziehung zwischen Kultur und Betätigung. Sie erforschten die Wahrnehmung von täglichen Aktivitäten bei südosteuropäischen Immigranten in der Schweiz. Das Betätigungsverhalten von Menschen aus kollektivistischem Kulturkreis wird dargestellt. Aus den Resultaten werden Implikationen für die Ergotherapie mit Immigranten abgeleitet.

Sie wählten ein qualitatives, ethnografisches Studiendesign.

Interviewt wurden 8 gesunde muslimische Albaner und Mazedonier, welche zurzeit als Industrie- oder Handwerksarbeiter („blue-collar-worker“) tätig waren. Die Teilnehmer wohnten seit mindestens drei Jahren im Kanton Zürich und konnten deutsch sprechen. Die Einschlusskriterien wurden so gewählt, da das Betätigungsverhalten zwischen Religion, Geschlecht und Ethnien stark variiert. Sie wurden durch albanische Kulturzentren und Kontaktpersonen rekrutiert.

Die Sättigung wurde nicht erreicht, da dies den Zeitrahmen gesprengt hätte. Dies ist klar als Limitation angegeben. Die Studie wurde der Ethikkommission vorgelegt und die Teilnehmer gaben eine Einverständniserklärung.

Datenerfassung

Die Teilnehmer konnten den Ort, an dem das Interview stattfinden sollte, selber auswählen. Die Interviews wurden in Deutsch durchgeführt, auf ein Tonband aufgenommen und wortwörtlich transkribiert. Der Prozess der Datenanalyse erfolgte nach der constant comparative Methode, die Daten wurden fortlaufend miteinander verglichen. Der erste und zweite Autor diskutierten und überprüften die Entwicklung der Codes. Experten aus verschiedenen Gebieten diskutierten alternative Interpretationen. Es wurde keine Überprüfung durch die Studienteilnehmer (member-checking) durchgeführt.

Heigl. et al. erfüllten ausser der Datensättigung alle Kriterien des Formulars zur kritischen Besprechung von Studien von Law et al.(1998). Die Limitation wurde klar vermerkt.

Resultate

Die Aussagen wurden den drei Subthemen zugeordnet. (1. Everything I do I do for my family, 2. Where do I belong?, 3. Doing something for myself). Diese Themen reflektieren die Wahrnehmung der Betätigungen.

Everything I do I do for my family: Fast alle Befragten gaben die Familie als Kern der täglichen Aktivitäten an. Für alle Befragten war die Familie das Wichtigste in ihrem Leben. Das Selbst war mehr im Kontext der Familie definiert und weniger wichtig. Die meisten Teilnehmer verfügen über einen Hochschulabschluss, welcher aber in der Schweiz nicht anerkannt wird. Die Befragten können deshalb ihre Arbeit nicht auswählen. Sie wird vor allem für die finanzielle Sicherheit der Familie geleistet und wird generell als ein wichtiger und bedeutungsvoller Teil in ihrem Leben angesehen.

Where do I belong? : Die Teilnehmer spürten eine Ambivalenz zwischen dem Herkunftsland und der Schweiz, wenn sie über Betätigung sprechen. Die Ferien im Herkunftsland sind mit positiven Emotionen verknüpft. Wieder dorthin zurückzugehen wäre aber nur unter guten Bedingungen möglich.

Es wird zwischen der in- group (man fühlt sich als Teil davon) und der out-group (man fühlt sich fremd) unterschieden. Als Immigranten haben alle Befragten die Erfahrung gemacht, in der out-group zu sein. Die Durchführung von Aktivitäten in der in-group, beispielsweise der Besuch von albanischen Kulturzentren, ist für die Befragten sehr bedeutungsvoll.

Doing something for myself: Das eigene Wohlbefinden spielt bei den Befragten, welche die Familie als wichtigster Teil ihres Lebens erachteten, eine geringe Rolle. Aktivitäten werden vor allem mit der Familie, aber auch mit Freunden durchgeführt.

Aus der Studie ergeben sich relevante Implikationen für die Ergotherapie. In der Arbeit mit Migranten aus kollektivistischen Kulturkreisen sollte die Ergotherapie familienzentriert stattfinden. Die Selbständigkeit und Selbstverwirklichung des Individuums ist zweitrangig. Der Klient sollte in seinem Kontext betrachtet werden.

Die Arbeit zur finanziellen Sicherung ist ein wichtiger Lebensinhalt dieses Klientels . Die Integration ins Arbeitsleben stellt deshalb ein wichtiges Ziel bei diesem Klientel dar.

9.6.3 Yang et al. (2007)

9.6.3.1 Critical Review

	Kommentare:
Zweck der Studie: Wurde der Zweck der Studie und/ oder die Forschungsfrage klar angegeben? <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Zusammenfassung des Zweckes der Studie und/oder der Forschungsfrage: Mit der Studie soll mehr Wissen über Ergotherapie in Singapur erarbeitet werden. Es wird die Anwendbarkeit ergotherapeutischer Frameworks in Singapur untersucht. Fragestellung: Es wird keine konkrete Fragestellung formuliert.
Literatur: Wurde relevante Literatur für den Hintergrund der Studie hinzugezogen? <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Beschreibe den Grund für die Studie. Ist er klar und nachvollziehbar beschrieben und mit Literatur begründet? Es wird angegeben, dass bereits viele westliche ergotherapeutische Frameworks in andere Kulturen adaptiert wurden, jedoch eine Forschungslücke bezüglich der Relevanz und Anwendbarkeit in andere Kulturen besteht. Es wird auf den westlichen Hintergrund der Ergotherapie hingewiesen und die Übertragbarkeit in andere Kulturen kritisch hinterfragt. Um Ergotherapie in Singapur durchzuführen erachten die Autoren es als wichtig, den kulturellen Kontext in die Arbeit einzubeziehen.
	Wie passt die Studie auf ihre Arbeit und/oder zu Ihrer Forschungsfrage? Lohnt es sich weiterzulesen? Die Studie findet im kollektivistischen Kontext statt Der individualistisch geprägte Kontext der Ergotherapie wird thematisiert. Zusammentreffen von kollektivistischen Werten der Klienten und der individualistisch geprägten Therapeuten Die Bedeutung der Selbständigkeit der Klienten in Singapur Das Thema Selbständigkeit als Ziel der westlich geprägten Ergotherapeuten
Studiendesign: Welches Design wurde gewählt? <input checked="" type="checkbox"/> phänomenologisch <input type="checkbox"/> ethnographisch <input type="checkbox"/> Grounded Theory <input type="checkbox"/> partizipative Handlungsforschung <input type="checkbox"/> andere	Passte das Studiendesign zur Studienfrage? Phänomenologisches Studiendesign. In der Studie wird auf das verwendete Design hingewiesen. In der Phänomenologie wird wertfrei beschrieben, dies bietet sich bei dem kulturellen Thema an.
Wurde eine theoretische Perspektive identifiziert? <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Beschreibe die theoretische oder philosophische Perspektive der Studie bsp. die Perspektive des Forschers: Es wird eine interkulturelle, ergotherapeutische Perspektive eingenommen.
Verwendete Methoden <input type="checkbox"/> teilnehmende Beobachtung <input checked="" type="checkbox"/> Interviews <input type="checkbox"/> Historische Forschung <input type="checkbox"/> Fokusgruppe <input type="checkbox"/> andere	Beschreibe die verwendeten Methoden, die verwendet wurden um die Forschungsfrage zu beantworten. Stimmt die Methode mit der philosophischen Untermauerung und dem Zweck der Studie überein? Ein Interviewleitfaden wurde entwickelt und damit zwei Pilotinterviews durchgeführt. Die Fragen wurden anschliessend nochmals verfeinert. Daraufhin fanden semi-strukturierte Interviews statt.
Stichprobenauswahl:	Beschreibe die Stichprobenerhebung. War die Stichprobenerhebung der Studienmethode und der Forschungsfrage angepasst?

<p>Wurde der Prozess gezielter Auswahl beschrieben?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Die Teilnehmer wurden von zwei Personen aus dem Berufsverband, die über die notwendigen Kontakte verfügten, ausfindig gemacht. Durch Snowballsampling wurden die Ergotherapeuten für das Interview ausgewählt. Das snowballing wurde beendet, als keine zusätzlichen Daten mehr erschienen.</p> <p>An der Studie nahmen 9. Ergotherapeuten (3 Männer, 6 Frauen) im Alter von 31-45 teil, seit 3. Jahren als ET in Singapur tätig sind, seit 5 Jahren in Singapur leben, WFOT diplomiert sind. Die Fachbereiche in denen die ET's arbeiten sind aufgeführt. Um ein möglichst breites Bild zu erhalten wurde von jedem Bereich der Ergotherapie ein Therapeut in die Studie einbezogen.</p>
<p>Wurde die Stichprobenauswahl bis zur Sättigung durchgeführt?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht beschrieben</p>	<p>Werden die Teilnehmer detailliert beschrieben? Inwiefern stimmt die Stichprobe auf Ihre Forschungsfrage überein?</p> <p>Die Teilnehmer wurden detailliert beschrieben, wodurch ein adäquates Bild entsteht.</p> <p>Lohnt es sich fortzufahren?</p> <p>Die Teilnehmer sind alles Ergotherapeuten. Ihre Sichtweisen und Erfahrungen werden thematisiert.</p>
<p>Wurde eine formelle Zustimmung der Teilnehmer eingeholt?</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> nicht beschrieben</p>	<p>Die Studie wurde keinem Ethikkomitee vorgelegt. Es wird nicht beschrieben, dass eine Einverständniserklärung eingeholt wurde</p>
<p>Datensammlung: Klare und deutliche Beschreibung des Orts <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein participants: <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Die Rolle des Forschers und die Beziehung zu den Teilnehmer <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein</p> <p>Identifikation von Annahmen und Biases des Forschers <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein</p>	<p>Beschreibe den Kontext der Studie. Wurde er ausreichend beschrieben, um sich ein ganzes Bild machen zu können? Was fehlte und wie beeinflusste dies das Verständnis der Forschung?</p> <p>Ort des Interviews wird nicht beschrieben.</p>
<p>Prozedurale Strenge Wurde die Datensammlung mit einer prozeduralen Strenge durchgeführt? <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht beschrieben</p>	<p>Gaben die Forscher adäquate Informationen zur Datensammlung, über den Zugang zum fraglichen Ort, die Methoden der Datenerhebung, die Schulung der Datenerheber, die Dauer der zur Datenerhebung aufgewandten Zeit sowie die Menge der gesammelten Daten. Beschreibe die Flexibilität im Design und in der Methode der Datensammlung.</p> <p>-Ort des Interviews ist nicht beschrieben -Menge der gesammelten Daten ist nicht beschrieben (Interviews wurden auf Tonband aufgenommen) -Dauer des Interviews: 1-2h -Schulung des Interviewers ist nicht beschrieben</p>

<p>Datenanalyse:</p> <p>Analytische Genauigkeit War die Datenanalyse induktiv? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> nicht beschrieben</p> <p>Stimmten die Ergebnisse mit den Daten überein und spiegelten diese wider? <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Beschreibe die Methode der Datenanalyse. Waren die Methoden angepasst? Inhaltsanalyse: Ein Forscher machte Feldnoten während dem Interview und suchte nach Übereinstimmungen im Skript Journale wurden verwendet in der Studie um die Reflexion der Interviewer bewusst zu machen Die Datenanalyse wurden anhand bestimmter Punkte analysiert Jeder Interviewer las sich durch die Feldnoten, Transkripte, Tagebücher um die Daten zu analysieren. Identifikationen der Themen, Interpretationen wurden im Gespräch mit anderen entwickelt. Diese Themen wurden dann in zusammenhängende Kategorien, Muster und Themen unterteilt Die Unterlagen wurden den Teilnehmern zur Überprüfung vorgelegt Ein zweites Interview wurde durchgeführt um die Interpretation der Daten zu überprüfen und unklare Daten oder Fragen zu klären</p> <p>Was waren die Resultate? Die Klienten in Singapur geben Selbständigkeit nicht als Hauptziel an. Sie zählen auf die Unterstützung durch die Familie.</p>
<p>Überprüfbarkeit Entscheidungspfad (audit trail) entwickelt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> nicht beschrieben</p> <p>Prozess der Datenanalyse adäquat beschrieben? <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht beschrieben</p>	<p>Beschreibe die Entscheidungen des Forschers bezüglich der Transformation der Daten zu Codes/Themen. Es wird nur beschrieben, dass die Daten in Kategorien, Mustern und Themen unterteilt wurden. Codes wurden nicht erwähnt.</p>
<p>Theoretische Verbindungen Hat sich ein sinnvolles Bild des untersuchten Phänomens ergeben? <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Wie wurde das Konzept der Studie geklärt und Beziehungen klargestellt? Beschreibe konzeptuelle Frameworks, die auftauchen.</p>
<p>Vertrauenswürdigkeit War die Evidenz der vier Komponenten der Vertrauenswürdigkeit vorhanden? Glaubwürdigkeit <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Übertragbarkeit <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Zuverlässigkeit <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Vergleichbarkeit <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Identifiziere was der Forscher verwendete um jede Komponente der Vertrauenswürdigkeit zu gewährleisten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Member checking (Überprüfung der Resultate durch die Studienteilnehmer) - Diskussion unter Forschern - 2. Interview wurde durchgeführt zur Versicherung dass Daten richtig interpretiert wurden und zur Klärung von unklaren Daten - Die sehr kleine Teilnehmerzahl ist wahrscheinlich nicht repräsentativ für den Beruf in Singapur

<p>Schlussfolgerung und Implikation</p> <p>Die Schlussfolgerungen geben angemessen die Resultate der Studie wieder <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Die Ergebnisse steuern zur Entwicklung von Theorien und zukünftiger ergotherapeutischer Forschung/Praxis bei <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Was sind die Schlussfolgerungen der Studie?</p> <p>Bezüglich der Selbständigkeit haben Klient und Ergotherapeuten unterschiedliche Vorstellungen und Werte. Besonders die älteren Generationen geben Selbständigkeit im ADL-Bereich oft nicht als persönliches Ziel an. Sie zählen auf die Unterstützung ihrer Familie. Der klientenzentrierte Ansatz im Alltag umsetzen zu können wird aufgrund der hohen Kosten sowie der knappen Zeit als schwierig bewertet. Das Spitalsetting deckt die Wünsche der Klienten nicht ab. Der Einsatz von Modellen wird als wichtig erachtet. Das MOHO wird als das geeignetste Modell empfunden.</p> <p>Von den Ergotherapeuten wurden 4. Interessensbereiche ihrer Klienten angegeben.</p> <p>Arbeit ist für die Klienten sehr wichtig und bedeutungsvoll Ältere Menschen kennen das Wort „Freizeit“ nicht, für sie gibt es nur die Zeit ausserhalb der Arbeit bzw. das Ausruhen nach der Arbeit. Die Studie weist auf die Wichtigkeit der „kulturellen Kompetenz“ als Teil der Ergotherapieausbildung hin und fordern zum kritischen Denken und Hinterfragen auf. Es ist noch mehr Forschung notwendig.</p> <p>Was waren die Implikationen der Ergebnisse für die Ergotherapie (Praxis und Forschung)?</p> <p>Den Kontext des Patienten in die Therapie einbeziehen Die Studie weist auf die zentrale Bedeutung der Familie hin und wie wichtig es ist sie in der Therapie einzubeziehen. (Theorie-Praxis-Transfer).</p> <p>Aufmerksamkeit Haltung und Bewusstsein gegenüber anderen Kulturen Modelle sollen noch öfters eingesetzt werden in der Praxis Die Therapie in Singapur soll sich Verändern von der funktionsorientierten Therapie hin zur aktivitätsorientierten Therapie</p> <p>Welche Bedeutung und Relevanz hat diese Studie für Ihre Praxis oder für die Forschungsfrage? Bedeutung der Selbständigkeit ein Thema des Alters</p> <p>Was sind die Hauptlimitationen der Studie? - Geringe Teilnehmerzahl</p>
---	---

9.6.3.2 Zusammenfassung

Ziel der Studie/Fragestellung

In der Studie „Cultural influences on occupational therapy practice in Singapore: a pilot study“ wurde die Anwendbarkeit ergotherapeutischer Frameworks in Singapur überprüft. In der Studie sollte untersucht werden, wie die westlichen Werte und die Einstellung der Therapeuten und Patienten, die Ergotherapie in Singapur beeinflusst.

Forschungsdesign

Es wurde ein phänomenologische Studiendesign verwendet. Dieses bietet sich bei diesem kulturellen Thema an, um wertfrei zu beschreiben.

Einschlusskriterien der Teilnehmer

An der Studie nahmen 9 Ergotherapeuten (3 Männer, 6 Frauen) im Alter von 31-45 Jahren teil. Sie wurden von zwei Mitgliedern des Berufsverbandes ausfindig gemacht. Um ein möglichst breites Bild zu erhalten, wurde von jedem Arbeitsbereich eine ErgotherapeutIn in die Studie miteinbezogen.

Eingeschlossen wurden ErgotherapeutInnen, die über das WFOT Diplom verfügten, seit 5 Jahren in Singapur lebten und seit 3 Jahren als ET tätig waren. Die Auswahl der Teilnehmer fand mittels snowball sampling statt, bis die Sättigung erreicht war.

Datenerhebung

Die semi-strukturierten Interviews dauerten jeweils eine Stunde. Die Interviews wurden auf einen Tondatenträger aufgenommen. Ein anderer Autor machte Feldnoten während des Interviews und suchte nach Übereinstimmungen im Skript. Die Autoren führten ein Journal, um eigene Interpretationen und Gedanken bewusst wahrzunehmen. Das Sammeln von Informationen fand so lange statt, bis eine Datensättigung erreicht wurde.

Anhand einer Inhaltsanalyse wurden die Daten analysiert. Jeder Interviewer las sich durch die Feldnoten, Transkripte und Tagebücher. In der Diskussion unter den Autoren wurden die Themen identifiziert, welche in Unterkategorien unterteilt wurden. Die Unterlagen wurden den Teilnehmern zur Überprüfung vorgelegt. Ein zweites Interview wurde durchgeführt um die Interpretation der Daten zu überprüfen und unklare Daten oder Fragen zu klären.

Nach den Kriterien des Formulars zur kritischen Besprechung von Studien von Law et al.(1998) gaben Yang et al. (2006) wenig Informationen zur Datensammlung. Ansonsten werden alle Kriterien erfüllt. Es wird angegeben, dass die kleine Teilnehmerzahl nicht repräsentativ ist für andere Berufsleute in Singapur.

Resultate

Es wurden 5 Themen identifiziert: *Selbständigkeit, Anwendbarkeit des klientenzentrierten Ansatzes, Interesse und Anliegen der Patienten, Einsatz von Aktivität/Betätigung* und *Einsatz von ergotherapeutischen Modellen*.

Selbständigkeit:

7 Ergotherapeuten erachten die Selbständigkeit im Alltag als wichtiges Ziel für ihre Klienten. Sie äussern jedoch Schwierigkeiten bei der Übertragung dieser Werte in Singapur. Besonders die älteren Generationen geben Selbständigkeit im ADL-Bereich oft nicht als persönliches Ziel an. Sie zählen auf die Unterstützung der Familie. Dadurch wird die Abhängigkeit vor allem im Bereich Selbstversorgung und Arbeit erhalten. Bei jüngeren Klienten ist die Erreichung der Selbständigkeit jedoch ein bedeutendes Ziel. Deshalb wird von den Befragten vermutet, dass die ergotherapeutische Praxis mit der neuen Generation ein mehr selbständigkeitsorientiertes Modell annehmen wird.

In Singapur werden Behinderte und kranke Menschen meist durch Familienangehörige gepflegt. Ist dies nicht möglich, wird ein Dienstmädchen dafür angestellt.

Anwendbarkeit des klientenzentrierten Ansatzes

Die Patienten werden von den Therapeuten beim Treffen von Entscheidungen oft als zurückhaltend beschrieben. Die Entscheidung wird vom Therapeut erwartet. Die befragten ErgotherapeutInnen sehen ihren Auftrag jedoch darin, die Patienten in ihrer Entscheidungsfindung zu unterstützen. Der klientenzentrierte Ansatz kann in der Arbeit mit kollektivistisch geprägten Klienten nicht nach den westlichen Vorstellungen angewendet werden. Dieser Ansatz müsste im asiatischen Kontext neu definiert werden, z.B. dass die Familie in die Behandlung miteinbezogen wird.

Interesse und Anliegen der Patienten

Arbeit ist für die Klienten sehr bedeutungsvoll. Dies zeigt sich besonders bei älteren Menschen. Auch Betätigung während der Therapie wird als Arbeit bezeichnet. Freizeit im Sinne einer aktiven Gestaltung der Zeit nach der Arbeit, ist den Klienten nicht bekannt.

Einsatz von Aktivität/Betätigung

Die meisten Befragten sehen die Aktivität als legitime Methode in der Therapie. Die Betätigung hat therapeutisches Potenzial und verhilft zu Bedeutung und Struktur im Leben. Jedoch wird im Spitalsetting anstatt der aktivitätsbasierten Therapie* oft funktionsorientierte Therapie durchgeführt.

Einsatz von ergotherapeutischen Modellen

Die Befragten benutzen das MOHO, das CMOP, das sensorische Integrative Modell

(Ayres, 1979), die drei Referenzrahmen (Mosey, 1986) und den Biomechanischen Referenzrahmen (Pedretti and Early, 2001). Dieser Referenzrahmen wird von den Befragten in der Praxis oft angewandt und ist allgemein akzeptiert. Die funktionelle Therapie wird oft zum Vertrauensaufbau genutzt.

Ausblick

Die Studie weist auf die Wichtigkeit der „kulturellen Kompetenz“ als Teil der Ergotherapieausbildung hin und fordert zum kritischen Denken und Hinterfragen auf. Modelle sollen in der Praxis häufiger angewendet werden, um den Schwerpunkt vermehrt auf die aktivitätsbasierte Therapie* legen zu können.

9.6.4 Pooremamali et al. (2011).

9.6.4.1 Critical Review

Occupational therapists' experience of working with immigrant clients in mental health care.	
	Kommentare:
Zweck der Studie: Wurde der Zweck der Studie und oder die Forschungsfrage klar angegeben? <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Zusammenfassung des Zweckes der Studie und/oder der Forschungsfrage: Es wurden die Erfahrungen und Wahrnehmungen von Ergotherapeuten mit Migranten aus dem mittleren Osten untersucht. Die Studie fand im Arbeitsbereich Psychiatrie statt.
Literatur: Wurde relevante Literatur für den Hintergrund der Studie hinzugezogen? <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Beschreibe den Grund für die Studie. Ist er klar und nachvollziehbar beschrieben und mit Literatur begründet? Als Grund für die Studie wird die steigende Anzahl an Migranten in Schweden angegeben. In der westlich geprägten Ergotherapie in Schweden treffen verschiedene Werte aufeinander. Missverständnisse aufgrund der kulturellen Unterschiede können sich hindernd auf die therapeutische Beziehung auswirken und den therapeutischen Prozess hemmen Zudem wird auf das fehlende Wissen im Umgang mit Klienten aus anderen Kulturen im Bereich der Psychiatrie hingewiesen.
	Wie passt die Studie auf ihre Arbeit und/oder zu Ihrer Forschungsfrage? Lohnt es sich weiterzulesen? <ul style="list-style-type: none"> - Die Teilnehmer der Studie sind aus dem Mittleren Osten, in der BA fokussieren wir uns auch auf diese Gruppe, da die Schweiz viele Migranten aus diesen Ländern hat. Schwedische Studie (Individualistisch). - Die Studie erfüllt viele Kriterien nach der Beurteilung nach Let's and Law. - Kulturelle Dilemmas: Was sind die Schwierigkeiten im Umgang mit Migranten. Aufeinandertreffen von Werten der ET und der der Klienten wird anhand von Beispielen praxisnah aufgezeigt! - Wie gehen diese ET's mit den Schwierigkeiten um? Was erachten sie als wichtig?

	<p>Punkte, die gegen diese Studie für unsere BA sprechen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Auf Selbständigkeit im ADL-Bereich bzw. auf die Selbstversorgung wird nicht konkret eingegangen, lediglich Hinweis auf unterschiedliche Bedeutung von Betätigung.
<p>Studiendesign: Welches Design wurde gewählt?</p> <p><input type="checkbox"/> phänomenologisch <input type="checkbox"/> ethnographisch <input checked="" type="checkbox"/> Grounded Theory <input type="checkbox"/> partizipative Handlungsforschung <input type="checkbox"/> Andere</p>	<p>Passte das Studiendesign zur Studienfrage? Erkläre</p> <p>Als Design wurde die Grounded Theory gewählt, mit dem Ziel, die Komplexität des Themas sowie die Beziehung zwischen Therapeut und Patient mit einem anderen kulturellen Hintergrund möglichst breit reflektieren zu können.</p>
<p>Wurde eine theoretische Perspektive identifiziert?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Beschreibe die theoretische oder philosophische Perspektive der Studie bsp. Die Perspektive des Forschers:</p> <p>Die Forscher wollten herausfinden, wie die Ergotherapeuten mit den kulturellen Unterschiedlichkeiten umgehen. Sie wollen die Anwendbarkeit vom westlichen ergotherapeutischen Framework in der Arbeit mit Klienten nicht-westlichen Hintergrundes prüfen.</p>
<p>Verwendete Methoden:</p> <p><input type="checkbox"/> Teilnehmer Beobachtung <input checked="" type="checkbox"/> Interviews <input type="checkbox"/> Historische Forschung <input type="checkbox"/> Fokusgruppe <input type="checkbox"/> Andere</p> <p>_____</p>	<p>Beschreibe die verwendeten Methoden, die verwendet wurden um die Forschungsfrage zu beantworten. Stimmt die Methode mit der philosophischen Untermauerung und dem Zweck der Studie überein?</p> <p>Interviews wurden in einem Dialog durchgeführt. Der Fokus wurde auf die Erfahrungen der Befragten mit Klienten aus dem mittleren Osten und ihren Gedanken dazu, gelegt.</p> <p>Beispiele von Fragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Could you present yourself and your role as an occupational therapist? - Could you describe your experiences from working with immigrant clients with different cultural backgrounds? - Tell me how you work with client expectations and motivation, and with problem solving.
<p>Stichprobenerhebung: Wurde der Prozess der zielgerichteten Selektion beschrieben?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Beschreibe die Stichprobenerhebung. War die Stichprobenerhebung der Studienmethode und der Forschungsfrage angepasst?</p> <p>Die Teilnehmer wurden vom ersten Autor per Telefon kontaktiert. Die Ergotherapeuten, die an der Studie teilnahmen stammten alle von Südschweden, und arbeiteten in der Psychiatrie mit Migranten. Die Methode zur Auswahl der Teilnehmer ist der Studienfrage angemessen.</p>
<p>Wurde die Stichprobenerhebung bis zur Sättigung durchgeführt?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht beschrieben</p>	<p>Werden die Teilnehmer detailliert beschrieben?</p> <p>Die Teilnehmer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - verfügten über einen Bachelorabschluss - mehr als 2 Jahre Arbeitserfahrung mit Migranten aus dem mittleren Osten. - Alle besuchten bereits einen Basiskurs zum Thema „transkulturelle Psychiatrie“ - Die Mehrzahl der Studienteilnehmer waren Frauen - 2 Teilnehmer hatten einen Migrationshintergrund. <p>Die Beschreibung der Teilnehmer ergibt ein konkretes und detailliertes Bild.</p>

	<p>Inwiefern stimmt die Stichprobe auf Ihre Forschungsfrage überein? Lohnt es sich weiterzulesen?</p> <p>Die Teilnehmer haben einen individualistischen Hintergrund, was sich mit unserer Fragestellung deckt und arbeiten mit Migranten mit einem kollektivistischen Hintergrund. Aus diesen Gründen lohnte es sich die Studie weiterzulesen.</p>
<p>Wurde eine Einverständniserklärung der Teilnehmer eingeholt? <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht beschrieben</p>	
<p>Datensammlung:</p> <p>Klare Beschreibung von: Ort des Interviews: : <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein Teilnehmer <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Beschreibe den Kontext der Studie. Wurde er ausreichend beschrieben, um sich ein ganzes Bild machen zu können? Was fehlte und wie beeinflusste dies das Verständnis der Forschung?</p> <p>Keine Angaben zum Ort, wo die Interviews durchgeführt wurden.</p>
<p>Die Rolle des Forschers und die Beziehung zu den Teilnehmer <input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/> no</p>	<p>Es wurden keine Angaben zur Beziehung zwischen Autor und Teilnehmer gegeben.</p>
<p>Identifikation von Annahmen und Biases des Forschers <input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/> no</p>	
<p>Prozedurale Strenge Wurde die Datensammlung mit einer prozeduralen Strenge durchgeführt? <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht beschrieben</p>	<p>Gaben die Forscher adäquate Informationen zur Datensammlung, über den Zugang zum fraglichen Ort, die Methoden der Datenerhebung, die Schulung der Datenerheber, die Dauer der zur Datenerhebung aufgewandten Zeit sowie die Menge der gesammelten Daten. Beschreibe die Flexibilität im Design und in der Methode der Datensammlung.</p> <p>Keine Angaben zu Ort des Interviews und Menge der gesammelten Daten. Es wird nicht beschrieben, wer der Interviewer war. Dauer des Interviews: 1-2 h</p>

<p>Datenanalyse:</p> <p>Analytische Genauigkeit War die Datenanalyse induktiv? <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht beschrieben</p> <p>Stimmten die Ergebnisse mit den Daten überein und spiegelten diese wider? <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Beschreibe die Methode der Datenanalyse: Für jeden Teilnehmer wurde ein separates Dokument mit den jeweiligen Interviews erstellt. Die Aussagen der Teilnehmer wurden mit einem Buchstaben (A-H) versehen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Analyse begann mit offenen Codes, anschliessend wurden Kategorien gebildet. Der nächste Schritt der Datenanalyse beinhaltete das Bilden von axialen Codes und das Identifizieren von Zusammenhängen. - Es wurden Haupt- und Kernkategorie erstellt und Memos geschrieben. Eine erste Version der Resultate sowie die Tabelle mit den Kategorien wurde an die Teilnehmer per Mail gesendet, um ein Feedback (member checking) einzuholen. Diese stimmten den Kategorien zu und fügten den Punkt „enjoyment“ sowie „Lack of collaboration between authorities involved in health and welfare services“ hinzu. - Die 3 Autoren diskutierten so lange bis jeder der Ansicht war, dass die Resultate die Daten exakt reflektieren. <p>Waren die Methoden angepasst? Ja</p> <p>Was waren die Resultate? Transkulturelle Kompetenz wird in der Therapie mit Migranten als wichtig erachtet.</p>
<p>Überprüfbarkeit Entscheidungspfad entwickelt? <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht beschrieben</p> <p>Prozess der Datenanalyse adäquat beschrieben? <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht beschrieben</p>	<p>Beschreib die Entscheidungen des Forschers bezüglich der Transformation der Daten zu Codes/Themen. Audit trail wurde entwickelt.</p>
<p>Theoretische Verbindungen Hat sich ein sinnvolles Bild des untersuchten Phänomens ergeben? <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Wie wurde das Konzept der Studie geklärt und Beziehung klargestellt? Die Beziehungen der Kategorien sind verständlich beschrieben.</p> <p>Beschreibe konzeptuelle Frameworks, die auftauchen. Frameworks, die eine nicht-westliche Sicht haben, sollen einbezogen werden.</p>
<p>Vertrauenswürdigkeit War die Evidenz der vier Komponenten der Vertrauenswürdigkeit vorhanden? Glaubwürdigkeit <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Übertragbarkeit <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Zuverlässigkeit <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Vergleichbarkeit <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Für jede Komponente der Vertrauenswürdigkeit identifiziere was der Forscher verwendete um jede zu gewährleisten: Kriterien wurden nach Lincoln & Guba (1985) beachtet.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Methode wird genau beschrieben - Diskussionen unter Autoren erhöhten Glaubwürdigkeit - Audit trail entwickelt - Interviews wurden im selben Kontext nahe aufeinanderfolgend durchgeführt, was den Einfluss von unbekanntem Faktoren verkleinert - -Sättigung wurde erreicht - Member checking

<p>Schlussfolgerung und Implikation</p> <p>Die Schlussfolgerungen geben angemessen die Resultate der Studie wieder <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Die Ergebnisse steuern zur Entwicklung von Theorien und zukünftiger ergotherapeutischer Forschung/Praxis bei <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Schlussfolgerung:</p> <p>Cultural dilemma Schwierigkeiten, die in der Therapie aufgrund der kulturellen Unterschiede entstehen, werden aufgezeigt. Die passive Haltung, die zurückhaltende Art beim Treffen von Entscheidungen, Kommunikationsschwierigkeiten, unterschiedliche kulturelle Bedeutung von psychischer Krankheit (Scham, Stigma) und unterschiedliche Rollenerwartungen wurden als Dilemmas genannt. Die Familie wird für den therapeutischen Prozess als Ressource des Klienten angesehen. Bei unterschiedlichen Ansichten der Familie beim Thema Selbständigkeit ihres Kindes kam es zu Zielkonflikten von Therapeut und Familie.</p> <p>Social dilemma Als soziales Dilemma wurden Hindernisse und Barrieren der Umwelt identifiziert, die sich erschwerend auf den ergotherapeutische Behandlung auswirken. Beispielsweise Diskriminierung.</p> <p>Professional dilemma Bezieht sich auf den Mangel an Modellen und Literatur in diesem Bereich.</p> <p>Feeling and thoughts Die Zusammenarbeit mit anderen Bereichen sowie die sozialen Probleme der Migranten, die in der Ergotherapie nicht aufgefangen werden konnten, wurden oft als frustrierend empfunden. Es wird auf die positiven Aspekte wie Gefühl von Freude und Zufriedenheit, bei der Zusammenarbeit mit Migranten, hingewiesen. Sie löst jedoch oft aufgrund der Kommunikationsschwierigkeiten ein Gefühl von Unsicherheit aus. Das ergotherapeutische Framework ist westlich geprägt, für die Anwendung bei Klienten mit kollektivistischem Hintergrund sollte es angepasst werden.</p> <p>Was waren die Implikationen der Ergebnisse für die Ergotherapie (Praxis und Forschung)?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Copingstrategien der Therapeuten, um mit ihren Gedanken und Gefühlen zurechtzukommen. - Kulturelle Kompetenz: Sich den eigenen Werten bewusst werden, Auseinandersetzung mit anderen Kulturen und Perspektiven wird als wichtig erachtet. - Kommunikationsstrategien: Einsatz von Bilder <p>Welche Bedeutung und Relevanz hat diese Studie für Ihre Praxis oder für die Forschungsfrage?</p> <p>Was sind die Hauptlimitationen der Studie? Die geringe Anzahl der Studienteilnehmer und die Tatsache, dass die Teilnehmer alle aus dem gleichen Land stammten, wurde als Limitation angegeben.</p>
---	--

9.6.4.2 Zusammenfassung

Pooremamali, Persson & Eklund (2011) untersuchten in der Studie „Occupational therapists' experience of working with immigrant clients in mental health care“ die

Erfahrungen und Wahrnehmungen von Ergotherapeuten mit Migranten aus dem mittleren Osten. Die Studie fand im Arbeitsbereich Psychiatrie statt. Die Relevanz zur Durchführung der Studie wurde begründet.

Die befragten Ergotherapeuten waren aus Südschweden. Sie wurden vom ersten Autor per Telefon kontaktiert. Sie verfügten über einen Bachelorabschluss und mehr als 2 Jahre Arbeitserfahrung mit Migranten aus dem mittleren Osten. Alle besuchten bereits einen Basiskurs zum Thema „transkulturelle Psychiatrie“. Die Mehrzahl der Studienteilnehmer waren Frauen, 2 Teilnehmer hatten einen Migrationshintergrund. Die Auswahl der Teilnehmer fand während dem Prozess der Datensammlung statt und wurde bis zur Sättigung durchgeführt.

Die Daten wurden durch Interviews gesammelt, die zwischen einer und zwei Stunden dauerten. Die Interviews wurden auf einen Tondatenträger aufgezeichnet. Die Aussagen der Teilnehmer wurden mit einem Buchstaben (A-H) versehen. Dabei stand die Erfahrung der Therapeuten mit ihren Patienten aus dem mittleren Osten im Vordergrund.

Als Design wurde die Grounded Theory gewählt, mit dem Ziel, die Komplexität des Themas sowie die Beziehung zwischen Therapeut und Patient mit einem anderen kulturellen Hintergrund möglichst breit reflektieren zu können.

Jedes Interview wurde analysiert und im darauffolgenden Interview berücksichtigt. Die Analyse begann mit offenen Codes, anschliessend wurden Kategorien gebildet. Der nächste Schritt der Datenanalyse beinhaltete das Bilden von axialen Codes und das Identifizieren von Zusammenhängen. Durch die selektive Kodierung wurde daraufhin die Theorie verfeinert und integriert. Davon ausgehend wurde eine Haupt- und Kernkategorie erstellt. Während des Kodierungsprozesses wurden Feldnotizen gemacht. Eine erste Version der Resultate wurde zur Einholung eines Feedbacks an die Teilnehmer gesendet. Diese stimmten den Kategorien zu und fügten den Punkt „enjoyment“ sowie „Lack of collaboration between authorities involved in health and welfare services“ hinzu. Die 3 Autoren diskutierten so lange bis jeder der Ansicht war, dass die Resultate die Daten exakt reflektieren.

Die Studie erfüllt alle Kriterien des Formulars zur Besprechung von qualitativen Studien nach Law et al. (1998)

Die Hauptkategorie „the challenges of a multicultural therapeutic journey – a journey on a winding road“ beschreibt die Herausforderungen und Schwierigkeiten in der

Therapie mit Migranten. Die Hauptkategorie beinhaltet 3 Unterkategorien: *dilemmas in clinical practice*, *„feelings and thoughts“*, und *„building cultural bridges“*.

Dilemmas in clinical practice

Schwierigkeiten, die in der Therapie aufgrund der kulturellen Unterschiede entstehen, werden aufgezeigt. Die passive Haltung, die zurückhaltende Art beim Treffen von Entscheidungen, Vermeidungsstrategien, Kommunikationsschwierigkeiten, unterschiedliche kulturelle Bedeutungen von psychischer Krankheit (Scham, Stigma) (es wurde beobachtet, dass Migranten oft eine Abneigung gegenüber Betätigung zeigen, da psychische Krankheit mit Behinderung und Einschränkung in der Betätigungsausführung zusammenhängt) und unterschiedliche Rollenerwartungen wurden als Dilemmas genannt. Die Klienten hatten selten eine Arbeitsstelle, deshalb waren sie oft finanziell von ihrer Familie abhängig, was wiederum die persönliche Autonomie gefährdet.

Die Familie wird für den therapeutischen Prozess als Ressource des Klienten angesehen. Bei unterschiedlichen Ansichten der Familie beim Thema Selbständigkeit ihres Kindes kam es zu Zielkonflikten von Therapeut und Familie.

Auch gesellschaftliche Dilemmas wie z.B. Diskriminierung wirken sich erschwerend auf die ergotherapeutische Behandlung aus

Der Mangel an Modellen und Literatur in der transkulturellen Psychiatrie wird als professionelles Dilemma genannt. Der klientenzentrierte Ansatz ist schwierig anzuwenden, da die Klienten sich nicht verantwortlich fühlen und die Entscheidung dem Therapeuten überlassen.

Feelings and thoughts

Die verbalen und nonverbalen Missverständnisse, die in der Therapie mit Migranten auftauchen, lösten oft ein Gefühl von Unsicherheit aus. Die Zusammenarbeit mit anderen Bereichen sowie die sozialen Probleme der Migranten, die in der Ergotherapie nicht aufgefangen werden konnten, wurden oft als frustrierend empfunden. Es werden aber auch Gefühle von Freude und Zufriedenheit bei der Zusammenarbeit mit Migranten geäußert.

Building cultural bridges

Es wurden Copingstrategien identifiziert, welche die befragten Therapeuten in der Arbeit mit Migranten anwendeten um mit ihren Gedanken und Gefühlen zurechtzukommen. Sie erarbeiteten sich kulturelle Kompetenz, indem sie sich ihren

eigenen Werten sehr bewusst wurden und lernten, sich mit der Perspektive der Klienten auseinander zu setzen.

Zur Kommunikation wurden kreative Methoden genutzt. Die Klienten erzählten ihre Geschichten mittels Bildern oder durch zeichnen. Mitgefühl zeigen durch authentisches Feedback verhalf zu Vertrauen und es wurde offen kommuniziert über verschiedene kulturelle Sichtweisen, um die therapeutische Beziehung zu vertiefen.

Die Ergebnisse zeigten, dass die therapeutischen Interventionen nicht mit den Erwartungen der Klienten aus dem Mittleren Osten übereinstimmten. Die Therapeuten teilten eine individualistische Weltsicht mit Fokus auf Autonomie und Eigenverantwortung. Im Gegensatz dazu hatten die Klienten eine eher kollektivistische Sichtweise, was z.B. in der engen Beteiligung der Familienmitglieder im Leben des Klienten zum Ausdruck kommt. So kollidierte das therapeutische Ziel von Selbständigkeit in alltäglichen Aktivitäten mit den Wünschen der Klienten, wie zum Beispiel dem Wunsch, betreut zu werden.

9.6.5 Tamaru et al. (2007)

9.6.5.1 Critical Review

Understanding 'Independence': Perspectives of occupational Therapists	
	Kommentar
Zweck der Studie: Wurde der Zweck der Studie und oder die Forschungsfrage klar angegeben? <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Zusammenfassung des Zweckes der Studie und/oder der Forschungsfrage: Das Ziel der Studie war herauszufinden, wie der Begriff Selbständigkeit von Rehabilitationsfachleuten in westlicher und nicht-westlicher Kultur interpretiert wird. Forschungsfrage: „Was bedeutet die Selbständigkeit für Behinderte aus Sicht kanadischer und japanischer Ergotherapeuten?“ Die Unterschiede zwischen den Kanadischen und Japanischen Perspektiven wurden gegenübergestellt. Die Studie trägt zur gegenwärtigen Diskussion bei über die Vorteile und Grenzen des ultimativen Ziels „Selbständigkeit“, in der Rehabilitation.
Literatur: Wurde relevante Literatur für den Hintergrund der Studie hinzugezogen? <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Beschreibe den Grund für die Studie. Ist er klar und nachvollziehbar beschrieben und mit Literatur begründet? Der Begriff Selbständigkeit ist nicht kulturübergreifend als Hauptziel der Rehabilitation anzusehen, er wird aber doch überall benutzt. Dies bewegt die Forscher dazu, dieses Konzept zu überarbeiten und zu einer effektiveren und inklusiveren Definition zu kommen.

	<p>Wie passt die Studie auf ihre Arbeit und/oder zu Ihrer Forschungsfrage? Lohnt es sich weiterzulesen?</p> <p>Wir wollen wissen, ob auch in der kollektivistischen Sichtweise die Selbständigkeit eine grosse bedeutung hat und welche bedeutung sie hat.</p> <p>- Studie gibt Auskunft über die Zielsetzungen der Ergo's in Japan.</p>
<p>Studiendesign: Welches Design wurde gewählt?</p> <p><input type="checkbox"/>phänomenologisch <input type="checkbox"/>ethnographisch <input type="checkbox"/>Grounded Theory <input type="checkbox"/>Partizipative Handlungsforschung <input type="checkbox"/> other</p>	<p>Passte das Studiendesign zur Studienfrage? Erkläre</p> <p>Qualitative Studie, Wahl gut begründet: Studie möchte den "native's point of view" erfahren.</p>
<p>Wurde eine theoretische Perspektive identifiziert? <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Beschreibe die theoretische oder philosophische Perspektive der Studie bsp. Die Perspektive des Forschers:</p> <p>Die Autoren haben verschiedene Perspektiven, diese werden nicht genauer beschrieben. Verschiedene Perspektiven sollen erfasst werden -Perspektiven der Rehabilitationsfachleute (Fokus auf Ergotherapie) -Interkulturelle Perspektive</p>
<p>Verwendete Methoden: <input type="checkbox"/> Teilnehmende Beobachtung <input checked="" type="checkbox"/> Interviews <input type="checkbox"/> historische Forschung <input type="checkbox"/> Fokusgruppe <input type="checkbox"/> Andere</p>	<p>Beschreibe die verwendeten Methoden, die verwendet wurden um die Forschungsfrage zu beantworten. Stimmt die Methode mit der philosophischen Untermauerung und dem Zweck der Studie überein?</p> <p>Semi-strukturierte Interviews</p>
<p>Stichprobenauswahl: Wurde der Prozess gezielter Auswahl beschrieben? <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Beschreibe die Stichprobenauswahl. War die Auswahl der Studienmethode und der Forschungsfrage angepasst?</p> <p>Es wird nicht beschrieben, wie die Teilnehmer rekrutiert wurden. Es wurden 9 Japanische und 9 Kanadische Ergotherapeuten ausgewählt, welche zur Zeit angestellt waren und mit physisch eingeschränkten Patienten arbeiteten. Der Anteil weiblicher und männlicher Teilnehmer wie der institutionell und nicht-institutionell arbeitenden Ergotherapeuten wurde prozentual zur Verteilung im jeweiligen Land ausgewählt. Es wurde auch beachtet, Beschreibe die Stichprobenauswahl. War die Auswahl der Studienmethode und der Forschungsfrage angepasst?</p> <p>Beschreibe die Stichprobenauswahl. War die Auswahl der Studienmethode und der Forschungsfrage angepasst? dass die Teilnehmer verschieden alt sind und unterschiedlich lange Erfahrung haben, um viele verschiedene Meinungen zu erhalten.</p>
<p>Wurde die Stichprobenauswahl bis zur Sättigung durchgeführt? <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht beschrieben</p>	<p>Werden die Teilnehmer detailreich beschrieben? Inwiefern stimmt die Stichprobe auf Ihre Forschungsfrage überein? Lohnt es sich weiterzulesen?</p> <p>Zuerst wurden die Interviews mit den japanischen Teilnehmern durchgeführt. Nachdem die Saturation erreicht war, wurden die Interviews mit den kanadischen Ergo's durchgeführt, um die Antworten zu vervollständigen.</p>

<p>Wurde eine formelle Zustimmung der Teilnehmer eingeholt?</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> nicht beschrieben</p>	<p>Nicht beschrieben</p>
<p>Datensammlung: Klare und komplette Beschreibung von: Ort des Interviews <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein Teilnehmer <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Die Rolle des Forschers und die Beziehung zu den Teilnehmer <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Identifikation von Annahmen und Biases des Forschers <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Beschreibe den Kontext der Studie. Wurde er ausreichend beschrieben, um sich ein ganzes Bild machen zu können? Was fehlte und wie beeinflusste dies das Verständnis der Forschung? One-on-one, face-to-face, semistrukturierte Interviews. Teilnehmer und Eigenschaften in Tabelle dargestellt Der Interviewer wurde angestellt, es war ein kanadischer, englisch sprechender Ergotherapeut mit Erfahrung in qualitativer Forschung. Sprachliche biases: übersetzung englisch-japanisch und rückübersetzung</p>
<p>Prozedurale Strenge Wurde die Datensammlung mit einer prozeduralen Strenge durchgeführt? <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht beschrieben</p>	<p>Gaben die Forscher adäquate Informationen zur Datensammlung, über den Zugang zum fraglichen Ort, die Methoden der Datenerhebung, die Schulung der Datenerheber, die Dauer der zur Datenerhebung aufgewandten Zeit sowie die Menge der gesammelten Daten. Beschreibe die Flexibilität im Design und in der Methode der Datensammlung. Semi-strukturierte Interviews, Interviewer hatten Erfahrung mit qualitativer Forschung. Ort und Dauer der Interviews wie auch der Umfang der gesammelten Daten ist nicht beschrieben.</p> <p>Die Interviewfragen wurden in beide Sprachen übersetzt, der Begriff <i>independence</i> wurde in beiden Sprachen gleich übersetzt. Vor der Datensammlung wurden Pilotinterviews mit zwei japanischen und zwei kanadischen Ergotherapeuten durchgeführt um die Daten zu verfeinern. Die japanisch geführten Interviews wurden danach wieder ins Englisch übersetzt um Unterschiede zur Anfangsfrage festzustellen. Es wurden keine Unterschiede festgestellt.</p>
<p>Datenanalyse: Analytische Genauigkeit War die Datenanalyse induktiv? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> nicht beschrieben Stimmten die Ergebnisse mit den Daten überein und spiegelten diese wider? <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Beschreibe die Methode der Datenanalyse: Beschreibe die Methode der Datenanalyse: Waren die Methoden angepasst? Was waren die Resultate? Die Analyse wurde in drei schritten durchgeführt: 1.Coding Die Interviews wurden in thematische Teile zerlegt und in Codes und Kategorien eingeteilt. 2. Translation Codes aus japanischen interviews wurden übersetzt. 3. Cross-case-analysis</p>

<p>Überprüfbarkeit Entscheidungspfad (audit trail) entwickelt? <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht beschrieben</p> <p>Prozess der Datenanalyse adäquat beschrieben? <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht beschrieben</p>	<p>Beschreib die Entscheidungen des Forschers bezüglich der Transformation der Daten zu Codes/Themen. Audit trail wurde entwickelt Der Prozess wurde gut beschrieben</p>
<p>Theoretische Verbindungen Hat sich ein sinnvolles Bild des untersuchten Phänomens ergeben? <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Wie wurde das Konzept der Studie geklärt und Beziehung klargestellt? Beschreibe konzeptuelle Frameworks, die auftauchen. Die Aussagen der TN wurden in 3 Hauptkategorien eingeteilt: Independence as competence, Independence as autonomy, Independence as psychological qualities Daraus wurden 2 Verschiedene Perspektiven herausgearbeitet: Pattern A: "Competence" und Pattern B: „More than Competence“ Die Bereiche werden bildlich dargestellt.</p>
<p>Vertrauenswürdigkeit War die Evidenz der vier Komponenten der Vertrauenswürdigkeit vorhanden? Glaubwürdigkeit <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Übertragbarkeit <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Zuverlässigkeit <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Vergleichbarkeit <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Für jede Komponente der Vertrauenswürdigkeit identifiziere was der Forscher verwendete um jede zu gewährleisten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Code-Recode process - Führen eines Protokolls während des Coding process (Audit trail) - Triangulation wurde vollendet durch literatur und interviews - Member-checking - Peer-review mit den Befragern <p>What meaning and relevance does this study have for your practice or research question? Der Begriff Selbständigkeit wird in der westlichen und kollektivistischen Kultur unterschiedlich verstanden und die Ergotherapeuten streben unterschiedliche Ziele an in der Rehabilitation.</p>
<p>Schlussfolgerung und Implikation Die Schlussfolgerungen geben angemessen die Resultate der Studie wieder <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Die Ergebnisse steuern zur Entwicklung von Theorien und zukünftiger ergotherapeutischer Forschung/Praxis bei <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Was sind die Schlussfolgerungen der Studie? Die Definition und Bedeutung von Selbständigkeit bei Kanadischen und Japanischen Ergotherapeuten sind unterschiedlich.</p> <p>Was waren die Implikationen der Ergebnisse für die Ergotherapie (Praxis und Forschung)? Die Studie hat zu zu einem besseren globalen Verständnis der Definition von Selbständigkeit verholfen , sodass bei der Rehabilitation mit Menschen verschiedener kultureller Hintergründe besser auf die Bedürfnisse eingegangen werden kann.</p> <p>Was sind die Hauptlimitationen der Studie? Es wurden nur Personen aus 2 Ländern befragt, Deshalb kann nicht argumentiert werden dass alle Perspektiven von Independence herausgearbeitet wurden. Die studie fokussiert sich zudem nur auf die persönlichen Faktoren, die Umweltfaktoren wurden ausser acht gelassen. Auch die Uebersetzung hat die Resultate möglicherweise verfälscht.</p> <p>Welche Bedeutung und Relevanz hat diese Studie für Ihre Praxis oder für die Forschungsfrage?</p>

9.6.5.2 Zusammenfassung

Forschungsfrage/Ziel

Tamaru et al. (2006) untersuchten in „Understanding ‚Independence‘; Perspectives of Occupational Therapists“ wie der Begriff „independence“ in verschiedenen Kulturkreisen benutzt wird. Dazu befragten sie ErgotherapeutInnen aus Japan und Kanada, um ihre Perspektive von ‚Independence‘ im Zusammenhang mit behinderten Menschen zu identifizieren.

Die Relevanz wird damit begründet, dass noch keine Studien durchgeführt wurden, welche den Begriff aus einem interkulturellen Blickwinkel betrachten. Es wurde eine qualitative interpretative Studie durchgeführt.

Einschlusskriterien der Teilnehmer

Die Studie fand mit 9 kanadischen und 9 japanischen ErgotherapeutInnen statt. Die Teilnehmer waren 22-61 Jahre alt, es waren 3 Männer und 15 Frauen. Wie die Teilnehmer rekrutiert wurden, wird nicht beschrieben.

Die TherapeutInnen waren zurzeit angestellt und arbeiteten mit physisch eingeschränkten Patienten. Der Anteil weiblicher und männlicher Teilnehmer wie der institutionell und nicht-institutionell arbeitenden Teilnehmer wurde prozentual zur Verteilung im jeweiligen Herkunftsland ausgewählt. Ebenfalls beachtet wurde, dass die Teilnehmer verschiedenen Alters sind und unterschiedlich viel berufliche Erfahrung mitbringen, damit verschiedene Meinungen generiert werden, welche im Spital, im Gemeinwesen oder in der Langzeitpflege arbeiteten. Ob die Teilnehmer ihr Einverständnis zur Befragung erklärten, wird nicht beschrieben. Die Studie wurde nicht der Ethikkommission vorgelegt.

Datenerhebung

Zuerst wurden die semi-strukturierten Interviews mit den japanischen Teilnehmern durchgeführt, bis die Sättigung erreicht wurde. Danach wurden die kanadischen Teilnehmer ausgewählt, um die Daten anzugleichen.

Zu Beginn wurden Pilotinterviews durchgeführt, um das Interviewprotokoll zu verfeinern. Die Interviews wurden in japanisch und kanadisch durchgeführt. Das Setting der Datensammlung wird nicht beschrieben. Die Interviewfragen wurden ins japanische übersetzt und danach wieder ins Englische, um sicherzugehen, dass die Bedeutung nicht verändert wurde. Die Vertrauenswürdigkeit wurde durch den Code-Recode Prozess, das Führen eines Audit trails während des Coding-Prozess, der

Triangulation, des Überprüfen durch die Studienteilnehmer (member-checking) und des Peer-Reviews erreicht.

Die Studie erfüllt ausser den fehlenden Angaben zum Setting der Datensammlung, der fehlenden Angaben zur Einverständniserklärung und dem Vorlegen der Ethikkommission alle Kriterien des Formulars zur kritischen Besprechung von Studien von Law et al. (1998).

Die Transkripte, welche während der Interviews schriftlich aufgezeichnet wurden, wurden kodiert und danach ins Englisch übersetzt. In einer cross-case-analysis wurde anschliessend aus den Codes und Kategorien drei Hauptperspektiven herausgearbeitet: *Independence as competence*, *Independence as autonomy* und *Independence as psychological qualities*.

Resultate

Independence as competence bezieht sich auf kognitive und physische Fertigkeiten. Selbständigkeit wurde oft als Erstes mit der Selbständigkeit im ADL-Bereich in Verbindung gebracht. Je weniger Hilfe von Dritten eine Person beansprucht desto selbständiger wird sie betrachtet. *Independence as autonomy* Ob jemand als selbständig bezeichnet werden kann, hängt davon ab, ob er selbstbestimmt handelt und sich selbst entscheiden kann, wann und wie er Hilfe bekommt. *Independence as psychological qualities*: Selbständig ist, wer die Initiative und Verantwortung im Leben übernimmt und überzeugt ist, dass er trotz der Einschränkungen die Umwelt beeinflussen kann. Aus diesen Resultaten wurde das Pattern A (Competence) und das Pattern B (More than competence) identifiziert. Dabei unterschieden sich die kanadischen und die japanischen Perspektiven. Einige Therapeuten aus beiden Ländern bestätigten, dass „Independence as competence“ die Hauptperspektive in der Rehabilitation ist. Japanische Therapeuten waren gegenüber dem Pattern A kritischer als die Kanadier. Kanadische Therapeuten geben dem Pattern A den Vorzug, Japanische Therapeuten dem Pattern B. Japanische Leute sind es nicht gewohnt, in ihrem eigenen Leben die Kontrolle zu übernehmen und ihre Wünsche auszusprechen. Unterstützung wird angeboten, bevor um Hilfe gefragt wird. Demzufolge können Therapeuten von ihren Klienten keine Initiative erwarten. Für Japaner ist es ein Zeichen von Liebe und Respekt, für jemanden zu sorgen. Sie werden deshalb nicht zur Selbständigkeit im Sinne von Kompetenz angespornt.