

Unterstützung der pflegenden Angehörigen von Menschen mit Querschnittlähmung

Und wie die Ergotherapie ihre Betätigungsadaptation fördern kann

Badoux Laura



Zaugg Tabita



Departement Gesundheit

Institut für Ergotherapie

Studienjahrgang: 2019

Eingereicht am: 06.05.2022

Begleitende Lehrperson: Markwalder Nicole

**Bachelorarbeit
Ergotherapie**

Anmerkung

Die Studierenden, welche die vorliegende Arbeit verfasst haben, werden mit der Terminologie „Verfasserinnen“ beschrieben.

Die Begriffe „Forscherinnen“ und „Forscher“ beziehen sich auf die Autorinnen und Autoren der genutzten Literatur.

In der Berücksichtigung der gendergerechten Sprache wird die neutrale Form genutzt. Wo das Geschlecht bekannt ist, wird die jeweilige Form verwendet.

Ausgewählte Fremd- und Fachwörter werden im Glossar des Anhangs A erläutert.

Bei erstmaliger Nennung sind jene kursiv geschrieben.

Abkürzungen werden bei Erstnennung ausgeschreiben, darauffolgt die Abkürzung in der Klammer. Alle angewandten Abkürzungen werden im Anhang B aufgelistet.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Begründung der Themenwahl und Problemdarstellung.....	2
1.2	Relevanz für die Ergotherapie	3
1.3	Fragestellung.....	4
1.4	Zielsetzung	4
2	Theoretischer Hintergrund	4
2.1	Querschnittlähmung	4
2.2	Pflegende Angehörige	7
2.3	Rehabilitation und Austrittsprozess	7
2.4	Model of Human Occupation	7
3	Methodisches Vorgehen	10
3.1	Datenbankrecherche	10
3.2	Einschlusskriterien.....	11
3.3	Abgrenzung	12
3.4	Studienauswahl	12
3.5	Clustern der Studienergebnisse	15
3.6	Zusammenfassung und Beurteilung der inkludierten Studien	15
3.7	Diskussion der inkludierten Studien.....	15
4	Ergebnisse	16
4.1	Inkludierte Studie 1: Dyck et al. (2021).....	22
4.1.1	Ziel der Studie.....	22
4.1.2	Zusammenfassung der Studie	22
4.1.3	Intervention	22
4.1.4	Kontrollgruppe.....	23
4.1.5	Quantitativer Teil.....	23

4.1.6	Qualitativer Teil	24
4.1.7	Kritische Würdigung der Studie.....	24
4.2	Inkludierte Studie 2: Elliott und Berry (2009)	26
4.2.1	Zielsetzung der Studie	26
4.2.2	Zusammenfassung der Studie	26
4.2.3	Intervention	26
4.2.4	Ergebnisse und Diskussion.....	27
4.2.5	Kritische Würdigung der Studie.....	27
4.3	Inkludierte Studie 3: Hearn et al. (2019)	28
4.3.1	Ziel der Studie.....	28
4.3.2	Zusammenfassung der Studie	28
4.3.3	Intervention	28
4.3.4	Ergebnisse und Diskussion.....	29
4.3.5	Kritische Würdigung der Studie.....	30
4.4	Inkludierte Studie 4: Schulz et al. (2009)	30
4.4.1	Ziel der Studie.....	31
4.4.2	Zusammenfassung der Studie	31
4.4.3	Intervention	31
4.4.4	Ergebnisse und Diskussion.....	34
4.4.5	Kritische Würdigung der Studie.....	34
4.5	Inkludierte Studie 5: Watford et al. (2019)	35
4.5.1	Ziel der Studie.....	35
4.5.2	Zusammenfassung der Studie	36
4.5.3	Intervention	36
4.5.4	Ergebnisse und Diskussion.....	37
4.5.5	Kritische Würdigung der Studie.....	38
5	Diskussion der inkludierten Studien	42
5.1	Zuordnung der Interventionen ins Model of Human Occupation	42
5.1.1	Elliott und Berry (2009)	44
5.1.2	Dyck et al. (2021) und Schulz et al. (2009)	45
5.1.3	Hearn et al. (2019).....	45

5.1.4	Watford et al. (2019)	46
5.2	Vergleich der Ergebnisse	46
5.2.1	Vergleich der Interventionen	46
5.2.2	Variablen/Outcome	48
5.3	Evidenz, klinische Signifikanz.....	49
5.3.1	Problem Solving Training	49
5.3.2	Multiple Family Group Intervention	50
5.3.3	Pleasure, Productivity and Restoration Profile and Journal of Activities and Experiences	50
5.3.4	Mindfulness Training	51
5.3.5	Edukation	52
5.3.6	Diskussion der Signifikanz	52
5.4	Beantwortung der Fragestellung	54
6	Theorie - Praxis Transfer	56
6.1	Umsetzung im Schweizer Kontext.....	57
6.2	Einfluss auf Betroffene mit Querschnittlähmung.....	58
7	Schlussfolgerung.....	60
7.1	Limitationen der Arbeit.....	60
7.2	Weiterer Forschungsbedarf.....	61
7.3	Fazit.....	62
	Verzeichnisse.....	64
	Literaturverzeichnis	64
	Tabellenverzeichnis.....	73
	Abbildungsverzeichnis.....	74
	Wortanzahl	75
	Danksagung.....	76
	Eigenständigkeitserklärung.....	77

Anhang	78
Anhang A) Glossar	79
Anhang B) Abkürzungsverzeichnis.....	85
Anhang C) Zugang zu den Interventionen.....	87
Anhang D) Rechercheprotokoll	89
Anhang E) AICA-Raster der inkludierten Studie 1: Dyck et al. (2021).....	123
Anhang F) AICA-Raster der inkludierten Studie 2: Elliott und Berry (2009)	158
Anhang G) AICA-Raster der inkludierten Studie 3: Hearn et al. (2019).....	175
Anhang H) AICA-Raster der inkludierten Studie 4: Schulz et al. (2009).....	196
Anhang I) AICA-Raster der inkludierten Studie 5: Watford et al. (2019).....	220

Abstract

Einleitung: Pflegende Angehörige von Menschen mit Querschnittlähmung erleben einen eigenen Rollenwechsel und einen Identitätsverlust, einhergehend mit einem Gefühl von Angst, wenn Betroffene von der Erstrehabilitation nach Hause zurückkehren. Um sie in ihrer Betätigungsadaptation zu unterstützen, sind ergotherapeutische Interventionen notwendig, da ihr eigenes Wohlbefinden auch jenes der Menschen mit Querschnittlähmung beeinflusst.

Ziel: Das Ziel dieser Arbeit ist das Aufzeigen von evidenzbasierten ergotherapeutischen Interventionen für pflegende Angehörige von Menschen mit Querschnittlähmung während des Austrittsprozesses im Schweizer Kontext. Die Interventionen sollen durch die Förderung der Betätigungsadaptation der Angehörigen, die Transition des Betroffenen von der Erstrehabilitation nach Hause erleichtern.

Methode: Anhand der systematischen Literaturrecherche werden zunächst fünf Interventionsstudien ausgewählt, und anschliessend zusammengefasst und kritisch gewürdigt. Im Diskussionsteil werden die Interventionen dem Model of Human Occupation (MOHO) zugeordnet und mit weiterer relevanter Fachliteratur verglichen.

Ergebnisse: Mindfulness-, Problemlöse-, Skilltrainings und weitere Interventionen können die Betätigungsadaptation von Angehörigen unterstützen.

Schlussfolgerung: Die Ergotherapie hat die Möglichkeit pflegende Angehörige durch spezifische Interventionen zu unterstützen. Für eine evidenzbasierte Umsetzung im Schweizer Kontext sind jedoch weitere vertiefte Forschungsarbeiten notwendig.

Keywords: Pflegende Angehörige, Querschnittlähmung, Intervention, Austritt, Rehabilitation, Betätigungsadaptation, MOHO

1 Einleitung

„Es ist wie ein plötzlicher Tod, weil sich dein Leben komplett verändert (...) und alle deine Gedanken und Zukunftspläne haben sich geändert, weil das Leben nicht mehr dasselbe sein wird“ (Dickson et al., 2010, p. 1107). Eine Querschnittlähmung ist ein einschneidendes Ereignis und bringt gravierende lebensverändernde Folgen für die betroffene Person und ihr Umfeld mit sich (Dickson et al., 2010).

In der Schweiz erleiden jährlich mehr als 250 Menschen eine Querschnittlähmung (Jordan, 2018). Die Diagnose einer Querschnittlähmung beschreibt laut dem bekannten Buch von Zäch und Koch (2006) eine komplette oder inkomplette Läsion des Rückenmarks, bei der die Informationsübertragung zwischen Gehirn und Körper nicht mehr, oder nur noch beschränkt funktioniert. Die körperlichen Folgen einer solchen Erkrankung sind sensomotorische Ausfälle und eine Veränderung und Beeinträchtigung der vegetativen Funktionen (Zäch & Koch, 2006). Laut Van Loo et al. (2010) wird dies von den Betroffenen als folgeschwere Einschränkung im Alltag bewertet, begleitet von vielfältigen Problemen. Beispielsweise können die Fortbewegung, die Körperpflege oder sogar das Essen erschwert sein (Van Loo et al., 2010).

Die medizinisch therapeutische Betreuung ist laut Jordan (2018) durch die multiplen Auswirkungen der Querschnittlähmung besonders komplex und muss daher auf die individuellen Bedürfnisse der Betroffenen zugeschnitten sein. Auf dem gegenwärtigen Stand der Querschnittrehabilitation ist aber trotz der grossen lebensweltlichen Veränderungen der Betroffenen eine Rückkehr ins soziale Umfeld häufig möglich (Jordan, 2018).

Laut der Schweizer Studie von Zanini et al. (2021) spielen pflegende Angehörige eine zentrale Rolle in der Unterstützung von Menschen mit Querschnittlähmung. Sie gehören laut Fisher (2018) zur *Klientenkonstellation* und haben einen grossen Einfluss auf die Betätigung der Betroffenen. Dennoch fühlen sie sich auf die lebenslange Aufgabe als Pflegende oft unvorbereitet und mangelhaft unterstützt (Zanini et al., 2021). Die vorliegende Arbeit untersucht, mit welchen Interventionen pflegende Angehörige in ihrer Betätigungsadaptation unterstützt und sie bestärkt werden können.

1.1 Begründung der Themenwahl und Problemdarstellung

Pflegende Angehörige, insbesondere Lebenspartnerinnen und Lebenspartner, leisten laut Smith et al. (2016) die meiste pflegerische Unterstützung von Menschen mit Querschnittlähmung. Sie entspricht oder übertrifft meist die Qualität der professionellen Unterstützung. Die meisten Betroffenen sind mit der geleisteten Unterstützung der Angehörigen zufrieden (Smith et al., 2016).

Zusätzlich zu der grossen pflegerischen Herausforderung erleben die Angehörigen laut Dickson et al. (2010) einen eigenen Rollenwechsel und einen Identitätsverlust, einhergehend mit dem Gefühl von Angst, wenn Betroffene von der Erstrehabilitation nach Hause zurückkehren.

Ich meine, es ist auch mein Leben. Weißt du, weil eine Menge Leute ... jeder wird sagen: „Oh, wie geht es D? “ „Wie geht's ihm? “ ... sogar mein Arzt sagt das. Wenn ich zu meinem Arzt gehe, um etwas zu besprechen, sage ich: „Oh, hallo Frau X, wie geht es Ihnen? “ „Wie geht es D.? “ und ich denke: „Ich bin wegen mir hier“. Ich glaube, meine Identität ist weg. (Dickson et al., 2010, p. 1112)

Gemäss Treisman et al. (2020) ist die Lebensqualität der pflegenden Angehörigen von Menschen mit Querschnittlähmung beeinträchtigt. Auch deren Betätigungsperformanz ist eingeschränkt. Law et al. (1996) beschreiben diese als die Fähigkeit alltägliche Betätigungen auszuwählen und sie zufriedenstellend ausführen zu können. Laut Hlabangana und Hearn (2020) sind deshalb pflegende Angehörige von Menschen mit neurologischen Erkrankungen gefährdet, eine Depression zu erleiden. Weiter können laut Jeyathevan et al. (2020) diese negativen Auswirkungen die Nachhaltigkeit und Qualität der Unterstützung für Menschen mit Querschnittlähmung gefährden. Betroffene und pflegende Angehörige sind durch die Querschnittlähmung beim Austritt nach der Erstrehabilitation in der Interaktion mit der Umwelt und deren Herausforderungen, mit den notwendigen Anpassungen und neuen, spezifischen Bedürfnissen stark konfrontiert (Dickson et al., 2011; Stillman et al., 2017). Die Einschränkungen erschweren die bedeutungsvolle *Partizipation* an den Aktivitäten des täglichen Lebens, an der Arbeit und in der Freizeit (Van Loo et al., 2010).

Laut Taylor (2017) ändern sich durch die neuen Umstände die Betätigungen der Betroffenen; gemeint sind hier die pflegenden Angehörigen. Es kommen neue Betätigungen dazu, andere müssen angepasst werden oder fallen ganz weg. Diese Veränderung beeinflusst die Betätigungsidentität der Betroffenen und es wächst der Bedarf an Betätigungsadaptation. Darunter wird laut Taylor (2017) die Bildung einer positiven Betätigungsidentität verstanden. Diese geht einher mit ihrer Umsetzung in die Handlung (Betätigungskompetenz) über einen Zeitraum hinweg. Sie basiert auf einer konstanten Interaktion zwischen persönlichen Faktoren und der Umwelt der betroffenen Person. Dies bedeutet, dass, die Betroffenen ihre Betätigungen und Identität der neuen Situation anpassen müssen, um zu einer positiven und kongruenten Adaptation zu gelangen. Diese äussert sich im Wohlbefinden durch Betätigung (Taylor, 2017).

1.2 Relevanz für die Ergotherapie

Pflegende Angehörige gehören laut Fisher (2018) zur Klientenkonstellation, da sie mit der betroffenen Person eng verbunden und auch von deren Betätigungsproblematik betroffen sind. Die Ergotherapie beschäftigt sich laut der World Federation of Occupational Therapists (WFOT, o. D.) mit der Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden durch Betätigung. Die ergotherapeutische Intervention bei Menschen mit Querschnittlähmung zielt laut dem Fact Sheet der American Occupational Therapy Association (AOTA) von Atkins und Bashar (2014) unter anderem darauf ab, die Betroffenen für die Rückkehr in den Alltag zu befähigen. Damit es zu einem optimalen Übergang kommt, ist es aus Sicht der Verfasserinnen wichtig, dass die pflegenden Angehörigen qualitative Unterstützung bieten können und sie sich im Transitionsprozess wohl und sicher fühlen.

In der Schweiz sind laut Trezzini et al. (2019) viele der wichtigsten Bedürfnisse von Menschen mit Querschnittlähmung, wie zugängliche Wohnräume, Pflege und Haushaltsunterstützung gut abgedeckt. Jedoch zeigen weniger prävalente Bedürfnisse, wie psychologische Begleitung, gegenseitige Unterstützung der Betroffenen oder Unterstützung für pflegende Angehörige, ein tieferes Niveau an Erfüllung (Trezzini et al., 2019).

Es wurden nur begrenzt Interventionsstudien zum Thema Angehörigen-Unterstützung durchgeführt, jedoch ist es offensichtlich, dass solche Interventionen ein zu beachtendes Gebiet darstellen und diese einen positiven Einfluss auf die Pflegequalität haben können (Smith et al., 2016).

1.3 Fragestellung

Aufgrund der vorgestellten Problemstellung und mangelnden Beachtung der Thematik wird in der vorliegenden Arbeit folgende Fragestellung untersucht: Welche evidenzbasierten ergotherapeutischen Interventionen unterstützen die Betätigungsadaptation von pflegenden Angehörigen von Erwachsenen mit Querschnittlähmung während dem Austrittsprozess aus der Erstrehabilitation nach Hause?

1.4 Zielsetzung

Das Ziel dieser Arbeit ist das Aufzeigen von evidenzbasierten ergotherapeutischen Interventionen für pflegende Angehörige von Menschen mit Querschnittlähmung während dem Austrittsprozess im Schweizer Kontext. Die Interventionen sollen durch die Förderung der Betätigungsadaptation der Angehörigen, die Transition des Betroffenen, von der Erstrehabilitation nach Hause, erleichtern.

2 Theoretischer Hintergrund

In diesem Kapitel werden relevante Begriffe für ein besseres Verständnis der vorliegenden Arbeit definiert. Folgend werden die Themen Querschnittlähmung, Rehabilitation und Austrittsprozess, sowie das ergotherapeutische Model of Human Occupation nach Kielhofner in Taylor (2017) behandelt.

2.1 Querschnittlähmung

Eine Querschnittlähmung beschreibt eine komplette oder teilweise Schädigung des Rückenmarkquerschnitts. Dadurch erfolgt entweder nur beschränkt oder gar keine Informationsübertragung zwischen Gehirn und Körper (Zäch & Koch, 2006).

Durch die Läsion treten sensomotorische Ausfälle und Änderungen oder Beeinträchtigungen der vegetativen Funktionen auf; unter anderem Lähmungserscheinungen, Sensibilitätsstörungen, Blasen- und Darminkontinenz,

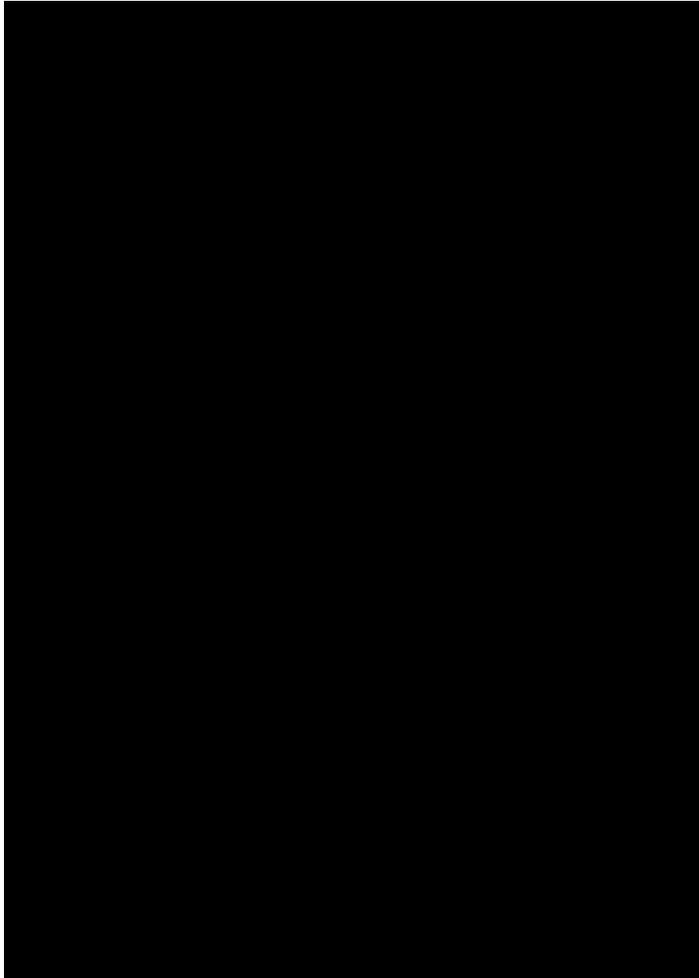
Schmerzen, Spastik und Kontrakturen, veränderte Sexualfunktion, Dekubitus und erschwerte Thermoregulation - respektive verstärktes Schwitzen (Zäch & Koch, 2006).

Je nach Lokalisation der Läsion wird laut Zäch und Koch (2006) von Para- oder Tetraplegie gesprochen (siehe Abbildung 1). Liegt die Läsion auf der Höhe der Brustwirbel oder der darunter liegenden Wirbel wird von Paraplegie gesprochen. Es kann zu sensomotorischen Ausfällen in Rumpf und unteren Extremitäten kommen. Bei einer Läsion in den Halswirbeln, wird von Tetraplegie gesprochen und es treten zusätzliche sensomotorische Ausfälle in den oberen Extremitäten auf. Auch die Atemmuskulatur kann betroffen sein. Neben den direkten Folgen kommt es bei einer Querschnittlähmung ebenfalls zu belastenden Sekundärkomplikationen wie neuropathische Schmerzen, Dekubitus, erhöhtes Risiko für Osteoporose und Frakturen, Harnwegsinfekte, Pneumonie, Kontrakturen und Fehlstellungen (Zäch & Koch, 2006).

Je nach Läsionshöhe kann laut Zäch und Koch (2006) in der Lebensführung der Betroffenen eine andere Selbstständigkeit erwartet werden. Es ist jedoch zu beachten, dass die effektive Selbstständigkeit und Alltagsgestaltung der Betroffenen von vielen individuellen Kontextfaktoren abhängig ist (Zäch & Koch, 2006). Daraus lässt sich folgern, dass Menschen mit einer Querschnittlähmung unterschiedliche Unterstützung benötigen.

Abbildung 1

Rückenmarksverletzung und Auswirkung auf den Bewegungsapparat und inneren Organe (Querschnittlähmung verstehen, o. D.)



Diese Abbildung wurde zum Schutz der Urheberrechte gelöscht und kann online aufgerufen werden:
<https://www.paraplegie.ch/de/wissen-forschung/wissen/querschnittlaehmung-verstehen/>

Betroffene erleben durch ihre Diagnose und der unangepassten gesellschaftlichen Umwelt multiple Einschränkungen in der Partizipation (Gross-Hemmi et al., 2019). Beispielsweise ist in der Schweiz laut Gross-Hemmi et al. (2019) die Teilhabe an Outdooraktivitäten, sozialen Anlässen oder an der Arbeit und Bildung reduziert. Eine Querschnittlähmung tritt in den meisten Fällen plötzlich auf und führt zu einschneidenden und lebensverändernden Folgen. Die Ursache der Lähmung kann traumatisch (unfallbedingt) oder nicht traumatisch, respektive krankheitsbedingt sein. Männer sind dabei öfter betroffen als Frauen (Chamberlain et al., 2015).

2.2 Pflegende Angehörige

Nebst der Unterstützung durch Fachpersonen aus Gesundheitsberufen spielt die Unterstützung durch die Angehörigen eine grosse Rolle. Sie gelten als informelle Pflegepersonen (engl. Informal Caregivers) und werden von Hlabangana und Hearn (2020) als nicht bezahlte Personen, welche den Betroffenen Pflege und Betreuung (engl. Care) im eigenen Zuhause bieten, definiert. Da laut Grässel und Behrndt (2016) ca. 90 % der informellen Pflegepersonen Angehörige sind, wird in dieser Bachelorarbeit der Begriff pflegende Angehörige verwendet.

2.3 Rehabilitation und Austrittsprozess

Die Re- (wieder) -habilitation (Herstellung einer Fähigkeit) ist laut Lange (2015) ein Prozess, indem nicht nur die direkt Betroffenen, sondern auch ihr unmittelbares Umfeld involviert sind. Ziel der Rehabilitation ist, dass die Personen mit Querschnittlähmung in ihrer Lebensführung grösstmögliche Selbständigkeit erreichen. Für sie ist dieser langwierige Prozess oft sehr kräfteaubend und anstrengend. Nur durch einen engagierten Einsatz des Betroffenen selbst, der Angehörigen, des Umfeldes und der Fachpersonen gelingt es, die negativen Auswirkungen der Querschnittlähmung bestmöglich zu verringern und sich an die neuen Lebensumstände anzupassen (Lange, 2015).

Die Dauer des Klinikaufenthalts ist abhängig vom Verletzungsgrad (*Paraplegiker-Gruppe: Häufig gestellte Fragen*, o. D.). Für Menschen mit einer Paraplegie wird erfahrungsgemäss mit etwa sechs Monaten und für Menschen mit einer Tetraplegie mit bis zu zwölf Monaten gerechnet. Nach den verschiedenen Rehabilitationsphasen folgt der Austritt.

Laut Zäch und Koch (2006) ist der Übertritt von der Erstrehabilitation ins häusliche Umfeld und zurück in den neuen Alltag ein wichtiger Meilenstein im Rehabilitationsprozess.

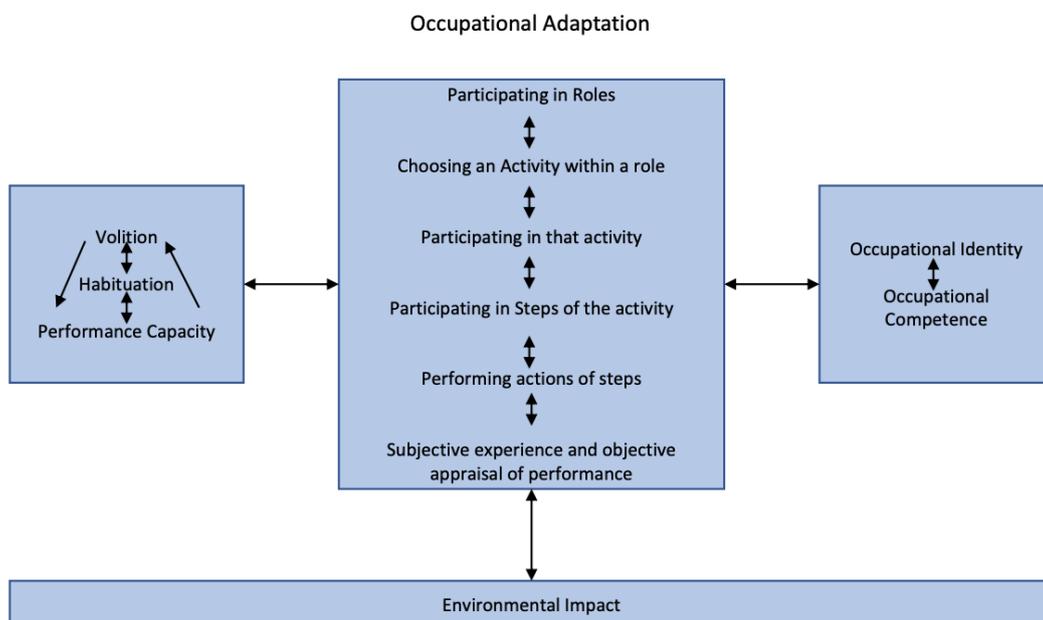
2.4 Model of Human Occupation

Das Model of Human Occupation (MOHO) entstand, als Kielhofner mit querschnittgelähmten Veteranen arbeitete (Taylor, 2017). Das MOHO wurde von den Verfasserinnen für diese Arbeit gewählt, da es auf eine eindrückliche Weise die

Interaktion von Identität, der Umsetzung ins Tun und der Veränderung aufzeigt. Die verwendeten Begriffe Betätigungsadaptation, Betätigungsidentität und Betätigungskompetenz beziehen sich in dieser Arbeit immer auf die Definition von Kielhofner in Taylor (2017). Das klientenzentrierte, betätigungsfokussierte Modell erklärt laut Taylor (2017), wie sich Menschen für die Ausführung von Betätigungen motivieren (Volition) und sie wiederholen (Habituation). In dieser Wiederholung verändert sich die subjektive Wahrnehmung des Individuums hinsichtlich seiner eigenen Kapazitätsveränderung (Performanzvermögen). Dieser Prozess entfaltet sich in einem sozialen und physischen Kontext, der das *Engagement* in der Betätigung fördert. Wie in der Abbildung 2 dargestellt, umfasst das MOHO die Elemente Volition, Habituation, Performanzvermögen und Umwelt. Sie beinhalten die komplexen aufeinander bezogenen Veränderungsprozesse der Betätigungsentwicklung (Taylor, 2017).

Abbildung 2

Prozess der Betätigungsadaptation nach Taylor (2017)



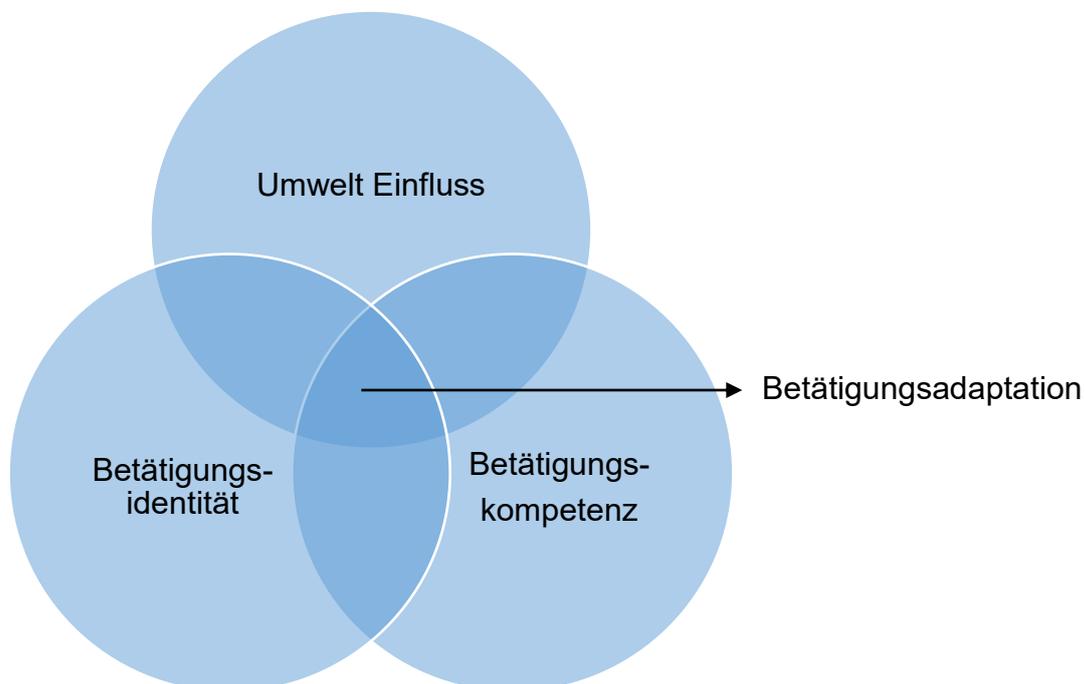
Wie bereits mehrfach erwähnt, bringt eine Querschnittlähmung grosse Veränderungen ins Leben der Betroffenen und der pflegenden Angehörigen (Gross-Hemmi et al., 2019).

Die drei genannten Komponenten Volition, Habituation und Performanzvermögen wirken sich auf die Partizipation der Person aus (Taylor, 2017). Diese Partizipation führt über einen Zeitraum hinweg zur Betätigungsadaptation, die mit der Bildung einer positiven Betätigungsidentität und Betätigungs-kompetenz einhergeht. Sie entsteht aus der wechselseitigen Interaktion der persönlichen Faktoren und der Umwelt (siehe Abbildung 3).

„Die Betätigungsidentität beschreibt ein gemischter Sinn davon, wer jemand ist und in der Zukunft als tätige Person sein möchte“ (Kielhofner, 2008, p. 106).

Abbildung 3

Betätigungsadaptation und Einflussfaktoren nach Taylor (2017)



Die Betätigungsidentität generiert sich aus der persönlichen Betätigungsgeschichte (Taylor, 2017). Sie beinhaltet nach dem MOHO die Rollenidentität, das eigene Gefühl für Kapazität und Effektivität, Interessen, Werte, gewünschte Routinen, Betätigungsziele und Entscheidungen. Die Betätigungs-kompetenz beschreibt das

Ausmass, in dem ein erfolgreiches Muster der Partizipation beibehalten wird, welche die eigene Betätigungsidentität widerspiegelt. Anders formuliert, ist die Betätigungskompetenz die Umsetzung der Betätigungsidentität in Handlungen über einen Zeitraum hinweg. Zur Betätigungskompetenz gehören laut MOHO das Erfüllen von Rollenerwartungen, die Aufrechterhaltung von Routine und Gewohnheiten, Partizipation in bedeutungsvollen Rollen und Verfolgung der eigenen Betätigungsziele.

Die Betätigungsidentität und -kompetenz werden laut Taylor (2017) stark von der Umwelt beeinflusst und stehen in stetiger Interaktion zueinander. Im MOHO wird die Umwelt in physische-, soziale- und Betätigungsumwelt aufgeteilt und jeweils im unmittelbaren, lokalen und globalen Kontext betrachtet. Eine unterstützende soziale Umwelt kann die Betätigung des Betroffenen positiv beeinflussen.

3 Methodisches Vorgehen

Im folgenden Kapitel wird die Methodik des Literaturreviews beschrieben. Dazu gehört die Auswahl der Datenbanken, die verwendeten Keywords, definierte Einschlusskriterien und die thematische Abgrenzung der vorliegenden Arbeit. Es folgt die Studienauswahl mit dem Entscheidungsbaum, das Clustern der Studienergebnisse, die Beurteilung der Forschungsqualität und die Diskussion der inkludierten Studien.

3.1 Datenbankrecherche

Die oben genannte Forschungsfrage soll anhand eines Literaturreviews beantwortet werden. Dafür wurden die Datenbanken AMED, CINAHL Complete, LIVIVO, MEDLINE, OTDBASE, OTSeeker und PubMed nach geeigneter Primär- und Sekundärliteratur durchsucht. Die Recherche erweiterten die Verfasserinnen mit den Datenbanken aus der sozialen Arbeit: ERIC, Fachportal Pädagogik, FIS Bildung, FORS, IBSS, Oxford Bibliographies: Social Work, Social Services Abstracts, Teacher Reference Center, WISO. Es wurde mit der Verknüpfung von Keywords und Synonymen (siehe Tabelle 1), mit Trunkierungen und booleschen Operatoren gesucht. Die unten genannten Schlüsselwörter „occupational therapy“ oder „spinal cord injury“ kombinierten die Verfasserinnen durch boolesche Operatoren wie „AND“

oder „OR“ und vertieften die Suche nach geeigneter Literatur mit der Begriffsverknüpfung von „spinal cord injury“ „AND“ „caregiver“, mit Verwendung von Mesh Terms oder CINAHL Subject Headings. Die weitere Eingrenzung der Recherche erfolgte mit Keywords wie „discharge“ oder „occupat* therap*“ und Synonyme und/oder verwandten Begriffen wie „spouses“, „best practice“ oder „strategies“. Die Suche wurde durch das Screening der Literaturverzeichnisses der gefundenen Studien zusätzlich erweitert. Der detaillierte Rechercheprozess ist im Anhang D einzusehen.

Tabelle 1

Ausgewählte Keywords, Synonyme und verwandte Begriffe für die Literaturrecherche

Schlüsselwörter	Keywords	Synonyme, verwandte Begriffe
Ergotherapeutische Intervention	occupational therapy intervention	occupation, therapy, strategies, best practices, treatment, education, program, management, intervention, randomized control trial (RCT)
Querschnittlähmung	spinal cord injury	SCI, tetraplegia, paraplegia, quadriplegia, neurology
Pflegende Angehörige	informal caregiver	spouse, partner, relatives, partner, husband, wife, family member, <i>caregiver burden</i>
Austritt nach Erstrehabilitation	discharge from inpatient rehabilitation	leaving rehabilitation, dismissal from rehabilitation/hospital
Betätigungsadaptation	(occupational) adaptation	occupational identity, occupational performance, wellbeing, participation, <i>coping</i>

3.2 Einschlusskriterien

Die in Tabelle 2 dargestellten Einschlusskriterien definierten die Verfasserinnen anhand der Fragestellung. Diese Einschlusskriterien bestimmten die Auswahl der inkludierten Studien. Gegenteilig ergaben sich daraus die Ausschlusskriterien. In den ersten Schritten der Recherche waren die Population, die Intervention und die Sprache ausschlaggebend, ob sich eine Studie für die engere Auswahl eignete. Je spezifischer sich der Selektionsprozess gestaltete, desto grösser sollte die Passung

der Studien mit den Einschlusskriterien sein. Es wurden quantitative, qualitative und mixed-methode Studien berücksichtigt.

Tabelle 2

Geltende Einschlusskriterien für die inkludierten Studien

Kriterium	Einschlusskriterien
Publikationsjahr der Studie	2009 - 2022
Land	Übertragbar in den Schweizer Kontext, industrialisierte Länder mit ähnlicher soziodemografischer Situation wie die Schweiz
Population	Pflegende Angehörige von erwachsenen Menschen mit Querschnittlähmung
Setting	Während dem Austrittsprozess nach der Erstrehabilitation bis und mit dem Einleben zu Hause
Intervention	Interventionen für pflegende Angehörige mit Transfermöglichkeit in die Ergotherapie
Sprache	Englisch, Deutsch und Französisch

3.3 Abgrenzung

Diese Arbeit fokussiert sich auf die Intervention mit pflegenden Angehörigen während dem Rehabilitationsprozess. Schwerpunkt ist die ergotherapeutische Unterstützung in der Betätigungsadaptation der pflegenden Angehörigen, damit der Austritt und das Einleben im Alltag zu Hause für die Betroffenen erleichtert werden kann.

Interventionen, welche ausschliesslich an Betroffene mit Querschnittlähmung adressiert sind, sind nicht Teil dieser Bachelorarbeit.

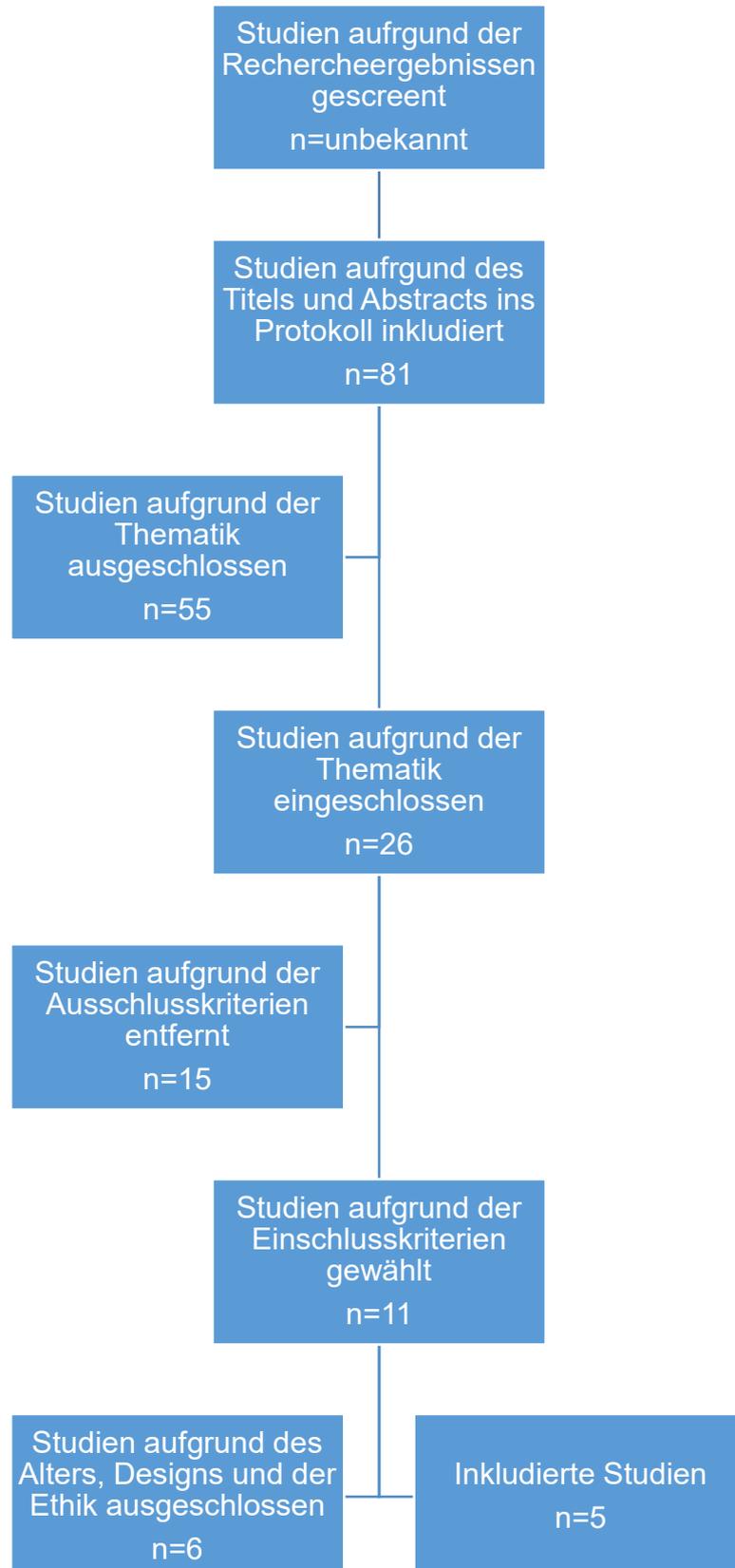
3.4 Studiena Auswahl

Die Titel der Suchergebnisse wurden überprüft, wenn die Recherche 50 oder weniger Treffer ergab. Waren es mehr, schränkten die Verfasserinnen die Suchkombination durch weitere Keywords oder dem Publikationsjahr ein. Die schematische Abbildung 4 zeigt das Auswahlverfahren der inkludierten Studien. Anschliessend wurden potenzielle Studien (n=81), welche aufgrund ihres Abstracts als passend erachtet wurden ins Rechercheprotokoll (siehe Anhang D) aufgenommen. Aufgrund der begrenzten Literatur zur Forschungsfrage befassten

sich die Verfasserinnen auch mit Abstracts von wenig passenden Titeln. Daraus wurden aufgrund der Thematik weitere 55 Studien ausgeschlossen, da diese nicht zur Fragestellung passten. Die übrigen 26 Studien unterzogen die Verfasserinnen einer detaillierten Leseprüfung. Provisorisch wurden Studien, die mindestens drei Einschlusskriterien erfüllten, inkludiert und thematisch geordnet (n=11). In die selektionierten Studien vertieften sich die Verfasserinnen und schlossen unpassende Studien (n=6) aus nachfolgenden Gründen aus: zwei Studien aufgrund ihres Alters (Elliott et al., 2008; Rodgers et al., 2007), eine aufgrund des nicht möglichen Transfers in den Schweizer Kontext (Steven et al., 2016) und die Studie von Baker et al. (2016), da diese ein Literaturreview auf Metaebene ist, welche auch eine inkludierte Interventionsstudien der vorliegenden Arbeit einschliesst. Eine ergotherapeutische Studie thematisierte die Betätigungsadaptation, doch das Forschungsdesign passte nicht zur gewählten Fragestellung (Treisman et al., 2020) und die Studie von Molazem et al. (2014) beinhaltete ethisch nicht vertretbare Aussagen.

Abbildung 4

Entscheidungsbaum der inkludierten Studien



3.5 Clustern der Studienergebnisse

Die Ergebnisse der ausgewählten Studien wurden nach Studiendesign und Inhalt der Interventionen geclustert. Bei quantitativen Daten ordneten die Verfasserinnen die Ergebnisse nach Interventionsinhalte (siehe Tabelle 3) und Outcome (siehe Tabelle 4 & 5) und visualisierten sie anhand der Tabellen. Zusätzlich gruppieren sie die gefundenen Interventionen nach Gemeinsamkeiten. Bei mixed-method Studien wurde der quantitative Teil mit den gleichen Kriterien geclustert und der qualitative Teil separat betrachtet, um diese thematisch einzuordnen.

3.6 Zusammenfassung und Beurteilung der inkludierten Studien

Jede inkludierte Studie wurde kritisch gewürdigt. Für quantitative Studien verwendeten die Verfasserinnen das Arbeitsinstrument Critical Appraisal (AICA) nach Huber (2018). Für mixed-methode Studien wurde dieses mit den Aspekten von Letts et al. (2007) ergänzt. Beide Verfasserinnen fassten unabhängig voneinander jede inkludierte Studie zusammen und beurteilten diese gemeinsam nach dem AICA Raster. Die Beurteilungen sind im Anhang E einzusehen. Mit dem AICA wurde die Güte jeder inkludierten Studie beschrieben und in den Tabellen 9 und 10 zusammengefasst.

3.7 Diskussion der inkludierten Studien

Nach der Zusammenfassung und Würdigung der inkludierten Studien fand ein Transfer der Interventionen in den Prozess der Betätigungsadaptation nach MOHO statt. Sie wurden anschliessend anhand ihres Inhaltes, der Outcomes und der Signifikanz verglichen, um schliesslich die Forschungsfrage zu beantworten.

4 Ergebnisse

Es wurden drei Studien zu Interventionen mit *Skills*- und/oder Problemlösetraining und *psychoedukativen* Ansätzen gefunden (Dyck et al., 2021; Elliott & Berry, 2009; Schulz et al., 2009), eine Studie zu *Mindfulness*-Training (Hearn et al., 2019) und eine Studie, die mit Reflexion und Aktivitätstagebuch arbeitet (Watford et al., 2019). Es wurden jedoch keine passende Studien zwischen den Jahren 2009 und 2019 gefunden, welche den Einschlusskriterien entsprachen. Im folgenden Kapitel werden alle inkludierten Studien zusammengefasst und kritisch gewürdigt. Detailliertere Informationen dazu sind im Anhang E in den AICAs einzusehen. Ebenfalls befinden sich in im Anhang C Verweise zur Zugänglichkeit der Interventionen. Die wichtigsten Resultate zu den Interventionsaspekten und den signifikanten quantitativen Ergebnissen werden in Tabelle 3 - 5 präsentiert. Für die Übersicht der kritischen Würdigung sind die quantitativen und qualitativen Gütekriterien in der Tabelle 9 und 10 dargestellt.

Tabelle 3

Inhalte der Interventionen

Studie	Intervention	Aspekte der Intervention								
		Problemlöse Training	Skills-Training	Soziale Komponente unter TNs	Individualisiert, basiert auf Erfahrungen der TNs	Kognitiv/Verhaltensbezogen	Eduktion	Kontakt, Aufmerksamkeit (von FP)	Dyade (≠ nur CG)	Weitere Aspekte
Dyck et al. (2021)	Multi Family Group Intervention	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja:	Ja	Ja	
	Education Control Intervention	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja: Vorlesungsstil	Weniger	Ja	
Elliott und Berry (2009)	Brief PST	Ja	()	Nein	Ja	()	Ja	Ja	Nein	
	Kontrollgruppe : Usual Care	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja	Nein	Nein	
Hearn et al. (2019)	Internet-Based Mindfulness Training	Nein	Nein	Nein	Nein	()	Nein	Nein	Nein	Nutzt Mindfulness

Studie	Intervention	Aspekte der Intervention								
		Problemlöse Training	Skills-Training	Soziale Komponente unter TNs	Individualisiert, basiert auf Erfahrungen der TNs	Kognitiv/Verhaltensbezogen	Edukation	Kontakt, Aufmerksamkeit (von FP)	Dyade (≠ nur CG)	Weitere Aspekte
Hearn et al. (2019)	Zugeschickte Psychoedukative Unterlagen	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja: Schriftlich	Nein	Nein	
Schulz et al. (2009)	Caregiver Only multicomponent intervention based on risk profiles	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nein	
	Dual Target Intervention	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	
	Information only Control	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja	Nein		
Watford et al. (2019)	PPR Profile	Nein	Nein	Nein	Ja	()	Nein	Wenig	Nein	Nutzt Aktivitätstagebuch und Reflexion

JAE	Nein	Nein	Nein (ausser in Fokusgruppen)	Ja	()	Nein	Wenig	Nein	Nutzt Reflexion
-----	------	------	-------------------------------	----	-----	------	-------	------	-----------------

Anmerkungen: Ja: wichtiger Aspekt der Intervention, Nein: Kommt nicht vor, (): Kommt am Rande oder teilweise vor, TN: Teilnehmerinnen und Teilnehmer, FP: Fachperson, CG: Caregiver = pflegende Angehörige

Tabelle 4

Quantitative Ergebnisse, Caregiver Outcomes

Studie	Intervention	Caregiver Outcomes						
		Depression	Caregiver Burden	Lebensqualität	Soziale Unterstützung	Physische Gesundheit	Partizipation	Weitere Outcomes
Dyck et al. (2021)	Multi Family Group Intervention	NT	Nein	NT	?	NT	NT	Coping: Ja*
Elliott und Berry (2009)	Brief Problemsolving Training	Nein	NT	Trend	~ Trend	~ Trend	NT	Problemlösefähigkeit: Ja*
Hearn et al. (2019)	Online Mindfulness Training	T2 & T3 Ja	NT	Ja*, für weniger Subskalen bei T3	~ (Subskala soc. Functioning) T2 & T3 Ja	~ (Subskala phys. Functioning) T2 Ja, T3 Nein	NT	Angst: T2 und T3 Ja Mindfulness: Ja* (Subskalen T3)

Studie	Intervention	Caregiver Outcomes						Weitere Outcomes
		Depression	Caregiver Burden	Lebensqualität	Soziale Unterstützung	Physische Gesundheit	Partizipation	
Schulz et al. (2009)	Multimodal, individualisierte Intervention mit Einbezug der Betroffenen	Ja #	Ja #	NT	Nein	Ja	NT	Soziale Integration: Ja# Self-care: Nein
Watford et al. (2019)	PPR Profil und JAE	NT	NT	Ja*	~	~	#	COPM (Canadian Occupational Performance Measure): Zufriedenheit und Performanz der Betätigung: Ja

Anmerkung: NT: Nicht getestet, Ja: Signifikanter Unterschied ($p < .05$) zugunsten der Interventionsgruppe oder im Vergleich zur Baseline, Nein: Kein signifikanter Unterschied, Trend: Nicht signifikant, aber von den Autoren aufgrund der Effektgrösse hervorgehoben, *: Nur für einen Teil/einige Subskalen des Outcomes, ~: Kommt in Form von Subskalen vor, #: Nur im Vergleich mit einer Gruppe, nicht insgesamt, ?: Studie hat dieses Outcome in der Fragestellung angekündigt, das Assessment aber nicht durchgeführt

Tabelle 5

Quantitative Ergebnisse Pflegeempfangnerinnen und Pflegeempfangner und/oder Dyaden Outcomes

Studie	Intervention	Outcomes Pflegeempfangnerinnen und Pflegeempfangner und/oder Dyade							
		Coping	Patienten Aktivierung	Beziehungsqualität	Soziale Unterstützung	Soziale Integration	Depression	Physische Gesundheit	Self Care
Dyck et al. (2021)	Multi Family Group Intervention	Ja*	Nein	? (Dyade)	Ja*	NT	NT	NT	NT
Schulz et al. (2009)	Caregiver Only multicomponent intervention based on risk profiles	NT	NT	NT	Nein	Nein	Ja #	Ja	Nein

Anmerkung: NT: Nicht getestet, Ja: Signifikanter Unterschied ($p < 0.05$) zugunsten der Interventionsgruppe oder im Vergleich zur Baseline, Nein: Kein signifikanter Unterschied, Trend: Nicht signifikant, aber von den Autoren hervorgehoben, *: Nur für einen Teil/einige Subskalen des Outcomes, ~: Kommt in Form von Subskalen vor, #: Nur im Vergleich mit einer Gruppe, nicht insgesamt, ?: Studie hat dieses Outcome in der Fragestellung angekündigt, das Assessment aber nicht durchgeführt

Elliott und Berry (2009), Hearn et al. (2019) und Watford et al. (2019) werden hier nicht aufgeführt, weil sie die Pflegeempfangnerinnen und Pflegeempfangner nicht untersuchten.

4.1 Inkludierte Studie 1: Dyck et al. (2021)

Multiple family group intervention for spinal cord injury: Quantitative and qualitative comparison with standard education

4.1.1 Ziel der Studie

Das Ziel der Studie von Dyck et al. (2021) war es, die Wirksamkeit der Intervention auf das *Coping*, die *Patientenaktivierung* und soziale Unterstützung der Teilnehmenden mit Querschnittlähmung zu untersuchen. Weiter sollte die Studie die Wirksamkeit der Intervention auf *Caregiver Burden* und auf den Ausdruck von Ärger bei pflegenden Angehörigen aufzeigen. Zusätzlich wurde die Meinung der Teilnehmenden zur Intervention in Form von *Fokusgruppen* eingeholt.

4.1.2 Zusammenfassung der Studie

Dyck et al. (2021) evaluierten eine Multiple Family Group (MFG) Intervention für Menschen mit Querschnittlähmung und deren primären pflegenden Angehörigen. Die mixed-methode Studie enthielt ein randomized-control-Trial (RCT) und qualitative Fokusgruppen.

An der Studie nahmen Menschen mit Tetra- oder Paraplegie mit einer Mobilitätseinschränkung teil, die in den letzten drei Jahren aus der Erstrehabilitation austraten und deren pflegenden Angehörigen. 19 *Dyaden* wurden randomisiert in Interventionsgruppe (n=10) und Kontrollgruppe (n=9) aufgeteilt. Die von den Forschern selbstbestimmten Stichproben stammen aus einer grossen Rehabilitationseinrichtung im Nordwesten der USA. Es werden keine Drop-Outs genannt.

4.1.3 Intervention

Die MFG beinhaltet strukturiertes Problemlöse- und Skills-Training und edukative Workshops. Die Intervention zielt darauf ab, den Betroffenen und ihren pflegenden Angehörigen Informationen und Instrumente zu verbessertem Coping und Unterstützung durch positive Verhaltensänderung zu geben. MFG zielt darauf ab, emotionalen Stress zu reduzieren und die Skills sowie die emotionale Unterstützung zu verbessern. Die Intervention und die Kontrollintervention fanden während neun

Monate statt. Der detailliertere Ablauf und Inhalt der Intervention ist in Tabelle 6 ersichtlich.

Tabelle 6

Detaillierter Inhalt der Intervention nach Dyck et al. (2021)

Phase	Anzahl Treffen	Inhalt
Kennenlernen	2 (3)	Gesundheitsfachpersonen (Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten oder Psychologinnen und Psychologen) treffen die Dyaden zur Problemidentifizierung und Zielfestlegung
Gruppeneinführungsveranstaltungen	2	Zwei Edukationsworkshops für alle Dyaden der Interventionsgruppe mit Informationen über Querschnittlähmung
MFG Treffen	12	Zweimonatliche Treffen, aufgeteilt in drei Phasen: 1) Querschnittlähmung: Management und Selbstfürsorge 2) Coping und Leben mit Querschnittlähmung 3) Gesundbleiben mit Querschnittlähmung

4.1.4 Kontrollgruppe

Die Kontrollgruppe erhielt während 16 Sitzungen im Vorlesungsstil Informationen zu den Effekten von Querschnittlähmung auf den Körper, über Methoden zur Funktionen-Maximierung, über Coping und über Leben und gesund bleiben mit Querschnittlähmung. Die Inhalte basieren auf Hammond et al. (2009) Guide to self care. Die Interaktion zwischen den Teilnehmenden wurde mit Absicht begrenzt.

4.1.5 Quantitativer Teil

Folgende Messinstrumente wurden für die Outcomes der Betroffenen mit Querschnittlähmung gewählt: die Patient Activation Measure (PAM) für Patientenaktivierung, der Abbreviated Duke Social Support Index (ADSSI) für soziale Unterstützung, die Anger Expression Scale (AXS) für Wutausdruck, und die Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scale (F-COPES) für das Coping. Für die

pflegenden Angehörigen wurden das Caregiver Burden Inventory (CBI) und das F-COPES als Messinstrumente gewählt.

Die Messungen wurden bei der Baseline, nach der Intervention (nach neun Monaten) und bei einem Follow-up (sechs Monate nach Ende der Intervention) durchgeführt. Signifikante Gruppenunterschiede zugunsten der Interventionsgruppe ($p < .05$) gab es bei den Teilnehmenden mit Querschnittlähmung in der Skala passive Bewertung (Subskala) des F-COPES, der Skala der subjektiven Unterstützung beim ADSSI und beim Gesamtscore des ADSSI. Die pflegenden Angehörigen zeigten einen signifikanten Unterschied in der Skala der passiven Bewertung des F-COPES.

4.1.6 Qualitativer Teil

Die Teilnehmenden nahmen nach ihrer Intervention (MFG oder Edukation) an Fokusgruppen teil. Es ging darum, gemeinsame Themen, die in Verbindung mit den Ansichten der Teilnehmenden über die Teilnahme an den MFG- oder Kontrollintervention stehen, herauszuarbeiten. Die Fokusgruppen wurden mit Video aufgezeichnet, transkribiert und nach Themen codiert: Zugehörigkeitsgefühl, Teamwork (nur in der MFG Gruppe), Wissen und erhöhte Chancen für Engagement/Partizipation. Die Teilnehmenden der MFG Gruppe wünschten sich noch mehr Partizipationsmöglichkeiten und während der stationären Rehabilitation bereits Austauschmöglichkeiten zu erhalten. Die Edukationsgruppe schlug mehr informelle Interaktionen und mehr Zeit für Gruppengespräche zur Verbesserung der Intervention vor.

4.1.7 Kritische Würdigung der Studie

Das RCT Design passt zur Untersuchung der Wirksamkeit einer Intervention. Obwohl die Daten auf Normalverteilung überprüft wurden, scheinen neun bis zehn Dyaden pro Gruppe zu wenig zu sein. Der Rekrutierungsprozess wird intransparent dargelegt: Ersichtlich ist nur, dass die Stichprobe selbst gewählt wurde, wodurch einen Sampling *Bias* entsteht. Ein wesentlicher Kritikpunkt an die Studie ist die Unstimmigkeit zwischen den genannten Variablen/Outcomes in der Zielsetzung und den tatsächlich durchgeführten Datenerhebungen: Anger Expression wurde als Outcome für die pflegenden Angehörigen vorgestellt, jedoch anschliessend nur bei

den Teilnehmenden mit Querschnittlähmung getestet. Auch ist die Passung zwischen den gewählten Outcomes und dem Messinstrument F-COPES fraglich, respektive ist die Validität nicht gegeben. Das F-COPES bewährt sich offensichtlich als Messinstrument zum Betroffenen-Outcome. Die Verfasserinnen nehmen an, dass es auch für die Qualitätsmessung der Beziehung gewählt wurde, da dieses Outcome zu keinem anderen Messinstrument passt. Dyck et al. (2021) machen in der Studie keine Aussage zur Reliabilität und Validität der Messinstrumente. Laut der von ihnen verwiesenen Literatur sind die PAM (Lightfoot et al., 2021; Prey et al., 2016) und CBI (Valer et al., 2015) reliabel. Die Reliabilität der ADSSI (Powers et al., 2004) und des F-COPES (McCubbin et al., 1991) reicht von zweifelhaft bis gut. Für die AXS wurden keine Informationen gefunden.

Die Studie weist leider einige Darstellungsfehler auf. Beispielsweise wird im Text, sowie in der Tabelle der demografischen Informationen keine Signifikanz gekennzeichnet, obwohl von einem signifikanten Unterschied im Text gesprochen wird.

Die Autoren präsentieren die signifikanten und nichtsignifikanten Ergebnisse in zwei unterschiedlichen Tabellen, wobei für die nichtsignifikanten Ergebnisse keine Effektgrößen angegeben sind. Dies verhindert die Interpretation des Interventionseffekts und erschwert, potenzielle Trends zu erkennen.

Die Studie führte zu wenig signifikanten Unterschieden zwischen den Gruppen. Diese werden minimal diskutiert und kaum mögliche Erklärungen dazu präsentiert. Auffallend ist, dass die Ergebnisse zu Caregiver Burden im Diskussionsteil beim Vergleichen mit anderer Literatur teilweise überinterpretiert sind.

Die Relevanz des qualitativen Teils ist ersichtlich, jedoch fehlt in der Zielsetzung der Studie der Bezug zur qualitativen Erfassung. Der Zusammenhang und die Relevanz des qualitativen Teils wird im Diskussionsabschnitt ersichtlich. Aus der Studie kann entnommen werden, dass Peer-Checking und ein Audit Trail gemacht wurden, jedoch sind wenige Informationen zum genauen Verfahren vorhanden. Die Forschenden machen keine Aussagen über die Fragen, welche in den Fokusgruppen gestellt wurden. Dadurch können diverse Verzerrungen nicht ausgeschlossen werden.

4.2 Inkludierte Studie 2: Elliott und Berry (2009)

Brief problem-solving training for family caregivers of persons with recent-onset spinal cord injuries: a randomized controlled trial

4.2.1 Zielsetzung der Studie

Elliott und Berry (2009) untersuchten die Wirksamkeit von Brief problem-solving Training (Brief PST) und Edukation für pflegende Angehörige von Menschen mit kürzlich eingetretener (weniger als 12 Monate) Querschnittlähmung.

4.2.2 Zusammenfassung der Studie

Als Studiendesign wurde ein experimentelles RCT gewählt. Potenzielle Teilnehmende kamen aus dem stationären Rehabilitationsprogramm einer medizinischen Universität im Süden der Vereinigten Staaten. In einem zufälligen Verfahren wurden 60 pflegende Angehörige der Interventions- oder Kontrollgruppe zugewiesen.

Zur Ordnung und Priorisierung der Probleme, sowie als Fokusgrundlage der Intervention führten die Teilnehmenden ein *Card Sort Procedure* durch. Soziale Problemlösefertigkeiten, depressive Symptome und Lebensqualität wurden als Outcomes definiert. Dafür wurden jeweils das Social Problem Solving Inventory-Revised (SPSI-R), das Inventory to Diagnose Depression (IDD) und das Study Short Form Health Survey (SF-36) als Messinstrumente vor der Intervention (Baseline), nach sechs beziehungsweise nach zwölf Monaten angewendet. Für die Datenanalyse verwendeten die Autoren die Analyseverfahren Hierarchical Linear Modeling (HLM) und Linear Mixed Model (LMM).

4.2.3 Intervention

Die pflegenden Angehörigen erhielten während eines persönlichen Treffens dreimal Problemlösetrainings, des Weiteren edukatives Material und sie hatten je nach Bedürfnis telefonische Unterstützung. Das Problemlösetraining verlief nach den fünf FOCUS Prinzipien (Kurylo et al., 2001): 1) Problem definieren (Facts) 2) Optimismus und positive Orientierung zum Problemlöseprozess (Optimistic) 3) Kreativität und generieren von Alternativen (Creativity) 4) Verstehen und Entscheidung treffen (Understanding) 5) Problem lösen mit Umsetzung und Bewertung (Solving).

Die Kontrollgruppe hatte den üblichen Zugang zu den vom Fachpersonal und von der Klinik zur Verfügung gestellten Informationen über Querschnittlähmungs - Management.

4.2.4 Ergebnisse und Diskussion

Bei den Folgerhebungen bestand die Teilnehmergruppe noch aus 48 Personen; 12 (20 %) verliessen die Intervention vorzeitig. Zwischen den beiden Gruppen ist kein signifikanter Unterschied in den Drop-Outs festzustellen.

Die pflegenden Angehörigen der Interventionsgruppe wiesen eine signifikante Abnahme des dysfunktionalen Problemlösens auf. Bei den depressiven Symptomen wurde kein signifikanter Effekt der PST Intervention beobachtet. Ersichtlich ist bei physischem und sozialem Funktionieren ein nichtsignifikanter Trend zugunsten der PST Intervention. Obwohl bei diesen Subskalen die statistische Signifikanz nicht erreicht wurde, weisen sie trotzdem eine grosse und mittlere Effektgrösse (Cohen's $d = 0.73$ und 0.44 respektive) auf. Die Ergebnisse werden von den Autoren realistisch diskutiert. Limitationen der Methodik und der Ergebnisse werden diskutiert.

4.2.5 Kritische Würdigung der Studie

Das gewählte RCT Design passt zur Untersuchung der Wirksamkeit einer Intervention. Mit 30 Teilnehmenden pro Gruppe erscheint die Stichprobengrösse angemessen. Sie alle waren aus derselben Klinik rekrutiert, somit ergibt sich dabei die Gefahr eines *Selection Bias*. Die Stichprobe wurde anhand der Einschlusskriterien sinnvoll definiert. Auffallend ist, dass keine *Sample Size Calculation* durchgeführt wurde. Die Studie hat eine hohe Drop-Out-Rate. Um dies zu kompensieren, wurde das *Intention-to-Treat*-Prinzip angewendet. Die für das IDD und SF-36 angegebenen Werte zur Reliabilität reichen von zweifelhaft bis exzellent. Zum SPSI-R liegen keine Angaben vor.

In der Ergebnistabelle werden auch Resultate, welche $p < .01$ aufweisen, als signifikant bezeichnet. Dies wird von den Forschern nicht kommentiert.

Laut dem Blog von Lüken und Schimmelpfennig (2018) zeigt die Effektgrösse, ob einen Unterschied zwischen den Messungen sichtbar ist. Wenn die Signifikanz nicht angegeben ist, besteht Gefahr, dass dieser Effekt zufällig entstanden ist.

Elliott und Berry (2009) kommentieren die Effektgrösse nur für die Ergebnisse, die $p < .10$ aufweisen. So sind die Interpretation und weitere Hypothesen zugunsten der Intervention begrenzt.

Die Autoren weisen darauf hin, dass aufgrund des starken Gruppenunterschiedes die Ergebnisse nicht mit Sicherheit auf das PST zurückzuführen seien. Laut den von den Forschern identifizierten Limitationen war die Art der Informationsvermittlung, sowie die Aufmerksamkeit der Forscher verschieden und könnten auch zu den Unterschieden zwischen den Gruppen geführt haben.

4.3 Inkludierte Studie 3: Hearn et al. (2019)

Efficacy of Internet-Delivered Mindfulness for Improving Depression in Caregivers of People With Spinal Cord Injuries and Chronic Neuropathic Pain: A Randomized Controlled Feasibility Trial

4.3.1 Ziel der Studie

Ziel der Studie von Hearn et al. (2019) ist die Untersuchung der Durchführbarkeit und Wirksamkeit eines webbasierten Mindfulness-Trainings für pflegende Angehörige von Menschen mit Querschnittlähmung.

4.3.2 Zusammenfassung der Studie

Mit der randomisierten kontrollierten Machbarkeitsstudie erhoben die Forscherinnen dreimal die Daten. Die Studienteilnehmenden waren Ehemänner, Ehefrauen oder andere pflegende Angehörige von Menschen mit Querschnittlähmung. Betroffene litten zusätzlich noch an neuropathischen Schmerzen. Über Anzeigen und das Pflegeteam wurden die Teilnehmenden für diese Studie rekrutiert und nach dem Zufallsprinzip den achtwöchigen Interventionen zugewiesen.

4.3.3 Intervention

In dem online Mindfulness-Training absolvierten die pflegenden Angehörigen während acht Wochen, sechs Tage die Woche, zweimal täglich 10 Minuten Mindfulness-Übungen. Die Übungen bestanden aus vorgängig aufgezeichneten audiogeführten Meditationen, welche örtlich und zeitlich flexibel anwendbar waren.

Nach dem Interventionsabschluss erhielten die Angehörigen weiterhin Zugang zu den Meditationsübungen. Eine detaillierte Übersicht der Intervention ist in Tabelle 7 ersichtlich. Die Kontrollgruppe erhielt wöchentlich eine E-Mail mit psychoedukativen Informationen zu Querschnittlähmung und chronischen Schmerzen, um das Verständnis dafür zu verbessern und den damit verbundenen Pflegebedarf zu fördern.

Tabelle 7

Inhalt der online Mindfulness-Übungen nach Hearn et al. (2019)

Woche	Inhalt
1	Einführung, drei Body-Scan Variationen (Körperwahrnehmung)
2	Einführung Atembewusstseins-Meditation, weitere Body-Scan Variante
3	Einführung achtsame Bewegung begleitet von Body-Scans mit Alltagstransfer
4	Einführung Akzeptanz- und (Selbst-)Mitgefühl-Meditation, Aktivitäten der Selbstfürsorge im Alltag
5	Fokus auf angenehmen Aspekten des Alltags. Auftrag, jede Stunde eine kurze Pause einzulegen, um sich auf etwas Positives zu konzentrieren
6	Fokus auf dem Festhalten der angenehmen Aspekte, Wertschätzen von Erfahrungen (anerkennen, reagieren und adaptive Reaktionen wählen)
7	Einführung zur Meditation, Haltung der Verbundenheit und Erfahrungen mit anderen zu teilen, Verbessern von Beziehungen
8	Erinnerung an das Gelernte, drei Tage Meditationsübungen zu Selbstfürsorge und Freundlichkeit (Kindness), drei Tage Meditationsübungen zu Body-Scan und Atembewusstsein

4.3.4 Ergebnisse und Diskussion

Neben den demografischen Erhebungen wurde die HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), die WHO-QOL-BREF (World Health Organization Quality of Life Brief Scale) und das FFMQ (Five Facets Mindfulness Questionnaire) als Messinstrumente verwendet. Hearn et al. (2019) zeigen einen signifikanten Gruppenunterschied zugunsten der Interventionsgruppe auf, welche weniger depressive Symptome und Angst, verbesserte Anteile der Lebensqualität und der Mindfulness-Facetten zeigten. Die Ergebnisse deuten laut den Forscherinnen darauf hin, dass webbasierte Mindfulness-Trainings viele Vorteile bieten und für pflegende Angehörige einfach anzuwenden sind. Die Studie weist zwischen der Baseline und

den Folgearhebungen in der Interventions- und Kontrollgruppe eine hohe Drop-Out Rate auf: 42 % in der Interventionsgruppe (n=12) und 33 % in der Kontrollgruppe (n=9) verliessen die Studie vor dessen Ende. Der meist angegebene Grund für das Aussteigen der Probandinnen und Probanden war fehlende Zeit.

4.3.5 Kritische Würdigung der Studie

Das Studienziel wird von den Forscherinnen klar definiert und die Situation der pflegenden Angehörigen ausreichend mit Literatur belegt. Die Stichprobe passt zur Population und Fragestellung, jedoch wurden alle Teilnehmenden aus derselben Klinik rekrutiert. Die gewählten Variablen wie Angst, Depression, Lebensqualität und Mindfulness sind sinnvoll gewählt. Interessant wären die Erhebung des Einflusses von Alter und Pflegeaufwand sowie die Variable Caregiver Burden gewesen. Die gewählten Messinstrumente (HADS, WHO-QOL-BREF und FFMQ) sind reliabel und valide, doch die Auswahl wird von den Forscherinnen nicht begründet. In der Analyse verwendeten sie mehrere *univariate* Messungen, dabei wurde keine Aussage zur Korrektur des p-Wertes gemacht. Daher muss von einem α -Fehler ausgegangen werden und die Validität der Studie ist damit nicht gegeben (siehe Tabelle 8). Die Ergebnisse werden vollständig und übersichtlich präsentiert. In der Diskussion werden die Haupteffekte vorgestellt, die Ergebnisse des FFMQ finden jedoch nur kurze Erwähnung. Die Interpretation stimmt mit den Resultaten überein und ist nachvollziehbar. Die Forscherinnen führen in der Diskussion Limitationen und alternative Erklärungen auf, wie zum Beispiel, dass das Informationsmaterial der Kontrollgruppe ursprünglich für Menschen mit Querschnittlähmung und nicht für Angehörige entwickelt wurde. Die Studie konnte trotzdem signifikante Effekte vorweisen.

4.4 Inkludierte Studie 4: Schulz et al. (2009)

Improving the quality of life of caregivers of persons with spinal cord injury: A randomized controlled trial.

4.4.1 Ziel der Studie

Ziel der Studie von Schulz et al. (2009) war, die Wirksamkeit von zwei psychosozialen Interventionen für pflegende Angehörige von älteren Personen mit Querschnittlähmung zu untersuchen.

4.4.2 Zusammenfassung der Studie

Mit dem RCT wurden drei Gruppen, welche unterschiedliche Interventionen erhielten, über drei Messzeitpunkte untersucht. 173 pflegende Angehörige und Betroffene mit Querschnittlähmung wurden in der Dyade nach Zufallsprinzip in die Gruppen zugewiesen.

4.4.3 Intervention

Die Intervention beinhaltet Strategien aus dem REACH Interventionsprogramm von Belle (2006) und soll den pflegenden Angehörigen Wissen und kognitiv/verhaltensbezogene Fähigkeiten vermitteln. Siebenmal wurde sie als 60 - 90-minütige Einzelsitzung und fünfmal als telefonische Selbsthilfegruppe durchgeführt. Die Intervention bezieht sich auf fünf Risikobereiche für pflegende Angehörige: 1) Pflegebelastung, Wissen und Skills 2) Selbstfürsorge und präventives Gesundheitsverhalten 3) emotionales Wohlbefinden 4) Kommunikation 5) soziale Unterstützung und Integration (siehe Tabelle 8). Sie wurde aufgrund der Baseline-Messung schwerpunktmässig individualisiert. Die pflegenden Angehörigen konnten innerhalb der Module einzelne Themen wählen. In der Gruppe Caregiver-Only erhielten nur die pflegenden Angehörigen die Intervention, während in der Gruppe Dual-Target auch die Betroffenen mit Querschnittlähmung an der Intervention teilnahmen. Die letzte Gruppe (Information-Only) diente als Kontrollgruppe, in der die pflegenden Angehörigen gedruckte Standardinformationen zu Querschnittlähmung, Pflege und dem Alterungsprozess erhielten. Diese Informationen wurden jedoch allen anderen Gruppen Ebenfalls zur Verfügung gestellt.

Tabelle 8

Detaillierter Inhalt der Interventionen Dual-Target nach Schulz et al. (2009)

Zielbereich	Pflegende Angehörige, Beispiel	Betroffene*, Beispiel	Beispiel für Interventionsmassnahmen
Pflegebelastung, Wissen und Skills	Querschnittlähmung verstehen, Probleme, vorhandene Ressourcen in der Community	Emotionaler Effekt der Querschnittlähmung verstehen, Einfluss auf das soziale Umfeld verstehen	Bereitstellung von edukativem Material, Verweis auf unterstützende Mobiltelefon- Anwendungen
Selbstfürsorge und präventives Gesundheitsverhalten	Einfluss der Pflege auf die eigene Gesundheit, Gesundheitsprobleme bei Querschnittlähmung	Gesundheitsprobleme bei Querschnittlähmung (Schmerz, Bewegung, Haut etc.). Einfluss der <i>Non- Adherence</i> auf die Gesundheit des Pflegenden	Bereitstellung von edukativem Material, didaktische Instruktion der Wichtigkeit der Prävention
Emotionales Wohlbefinden	Effekt von Stress auf die Gesundheit, Strategien von Stimmungs- Management, Wichtigkeit von schönen Ereignissen	Effekt von Stress auf die Gesundheit, Depression, Alterung, Strategien von Stimmungs-Management, Wichtigkeit von schönen Ereignissen, Strategien zur Entspannung	Bereitstellung von edukativem Material, didaktische Instruktion, Demonstration der Strategien für die Teilhabe an schönen Ereignissen, Üben von Strategien zur Entspannung (Atmung)
Kommunikation	Effektive Kommunikation, Wichtigkeit, Strategien, um mit Gesundheitsfachpersonal zu kommunizieren	Effektive Kommunikation, Wichtigkeit, Zuhören, Beeinträchtigung und Kommunikation, Strategien, um mit Gesundheitsfachpersonal zu kommunizieren	Bereitstellung von edukativem Material, didaktische Instruktion, Rollenspiel, Üben von Kommunikation

Soziale Unterstützung und Integration	Wichtigkeit der Sozialisation, Strategien zur Vernetzung, Strategien zur Integration, Wert von support Groups	Wichtigkeit der Sozialisation, Strategien zur Vernetzung, Strategien zur Integration, berufliche Rehabilitation, Job-Training	Bereitstellung von edukativem Material, didaktische Instruktion, support Groups
---------------------------------------	---	---	---

Anmerkung: *mit Querschnittlähmung

4.4.4 Ergebnisse und Diskussion

Zwischen der Baseline und der Follow-up Erhebung gab es 14 % Drop-Outs. Das Ergebnis wurde *multivariat* aus sechs Indikatoren erhoben, die in Verbindung mit dem Ziel der Studie stehen: Depressive Symptome, Burden, soziale Unterstützung und Integration, Probleme der eigenen Fürsorge und körperlichen Gesundheitssymptome. Nach zwölf Monaten zeigte sich eine signifikante Verbesserung der Lebensqualität der pflegenden Angehörigen in der Dual-Target-Intervention im Vergleich zur Kontrollgruppe. Die Dual-Target-Intervention war der Caregiver-Only- und der Information-Only-Gruppe in der multivariaten Ergebnisanalyse überlegen. Dyaden der Dual-Target-Intervention zeigten signifikant weniger körperliche Gesundheitssymptome auf, als die Teilnehmenden der anderen Gruppen. Weiter zeigten Dyaden der Dual-Target-Gruppe signifikant weniger depressive Symptome im Vergleich zu den Dyaden der Caregiver-Only-Intervention. In Follow-up-Analysen stellten die Forschenden fest, dass ein höherer Anteil der pflegenden Angehörigen in der Dual-Target-Intervention klinisch signifikante Verbesserungen in Bezug auf Depression, Belastung und körperliche Gesundheitssymptome aufwiesen als in der Caregiver-Only-Intervention. Die Forscherinnen und Forscher schliessen daraus, dass pflegende Angehörige von Interventionen profitieren können, welche ihnen helfen, mit den medizinischen und funktionellen Einschränkungen des Betroffenen mit Querschnittlähmung umzugehen. Interventionen, welche sich an den pflegenden Angehörigen und an den Betroffenen mit Querschnittlähmung richten, seien besonders vielversprechend, um die Lebensqualität der pflegenden Angehörigen zu verbessern.

4.4.5 Kritische Würdigung der Studie

Das Ziel und die Hypothese werden in der Studie von Schulz et al. (2009) klar definiert. Die Stichprobe passt zur Population, weist jedoch zu wenig Teilnehmende aus Minoritätsgruppen auf, um eine repräsentative Statistik zu präsentieren. Die 173 Dyaden wurden randomisiert computergeneriert den drei Gruppen zugeteilt. Die Datenerhebung, welche als Baseline, nach der Intervention (sechs Monate) und als Follow-up (zwölf Monate) stattfand, wird in der Studie nur knapp beschrieben und ist somit nicht nachvollziehbar. Die Variablen sind sinnvoll zum Konstrukt der

Lebensqualität aus der Fragestellung gewählt und mit dem passenden Messinstrument erhoben. Das Cronbachs α für die interne Konsistenz bei Selfcare Problems und physical health symptoms ist laut der Interpretation nach Cronbach (1951) nicht akzeptabel. Die Forschenden bemerken diese Abweichung, aber berücksichtigen sie nicht. Die multivariaten ANOVAs, die Berechnung des Nettoverbesserungswertes und weitere Analyseverfahren werden ausführlich, ausreichend und nachvollziehbar beschrieben. Obwohl sich die Gruppen in zwei Bereichen signifikant unterscheiden, wurde aufgezeigt, dass dies das Muster der signifikanten Ergebnisse als Kovarianz nicht verändert. Insignifikante Daten führten die Forschenden nicht auf (z. B. sechsmonatige Messung). Die Studie wurde in einigen Bereichen zur verbesserten Übersicht vereinfacht, dies verhindert jedoch die spezifische Nachvollziehbarkeit. In der Diskussion werden alle relevanten Resultate diskutiert und aufgeführt. Die Interpretation der Forschenden stimmt mit den Resultaten der Tabellen überein. In der Diskussion werden nur wenige andere Studien miteinbezogen. Jedoch ist anzufügen, dass bis zum Jahr 2009 wenig entsprechende Studien vorhanden waren (Schulz et al., 2009). Limitationen, wie die geringfügige Stichprobengrösse, die Dauer der Querschnittlähmung und die erhaltene Intervention der Kontrollgruppe werden von den Forschenden besprochen. Die Hypothese, dass die Dual-Target Intervention den anderen Gruppen überlegen ist, kann nur begrenzt bestätigt werden. Die Dual-Target-Intervention ist der Control-Intervention nur im Effekt auf die Lebensqualität signifikant überlegen.

4.5 Inkludierte Studie 5: Watford et al. (2019)

Increasing Meaningful Occupation for Women Who Provide Care for Their Spouse: A Pilot Study

4.5.1 Ziel der Studie

Die Studie von Watford et al. (2019) möchte die Auswirkungen des PPR-Profiles (Pleasure, Productivity and Restoration Profile) und des JAE (Journal of Activities and Experiences) auf die Steigerung der Partizipation an einer sinnvollen Betätigung bei Ehefrauen, die ihren Partner mit Querschnittlähmung pflegen, untersuchen.

4.5.2 Zusammenfassung der Studie

Der Fokus der Studie liegt auf den Ehefrauen, die ihren Ehepartner mit Querschnittlähmung pflegen. Diese leiden besonders unter Caregiver Burden. Für sie gibt es keine evidenzbasierten Interventionen. Weiter beeinflusst Caregiver Burden nicht nur die Gesundheit der Ehefrauen, sondern auch den Betroffenen mit Querschnittlähmung. Die mixed-methods Studie führt eine Untersuchung des Unterschieds zwischen der Baseline Messung vor der Intervention und der Post-Messung durch. Die qualitativen Daten entsprechen einem phänomenologischen Design. Einschlusskriterien für die Teilnahme sind das Leisten von physischer oder kognitiver Pflege des Ehemannes und das Mindestalter von 55 Jahren der pflegenden, weiblichen Ehepartnerin.

4.5.3 Intervention

Die Intervention beinhaltet die Kombination von dem PPR Profil und dem JAE. Beides wurde von den Teilnehmerinnen über einen ganzen Tag, einmal die Woche, über einen Zeitraum von einem Monat geführt. Das PPR Profil ist ein Zeitnutzungs-Aktivitätsprotokoll, wobei die Teilnehmerinnen Aktivitäten innerhalb von einem 24-Stunden Zeitraum notierten, sowie wann und wo sie stattfand und wer an diesen teilgenommen hat. Zusätzlich hatten sie den Auftrag, Erfahrungen bezüglich des Vergnügens, der Produktivität und der Regeneration zu jeder Aktivität festzuhalten. Das JAE wurde von den Forschenden selbst entwickelt und besteht aus Reflexionsfragen, welche nach dem Ausfüllen des PPR Profil beantwortet werden sollten. Die Fragen richteten sich nach den täglichen Aktivitäten, Zielsetzungen und der Eigenreflexion, ebenfalls wurden Hindernisse und Förderfaktoren der Zielerreichung evaluiert. Die Kombination sollte ermöglichen, die täglichen Betätigungen zu überprüfen und gegebenenfalls anzupassen, um sinnvolle, positive Betätigungen in den Alltag einzubeziehen.

4.5.4 Ergebnisse und Diskussion

Die acht Teilnehmerinnen befanden sich im Altersspektrum von 57 bis 79 Jahren, leisteten seit 1 bis 39 Jahren täglich von einer bis zu zehn Pflegestunden. Sie wiesen verschiedene Schulabschlüsse und ein unterschiedlicher Arbeitsstatus vor. Eine Teilnehmerin war bei den Folgeerhebungen nicht mehr Teil der Testgruppe.

Mit dem Messinstrument WHO-Quality-of-Life-BREF wurde die Lebensqualität, mit dem COPM das Outcome und die Zufriedenheit der Betätigung erfasst. Für die WHO-QOL-BREF verwendeten die Forscherinnen den Wilcoxon-Signed-Rank Test, um den Unterschied zwischen der Messung vor und der Messung nach der Intervention aufzuzeigen. Dafür legten sie ein Signifikanzniveau von $p < .05$ fest. Die Resultate zeigten einen Trend, bei dem sich der Medianwert der Lebensqualität positiv entwickelte. Eine signifikante Verbesserung konnte nur in der physischen Gesundheit festgestellt werden. Die Forscherinnen berücksichtigen dies in der Diskussion und begründen die geringen Besserungen mit der kleinen Stichprobengrösse und der kurzen Interventionsdauer.

Für die Analyse des COPM wurde für jede Teilnehmerin ein Veränderungswert berechnet. Ein Veränderungswert >2 wurde als signifikant festgelegt. Drei von acht Teilnehmerinnen zeigten eine signifikante Verbesserung bei der Zufriedenheit in der Betätigung, obwohl sich diese nicht signifikant (<2) verbesserte. In der Diskussion bringen die Forscherinnen diese Ergebnisse mit den qualitativen Resultaten zusammen. Daraus entstand die Vermutung, dass eine stärkere Beteiligung an einer sinnvollen Betätigung die Zufriedenheit der Pflegenden erhöht, auch wenn sich die Performanz nicht verändert.

Nach der Intervention wurden die qualitativen Daten aus den Interventionen selbst (JAE und PPR-Profil) gesammelt. Die induktive Datenanalyse fand in drei Schritten statt: der Vorbereitung, der Organisation und der Berichterstattung. Die Hauptforscherin führte während dem Prozess unter anderem ein elektronisches Tagebuch, um ein persönliches Voreingenommen sein vorzubeugen. Die Forscherinnen identifizierten drei Hauptthemen: 1) Die Rolle als Pflegende ist anspruchsvoll 2) Niederschreiben meiner Erfahrungen half aktiv zu werden 3) Ich kann meine täglichen Aktivitäten umorganisieren.

Die qualitativen Ergebnisse zeigen in der Diskussion der Forscherinnen auf, dass das Niederschreiben von Betätigungen und die Reflexion ein besseres Verständnis der genutzten Zeit und den Betätigungen verschaffen kann. Aus diesem Bewusstsein (Awareness) entstehe eine Veränderung der Alltagsbetätigungen und der Zufriedenheit.

Die Resultate der Studie bieten erste Anregungen, wie man die Partizipation der pflegenden Angehörigen in bedeutenden Betätigungen fördern könnte, in der Hoffnung, die Lebensqualität der pflegenden Angehörigen und der Betroffenen mit Querschnittlähmung zu verbessern.

4.5.5 Kritische Würdigung der Studie

Das Ziel wird in der Studie von Watford et al. (2019) mit dem Einfluss der Intervention auf die Erhöhung der Partizipation an bedeutungsvollen Betätigungen klar beschrieben. Jedoch wird die effektive Partizipation nur qualitativ erhoben. Quantitativ wird die Lebensqualität (WHO-QOL-BREF) und die Veränderung und Zufriedenheit mit der Betätigung (COPM) erfasst. Die Studie untersucht jedoch nur eine spezifische Gruppe und bezieht keine Kontrollgruppe mit ein. Die Stichprobe passt zur Population; es wird jedoch nicht begründet, warum nur verheiratete Partnerinnen ab 55 Jahren einbezogen wurden. Die kleine Stichprobe zeigt, wie oben beschrieben, grosse demografische Unterschiede auf und erscheint deshalb nicht repräsentativ. Die Stichproben wurden mit *Convenience Sampling* ausgewählt. Dies spricht für einen Selection Bias.

Die Forschenden erläutern nicht, wie die Assessments WHO-QOL-BREF und COPM über das Telefon erfasst wurden. Das COPM weist ein grosser individualisierter Teil auf (Wahl der Betätigung) und mit den wenigen quantitativen Daten erscheint der Vergleich der schwachen Veränderungswerte wenig aussagekräftig.

Die gewählten quantitativen Variablen passen zur Fragestellung, betreffen jedoch nur indirekt die Partizipation. Der Wilcoxon-Signed-Rank-Test sowie der Veränderungswert des COPM werden von den Autorinnen nur begrenzt beschrieben. Die qualitative Datenerhebung stammt aus dem Interventionsmaterial selbst. Dazu werden keine weiteren Informationen aufgeführt. Daher erscheint sie nur begrenzt nachvollziehbar. Die Analyseverfahren hält sich an das induktive Verfahren. Um die

Vertrauenswürdigkeit herzustellen, fand nach der Auswertung der ersten Forscherin ein Peer-Review mit den anderen Forscherinnen statt. Weiter wurden die Ergebnisse (des PPR) den Studienteilnehmerinnen präsentiert (Member Checking), um die Richtigkeit der Informationen sicherzustellen. Um die Validität zu erhöhen, wurde eine methodologische Triangulation gemacht. Ausserhalb der Studie ist ein detaillierter Audit Trail vorhanden, um Einblick in die Logik zu erhalten, wie die Analyse der Daten erfolgte.

Die Ergebnisse der einzelnen quantitativen Verfahren (WHO-QOL-BREF, COPM) werden nicht ausführlich und kritisch diskutiert. Viel mehr wird ein Zusammenhang der verschiedenen Ergebnisse geschaffen. Die Interpretation der quantitativen Daten erscheint etwas überbewertet. Im COPM zeigten sogar zwei von acht Teilnehmerinnen eine Verschlechterung und nur drei von acht eine signifikante Verbesserung. Die vorliegende Studie zeigt somit einen Trend auf, bei dem die Interventionskombination die Lebensqualität der pflegenden Angehörigen verbessern und die Zufriedenheit mit der Betätigung steigern kann. Es wird sichtbar, wie es den pflegenden Angehörigen geht und welchen Einfluss eine bedeutungsvolle Betätigung auf die Zufriedenheit und die Lebensqualität haben. Dennoch sind die Ergebnisse mit Vorsicht zu betrachten, da es sich um eine kurze Pilotstudie mit grosser Heterogenität und kleiner Stichprobe handelt. Weitere Forschung in diesem Bereich ist notwendig, um die klinische Signifikanz aufzuzeigen und wissenschaftlich zu belegen.

Tabelle 9

Quantitative Gütekriterien nach Krebs und Menold (2019)

Studien	Objektivität	Reliabilität	Validität
Dyck et al. (2021)	Teilweise: Die Intervention folgt einem strukturierten Ablauf und wurde nach einem Manual durchgeführt. Sie enthält aber auch individualisierte (=nicht standardisierte) Aspekte. Die Ergebnisse wurden z. T. überinterpretiert.	Teilweise: Für ein Messinstrument ist das Cronbachs α ungenügend und für ein Zweites sind keine Informationen auffindbar.	Interne: Nein: Die Passung zwischen Outcome und Messinstrumente ist nur teilweise gegeben, fehlende Passung zwischen Ergebnissen und Interpretation Externe: Gering: Ist zwar ein RCT, aber die Stichprobe wurde von den Forschenden selbst gewählt und ist zu klein.
Elliott und Berry (2009)	Teilweise: Strukturiertes Vorgehen, aber individualisierte Aspekte. Die Durchführung und Interpretation scheinen objektiv.	Teilweise: Grosse Bandbreite an Reliabilitätswerten innerhalb eines Messinstruments und keine Angaben für ein Zweites.	Interne: Ja: Passung zwischen Outcomes und gewählten Instrumenten, Passung zwischen Ergebnissen und Interpretation Externe: Gering: Ist zwar ein RCT, aber die Stichprobe kommt nur aus einer Reha.
Hearn et al. (2019)	Ja: Die Messinstrumente sind renommiert und standardisiert. Die Intervention ist standardisiert und die Interpretation der Messergebnisse ebenfalls.	Ja: Messinstrumente sind genau und stabil in ihrer Messung, Cronbachs α ist gut.	Interne: Nein: Keine Aussage zur Korrektur des p-Wertes. Externe: Nein: Teilnehmende nur aus einem Zentrum rekrutiert.
Schulz et al. (2009)	Teilweise: Die Messinstrumente sind standardisiert, jedoch beinhaltet die Intervention auch ein individualisierter	Nein: Cronbachs α sind von zwei Messinstrumenten inakzeptabel.	Interne: Nein, da keine Reliabilität aller Messinstrumente gegeben ist.

	Ansatz. Die Interpretation ist standardisiert und realistisch interpretiert.		Externe: Ja: Obwohl die Stichprobengrösse knapp ist, scheint sie repräsentativ.
Watford et al. (2019)	Teilweise: Die Messinstrumente sind standardisiert, jedoch ist ein Teil der Intervention (JAE) von den Forschenden selbst erstellt worden und nicht transparent. Ergebnisse aus dem COPM wurden überinterpretiert.	Nein: Das COPM als Messinstrument erscheint nicht konsistent und genau.	Interne: Nein: Quantitative Messinstrumente betreffen nicht direkt die Variablen der Fragestellung. Externe: Nein: Stichprobe ist deutlich zu klein.

Tabelle 10

Qualitative Gütekriterien nach Lincoln und Guba (1985)

Studie	Glaubwürdigkeit	Übertragbarkeit	Zuverlässigkeit	Bestätigbarkeit
Dyck et al. (2021)	Nein: Fehlende Transparenz über Datensammlung und über Bias Vermeidung.	Teilweise: Stichprobe klar beschrieben, genauere Angaben zum Setting fehlen.	Nein: Fehlende Transparenz über den Analyseprozess. Audit Trail wird angesprochen, ist aber nicht ersichtlich.	Teilweise: Zuerst getrennte Analyse der Forschenden, anschliessend Validierung im Team. Es fehlen aber Angaben, wie Biase in Grenzen gehalten werden.
Watford et al. (2019)	Teilweise: Fehlende Transparenz in der JAE Intervention. Induktiver Prozess mit Triangulation und Member-Checking fand statt.	Ja: Die Stichprobe ist genügend definiert. Zitate wurden präsentiert und zusammengefasst.	Nein: Audit Trail wurde gemacht, aber nicht präsentiert.	Ja: Daten wurden von den Hauptforschenden geordnet, jedoch mit Peer-Review, Member-Checking und Nutzung von einem Tagebuch, um Bias zu reduzieren.

5 Diskussion der inkludierten Studien

Das Ziel dieser Arbeit ist das Aufzeigen von evidenzbasierten ergotherapeutischen Interventionen für pflegende Angehörige von Erwachsenen mit Querschnittlähmung während dem Austrittsprozess im Schweizer Kontext. Die Interventionen decken ein breites Spektrum von Ansätzen ab und sollen durch die Förderung der Betätigungsadaptation der pflegenden Angehörigen die Transition von der Erstrehabilitation nach Hause erleichtern. Die Verfasserinnen dieser Arbeit inkludierten fünf Interventionsstudien. Die inkludierten Studien werden auf ihren Zusammenhang zur Occupational Adaptation verglichen und diskutiert. Des Weiteren werden Ergebnisse und Signifikanz der Interventionen betrachtet und die Fragestellung beantwortet.

5.1 Zuordnung der Interventionen ins Model of Human Occupation

Laut Taylor (2017) besteht die Betätigungsadaptation aus drei Komponenten: Betätigungsidentität, Betätigungskompetenz und Umwelteinflüssen. Die gefundenen Interventionen gehen auf unterschiedliche Aspekte der Betätigungsadaptation ein. Nachfolgend wurden die Interventionen den Komponenten der Betätigungsadaptation zugeordnet (siehe Tabelle 11).

Nur die gefundene Intervention von Watford et al. (2019) spricht direkt von einer Betätigungsadaptation. Die anderen Studien behandeln mit ihrer Intervention indirekt wesentliche Komponenten der Betätigungsadaptation. Dyck et al. (2021), Elliott und Berry (2009) und Schulz et al. (2009) nutzen Skills- und /oder Problemlösetrainings, um die Kompetenz im Alltag zu steigern. Sie alle wählen einen individualisierten, edukativen Ansatz auf der Verhaltensebene. Durch die gesteigerte Kompetenz können sie gezielter den Betätigungen, die mit ihrer Identität kongruent sind, nachgehen. Somit sind diese Interventionen der Betätigungskompetenz zuzuteilen. Die Basiskonzepte Volition, Habituation und Performanzvermögen sowie die Umwelt interagieren signifikant mit der Betätigungsadaptation (Taylor, 2017). Die Veränderung der Adaptation basiert auf der komplexen Interaktion zwischen den Basiskonzepten und der Umwelt.

Dabei stechen die Interventionen von Schulz et al. (2009) und Dyck et al. (2021) besonders hervor, da sie im Austausch unter den pflegenden Angehörigen eine neue

soziale Umwelt erschaffen und dadurch ein zusätzliches Angebot für Betätigungsadaptation herstellen.

Die Betätigungsadaptation sollte, um langfristig eine Passung aufrechtzuerhalten, in Rollen, Routine und Gewohnheiten integriert werden (Taylor, 2017). Dies ist beispielsweise in der Intervention von Hearn et al. (2019) ersichtlich: das Mindfulness-Training soll regelmässig in den Alltag eingebaut werden.

Alle herausgearbeitete Interventionen (ausser Watford et al., 2019) setzen an der Habituation der Person an. Sie bieten den pflegenden Angehörigen Skills und Strategien in unterschiedlichster Form an.

Tabelle 11

Interventionseinteilung der Verfasserinnen in den Prozess der Betätigungsadaptation für die pflegenden Angehörigen nach Taylor (2017)

Studie und Intervention	Veränderungsebene der Betätigungsadaptation	
	Betätigungsidentität und Betätigungskompetenz	Einbezug der physischen-, sozialen- und Betätigungsumwelt
Multi Family Group Intervention (Dyck et al. 2020)	Betätigungskompetenz: Durch Problemlöse- und Skills-Training und Coping Verhaltensänderung ermöglichen. Betätigungsidentität: Durch den Austausch von Erfahrungen mit anderen kann sich die Sicht auf die bedeutungsvollen Betätigungen verändern.	Einbezug der sozialen Umwelt: Die Intervention ist auf die Familie gerichtet, Teamwork-Aspekt
Brief Problem-Solving Training (Elliott & Berry (2009)	Betätigungskompetenz: Durch Problemlösetraining dysfunktionales Problemlösen der pflegenden Angehörigen vermindern. Umsetzung der Veränderung war Teil der Intervention.	Verbales Miteinbeziehen der Betätigungsumwelt: Brief PST basiert auf Alltagsprobleme der TNs
Online Mindfulness-Training (Hearn et al. 2019)	Betätigungsidentität: Das Mindfulness-Training verändert Komponenten der Identität, wie z. B. die Eigenwahrnehmung und der Optimismus im Alltag.	Kein spezifischer Einbezug der sozialen-, physischen-, Betätigungsumwelt des pflegenden Angehörigen.

Psychosoziale Intervention (Schulz et al. 2009)	<p>Betätigungskompetenz: Mit den fünf thematisierten Risikobereichen wird den pflegenden Angehörigen Wissen und kognitive/verhaltensbezogene Fähigkeiten vermittelt.</p> <p>Betätigungsidentität: Durch den Austausch von Erfahrungen mit anderen: Veränderung von Werte, Sicht auf Probleme und Aktivitäten.</p>	<p>Bezieht pflegende Angehörige und Betroffene mit Querschnittlähmung mit ein. Es wird eine neue soziale Umwelt durch Fokusgruppen geschaffen. Auch ist ein Aspekt der Intervention die soziale Integration und Partizipation.</p>
PPR Profil und JAE (Watford et al. 2019)	<p>Betätigungsadaptation: Mit dem Aufschreiben und Reflektieren der Betätigung wird die Betätigungsidentität wahrgenommen und dies in der Betätigung direkt umgesetzt (Betätigungskompetenz). Daraus entsteht eine direkte Betätigungsadaptation.</p> <p>Betätigungsidentität: Durch die Reflexion und die Auseinandersetzung mit dem Alltag, Veränderung von Werten, Sicht auf Probleme und sinnvolle Betätigungen.</p>	<p>Bezieht die soziale-, physische- und Betätigungsumwelt direkt in die Intervention mit ein, indem dies im JAE festgehalten wird.</p>

Anmerkung: TN: Teilnehmende

5.1.1 Elliott und Berry (2009)

Die Rolle der pflegenden Angehörigen ist mit einer grossen Bandbreite von Herausforderungen verbunden. Das Brief PST von Elliott und Berry (2009) zielt darauf ab, den pflegenden Angehörigen Instrumente zu geben, um mit den Herausforderungen in ihrer (neuen) Rolle proaktiv umgehen zu können. Mit dem Interventionsansatz in der Betätigungskompetenz können die pflegenden Angehörigen von Menschen mit Querschnittlähmung zielgerichtet unterstützt werden (Taylor, 2017). Die Umwelt ist im PST von Elliott und Berry (2009) von grosser Bedeutung: Das Training wird nicht mit Beispielen der Fachpersonen, sondern anhand der Probleme, die aus dem Alltag, also aus der Umwelt der Teilnehmenden kommen, durchgeführt.

5.1.2 Dyck et al. (2021) und Schulz et al. (2009)

Ähnlich ist der Beitrag an der Betätigungsadaptation bei Dyck et al. (2021) Multiple Family Group Intervention (MFG) und der psychosozialen Intervention von Schulz et al. (2009). Obwohl die beiden Studien zwölf Jahre trennen, präsentieren sie beide Interventionen, die den Teilnehmenden Wissen, Strategien und Skills-Training vermitteln. Dadurch soll jeweils die Bewältigung von Herausforderungen und die Unterstützung durch Verhaltensveränderung verbessert werden.

Hierdurch kann, nach Einschätzung der Verfasserinnen, die Betätigungskompetenz der Teilnehmenden gestärkt werden. Das Training von Kommunikations- und Problemlöse-Skills stützt auch das veränderte Performanzvermögen der Teilnehmenden. Dadurch und den damit verbundenen subjektiven Erfahrung von Betätigungen können sich die pflegenden Angehörigen in ihren Tätigkeiten befähigt fühlen, was direkt ihre Adaptation unterstützt. Das Training innerhalb beider Interventionen (Dyck et al., 2021; Schulz et al., 2009) spiegelt die Bedürfnisse der Teilnehmenden wider, unter Berücksichtigung ihrer individuellen Umwelteinflüssen. Indem nicht nur die pflegenden Angehörigen, sondern auch die Betroffenen mit Querschnittlähmung an der Intervention teilnehmen, wird ein wichtiger Teil der sozialen Umwelt direkt miteinbezogen. Weiter gestalten beide Interventionen durch den direkten Austausch der Teilnehmenden eine neue soziale Umwelt.

Das Zugehörigkeitsgefühl und das Teamwork werden in den Fokusgruppen von Dyck et al. (2021) als wesentliche Stärke der Intervention beschrieben. Deshalb ordnen die Verfasserinnen beide Interventionen der Volition zu.

5.1.3 Hearn et al. (2019)

Die Intervention von Hearn et al. (2019) mit Mindfulness-Training beeinflusst die Betätigungsidentität. Das Training kann dazu führen, dass pflegende Angehörige ihre Erfahrungen besser akzeptieren und sich ihrer emotionalen und sozialen Ressourcen bewusst werden.

Somit kann laut den Verfasserinnen die Passung zwischen Betätigungsidentität und Betätigungskompetenz gesteigert und die Adaptation unterstützt werden. Im Studienvergleich dieser Bachelorarbeit erscheint das Mindfulness-Training die grösste Distanz zur effektiven Betätigung zu haben, da an der gegenwärtigen

Eigenwahrnehmung und nicht an der Betätigung selbst gearbeitet wird. Die Gedanken über das Selbst können jedoch der Volition zugeordnet werden, wobei das Training eine Betätigung ist, die dann in Habituation umgesetzt wird.

5.1.4 Watford et al. (2019)

Die qualitativen Daten von Watford et al. (2019) zeigen auf, dass die Intervention eine Veränderung in den Alltagsbetätigungen auslösen kann und dies die Zufriedenheit der pflegenden Angehörigen steigert.

Hiermit zielt die Intervention laut den Verfasserinnen direkt auf eine Betätigungsadaptation ab, indem alle Aspekte der Umwelt direkt einbezogen und im Aktivitätstagebuch festgehalten und reflektiert werden.

5.2 Vergleich der Ergebnisse

Obwohl alle Interventionen einen Einfluss auf die Betätigungsadaptation haben können, weisen sie grosse Unterschiede in ihrer Methodik und ihrer Evidenzlage auf. Alle betonen in ihrer Forschungsbegründung einen Bedarf von Interventionen für pflegende Angehörige von Menschen mit Querschnittlähmung. Weitere Studien bestätigen diesen Bedarf (Baker et al., 2016; Jeyathevan et al., 2020; Middleton et al., 2014; Scholten et al., 2018; Smith et al., 2016).

5.2.1 Vergleich der Interventionen

Die gefundenen Interventionen wurden inhaltlich folgend gruppiert (siehe Abbildung 5): Die Interventionen von Dyck et al. (2021), Elliott und Berry (2009) und von Schulz et al. (2009) beinhalten individualisierte Skills Training (mit unterschiedlichen Schwerpunkten) und weisen edukative Ansätze auf. Dyck et al. (2021) und Schulz et al. (2009) haben einen stärkeren psychoedukativen Aspekt und decken ein breiteres Themenspektrum ab. In der mixed-methods Studie über pflegende Angehörige von Ryerson Espino et al. (2022) bestätigen die Forschenden, dass Intervention für pflegende Angehörige von Menschen mit Querschnittlähmung *multimodal* gestaltet sein sollten. Weiter haben beide Interventionen (Dyck et al., 2021; Schulz et al., 2009) durch die Interaktion der Teilnehmenden eine soziale Komponente. Diese wurde in der Fokusgruppe der Kontrollintervention von Dyck et al. (2021) vermisst

und für spätere Interventionen gewünscht. Die soziale Komponente und Unterstützung scheint nach der Betrachtung aller Studienergebnisse für pflegende Angehörige ein wichtiger Aspekt zu sein.

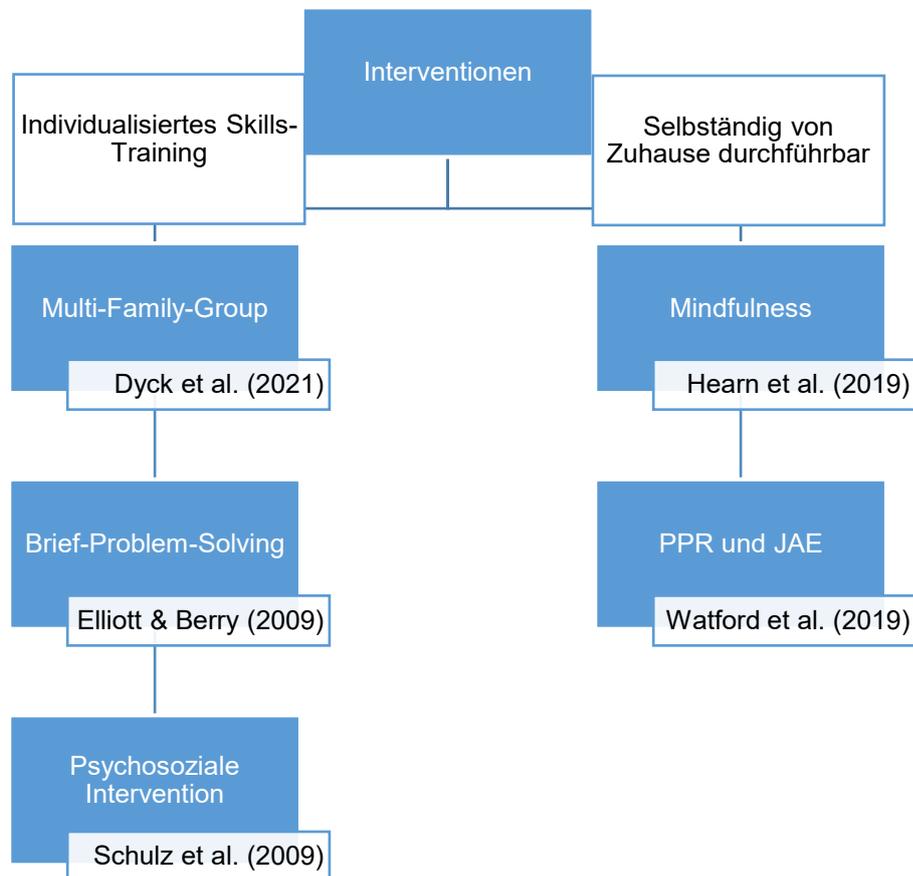
In den inkludierten Studien von Elliott und Berry (2009) und Dyck et al. (2021) wurde das Problemlösetraining eingesetzt. Im Review von Baker et al. (2016) zu Outcome und Interventionen für pflegende Angehörige von Menschen mit Schädelhirntrauma und Querschnittlähmung, wurde bei drei von den vier präsentierten Interventionen das Problemlösetraining als vielversprechende Intervention identifiziert.

Die beiden Interventionen von Hearn et al. (2019) und Watford et al. (2019) sind inhaltlich deutlich zu unterscheiden. Hearn et al. (2019) nimmt mit dem Mindfulness-Training Einfluss auf die Betätigungsidentität und Watford et al. (2019) nutzt das Aktivitätstagebuch und Reflexionsfragen, um eine direkte Betätigungsadaptation zu erlangen. Ein grosser Vorteil der beiden Interventionen ist, dass sie selbstständig von zu Hause aus durchgeführt werden können.

Im Vergleich zueinander zeigen alle Interventionen eine grosse Differenz bezüglich des Durchführungszeitpunktes der Intervention auf. Teilweise wurden sie schon im ersten Jahr nach Austritt aus der Rehabilitation initiiert (Hearn et al., 2019), andere wurden bis 39 Jahre nach dem Ereignis umgesetzt (Watford et al., 2019). Dies lässt die Verfasserinnen vermuten, dass der Bedarf einer Intervention für pflegende Angehörige über eine grosse Zeitspanne hinweg vorhanden ist. Näher diskutiert wird dieser Aspekt in der Beantwortung der Fragestellung.

Abbildung 5

Interventionsgruppierung der Verfasserinnen



5.2.2 Variablen/Outcome

Die inkludierten Studien zeigen grosse Unterschiede in den genutzten Variablen. Dies bestätigt die Annahme der Verfasserinnen, wie breitgefächert die komplexe Situation der pflegenden Angehörigen ist. Die Wirksamkeit der Interventionen wird unter anderem durch die Veränderung von depressiven Symptomen, Angst, Lebensqualität, soziale Unterstützung, körperliche Symptome und Caregiver Burden gemessen (siehe Tabellen 4 und 5). Die meistuntersuchten Outcomes sind Depression und Lebensqualität, gefolgt von Caregiver Burden.

Die Verfasserinnen vermuten, dass in einigen Studien die Outcomes zur Intervention ungünstig gewählt wurden und deshalb das Aufzeigen der Effekte erschwert war. So untersuchten Dyck et al. (2021) weder die Lebensqualität noch die depressiven Symptome, welche relevante Outcomes der Intervention darstellen hätten können. Die Outcomes können sich sowohl positiv als auch negativ untereinander beeinflussen. Zum Beispiel ist anzunehmen, dass Teilnehmende, die depressive Symptome aufweisen, auch eher eine geringere Lebensqualität angeben (Hlabangana & Hearn, 2020). Dies könnte für die Verfasserinnen eine Erklärung sein, wieso in mehreren (zusammenhängenden) Outcomes bei einigen der inkludierten Studien, wie beispielsweise bei Dyck et al. (2021), Elliott und Berry (2009) und Schulz et al. (2009) keine signifikanten Unterschiede aufgewiesen werden konnten.

5.3 Evidenz, klinische Signifikanz

Wie bereits erläutert, kann die Wirksamkeit der gefundenen Interventionen aufgrund der Heterogenität der Outcomes nur schwer miteinander verglichen werden. Um die Ergebnisse der Hauptstudien trotzdem zu vergleichen, wird von den Verfasserinnen weitere Fachliteratur verwendet.

5.3.1 Problem Solving Training

In der Studie von Elliott und Berry (2009) gab es keinen signifikanten Unterschied zugunsten von PST bei Depression. Laut einer älteren Forschung von Elliott et al. (2008) konnte hingegen ein individualisiertes Problemlösetraining über Videokonferenz zur Reduktion der Depression bei pflegenden Angehörigen von Menschen mit Querschnittlähmung führen. Obwohl die Interventionen beider Studien verwandt sind, weisen sie unterschiedliche Ergebnisse bezüglich Depression auf. In der Studie ein Jahr nach der ersten äussern Elliott und Berry (2009) die Hypothese, dass der fehlende Effekt auf Depression sich dadurch erklären würde, dass die Intervention einen starken kognitiven Fokus hat und Emotionen und Stimmung zu wenig thematisiert. Somit deckt sich ihre Hypothese nicht mit der vorgängigen Forschung im Jahr 2008. Trotz gemischten Ergebnissen sind in beiden Studien

Trends zugunsten von PST ersichtlich. Dies zeigt den Verfasserinnen, dass ein weiterer Bedarf an Forschung in diesem Bereich vorhanden ist.

Elliott und Berry (2009) kritisieren in ihrer Limitation, dass sich die Interventionsgruppe durch die erhöhte Aufmerksamkeit der Projektmitarbeitenden von der Kontrollgruppe unterscheidet. Daher kann keine abschliessende Schlussfolgerung gemacht werden, dass die zwischen den beiden Gruppen beobachteten Unterschiede auf das PST zurückzuführen sind.

5.3.2 Multiple Family Group Intervention

Die MFG Intervention von Dyck et al. (2021) führte nur in wenigen Subskalen zu signifikanten Besserungen. Bei der MFG Interventionsstudie von Rodgers et al. (2007) berichteten die wenigen Teilnehmenden von gesteigerter Lebensqualität, reduzierten Depressionssymptomen und Wut Ausdruck, weniger Caregiver Burden und besseres Coping. Die Outcomes der beiden Studien sind unterschiedlich, aber bei Rodgers et al. (2007) gab es bei mehreren Outcomes eine signifikante Veränderung. Hiermit ergibt sich für die Verfasserinnen die Hypothese, dass in der Intervention von Dyck et al. (2021) aufgrund der inadäquat gewählten Outcomes kein signifikanter Effekt aufgezeigt werden kann. In den qualitativen Teilen beider Studien ist ersichtlich, dass die Teilnehmenden mit der Intervention grösstenteils zufrieden waren und den sozialen Aspekt schätzten. Und trotzdem kam es diesbezüglich nur zu wenig signifikanten Besserungen.

5.3.3 Pleasure, Productivity and Restoration Profile and Journal of Activities and Experiences

Die Evidenz und Signifikanz von Watford et al. (2019) ist schwerer zu beurteilen. Die Signifikanz der quantitativen Ergebnisse vom COPM kann laut den Verfasserinnen angezweifelt werden. Watford et al. (2019) konnte nur einen Trend der Verbesserung der Lebensqualität aufzeigen. Dies könnte laut den Verfasserinnen daran liegen, dass die Intervention vorwiegend die aktuelle Situation erfasste und die Awareness stärkte. Die Zielformulierung gehört zum Reflexionsjournal, jedoch liegt es bei den Teilnehmenden, wie sie diese formulieren und ob sie diese umsetzen. Die Verfasserinnen vermuten, dass es einigen Teilnehmenden auch an den notwendigen

Umsetzungsstrategien fehlte. Sie sehen die Möglichkeit, die kombinierte Intervention in den ergotherapeutischen Prozess im direkten Kontakt mit der Fachperson einzubinden, um die pflegenden Angehörigen in der Umsetzung zu unterstützen. Aus Sicht der Verfasserinnen könnte damit eine vielversprechendere Verbesserung der Lebensqualität erwartet werden.

5.3.4 Mindfulness Training

Hearn et al. (2019) können einen signifikanten Gruppenunterschied zugunsten der Interventionsgruppe aufzeigen, welche mit weniger depressiven Symptomen, Angst und verbesserten Anteile der Lebensqualität und der Mindfulness-Facetten einhergehen. Es zeigt sich jedoch, dass bei der Lebensqualität und den Mindfulness-Facetten die Signifikanz nicht für alle Subskalen gegeben ist. Vor allem zwischen dem Zeitpunkt nach der Intervention (T2) und der Follow-up Messung (T3) weisen weniger Subskalen einen signifikanten Unterschied auf. Durch die Gefahr des α -Fehlers müssen laut den Verfasserinnen alle signifikanten Ergebnisse mit Vorbehalt betrachtet werden. Abgesehen davon, kam es bei Hearn et al. (2019) zu den grössten signifikanten Unterschieden verglichen zu den anderen inkludierten Studien. Hearn et al. (2019) setzen auf sehr unterschiedlichen Ebenen an. Der Fokus liegt nicht auf der Querschnittlähmung, den Problemen oder den Lebensveränderungen. Laut Creswell (2017) handelt es sich beim Mindfulness-Training darum, das Bewusstsein fürs Jetzt und Heute zu fördern. Dieser Prozess des bewussten Wahrnehmens steht im Kontrast zum alltäglichen Gedankenwandern (Creswell, 2017). Die Verfasserinnen vermuten, dass das bewusste Lenken der Gedanken auf positive Aspekte des Alltages, die Zufriedenheit für die Gegenwart erhöht und ein Gefühl der Selbstwirksamkeit ermöglicht. Die depressiven Symptome wiesen bei Hearn et al. (2019) bei T2 und T3 eine signifikante Verbesserung auf. Diese Ergebnisse sind kongruent mit weiteren Studien im Bereich von Querschnittlähmung und anderen Krankheitsbilder (Creswell, 2017; Skinner et al., 2010).

5.3.5 Edukation

Der am häufigsten vorkommenden Interventionsaspekt ist die Edukation. Edukation oder Psychoedukation ist Teil bei drei von fünf Interventionen der inkludierten Studien. Für die Verfasserinnen ist daraus ersichtlich, dass Edukation und Psychoedukation einen hohen Stellenwert in Interventionen für Angehörige einnehmen. In der Querschnittsstudie zu pflegenden Angehörigen von Conti et al. (2019) und im Literaturreview von Smith et al. (2016) wird die Edukation als Interventionsansatz empfohlen.

Bei allen inkludierten RCTs, ausser bei Elliott und Berry (2009), erhält die Kontrollgruppe direkt edukative Informationen. Bei Elliott und Berry (2009) ist „*Treatment as usual*“ die Kontrollgruppe. Auch diese Probandengruppe hatte Zugang zu Informationen über Querschnittlähmung. Die Verfasserinnen hinterfragen diese Kontrollgruppe, ob diese zu gut ist, bzw. ob sie der Interventionsgruppe zu stark ähnelt und deshalb einen signifikanten Unterschied zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe schwieriger aufzuzeigen ist.

5.3.6 Diskussion der Signifikanz

Die Interventionen von Dyck et al. (2021), Schulz et al. (2009) und Elliott und Berry (2009) zeigen alle, bezogen auf die allgemeine Wirksamkeit der Intervention, nur einen mässigen Effekt auf. Dies könnte laut den Verfasserinnen auch an den Stichprobengrössen liegen. Die drei Studien (Dyck et al., 2021; Hearn et al., 2019; Watford et al., 2019) wiesen alle minimale oder sogar deutlich zu kleine Stichproben auf. Bei Elliott und Berry (2009) gab es bei sozialem und physischem Funktionieren mittel bis grosse Effektgrössen, die aber nicht die statistische Signifikanz erreichten. Eine mögliche Erklärung für die fehlende Signifikanz, trotz akzeptabler Stichprobengrösse, könnte laut den Verfasserinnen die fehlende Sample-Size Calculation liefern.

Laut der kritischen Würdigung wiesen die gefundenen Studien nur eine moderate Güte auf. Folgend empfehlen die Verfasserinnen, die Ergebnisse mit Vorsicht zu interpretieren, denn sie sind schwer allgemeingültig zu bewerten. Eine mögliche Hypothese, warum nur wenig Outcomes und deren Subskalen einen signifikanten

Unterschied aufwies, ist laut den Verfasserinnen der fehlende Transfer des Gelernten in den Alltag.

Dyck et al. (2021), Elliott und Berry (2009) und Schulz et al. (2009) führten Interventionen durch, bei welchen das neue Wissen und die erlernten Fähigkeiten in den Alltag eingebaut werden sollten.

In diesen Interventionen scheint der bewusste Transfer in den Alltag laut den Verfasserinnen zu fehlen. Sie vermuten, dass der Transfer von Wissen und erlernten Fähigkeiten in den Alltag ein grosses Hindernis für das Klientel darstellt. Wenn die Teilnehmenden der inkludierten Studien die gelernten Skills nicht in ihren Alltag implementieren konnten, kann die Wirksamkeit der Intervention nicht quantitativ aufgezeigt werden.

Eine vorläufige Evidenz für Interventionen, die das soziale Umfeld miteinbeziehen und psychoedukative Ansätze und Skills Training nutzen, liefert die Pilotstudie von Steven et al. (2016). Die Teilnehmenden vermerkten, dass sich depressive Symptome, Angst-Symptome und Belastung reduzierten und es zu einer Besserung der Problemlöseinschätzung führte. Die ganze Familie wurde in die Intervention miteinbezogen. Diese Beobachtung ist mit den inkludierten Studien von Schulz et al. (2009) und Dyck et al. (2021) vergleichbar. Die Pilotstudie wurde aber nur mit einer kleinen Stichprobe in einer ländlichen Population von Südamerika durchgeführt; mit einer für sie spezifisch entwickelten Intervention. Die Verfasserinnen vermuten, dass Interventionen für die Person mit Querschnittlähmung und den pflegenden Angehörigen, bezüglich der Betätigungsadaptation oder den in den Studien gewählten Outcomes, wirksamer sind als Interventionen, die nur bei einer Person der Dyade ansetzen. Schulz et al. (2009) bestätigen diese Annahme, indem sich die grösste Evidenz für die Verbesserung der Lebensqualität der pflegenden Angehörigen dann zeigt, als die Betroffenen mit Querschnittlähmung ebenfalls in die Intervention miteinbezogen wurden. Dies zeigt den Verfasserinnen die Bedeutsamkeit der symbiotischen Beziehung auf und widerspiegelt auch die Bedürfnisse von Menschen mit Querschnittlähmung und ihrem Umfeld, welche Trezzini et al. (2019) in der Schweiz identifizierten.

Aus der Studie von Conti et al. (2019) leiten die Verfasserinnen ab, dass für eine Förderung der Betätigungsadaptation bei pflegenden Angehörigen von Betroffenen mit Querschnittlähmung die Interventionen für beide Parteien durchgeführt werden sollten, da sie eng miteinander verbunden sind. Gemäss MOHO (Taylor, 2017) sehen sich die Verfasserinnen bestätigt, dass der Einfluss der Umwelt auf die Betätigung und die Adaptation eine zentrale Rolle spielt und dies von der Ergotherapie miteinbezogen werden sollte.

Beide Studien (Hearn et al., 2019; Watford et al., 2019) konnten einen signifikanten Effekt zugunsten der Intervention aufzeigen. Deshalb vermuten die Verfasserinnen, dass, auch wenn Interventionen selbstständig zu Hause durchgeführt werden, diese einen positiven Einfluss auf pflegende Angehörige von Menschen mit Querschnittlähmung haben. Sie liessen sich einfacher in den normalen Alltag integrieren und können den Transfer vom Lernen ins alltägliche Handeln erleichtern. Multimodale und individualisierte Interventionen (Dyck et al., 2021; Schulz et al., 2009) stellen laut den Verfasserinnen ein Dilemma zwischen Signifikanz und Validität versus Klientenzentrierung dar. Einerseits wird vermutet, dass individualisierte Interventionen klientenzentrierter und alltagsrelevanter sind. Andererseits wird davon ausgegangen, dass, aufgrund der reduzierten Standardisierung die Änderungen weniger klar auf die Intervention zurückzuführen sind. Weiter wünscht sich die Kontrollgruppe von Dyck et al. (2021), dass die standardisierte Edukation im Vorlesungsstil individualisiert wird. Somit braucht es mehr Forschung zu den Aspekten der klientenzentrierten versus standardisierten Interventionen.

5.4 Beantwortung der Fragestellung

Eingangs wurde die Fragestellung dieser Bachelorarbeit vorgestellt. Es sollte der Frage nachgegangen werden, welche evidenzbasierten ergotherapeutischen Interventionen die Betätigungsadaptation von pflegenden Angehörigen von Erwachsenen mit Querschnittlähmung während dem Austrittsprozess aus der Erstrehabilitation nach Hause unterstützen.

Die Fragestellung kann laut den Verfasserinnen dieser Arbeit mit den inkludierten Studien grösstenteils beantwortet werden. Gefundene Interventionen können im Rahmen der Ergotherapie eine vorläufige Evidenz bieten. Die Interventionen tragen

zur Betätigungsadaptation bei; der Übertrag und Zusammenhang sind aber nicht bei jeder Intervention offensichtlich gegeben. Der Aspekt des Austrittsprozesses konnte aufgrund von fehlender Literatur von den Verfasserinnen nicht vollständig gedeckt werden.

Die Evidenzbasierung der Interventionen ist laut den Verfasserinnen nicht vollständig gegeben. Vier der fünf Studien sind zwar RCTs, was bezüglich Design von Interventionsstudien gut ist, sie weisen jedoch gesamthaft eine zweifelhafte Güte auf. Weiter dokumentieren die meisten Untersuchungen nur wenige statistisch signifikante Unterschiede, zugunsten der getesteten Interventionen. Dass die Interventionen mit dem aktuellen Forschungsstand unbedenklich als evidence based practice umgesetzt werden können, stufen die Verfasserinnen dieser Arbeit als zu optimistisch ein.

Einzig die PPR und JAE Intervention von Watford et al. (2019) weist einen expliziten Bezug zur Ergotherapie auf. Die Intervention von Schulz et al. (2009) wurde zum Teil von Ergotherapeutinnen oder Ergotherapeuten angewendet. Die anderen gefundenen Interventionen dieser Arbeit können wie folgt auch der Ergotherapie zugeordnet werden. Das Mindfulness-Training von Hearn et al. (2019) ist für die Ergotherapie im klassischen Sinne am ungewöhnlichsten. Dyck et al. (2021) und Elliott und Berry (2009) erwähnen die Ergotherapie nicht direkt; die Interventionen zielen jedoch darauf ab, die Teilnehmenden zu befähigen und ihre Fähigkeiten zu verbessern. Die Interventionen bestärken sie, an ihren Betätigungen und Rollen teilzuhaben. Diese Ziele sind mit der Definition der Ergotherapie nach der World Federation of Occupational Therapists (WFOT, o. D.) deckungsgleich.

In der entwickelten Fragestellung sollte nach Interventionen, welche die pflegenden Angehörigen im Austrittsprozess von Menschen mit Querschnittlähmung unterstützen, gesucht werden. Aufgrund der mangelhaften Suchergebnisse zu dieser spezifischen Fragestellung musste die Literatursuche erweitert werden. Einige der gefundenen Interventionen wurden direkt nach der Transition von der Rehabilitation zurück nach Hause umgesetzt. Andere fanden bis 39 Jahre später statt. In einigen Studien war die Dauer zwischen Ereignis und Zeitpunkt der Intervention ein festgelegtes Kriterium, in anderen wurde der Zeitraum offengelassen. Die gefundenen Interventionen beziehen sich allgemein auf einen Anpassungsprozess

und nicht spezifisch auf den Austritt. Weiter ist die Dauer des Austrittsprozesses nicht zeitlich begrenzt und definiert. Ob dieser nur einen Moment beschreibt oder ein Prozess über Jahre ist, wird offengelassen. Die Forschungsfrage dieser Arbeit kann aus genannten Gründen von den Verfasserinnen hinsichtlich des Settings nicht beantwortet werden. Somit lässt sich feststellen, dass weitere Forschung in diesem Bereich notwendig wäre, um die Intervention dem Austrittsprozess anzupassen.

6 Theorie - Praxis Transfer

Zum Ziel der vorliegenden Arbeit gehört, mögliche Interventionen für den Schweizer Kontext zu präsentieren. Mit den gefundenen Hauptstudien werden spezifische Aspekte für eine Intervention in der ergotherapeutischen Praxis hervorgehoben: Edukation, Zeitaufwand, Dauer, Skillstraining, Achtsamkeit und soziales Umfeld. Des Weiteren wird der Einfluss der Intervention auf Betroffene mit Querschnittlähmung und die Umsetzung im schweizerischen Kontext thematisiert.

Wie es der Diskussion zu entnehmen ist, wird die Edukation grundlegend bei Kontroll- und Interventionsgruppen eingesetzt. Die Verfasserinnen empfehlen deshalb, auf dieser Basis den edukativen Ansatz in die Intervention mit pflegenden Angehörigen von Menschen mit Querschnittlähmung zu integrieren.

Die Studie von Schulz et al. (2009) zeigt auf, dass die Ergotherapie eine Dual-Target-Intervention nutzen könnte, um die Lebensqualität der pflegenden Angehörigen zu verbessern. Die Verfasserinnen raten deshalb, die Dyade in die Intervention einzubeziehen.

Studien mit einem grossen Zeitaufwand (Elliott & Berry, 2009; Hearn et al., 2019) zeigen eine hohe Drop-Out-Rate der Teilnehmenden. Da Interventionen für pflegende Angehörige ein zusätzlich hoher Aufwand bedeutet, empfiehlt es sich, die jeweiligen Sitzungen kurz und mit Alltagsbezug zu gestalten.

Interventionen, die über einen längeren Zeitraum stattfanden (Hearn et al., 2019; Schulz et al., 2009), zeigten eher signifikante Effekte im Vergleich zu Interventionen, die nur wenige Male, über einen kürzeren Zeitraum erfolgten (Elliott & Berry, 2009; Watford et al., 2019). Die Verfasserinnen empfehlen deshalb, Interventionen im Alltag möglichst kurz zu halten, dafür über einen länger Zeitraum durchzuführen.

Besonders betonen möchten die Verfasserinnen den Bereich der sozialen Umwelt. Der gegenseitige Austausch unter den pflegenden Angehörigen sollte gefördert werden. In den Studien von Dyck et al. (2021) und Watford et al. (2019) wird dies erfolgreich inkludiert. Ein interessantes Beispiel bietet die Schweizer Paraplegiker Vereinigung mit Peer-Counseling an (*Peer Support und Angehörigenarbeit*, o. D.). Angehörige mit bereits gemachten Erfahrungen werden mit Angehörigen vernetzt, welche sich in ihrer neuen Lebensumständen und Rolle zuerst noch orientieren müssen. In Schweizer Institutionen, in denen noch kein solches Angebot besteht, könnten Angehörige an die Schweizer Paraplegiker Vereinigung verwiesen werden. Die Wichtigkeit von Angeboten, die soziale Aspekte und Unterstützung inkludieren, ist auch in der Schweizer Studie von Trezzini et al. (2019) zu Bedürfnissen von Menschen mit Querschnittlähmung ersichtlich. Peer-Support und Unterstützung für Angehörige realisierten sich in der Schweiz trotz ihrer hohen Bedeutsamkeit bisher aber nur in wenigen Angeboten für die Angehörigen.

Die Verfasserinnen empfehlen Skills-Training, insbesondere Problemlösetraining (Dyck et al., 2021; Elliott & Berry, 2009) einzubauen. Es erscheint ihnen sinnvoll und praktisch, dies in eine Intervention für die Dyade zu integrieren.

Aufgrund der guten Evidenz von Mindfulness-Training (Creswell, 2017; Goldberg et al., 2022) können Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten laut den Verfasserinnen einfache Übungen zeigen, auf weitere Ressourcen verweisen oder Unterstützung beim Herunterladen einer App bieten.

6.1 Umsetzung im Schweizer Kontext

Im Schweizer Kontext wird Ergotherapie von der Krankenkasse dann bezahlt, wenn eine Verordnung vorliegt (*Der Berufskodex des EVS*, 2011). Aktuell wird eine ergotherapeutische Sitzung für Angehörige nicht verordnet, denn laut dem ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz muss für eine Verordnung eine Diagnose vorliegen (EVS, 2019). Dies bedeutet, dass in der Gestaltung von Interventionen für pflegende Angehörige eine finanzielle Herausforderung besteht. Bis eine staatliche Finanzierung für Interventionen für pflegende Angehörige von Menschen mit Querschnittlähmung geklärt ist, sehen die Verfasserinnen zwei Möglichkeiten in der Umsetzung der Intervention im aktuellen Kontext.

Es erscheint praktikabel, das Mindfulness-Training von Hearn et al. (2019) und die PPR und JAE Intervention von Watford et al. (2019) umzusetzen, da pflegende Angehörige diese hauptsächlich selbstständig zu Hause durchführen können. Für ein besseres Outcome empfehlen die Verfasserinnen, regelmässig Kontakt aufzunehmen, um pflegende Angehörige im Alltagstransfer zu unterstützen. Sie vermuten, dass der Alltagstransfer in allen präsentierten Interventionen zusätzlich gefördert werden sollte, damit das neue Wissen und die erlernten Fähigkeiten als Habituation in den Alltag eingebaut werden können.

Eine andere Möglichkeit sehen die Verfasserinnen darin, die Intervention in der Dyade zu gestalten. Wie Schulz et al. (2009) aufzeigen, sollen Betroffene mit Querschnittlähmung in die Intervention einbezogen werden, damit die Lebensqualität von pflegenden Angehörigen verbessert werden kann. Die Verfasserinnen vermuten, dass dies die Umsetzung im Schweizer Kontext erleichtern könnte, da die erfolgte Leistung über den Betroffenen mit Querschnittlähmung abgerechnet werden könnten. Dies könnte bereits auch von der Ergotherapie vor dem Klinikaustritt eingebaut werden, da Angehörige meistens bereits im Rehabilitationsprozess miteinbezogen werden.

Aufgrund der begrenzten Möglichkeiten der Ergotherapie für pflegende Angehörige, sollte Angehörigen und Menschen mit Querschnittlähmung laut den Verfasserinnen mögliche Ressourcen oder Anlaufstellen schon während dem Klinikaufenthalt durch die Ergotherapie aufgezeigt werden.

6.2 Einfluss auf Betroffene mit Querschnittlähmung

Voraussetzung der Intervention für die Dyade und die Abrechnung über den definierten Klienten ist, dass Betroffene mit Querschnittlähmung auch direkt von der Intervention profitieren. Smith et al. (2016) zeigen auf, dass Interventionen für pflegende Angehörige einen positiven Einfluss auf die Pflegequalität der Betroffenen haben können. Auch bei Dyck et al. (2021) und Schulz et al. (2009) gab es positive Effekte in den Outcomes für Menschen mit Querschnittlähmung. Insbesondere wenn Pflegeempfängerinnen und Pflegeempfänger und pflegende Angehörige im selben Haushalt wohnen oder sogar deren Partner sind, ist deren Gesundheit und Wohlbefinden miteinander eng verbunden (Hlabangana & Hearn, 2020). Daraus

entwickelt sich für die Verfasserinnen die Hypothese, dass wirksame Interventionen für pflegende Angehörige sekundär auch Menschen mit Querschnittlähmung positiv beeinflussen.

Um einen solchen allfälligen Effekt untersuchen zu können, wäre weitere Forschung notwendig. Denn laut des Berufskodexes des EVS liegt der Fokus der Ergotherapie auf der Betätigung/Handlung des Klienten in seinem Umfeld (*Der Berufskodex des EVS*, 2011). Ein direkter Fokus auf das soziale Umfeld, den pflegenden Angehörigen, wird nicht erwähnt. Die Verfasserinnen sehen daher in diesem Bereich Entwicklungspotential des Berufsfeldes der Ergotherapie.

7 Schlussfolgerung

Im vorliegenden Kapitel werden Limitationen der präsentierten Arbeit angesprochen und den Bedarf für weiterführende Forschung aufgezeigt. Die Ergebnisse und die Diskussion werden abschliessend im Fazit zusammengefasst.

7.1 Limitationen der Arbeit

Die Formulierung der Forschungsfrage, die Literaturrecherche, die Auswahl der Hauptstudien, deren kritische Würdigung und die Diskussion erfolgte nach besten Kenntnissen der Verfasserinnen. Trotzdem besteht die Gefahr, von Fehlinterpretationen aufgrund von mangelhaften statistischen Wissens. Beim Übertrag der Ergebnisse ins MOHO und bei der Zuteilung zur Betätigungsadaptation hielten sich die Verfasserinnen an die Definitionen von Kielhofner in Taylor (2017). Eine fehlerhafte Zuordnung kann jedoch auch hier nicht ausgeschlossen werden. Bereits bei der Literaturrecherche musste die Fragestellung in einem breiteren Sinne betrachtet werden. Sehr schnell zeigte sich, dass die vorhandenen Studien nicht auf den Austrittsprozess fokussieren und nicht explizit ergotherapeutisch sind. Jedoch bestätigten das Review von Baker et al. (2016), sowie die inkludierten Studien, dass aktuell tatsächlich sehr wenige Interventionsstudien zu diesem Thema vorhanden sind. Dementsprechend mussten auch Studien mit moderater Güte verwendet werden. Seitens der Verfasserinnen können deswegen keine klare Empfehlung für Evidence Based Practice gegeben werden. Die gefundenen Studien wiesen heterogene Interventionsaspekte und Outcomes auf, was einen Vergleich der inkludierten Studien, sowie einen Konsens aus den gefundenen Ergebnissen, erschwert.

Die Wahl von Betätigungsadaptation als Outcome der Fragestellung dieser Arbeit, ist laut den Verfasserinnen kritisch zu betrachten. Die gefundenen Studien nehmen nicht direkt Bezug auf eine Betätigungsadaptation und wählen andere Outcomes. Da es nicht explizit ergotherapeutische Studien sind, war dies zu erwarten. Der Übertrag zum ergotherapeutischen Model of Human Occupation musste im Nachhinein durch die Verfasserinnen stattfinden.

Der Transfer der Ergebnisse in die Ergotherapie im Schweizer Kontext ist nur begrenzt möglich. Vor allem da die finanziellen Rahmenbedingungen für eine direkte

Therapie mit pflegenden Angehörigen aktuell nicht gegeben sind. Die inkludierten Studien wurden in den Vereinigten Staaten von Amerika und in Grossbritannien durchgeführt. Diese Länder scheinen eine ähnliche soziodemographische Situation wie die der Schweiz aufzuweisen. Dieser Transfer kann aber nicht unbedenklich erfolgen, da besonders die Organisation der Gesundheitssysteme und der Umgang mit Krankheit und Pflege sich laut der Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD, 2017) unterscheiden. Aufgrund der begrenzten Sprachkenntnisse der Verfasserinnen und der beschränkt gefundenen Literatur, wurden einzig englischsprachige Studien inkludiert. Hiermit ist es möglich, dass zur Fragestellung passende Studien in anderen Fremdsprachen nicht betrachtet wurden. Übersetzungs- und Verständnisfehler, beim Übertrag aus dem Englischen in die deutsche Sprache, sind nicht auszuschliessen.

7.2 Weiterer Forschungsbedarf

Nach Einschätzung der Verfasserinnen wird aus der vorliegenden Bachelorarbeit deutlich, dass weitere Forschung notwendig ist. Bereits schon ältere Studien zeigten diesen Bedarf auf. Auffallend ist die grosse Forschungslücke zwischen 2009 und 2019. Es gab in diesem Zeitraum weitere Publikationen, welche aber nicht den Einschlusskriterien der vorliegenden Arbeit entsprachen. Eine Begründung für die grosse Forschungslücke konnte von den Verfasserinnen nicht gefunden werden. Wie bereits erwähnt, wählten die Studien verschiedene Outcomes, was wiederum einen Konsens erschwerte. Somit empfehlen die Verfasserinnen, einheitliche Outcomes zu wählen. In der Untersuchung der Wirksamkeit von Interventionen für pflegende Angehörige von Menschen mit Querschnittlähmung, empfehlen Conti et al. (2019) das Caregiver Burden Inventory Assessment.

Mit der Fragestellung sollte aufgezeigt werden, welche Interventionen vorhanden sind, die während dem Austrittsprozess angewendet werden können. Dieser Aspekt konnte nicht beantwortet werden. Um die pflegenden Angehörigen spezifisch im Austrittsprozess unterstützen zu können, sind Interventionsstudien notwendig, welche konkret auf diesen Zeitpunkt ausgerichtet sind und im Idealfall im Schweizer Kontext stattfinden.

7.3 Fazit

Eine Querschnittlähmung ist ein einschneidendes und lebensveränderndes Ereignis (Van Loo et al., 2010). Die Folgen einer Querschnittlähmung führen für Menschen mit Querschnittlähmung oft zu einem Unterstützungsbedarf im Alltag. Diese Unterstützung wird in den meisten Fällen durch Angehörige gewährleistet (Smith et al., 2016). Pflegenden Angehörige haben ein höheres Risiko für gesundheitliche Probleme und für reduzierte Lebensqualität (Hlabangana & Hearn, 2020; Treisman et al., 2020). Es gibt laut den Verfasserinnen einen klaren Bedarf für Intervention zur Unterstützung von pflegenden Angehörigen von Menschen mit Querschnittlähmung. Die vorliegende Arbeit identifizierte Interventionen für pflegende Angehörige von Menschen mit Querschnittlähmung, die im Rahmen der Ergotherapie stattfinden können. Zu Interventionen mit Skills- und/oder Problemlösetraining, Psychoedukation, Familien, bzw. Dyaden und Mindfulness-Training liegen Forschungsergebnisse vor. Basierend auf den Ergebnissen der Studiauswertung empfehlen die Verfasserinnen, dass Interventionen eine soziale Komponente beinhalten sollen, wie zum Beispiel der Austausch unter den pflegenden Angehörigen. Weiter sollen Interventionen die Dyade und nicht nur die betroffenen Personen oder nur die pflegenden Angehörigen betreffen. Laut den Verfasserinnen sollten die Interventionen im Alltag möglichst kurzgehalten werden, dafür aber über einen länger Zeitraum stattfinden. Inhaltlich scheinen Interventionen mit psychoedukativen Aspekten und Skillstraining einen nichtsignifikanten Effekt aufzuzeigen. Das Mindfulness-Training wird von den Verfasserinnen empfohlen, da dieses effektiv und signifikant ist. Basierend auf den vorläufigen Ergebnissen von Watford et al. (2019) scheint es ihnen sinnvoll, das PPR und das JAE in die Ergotherapie einzubauen. Jedoch betonen die Verfasserinnen, dass eine Begleitung für die Umsetzung im Alltag nötig ist, um Erfolge zu erzielen. Basierend auf den Ergebnissen leiten die Verfasserinnen ab, dass der Aspekt des Transfers der Intervention in den Alltag in allen gefundenen Studien mehr beachtet werden sollte. Die gefundenen Interventionen können laut den Verfasserinnen die Betätigungsadaptation von pflegenden Angehörigen unterstützen. Sie setzen an unterschiedlichen Komponenten der Adaptation an. Nur Watford et al. (2019) setzt

direkt an der Adaptation an, die anderen Studien sind vor allem auf der Ebene der Betätigungskompetenz und -identität.

Die aktuelle Evidenzlage ist gering, daher ist zu beachten, dass die Empfehlungen mit Vorsicht zu betrachten sind. Die aktuellen Studien weisen eine mangelhafte Güte auf. Es wurden nur wenige Studien zu diesem wichtigen Thema durchgeführt. Es ist somit nötig, dass sich die wissenschaftliche Forschung weiter und intensiv mit Interventionen für Angehörige von Menschen mit Querschnittlähmung auseinandersetzt. Ebenfalls sollte laut den Verfasserinnen untersucht werden, wie Interventionen für pflegenden Angehörige in der Ergotherapie im Schweizer Kontext optimal eingebaut werden könnten.

Verzeichnisse

Literaturverzeichnis

- Atkins, M. S., & Bashar, J. C. (2014). Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process (3rd Edition). *The American Journal of Occupational Therapy*, 68(1), 1–48. <https://doi.org/10.5014/ajot.2014.682006>
- Baker, A., Barker, S., Sampson, A., & Martin, C. (2016). Caregiver outcomes and interventions: A systematic scoping review of the traumatic brain injury and spinal cord injury literature. *Clinical Rehabilitation*, 31(1), 45–60. <https://doi.org/10.1177/0269215516639357>
- Belle, S. H. (2006). Enhancing the Quality of Life of Dementia Caregivers from Different Ethnic or Racial Groups: A Randomized, Controlled Trial. *Annals of Internal Medicine*, 145(10), 727. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-145-10-200611210-00005>
- Chamberlain, J. D., Deriaz, O., Hund-Georgiadis, M., Meier, S., Scheel-Sailer, A., Schubert, M., Stucki, G., & Brinkhof, M. W. (2015). Epidemiology and contemporary risk profile of traumatic spinal cord injury in Switzerland. *Injury Epidemiology*, 2(1), 28. <https://doi.org/10.1186/s40621-015-0061-4>
- Conti, A., Clari, M., Nolan, M., Wallace, E., Tommasini, M., Mozzone, S., & Campagna, S. (2019). The Relationship Between Psychological and Physical Secondary Conditions and Family Caregiver Burden in Spinal Cord Injury: A Correlational Study. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation*, 25(4), 271–280. <https://doi.org/10.1310/sci2504-271>
- Creswell, J. D. (2017). Mindfulness Interventions. *Annual Review of Psychology*, 68(1), 491–516. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-042716-051139>

- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297–334. <https://doi.org/10.1007/BF02310555>
- Der Berufskodex des EVS. (2011). ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz. <https://www.ergotherapie.ch/download.php?cat=6JLvL2DYoAPKasSNvUf3Dw%3D%3D&id=159>
- Dickson, A., O'Brien, G., Ward, R., Allan, D., & O'Carroll, R. (2010). The impact of assuming the primary caregiver role following traumatic spinal cord injury: An interpretative phenomenological analysis of the spouse's experience. *Psychology & Health*, 25(9), 1101–1120. <https://doi.org/10.1080/08870440903038949>
- Dickson, A., Ward, R., O'Brien, G., Allan, D., & O'Carroll, R. (2011). Difficulties adjusting to post-discharge life following a spinal cord injury: An interpretative phenomenological analysis. *Psychology, Health & Medicine*, 16(4), 463–474. <https://doi.org/10.1080/13548506.2011.555769>
- Dyck, D. G., Weeks, D. L., Smith, C. L., & Shaw, M. (2021). Multiple family group intervention for spinal cord injury: Quantitative and qualitative comparison with standard education. *The Journal of Spinal Cord Medicine*, 44(4), 572–582. <https://doi.org/10.1080/10790268.2019.1710946>
- Elliott, T. R., & Berry, J. W. (2009). Brief problem-solving training for family caregivers of persons with recent-onset spinal cord injuries: A randomized controlled trial. *Journal of Clinical Psychology*, 65(4), 406–422. <https://doi.org/10.1002/jclp.20527>
- Elliott, T. R., Brossart, D., Berry, J. W., & Fine, P. R. (2008). Problem-solving training via videoconferencing for family caregivers of persons with spinal cord injuries:

- A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 46(11), 1220–1229. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.08.004>
- EVS. (2019). *Hinweis zum neuen Verordnungsformular für die Ergotherapie*. <https://www.ergotherapie.ch/download.php?cat=6JLvL2DYoAPKasSNvUf3Dw%3D%3D&id=640>
- Fisher, A. G. (2018). *OTIPM: Occupational therapy intervention process model: Prozessmodell ergotherapeutischer Intervention: ein Modell zum Planen und Umsetzen von klientenzentrierter, betätigungsbasierter Top-down-Intervention* (B. Dehnhardt, Übers.; 2., geringfügig überarbeitete Auflage). Schulz-Kirchner Verlag.
- Goldberg, S. B., Riordan, K. M., Sun, S., & Davidson, R. J. (2022). The Empirical Status of Mindfulness-Based Interventions: A Systematic Review of 44 Meta-Analyses of Randomized Controlled Trials. *Perspectives on Psychological Science*, 17(1), 108–130. <https://doi.org/10.1177/1745691620968771>
- Grässel, E., & Behrndt, E.-M. (2016). *Schwerpunkt: Die Pflegenden im Fokus* (K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber, & A. Schwinger, Hrsg.). Schattauer.
- Gross-Hemmi, M. H., Post, M. W. M., Bienert, S., Chamberlain, J. D., Hug, K., Jordan, X., Scheel-Sailer, A., Weiss, A., Brinkhof, M. W. G., Jordan, X., Léger, B., Baumberger, M., Peter Gmünder, H., Curt, A., Schubert, M., Hund-Georgiadis, M., Hug, K., Troger, T., Joggi, D., ... Thyrian, C. (2019). Participation in People Living With Spinal Cord Injury in Switzerland: Degree and Associated Factors. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 100(10), 1894–1906. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2019.03.018>

- Hammond, M. C., Burns, S. C., & Paralyzed Veterans of America. (2009). *Yes, you can!: A guide to self-care for persons with spinal cord injury*. Paralyzed Veterans of America.
- Hearn, J. H., Cotter, I., & Finlay, K. A. (2019). Efficacy of Internet-Delivered Mindfulness for Improving Depression in Caregivers of People With Spinal Cord Injuries and Chronic Neuropathic Pain: A Randomized Controlled Feasibility Trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 100(1), 17–25. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2018.08.182>
- Hlabangana, V., & Hearn, J. H. (2020). Depression in partner caregivers of people with neurological conditions; associations with self-compassion and quality of life. *Journal of Mental Health*, 29(2), 176–181. <https://doi.org/10.1080/09638237.2019.1630724>
- Huber, M. (2018). *AICA: Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal eines Forschungsartikels. Unveröffentlichtes Unterrichtsmaterial. Schulungsunterlagen Bachelorstudiengänge Departement Gesundheit ZHAW.* (I. Ris & B. Preusse-Bleuler, Hrsg.).
- Jeyathevan, G., Catharine Craven, B., Cameron, J. I., & Jaglal, S. B. (2020). Facilitators and barriers to supporting individuals with spinal cord injury in the community: Experiences of family caregivers and care recipients. *Disability and Rehabilitation*, 42(13), 1844–1854. <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1541102>
- Jordan, X. (2018). Querschnittrehabilitation fördert den Weg zurück in ein aktives Leben. *Schweizerische Ärztezeitung*, 99(40), 1354–1356. <https://doi.org/10.4414/saez.2018.06768>

- Kielhofner, G. (2008). *Model of Human Occupation: Theory and Application*.
Lippincott Williams & Wilkins.
- Krebs, D., & Menold, N. (2019). Gütekriterien quantitativer Sozialforschung. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 489–504). Springer Fachmedien.
https://doi.org/10.1007/978-3-658-21308-4_34
- Kurylo, M. F., Elliott, T. R., & Shewchuk, R. M. (2001). FOCUS on the Family Caregiver: A Problem-Solving Training Intervention. *Journal of Counseling & Development, 79*(3), 275–281. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.2001.tb01972.x>
- Lange, M. (2015). *Paraplegie: Rehabilitation bei Querschnittslähmung*. Diplomica Verlag.
- Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P., & Letts, L. (1996). The Person-Environment-Occupation Model: A Transactive Approach to Occupational Performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 63*(1), 9–23. <https://doi.org/10.1177/000841749606300103>
- Letts, L., Wilkkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J., & Westmorland, M. (2007). *Guidelines for Critical Review Form: Qualitative Studies*.
- Lightfoot, C. J., Wilkinson, T. J., Memory, K. E., Palmer, J., & Smith, A. C. (2021). Reliability and Validity of the Patient Activation Measure in Kidney Disease: Results of Rasch Analysis. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology, 16*(6), 880–888. <https://doi.org/10.2215/CJN.19611220>
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. SAGE.

Lüken, J., & Schimmelpfennig, H. (2018, Februar 16). Bedeutung der Effektstärke.

IfaD. <https://www.ifad.de/bedeutung-der-effektstaerke-denn-nicht-jede-signifikanz-ist-von-relevanz/>

McCubbin, H. I., Olson, D. H., & Larsen, A. S. (1991). Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales [Data set]. In *APA PsycTests*.

<https://doi.org/10.1037/t02213-000>

Middleton, J. W., Simpson, G. K., De Wolf, A., Quirk, R., Descallar, J., & Cameron, I.

D. (2014). Psychological Distress, Quality of Life, and Burden in Caregivers During Community Reintegration After Spinal Cord Injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, *95*(7), 1312–1319.

<https://doi.org/10.1016/j.apmr.2014.03.017>

Molazem, Z., Falahati, T., Jahanbin, I., Jafari, P., & Ghadakpour, S. (2014). The effect of psycho-educational interventions on the quality of life of the family caregivers of the patients with spinal cord injury: A randomized controlled trial. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, *2*(1), 31–39.

OECD. (2017). *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*. Organisation for

Economic Co-Operation and Development. https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017_health_glance-2017-en

Paraplegiker-Gruppe: Häufig gestellte Fragen. (o. D.). Schweizer Paraplegiker-

Gruppe. <https://www.paraplegie.ch/de/wissen-forschung/wissen/anfragen-von-schuelern-und-studenten/haeufig-gestellte-fragen/>

Peer Support und Angehörigenarbeit. (o. D.). Schweizer Paraplegiker-Zentrum.

<https://www.paraplegie.ch/spz/de/patienten-und->

[besucher/patienteninformationen/peer-support-und-angehoerigenarbeit/](https://www.paraplegie.ch/spz/de/patienten-und-besucher/patienteninformationen/peer-support-und-angehoerigenarbeit/)

Powers, J. R., Goodger, B., & Byles, J. E. (2004). Assessment of the abbreviated Duke Social Support Index in a cohort of older Australian women. *Australasian Journal on Ageing*, 23(2), 71–76. <https://doi.org/10.1111/j.1741-6612.2004.00008.x>

Prey, J. E., Qian, M., Restaino, S., Hibbard, J., Bakken, S., Schnall, R., Rothenberg, G., Vawdrey, D. K., & Masterson Creber, R. (2016). Reliability and validity of the patient activation measure in hospitalized patients. *Patient Education and Counseling*, 99(12), 2026–2033. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.06.029>

Querschnittlähmung verstehen. (o. D.). Schweizer Paraplegiker-Gruppe.

<https://www.paraplegie.ch/de/wissen-forschung/wissen/querschnittlaehmung-verstehen/>

Rodgers, M. L., Strode, A. D., Norell, D. M., Short, R. A., Dyck, D. G., & Becker, B. (2007). Adapting Multiple-Family Group Treatment for Brain and Spinal Cord Injury Intervention Development and Preliminary Outcomes. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 86(6), 482–492.

<https://doi.org/10.1097/PHM.0b013e31805c00a1>

Ryerson Espino, S. L., O'Rourke, K., Kelly, E. H., January, A. M., & Vogel, L. C. (2022). Coping, Social Support, and Caregiver Well-Being With Families Living With SCI: A Mixed Methods Study. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation*, 28(1), 78–98. <https://doi.org/10.46292/sci21-00013>

- Scholten, E. W. M., Kieftenbelt, A., Hillebregt, C. F., de Groot, S., Ketelaar, M., Visser-Meily, J. M. A., & Post, M. W. M. (2018). Provided support, caregiver burden and well-being in partners of persons with spinal cord injury 5 years after discharge from first inpatient rehabilitation. *Spinal Cord*, *56*(5), 436–446. <https://doi.org/10.1038/s41393-017-0047-x>
- Schulz, R., Czaja, S. J., Lustig, A., Zdaniuk, B., Martire, L. M., & Perdomo, D. (2009). Improving the quality of life of caregivers of persons with spinal cord injury: A randomized controlled trial. *Rehabilitation Psychology*, *54*(1), 1–15. <https://doi.org/10.1037/a0014932>
- Skinner, T. C., Robertson, T., Allison, G. T., Dunlop, S., & Bucks, R. S. (2010). Experiential Avoidance, Mindfulness and Depression in Spinal Cord Injuries: A Preliminary Study. *The Australian Journal of Rehabilitation Counselling*, *16*(1), 27–35. <https://doi.org/10.1375/jrc.16.1.27>
- Smith, E. M., Boucher, N., & Miller, W. C. (2016). Caregiving services in spinal cord injury: A systematic review of the literature. *Spinal Cord*, *54*(8), 562–569. <https://doi.org/10.1038/sc.2016.8>
- Steven, L. F., Lehan, T., Duran, M. A. S., Plaza, S. L. O., & Arango-Lasprilla, J. C. (2016). Pilot Study of a Newly Developed Intervention for Families Facing Serious Injury. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation*, *22*(1), 49–59. <https://doi.org/10.1310/sci2201-49>
- Stillman, M. D., Barber, J., Burns, S., Williams, S., & Hoffman, J. M. (2017). Complications of Spinal Cord Injury Over the First Year After Discharge From Inpatient Rehabilitation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, *98*(9), 1800–1805. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2016.12.011>

- Taylor, R. R. (Hrsg.). (2017). *Kielhofner's model of human occupation: Theory and application* (Fifth edition). Wolters Kluwer.
- Treisman, H., Ratzon, N. Z., Itzkovich, M., & Avrech Bar, M. (2020). Performance of Everyday Occupations and Perceived Health of Spouses of Men With Spinal Cord Injury at Discharge and 6 Months Later. *Spine*, *45*(22), 1580–1586.
<https://doi.org/10.1097/BRS.0000000000003630>
- Trezzini, B., Brach, M., Post, M., & Gemperli, A. (2019). Prevalence of and factors associated with expressed and unmet service needs reported by persons with spinal cord injury living in the community. *Spinal Cord*, *57*(6), 490–500.
<https://doi.org/10.1038/s41393-019-0243-y>
- Valer, D. B., Aires, M., Fengler, F. L., & Paskulin, L. M. G. (2015). Adaptation and validation of the Caregiver Burden Inventory for use with caregivers of elderly individuals. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *23*(1), 130–138.
<https://doi.org/10.1590/0104-1169.3357.2534>
- Van Loo, M. A., Post, M. W. M., Bloemen, J. H. A., & van Asbeck, F. W. A. (2010). Care needs of persons with long-term spinal cord injury living at home in the Netherlands. *Spinal Cord*, *48*(5), 423–428. <https://doi.org/10.1038/sc.2009.142>
- Watford, P., Jewell, V., & Atler, K. (2019). Increasing Meaningful Occupation for Women Who Provide Care for Their Spouse: A Pilot Study. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, *39*(4), 213–221.
<https://doi.org/10.1177/1539449219829849>
- WFOT. (o. D.). *About Occupational Therapy* (<https://www.wfot.org/>). WFOT; WFOT.
<https://www.wfot.org/about/about-occupational-therapy>

Zäch, G. A., & Koch, H. G. (Hrsg.). (2006). *Paraplegie: Ganzheitliche Rehabilitation*.

Karger. <https://doi.org/10.1159/000088752>

Zanini, C., Amann, J., Brach, M., Gemperli, A., & Rubinelli, S. (2021). The challenges characterizing the lived experience of caregiving. A qualitative study in the field of spinal cord injury. *Spinal Cord*, 59(5), 493–503.

<https://doi.org/10.1038/s41393-021-00618-4>

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ausgewählte Keywords, Synonyme und verwandte Begriffe für die Literaturrecherche	11
Tabelle 2: Geltende Einschlusskriterien für die inkludierten Studien	12
Tabelle 3: Inhalte der Interventionen	17
Tabelle 4: Quantitative Ergebnisse, Caregiver Outcomes	19
Tabelle 5: Quantitative Ergebnisse Pflegeempfängerinnen und Pflegeempfänger und/oder Dyaden Outcomes	21
Tabelle 6: Detaillierter Inhalt der Intervention nach Dyck et al. (2021)	23
Tabelle 7: Inhalt der online Mindfulness-Übungen nach Hearn et al. (2019)	29
Tabelle 8: Detaillierter Inhalt der Interventionen Dual-Target nach Schulz et al. (2009)	32
Tabelle 9: Quantitative Gütekriterien nach Krebs und Menold (2019)	40
Tabelle 10: Qualitative Gütekriterien nach Lincoln und Guba (1985)	41
Tabelle 11: Interventionseinteilung der Verfasserinnen in den Prozess der Betätigungsadaptation für die pflegenden Angehörigen nach Taylor (2017)	42

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Rückenmarksverletzung und Auswirkung auf den Bewegungsapparat und inneren Organe (Querschnittlähmung verstehen, o. D.)	6
Abbildung 2: Prozess der Betätigungsadaptation nach Taylor (2017)	8
Abbildung 3: Betätigungsadaptation und Einflussfaktoren nach Taylor (2017).....	9
Abbildung 4: Entscheidungsbaum der inkludierten Studien.....	14
Abbildung 5: Interventionsgruppierung der Verfasserinnen	48

Wortanzahl

Wortanzahl des Abstracts

178 Worte

Wortanzahl der Bachelorarbeit (exklusiv Titelblatt, Abstract, Verzeichnisse, Tabellen/Abbildungen und deren Beschriftung, Wortanzahl, Eigenständigkeitserklärung, Danksagung und Anhänge)

11974 Worte

Danksagung

Wir bedanken uns zuallererst bei Frau Markwalder, welche uns im Prozess stets ermutigte, ihre Expertise einbrachte, Fragen beantwortete und sich vor allem viel Zeit für uns nahm. Vielen Dank für die wertschätzende Zusammenarbeit.

Des Weiteren bedanken wir uns bei unseren Mitstudierenden [REDACTED] und [REDACTED] für ihr konstruktives Peer-Feedback. In der Orthografie wurden wir tatkräftig von [REDACTED] und [REDACTED] unterstützt, welche der Arbeit die notwendige Verständlichkeit ermöglichte.

Schlussendlich bedanken wir uns bei unseren Familien, Freunden und Mitstudierenden für die stetige Unterstützung durchs gesamte Ergotherapie-Studium. Besonders bedanken möchten wir uns für das Interesse an unserer Bachelorarbeit und für die angebotene Entlastung, damit wir uns auf die Bachelorarbeit fokussieren konnten.

Eigenständigkeitserklärung

Wir, Laura Badoux und Tabita Zaugg erklären hiermit, dass wir die vorliegende Arbeit selbständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst haben.

Winterthur, 30.04.2022

Winterthur, 30.04.2022

Laura Badoux

Tabita Zaugg

Anhang

Anhang A) Glossar

Anhang B) Abkürzungsverzeichnis

Anhang C) Zugang zu den Interventionen

Anhang D) Rechercheprotokoll

Anhang E) AICA Raster der inkludierten Studie 1: Dyck et al. (2021)

Anhang F) AICA Raster der inkludierten Studie 2: Elliott und Berry (2009)

Anhang G) AICA Raster der inkludierten Studie 3: Hearn et al. (2019)

Anhang H) AICA Raster der inkludierten Studie 4: Schulz et al. (2009)

Anhang I) AICA Raster der inkludierten Studie 5: Watford et al. (2019)

Anhang A) Glossar

Begriff	Erklärung
Bias	Eine Verzerrung ist ein Fehler in der Datenerhebung, der zu fehlerhaften Ergebnissen führt (<i>Bias – Verzerrung – Statista Definition, o. D.</i>)
Card Sort Procedure	In der Studie von Elliott und Berry (2009) stellt das Card Sort Procedure ein Verfahren dar, in welchem die Teilnehmenden 24 Karten mit Aussagen zur Pflegeerfahrung sortierten. Als erstes gruppieren die Teilnehmenden die Karten nach Ähnlichkeiten und anschliessend erstellten sie eine Hierarchie aller Karten, nach der grössten Relevanz. Es wurden somit die wichtigsten Probleme der pflegenden Angehörigen ermittelt (Elliott und Berry, 2009).
Caregiver Burden	Ausmass, indem das Pflegen das soziale, finanzielle, körperliche und geistige Funktionieren der pflegenden Angehörigen beeinträchtigt (Conti et al. 2019).
Convenience Sampling	Deutsch: willkürliche Stichprobe. Merkmalsträger werden unkontrolliert in die Stichprobe aufgenommen, weil sie sich freiwillig melden oder verfügbar sind (HSLU: Hochschule Luzern, o. D.)
Coping	Bewältigung (-sfertigkeiten) (Berding et al., 2010)
Dyade	Paar als soziale Beziehung (<i>Duden Dyade Rechtschreibung, Bedeutung, Definition, Herkunft, o. D.</i>). In der vorliegenden Arbeit sind damit die pflegenden Angehörigen und die Person mit Querschnittlähmung als Einheit gemeint.
Engagement	Involvieren und Einbeziehen in das Tun, in die Handlung (Townsend & Polatajko, 2013)

Fokusgruppe	Forschungsmethode, bei der eine kleine Gruppe von einer Moderationsperson angeleitet wird und Fragen zu einem bestimmten Thema beantwortet. Die Gruppe wird aufgrund vorher festgelegter demografischer Merkmale ausgewählt, und die Fragen sind so konzipiert, dass sie ein Thema erhellen (Tegan, 2021).
Intention-to-Treat-Prinzip	Das Intention-to-Treat-Prinzip geht davon aus, dass alle randomisierten Teilnehmenden in der Analyse ausgewertet werden müssen (Kleist, 2009). Dies wird mit einem statistischen Verfahren berechnet.
Klientenkonstellation	Die primär betroffene Person und weitere Personen, die mit ihr verbunden sind und auch von den Betätigungsproblemen der primären Person betroffen sind (Fisher, 2018).
Mindfulness	Deutsch: Achtsamkeit. Ist ein Prozess, indem man offen und bewusst die gegenwärtige Erfahrung wahrnimmt. Unterscheidet sich vom alltäglichen angerichteten Gedankenwandern (Creswell, 2017).
Multimodal	Auf vielfältiger, umfassender Art und Weise (Blaschke & Antwerpes, 2015). Kombiniert verschieden Therapieansätze (<i>Duden multimodal Rechtschreibung, Bedeutung, Definition, Herkunft, o. D.</i>).
Multivariat	Datenerhebung in Bezug auf mehrere Variablen (<i>What's the Difference between Univariate, Bivariate and Multivariate Descriptive Statistics?</i> , o. D.).
Non-Adherence	Nicht-Einhalten der gesetzten Therapiezielen im Behandlungsprozess (Antwerpes et al., 2021).
Partizipation	Teilhabe, ist das Einbezogen sein in eine Lebenssituation (Deutsches Institut für

	Medizinische Dokumentation und Information (DMIDI) & WHO-Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikation, 2005)
Patientenaktivierung	Wissen, Fähigkeiten und Selbstvertrauen einer Person im Umgang mit ihrer eigenen Gesundheit und Pflege (NHS England & Person-centred care team, 2016)
Psychoedukation	Aufklärung von Patienten und Angehörigen. Enthält systematische und strukturierte Massnahmen zur Vermittlung von Wissen. Soll Krankheitsverständnis und -akzeptanz erhöhen, sowie Empowerment und Selbstmanagement stärken (Vogel, 2022).
Sample Size Calculation	Eine Berechnung, wie viel Teilnehmende die Studie mindestens benötigt, damit signifikante Effekte aufgezeigt werden können, wenn diese vorhanden sind (Jones, 2003).
Selection Bias	Eine kognitive Verzerrung durch einen Auswahlfehler (<i>Der Selection Bias im Marketing</i> , 2020)
Skills	Fertigkeiten und Techniken die erlernt werden können, um besser mit bestimmten Situationen umzugehen (Berding et al., 2010)
Treatment as usual	Bedeutet, dass eine Gruppe von Teilnehmenden die übliche Behandlung zuteil wird (Glen, 2017)
Univariat	Datenerhebung in Bezug auf eine Variable (<i>What's the Difference between Univariate, Bivariate and Multivariate Descriptive Statistics?</i> , o. D.).

Literaturverzeichnis: Glossar

Antwerpes, F., Jansen, P., & Lorenzen, F. (2021). *Adhärenz*. DocCheck Flexikon.

<https://flexikon.doccheck.com/de/Adh%C3%A4renz>

Berding, J., Dehnhardt, B., Fischer, A., Marotzki, U., Mentrup, C., Reichel, K., Rode, A., Scheffler, J., & Späth, A. (2010). *Fachwörterbuch Ergotherapie: Deutsch-Englisch, Englisch-Deutsch; ergotherapeutische Fachbegriffe unter der Lupe; Definitionen und Erläuterungen* (1. Aufl). Schulz-Kirchner.

Bias–Verzerrung–Statista Definition. (o.D.). Statista Lexikon.

https://de.statista.com/statistik/lexikon/definition/35/bias_verzerrung/

Blaschke, J., & Antwerpes, F. (2015). *Multimodal*. DocCheck Flexikon.

<https://flexikon.doccheck.com/de/Multimodal>

Conti, A., Clari, M., Nolan, M., Wallace, E., Tommasini, M., Mozzone, S., & Campagna, S. (2019). The Relationship Between Psychological and Physical Secondary Conditions and Family Caregiver Burden in Spinal Cord Injury: A Correlational Study. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation*, 25(4), 271–280. <https://doi.org/10.1310/sci2504-271>

Creswell, J. D. (2017). Mindfulness Interventions. *Annual Review of Psychology*, 68(1), 491–516. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-042716-051139>

Der Selection Bias im Marketing. (2020). IONOS Digitalguide.

<https://www.ionos.de/digitalguide/online-marketing/verkaufen-im-internet/selection-bias-im-marketing/>

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), & WHO-Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikation (Hrsg.). (2005). *ICF Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit und Behinderung*. World Health Organization.

https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Kodiersysteme/klassifikationen/icf/icfbp2005_zip.html?nn=841246&cms_dlConfirm=true&cms_calledFromDoc=841246

Duden | Dyade | Rechtschreibung, Bedeutung, Definition, Herkunft. (o. D.). Duden.
<https://www.duden.de/rechtschreibung/Dyade>

Duden | multimodal | Rechtschreibung, Bedeutung, Definition, Herkunft. (o. D.).
Duden. <https://www.duden.de/rechtschreibung/multimodal>

Elliott, T. R., & Berry, J. W. (2009). Brief problem-solving training for family caregivers or persons with recent-onset spinal cord injuries: A randomized controlled trial. *Journal of Clinical Psychology, 65*(4), 406-422.
<https://doi.org/10.1002/jclp.20527>

Fisher, A. G. (2018). *OTIPM: Occupational therapy intervention process model: Prozessmodell ergotherapeutischer Intervention: ein Modell zum Planen und Umsetzen von kleintenzentrierter, betätigungsbasierter Top-down-Intervention* (B. Denhardt, Übers.; 2., geringfügig überarbeitete Auflage). Schulz-Kirchner Verlag.

Glen, S. (2017). *Treatment-As-Usual (TAU) Definition & Examples*. Statistics How To. <https://www.statisticshowto.com/treatment-as-usual/>

HSLU: Hochschule Luzern. (o. D.). Stichprobenziehung. *Erhebung planen und Vorbereiten*. <https://www.empirical-methods.hslu.ch/forschungsprozess/quantitative-forschung/stichprobenziehung>

- Jones, S. R. (2003). An introduction to power and sample size estimation. *Emergency Medicine Journal*, 20(5), 453–458.
<https://doi.org/10.1136/emj.20.5.453>
- Kleist, P. (2009). Das Intention-to-Treat-Prinzip. *Swiss Medical Forum – Schweizerisches Medizin-Forum*, 9(25).
<https://doi.org/10.4414/smf.2009.06848>
- NHS England & Person-centred care team. (2016). *Patient Activation: At the heart of self-care support*. NHS England.
- Tegan, G. (2021). *What Is a Focus Group? | Step-by-Step Guide & Examples*. Scribber. <https://www.scribber.com/methodology/focus-group>
- Townsend, E., & Polatajko, H. J. (2013). *Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being & justice through occupation; official practice guidelines for the Canadian Association of Occupational Therapists (2nd ed)*. CAOT Publ.
- Vogel, H. (2022). *Psychoedukation*. Dorsch: Lexikon der Psychologie.
<https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/psychoedukation>
- What's the difference between univariate, bivariate and multivariate descriptive statistics?* (o. D.). Scribbr. <https://www.scribbr.com/frequently-asked-questions/univariate-vs-bivariate-vs-multivariate/>

Anhang B) Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Ausschreibung
ADSSI	Abbreviated Duke Social Support Index
AICA	Arbeitsinstrument Critical Appraisal
AOTA	America Occupational Therapy Association
AXS	Anger Expression Scale
Brief PST	Brief Problem Solving Training
CBI	Caregiver Burden Inventory
CG	Caregiver = pflegende Angehörige
COPM	Canadian Occupational Performance Measure
F-COPES	Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scale
FFMQ	Five Facets Mindfulness Questionnaire
FP	Fachperson
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
HLM	Hierarchical Linear Modeling
IDD	Inventory to Diagnose Depression
JAE	Journal of Activities and Experiences
LMM	Linear Mixed Model
MFG	Multiple Family Group
MOHO	Model of Human Occupation
NT	Not Tested
PAM	Patient Activation Measure
PPR-Profil	Pleasure, Productivity and Restoration Profile
RCT	Randomized control trial
SF-36	Study Short Form Health Survey
SPSI-R	Social Problem Solving Inventory-Revised
TN	Teilnehmerinnen und Teilnehmer

WFOT	World Federation of Occupational Therapists
WHO-QOL-BREF	World Health Organization Quality of Life Brief Scale
Z. B.	Zum Beispiel
Z. T.	Zum Teil

Anhang C) Zugang zu den Interventionen

Intervention	Zugang
Multi Family Group Intervention (Dyck et al., 2021)	Die Intervention kann der Beschreibung in der Studie selbst entnommen werden.
Brief PST (Elliott & Berry, 2009)	Das Problemlösetraining basiert auf dem "Project FOCUS". Mehr Informationen darüber können im Artikel von Kurylo et al. (2001) gefunden werden.
Mindfulness-Training (Hearn et al., 2019)	Das Mindfulness-Training kann kostenpflichtig auf der Breathworks durchgeführt werden (Breathworks – Mindfulness and Compassion Training, o. D.).
Multimodal, individualisierte Intervention mit Einbezug der Betroffenen (Schulz et al., 2009)	Die Intervention kann dank der detaillierten Beschreibung der Studie selbst entnommen werden. Sie richtet sich nach der REACH Intervention von Belle (2006).
PPR-Profil und JAE (Watford et al., 2019)	Das PPR-Profil ist eine standardisierte Intervention, welche bei Adler (2015) angefragt werden könnte. Die JAE Fragen wurden von den Autoren selbst erstellt und müssen bei ihnen angefragt werden (Watford et al., 2019).

Literaturverzeichnis: Zugang zu den Interventionen

- Adler, K. E. (2015). User-perceived utility of the Daily Experiences of Pleasure, Productivity, and Restoration Profile: Perception des utilisateurs quant à l'utilité du Daily Experiences of Pleasure, Productivity, and Restoration Profile. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 82(4), 235–244.
<https://doi.org/10.1177/0008417415571731>
- Belle, S. H. (2006). Enhancing the Quality of Life of Dementia Caregivers from Different Ethnic or Racial Groups: A Randomized, Controlled Trial. *Annals of*

Internal Medicine, 145(10), 727. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-145-10-200611210-00005>

Breathworks—Mindfulness and Compassion Training. (o. D.). Breathworks.
<https://www.breathworks-mindfulness.org.uk/>

Kurylo, M. F., Elliott, T. R., & Shewchuk, R. M. (2001). FOCUS on the Family Caregiver: A Problem-Solving Training Intervention. *Journal of Counseling & Development*, 79(3), 275–281. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.2001.tb01972.x>

Watford, P., Jewell, V., & Adler, K. (2019). Increasing Meaningful Occupation for Women Who Provide Care for Their Spouse: A Pilot Study. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 39(4), 213–221.
<https://doi.org/10.1177/1539449219829849>

Anhang D) Rechercheprotokoll

Fragestellung: Welche evidenzbasierten ergotherapeutischen Interventionen unterstützen pflegende Angehörige von Erwachsenen mit Querschnittlähmung während dem Austrittsprozess aus der Erstrehabilitation nach Hause in ihrer Occupational Adaptation?

Boolesche Operatoren	↓ OR	AND	↓ OR	AND	↓ OR	AND	↓ OR	AND	OR
Aspekte der Fragestellung	Ergotherapeutische Intervention (kein Einschlusskriterium)		Querschnittlähmung		Angehörige		Austritt nach Erstrehabilitation		(Betätigungs-) Adaptation
Synonyme					Informelle Pflegende		Entlassung, Übertritt		Anpassung
Oberbegriffe	Ergotherapie		Neurologie						
Unterbegriffe	Intervention		Paraplegie, Tetraplegie		Ehe-, Lebens- Partner, Frau, Mann, Familienmitglied		Rehabilitation		

Verwandte Begriffe	Rehabilitation, Therapie, Strategie, Programm, Edukation				Betätigungsidentität, Betätigungskompetenz, MOHO, Lebensqualität
Englische Übersetzung (Keywords)	therapy, strategies, best practices, treatment, program, management, education, Intervention study	spinal cord injury, sci, tetraplegia, paraplegia, quadriplegia, neurology	Spouse, Partner, relatives, spouse, partner, husband, wife, family member,	discharge from inpatient rehabilitation, leaving rehabilitation, dismissal from hospital, transition	(occupational) adaptation, occupational identity, occupational performance, Quality of life, transition, • Occ. Identity • Occ. Competence • Occ. Immer im Kontext betrachten
Schlagwörter (Thesaurus) CINAHL	Occupational Therapy Rehabilitation	Spinal Cord Injuries, paraplegia, neurology	Spouses, Caregiver Support	“Patient discharge education”, “transfer, discharge”, “discharge planning”	“Adaptation, Occupational”, “Adaptation, Psychological”
Schlagwörter (Thesaurus) MEDLINE	Occupational Therapy Rehabilitation Treatment Outcomes	Spinal Cord Injuries, paraplegia, neurology	Caregiver, spouses	Patient discharge	Adaptation, Psychological

Tabita Zaugg 2021

Datenbank	Suchkombinationen / Eingrenzungen	Anzahl Treffer / Bewertung der Brauchbarkeit	Datum der Suche
AMED	(((((spinal cord injury or sci or tetraplegia or paraplegia or quadriplegia) and (caregivers or caregiver)) or (family member or spouse or husband or wife)) and (intervention or therap* or management or best practice or treatment or education)).af.	445 Treffer unbrauchbar	01.09.2021
AMED	(((((spinal cord injury or sci or tetraplegia or paraplegia or quadriplegia) and (caregivers or caregiver)) or (family member or spouse or husband or wife)) and (intervention or therap* or management or best practice or treatment or education) and occupation* therap*).af. Publikationsjahr festgelegt: 2008-Current	21 Treffer unbrauchbar	01.09.2021
AMED	(((((spinal cord injury or sci or tetraplegia or paraplegia or quadriplegia) and (caregivers or caregiver)) or (family member or spouse or husband or wife)) and (intervention or therap* or management or best practice or treatment or education) and occupation*).af.	54 Treffer Watford P, Jewell V & Atler K. (2019). Increasing meaningful occupation for women who provide care for their spouse: A pilot study. OTJR: Occupation, Participation and Health, 39(4), 213-21.	01.09.2021
AMED	((spinal cord injury or sci or tetraplegia or paraplegia or quadriplegia) and (caregivers or caregiver) and (family member or spouse or husband or wife) and (MOHO or model of human occupation or occupational adaptation)).af.	0 Treffer	01.09.2021
AMED	((spinal cord injury or sci or tetraplegia or paraplegia or quadriplegia) and (MOHO or model of human occupation or occupational adaptation)).af.	2 Treffer unbrauchbar	01.09.2021
AMED	((spinal cord injury or sci or tetraplegia or paraplegia or quadriplegia) and (caregivers or caregiver) and (intervention or treatment or management or best practice or education) and occupation* therap*).af.	1 Treffer	01.09.2021

AMED	((spinal cord injury or sci or tetraplegia or paraplegia or quadriplegia) and occupation* therap* and intervention).af.	18 Mostafa MA, Plastow NA & Savin-Baden M. (2020). The effectiveness of spinal cord injury ADL inpatient education on rehabilitation outcomes: A systematic review and meta-analysis. <i>British Journal of Occupational Therapy</i> , 83(1), 15-28.	01.09.2021
AMED	((spinal cord injury or sci or tetraplegia or paraplegia or quadriplegia) and (caregivers or caregiver or spouse* or husband or wife or family member or significant other)).af. Publikationsjahr festgelegt: 2008-Current	31 Treffer Nichts neues	01.09.2021
AMED	((informal caregiver or caregiver* or (spouse* or husband or wife or friend or partner or family member)) and (occupation* therap* or ot) and (intervention or therap* or management or best practice or treatment or education)).af. Publikationsjahr festgelegt 2008-Current	42 Treffer Farrugia T, Hewitt A, Bourke-Taylor H & Joosten AV. (2019). The impact of carer status on participation in healthy activity and self-reported health among Australian women over 50 years. <i>Australian Occupational Therapy Journal</i> , 66(1), 23-32.	03.09.2021
AMED	((spinal cord injury or sci or tetraplegia or paraplegia or quadriplegia) and (family group or family member or relatives) and (intervention or treatment or management or best practice or education)).af.	1 Treffer Rodgers ML, Strode AD, Norell DM, Short RA, Dyck DG & Becker B. (2007). Adapting Multiple-Family Group Treatment for Brain and Spinal Cord Injury Intervention Development and Preliminary Outcomes. <i>American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation</i> , 86(6), 482-92.	03.09.2021
AMED	(occupation* therap* and discharge and (intervention or treatment or management or best practice or education)).af.	169 Treffer	03.09.2021
AMED	(occupation* therap* and discharge and (intervention or treatment or management or best practice or education) and (spinal cord injury or sci or tetraplegia or quadriplegia)).af.	1 Treffer unbrauchbar	03.09.2021
AMED	(occupation* therap* and discharge and (intervention or treatment or management or best practice or education) and neurolog*).af.	9 Treffer unbrauchbar	03.09.2021

AMED	(rehabilitation discharge and occupation* therap* and (intervention or treatment or management or best practice or education)).af.	0 Treffer	03.09.2021
AMED	(discharge from rehabilitation and (informal caregiver or caregiver*)).af.	4 Treffer Unbrauchbar (Stroke)	03.09.2021
AMED	(discharge from rehabilitation and (spouse* or husband or wife or friend or partner or family member or family group or relatives)).af.	10 Unbrauchbar (Stroke)	03.09.2021
AMED	(group intervention and (spinal cord injury or sci or tetraplegia or quadriplegia) and (intervention or treatment or management or best practice or education)).af.	5 Stevens LF, Lehan T, Duran MA, Plaza SL & Arango-Lasprilla JC. (2016). Pilot study of a newly developed intervention for families facing serious injury. Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation, 22(1), 49-59.	03.09.2021
AMED	((intervention or treatment or management or best practice or education or group) and (spinal cord injury or sci or tetraplegia or quadriplegia) and (family member or spouse or husband or wife) and pilot study).af.	0 Treffer	03.09.2021
AMED	((spinal cord injury or sci or tetraplegia or paraplegia or quadriplegia) and (family group or family member or relatives)).af.	5 Treffer	03.09.2021
CINAHL Complete	spinal cord injury or sci or paraplegic or quadriplegic or tetraplegia and family or families or relatives or parents or siblings or caregiver or partner or significant other and interventions or strategies or best practices or treatment or therapy or program or management and occupational therapy or occupational therapist or occupational therapists or ot	54 Treffer Barclay, L., McDonald, R., Lentin, P., & Bourke-Taylor, H. (2016). Facilitators and barriers to social and community participation following spinal cord injury. Australian occupational therapy journal, 63(1), 19–28. https://doi.org/10.1111/1440-1630.12241 Rasa, A. R., Haghgoo, H. A., Khankeh, H., & Hosseini, S. A. (2018). The process of non-resilience in a spinal cord injury population in Iran: a grounded theory. International Journal of	03.09.2021

		Therapy & Rehabilitation, 25(7), 327–334. https://doi.org/10.12968/ijtr.2018.25.7.327	
CINAHL Complete	(MH "Spinal Cord Injuries") and (discharge education or discharge instructions or discharge teaching)	22 Treffer unbrauchbar	03.09.2021
CINAHL Complete	(MH "Spinal Cord Injuries") and (family caregivers or informal caregivers or non professional caregivers or relatives or next of kind) and interventions or strategies or best practices or treatment or therapy or program or management	306 Treffer	16.09.2021
CINAHL Complete	(MH "Spinal Cord Injuries") and (family caregivers or informal caregivers or non professional caregivers or relatives or next of kind) and interventions or strategies or best practices or treatment or therapy or program or management and occupational therapy or occupational therapist or occupational therapists or ot	6 Treffer unbrauchbar	16.09.2021
CINAHL Complete	healthcare professionals or healthcare workers or healthcare providers and family caregivers or informal caregivers or relatives or family and interventions or strategies or pilot or best practices or treatment or therapy or program or management and spinal cord injury or sci or paraplegic or quadriplegic	51 Treffer Munce, S. E. P., Webster, F., Fehlings, M. G., Straus, S. E., Jang, E., & Jaglal, S. B. (2016). Meaning of self-management from the perspective of individuals with traumatic spinal cord injury, their caregivers, and acute care and rehabilitation managers: an opportunity for improved care delivery. BMC Neurology, 16, 1–9. https://doi.org/10.1186/s12883-016-0534-2 Haas, B. M., Price, L., & Freeman, J. A. (2013). Qualitative evaluation of a Community Peer Support Service for people with spinal cord injury. Spinal Cord, 51(4), 295–299. https://doi.org/10.1038/sc.2012.143	16.09.2021
CINAHL Complete	family caregivers or informal caregivers or relatives or family and peer group or peer support and spinal cord injury or sci or paraplegic or quadriplegic or tetraplegia	23 Treffer Viel Evidenz für Peersupport der Betroffenen gefunden	16.09.2021

CINAHL Complete	family centred care or family centered care or fcc and spinal cord injury or sci or paraplegic or quadriplegic or tetraplegia	29 Treffer Bender, A. A. (2011). Patients, partners, and practitioners: Interactions and meaning-making following Spinal Cord Injury [Ph.D., Georgia State University]. In Patients, Partners & Practitioners: Interactions & Meaning-making Following Spinal Cord Injury (p. 149 p).	16.09.2021
-----------------	---	--	------------

Laura Badoux 2021

Datenbank	Suchkombinationen / Eingrenzungen	Anzahl Treffer / Bewertung der Brauchbarkeit	Datum der Suche
MEDLINE	Spinal Cord Injuries (MH) AND Caregivers (MH)	177 Treffer Zu viele Treffer, engere Einschränkung nötig	01.09.2021
MEDLINE	Spinal Cord Injuries (MH) AND Caregivers (MH) AND Intervention	21 Treffer McKay, R. C., Wuerstl K. R., Casemore S., Clarke T.Y., McBride, C. B., Gainforth, H. L. (2020). Guidance for behavioural interventions aiming to support family support T providers of people with spinal cord injury: A scoping review. <i>Social Science and Medicine</i> 246, 112456, https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112456 Treisman, Hadas MSc.OTa; Ratzon, Navah Z. PhD; Itzkovich, Malka M.Occ.Hb; Avrech Bar, Michal PhD Performance of Everyday Occupations and Perceived Health of Spouses of Men With Spinal Cord Injury at Discharge and 6 Months Later, <i>SPINE</i> : November 15, 2020 - Volume 45 - Issue 22 - p 1580-1586. https://orcid.org/0000-0001-9656-4780	01.09.2021

		<p>Soendergaard, P. L. , Wolffbrandt, M. M., Biering-Sørensen, F., Nordin, M., Schow, T., Arango-Lasprilla, J.C., and Norup, A. (2019). A manual-based family intervention for families living with the consequences of traumatic injury to the brain or spinal cord: a study protocol of a randomized controlled trial. <i>BMC Trials</i>.</p> <p>Alessio Conti, Lorenza Garrino, Paola Montanari & Valerio Dimonte (2016) Informal caregivers' needs on discharge from the spinal cord unit: analysis of perceptions and lived experiences, <i>Disability and Rehabilitation</i>, 38:2, 159-167, DOI: 10.3109/09638288.2015.1031287</p> <p>Hearn, J. H., Cotter, I., Finlay, K. A. (2019/8?). Efficacy of Internet-Delivered Mindfulness for Improving Depression in Caregivers of People With Spinal Cord Injuries and Chronic Neuropathic Pain: A Randomized Controlled Feasibility Trial. <i>Archives of Physical Medicine and Rehabilitation</i>, 100 17-25. https://doi.org/10.1016/j.apmr.2018.08.182</p> <p>Dyck et al. (2016). Comparison of two psycho-educational family group interventions for improving psycho-social outcomes in persons with spinal cord injury and their caregivers: a randomized-controlled trial of multi-family group intervention versus an active education control condition. <i>BMC Psychology</i> 10.1186/s40359-016-0145-0.</p> <p>Schulz, R., Czaja, S., Lustig, A., Zdaniuk, B., Martire, L., Perdomo, D. (2009). Improving the Quality of Life of Caregivers of Persons With Spinal Cord Injury: A Randomized Controlled Trial. <i>Rehabilitation Psychology</i></p> <p>Elliott, T. R., Berry, J. W. (2009). Brief Problem-Solving Training for Family Caregivers of Persons With Recent-Onset Spinal Cord Injuries: A Randomized Controlled Trial. <i>Journal of clinical Psychology</i>. Vol. 65(4), 406-422. 10.1002/jclp.20527</p>	
--	--	---	--

MEDLINE	Occupational Therap* or OT AND Spial Cord Injur* or paraplegia AND caregiver or spouse	0 Treffer	03.09.2021
MEDLINE	Intervention Study AND spinal cord injur* or paraplegia AND caregiver or spouse	0 Treffer	03.09.2021
MEDLINE	Discharge AND Spinal Cord Injury (MH) AND Occupational Therapy (MH)	15 Treffer nichts relevantes, welches in einem Teil Angehörige anspricht	03.09.2021
MEDLINE	Patient discharge MH AND Caregivers MH AND Occupational Therapy MH	1 Treffer nicht neurologisch	03.09.2021
LIVIVO	"occupational therapy" and "spinal cord injury" and "caregiver"	1 Treffer Ein Buch ohne Zugriff	03.09.2021
LIVIVO	"occupational therapy" and "caregiver*"	326 Treffer zu viele	03.09.2021
LIVIVO	"occupational therapy" and "caregiver*" and "neurology"	147 Treffer Jahres Beschränkung (2008) → 92 → zu viel und viel zu Parkinson und CVI	03.09.2021
LIVIVO	"occupational therapy" and "caregiver*" and "neurology" and "paraplegia"	5 Treffer Keine Interventionsstudie, ein Buch und anderes Thema	03.09.2021
LIVIVO	"occupational therapy" and "caregiver*" and "neurology" not "Parkinson"	116 Treffer Filter ab 2008 → 69 → zu viele Viel zu CVI oder Demenz	03.09.2021
LIVIVO	"occupational therapy" and "spinal cord injury" and spouse	9 Treffer	03.09.2021

		<p>Treisman, H., Ratzon, N. Z., Itzkovich, M. & Avrech Bar, M. (2020). Performance of Everyday Occupations and Perceived Health of Spouses of Men With Spi-nal Cord Injury at Discharge and 6 Months Later. <i>Spine</i>, 45(22), 1580–1586. https://doi.org/10.1097/brs.0000000000003630 (auch mit anderen Keywords in anderen Datenbanken gefunden)</p> <p>(RESERVE): Isaksson et al. (2008). Men's experiences of giving and taking social support after their wife's spinal cord injury. <i>Scandinavian journal of occupational therapy</i>. https://doi.org/10.1080/11038120802194265</p>	
OT Seeker	Spial cord injury AND discharge AND caregiver	0 Treffer	03.09.2021
OT Seeker	Spinal cord injury AND Adaptation	0 Treffer	03.09.2021
OT Seeker	Spinal cord injury AND caregiver	<p>1 Treffer</p> <p>Schulz, R., Czaja, S., Lustig, A., Zdaniuk, B., Martire, L., Perdomo, D. (2009). Improving the Quality of Life of Caregivers of Persons With Spinal Cord Injury: A Randomized Controlled Trial. <i>Rehabilitation Psychology</i>. https://doi.org/10.1037/a0014932 (auch mit anderen Keywords in anderen Datenbanken gefunden)</p>	03.09.2021
OT Seeker	Intervention AND caregiver AND neurology	7 → Nicht relevant	03.09.2021
PubMed	Spinal cord injury AND Caregivers AND intervention	<p>289 → 2005 → 263</p> <p>Dyck, D.G., Weeks, D. L., Smith, C. L., & Shaw, M. (2020): Multiple family group intervention for spinal cord injury: Quantitative and qualitative comparison with standard education.</p>	03.09.2021

		<p><i>The Journal of Spinal Cord Medicine</i>, https://doi.org/10.1080/10790268.2019.1710946</p> <p>Baker, Barker, & Sampson (2016). Caregiver outcomes and interventions: a systematic scoping review of the traumatic brain injury and spinal cord injury literature. <i>Clinical Rehabilitation</i>. https://doi.org/10.1177/0269215516639357</p> <p>Zanini, Fiordelli, Amann, Brach, Gemperli & Rubinelli. (2020). Coping strategies of family caregivers in spinal cord injury: a qualitative study. <i>Disability and Rehabilitation</i>. https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1764638 Es gibt ebenfalls mehrere weitere Studien zu den Bedürfnisse und zur Situation der Caregivers</p>	
PubMed	Spinal cord injury AND Occupational Therapy AND Caregivers	<p>40 Treffer</p> <p>Jeyathevan, G., Catharine Craven, B., Cameron, J. I., & Jaglal, S. B. (2020). Facilitators and barriers to supporting individuals with spinal cord injury in the community: experiences of family caregivers and care recipients. <i>Disability & Rehabilitation</i>, 42(13), 1844–1854. https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1541102 (auch mit anderen Keywords in anderen Datenbanken gefunden)</p> <p>Jeyathevan, D., Cameron, J. I., Craven, B. C., et al. (2019). Re-building relationships after a spinal cord injury: experiences of family caregivers and care recipients. <i>BMC Neurology</i>. https://doi.org/10.1186/s12883-019-1347-x (auch mit anderen Keywords in anderen Datenbanken gefunden)</p> <p>Treisman, Hadas MSc.OTa; Ratzon, Navah Z. PhD; Itzkovich, Malka M.Occ.Hb; Avrech Bar, Michal PhD Performance of Everyday Occupations and Perceived Health of Spouses of Men With Spinal Cord Injury at Discharge and 6 Months Later, <i>SPINE</i>: November 15, 2020 - Volume 45 - Issue 22 - p 1580-1586. https://orcid.org/0000-0001-9656-4780 (auch mit anderen Keywords in anderen Datenbanken gefunden)</p>	03.09.2021

		<p>Smith, E., Boucher, N., Miller, W. et al. Caregiving services in spinal cord injury: a systematic review of the literature. <i>Spinal Cord</i> 54, 562–569 (2016). https://doi.org/10.1038/sc.2016.8 (auch mit anderen Keywords in anderen Datenbanken gefunden)</p> <p>Sheija A., & Manigandan, C. (2005). Efficacy of support groups for spouses of patients with spinal cord injury and its impact on their quality of life. <i>International Journal of Rehabilitation Research</i> 28:379–383. https://doi.org/10.1097/00004356-200512000-00015 (auch mit anderen Keywords in anderen Datenbanken gefunden)</p> <p>Jeyathevan, G., Cameron, J. I., Craven, B. C., & Jaglal, S. B. (2019). Identifying Required Skills to Enhance Family Caregiver Competency in Caring for Individuals With Spinal Cord Injury Living in the Community. <i>Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation</i>, 25(4), 290–302. (auch mit anderen Keywords in anderen Datenbanken gefunden)</p>	
PubMed	Spinal cord injury AND discharge ANC caregivers	<p>40 Treffer</p> <p>Bourke, J. A., Nunnerly, J. L., Sullivan, M., & Derett, S. (2019). Relationships and the transition from spinal units to community for people with a first spinal cord injury: A New Zealand qualitative study. <i>Disability and Health</i>. https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2018.09.001</p> <p>Middleton, J. W., Simpson, G. K., De Wolf, A., Quirk, R., Descallar, J., Cameron, I. D. (2014). Psychological Distress, Quality of Life, and Burden in Caregivers During Community Reintegration After Spinal Cord Injury. <i>Archives of physical medicine rehabilitation</i>. http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2014.03.017</p> <p>Mit dieser Recherche findet man viel zu caregiver Burden</p>	03.09.2021

Tabita Zaugg 2022

Datenbank	Suchkombinationen / Eingrenzungen	Anzahl Treffer / Bewertung der Brauchbarkeit	Datum der Suche
AMED	((occupation or activity or identity or well-being or competence) and (alignment or therap* or intervention or best practice or treatment) and (spinal cord injury or sci or tetraplegia or paraplegia or quadriplegia) and (caregiver or family member)).af.	3 Treffer unbrauchbar	19.01.2022
AMED	((spinal cord injury or sci or tetraplegia or paraplegia or quadriplegia) and (spouse or partner or wife or husband or relatives or family member) and (intervention or therap* or management or strategies or treatment or program)).af.	18 Treffer Studie: Eine gute Beziehungsqualität steht in Zusammenhang mit einer geringeren subjektiven Belastung der Pflegenden. Eine gute Beziehungsqualität erhöht die Zufriedenheit mit der Pflegerrolle. Interventionen für pflegende Partner können auf die Beziehungsqualität abzielen Tough H, Brinkhof MW, Siegrist J & Fekete C. (2017). Subjective Caregiver Burden and Caregiver Satisfaction: The Role of Partner Relationship Quality and Reciprocity. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 98(10), 2042-2051. Retrieved from http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=amed&NEWS=N&AN=6001323 .	19.01.2022
AMED	((spinal cord injury or sci or tetraplegia or paraplegia or quadriplegia) and (caregiver* or family member or spouse or husband or wife or partner) and (intervention or therap* or management or strategies or treatment or program or best practice or education)).af.	47 Treffer Nichts neues	19.01.2022
AMED	find similar to Improving the quality of life of caregivers of persons with spinal cord injury: A randomized controlled trial	14 Treffer Demiris G, Oliver DP, Washington K & Pike K. (2019). A Problem-Solving Intervention for Hospice Family Caregivers: A Randomized Clinical Trial. Journal - American Geriatrics Society, 67(7), 1345-1352. Retrieved from	19.01.2022

		http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=amed&NEWS=N&AN=6005647 .	
AMED	((spinal cord injury or sci or tetraplegia or paraplegia or quadriplegia) and (spouse or partner or wife or husband or relatives or family member) and (intervention or therap* or group or management or strategies or treatment or program or best practice or education)).af.	27 Treffer Elliott TR, Berry JW, Richards JS & Shewchuk RM. (2014). Resilience in the initial year of caregiving for a family member with a traumatic spinal cord injury. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 82(6), 1072-86. Retrieved from http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=amed&NEWS=N&AN=0185196 . (Es zeigt sich schon bald nach dem Ereignis, wie resilient der Angehörige ist. Ellenbogen PS, Meade MA, Jackson MN & Barrett K. (2006). The impact of Spinal Cord Injury on the employment of family caregivers. Journal of Vocational Rehabilitation, 25(1), 35-44. Retrieved from http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=amed&NEWS=N&AN=0093729 . Der Einfluss der SCI auf die Arbeit des Angehörigen (19.01.2022
AMED	((spinal cord injury or sci or tetraplegia or paraplegia or quadriplegia) and (spouse or partner or wife or husband or relatives or family member) and (identity or well-being or welfare)).af.	7 Treffer Nicht brauchbar	19.01.2022
AMED	find similar to Burden of support for partners of persons with spinal cord injuries	4 Treffer	19.01.2022
AMED	find similar to Burden of support for partners of persons with spinal cord injuries	14 Treffer	19.01.2022
AMED	((spinal cord injury or sci or tetraplegia or paraplegia or quadriplegia) and (spous* or partner* or wife or husband or relatives or family member* or relation* or caregiver*) and (intervention or therap* or	254 Treffer	19.01.2022

	management or strategies or treatment or program)).af.		
AMED	((spinal cord injury or sci or tetraplegia or paraplegia or quadriplegia) and (spous* or partner* or wife or husband or relatives or family member* or relation* or caregiver*)).af. Zeitbegrenzung (2018-2022)	40 Treffer Scholten EWM, Ketelaar M, Visser-Meily JMA, Stolwijk-Swuste J, van Nes IJW, Gobets D, et al. (2020). Self-Efficacy Predicts Personal and Family Adjustment Among Persons With Spinal Cord Injury or Acquired Brain Injury and Their Significant Others: A Dyadic Approach. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 101(11), 1937-1945. Retrieved from http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=amed&NEWS=N&AN=5011913 . (aktuelle und spannende, ausführliche Studie zu Selbstwirksamkeit mit den Angehörigen, keine Interventionsstudie)	19.01.2022
AMED	((spinal cord injury or sci or tetraplegia or paraplegia or quadriplegia) and (spous* or partner* or wife or husband or relatives or family member* or relation* or caregiver*) and (occupation* therap* or ot)).af.	12 Treffer Jutras S, coulcombe S, Labbe D & Jutras D. (2015). Reappropriation of residential space of families with a person with a spinal cord injury. Canadian Journal of Occupational Therapy, 82(3), 169-80. Retrieved from http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=amed&NEWS=N&AN=0190601 .	19.01.2022
AMED	((spinal cord injury or sci or tetraplegia or paraplegia or quadriplegia) and (spous* or partner* or wife or husband or relatives or family member* or relation* or caregiver*) and occupation*).af.	37 Treffer Nichts neues	19.01.2022
AMED	find similar to Social Support Provides Motivation and Ability to Participate in Occupation	3 Treffer Nicht brauchbar	19.01.2022
AMED	((spinal cord injury or sci or tetraplegia or paraplegia or quadriplegia) and (spous* or partner* or wife or husband or relatives or family member* or relation* or caregiver*) and informal care*).af.	2 Treffer Nicht brauchbar	19.01.2022

AMED	((spinal cord injury or sci or tetraplegia or paraplegia or quadriplegia) and caregiver* and (intervention or therap* or management or strategies or treatment or program)).af.	26 Treffer Nicht brauchbar	19.01.2022
AMED	((spinal cord injury or sci or tetraplegia or paraplegia or quadriplegia) and (caregiver* or family member or spouse or husband or wife or partner) and (adaptation or management or identity)).af.	28 Treffer Rodgers ML, Strode AD, Norell DM, Short RA, Dyck DG & Becker B. (2007). Adapting Multiple-Family Group Treatment for Brain and Spinal Cord Injury Intervention Development and Preliminary Outcomes. American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation, 86(6), 482-92. Retrieved from http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=amed&NEWS=N&AN=0099832 .	19.01.2022
AMED	((spinal cord injury or sci or tetraplegia or paraplegia or quadriplegia) and (caregiver* or family member or spouse or husband or wife or partner) and occupation).af.	2 Treffer unbrauchbar	21.01.2022
AMED	((spinal cord injury or sci or tetraplegia or paraplegia or quadriplegia) and (caregiver* or family member or spouse or husband or wife or partner)).af. Zeitlimit: 2008-2022	41 Treffer Gross-Hemmi MH, Post MWM, Bienert S, Chamberlain JD, Hug K, Jordan X, et al. (2019). Participation in People Living With Spinal Cord Injury in Switzerland: Degree and Associated Factors. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 100(10), 1894-1906. Retrieved from http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=amed&NEWS=N&AN=5005112 . (Sehr wichtig für den Übertrag in den CH-Kontext und um Zusammenhang mit dem SCI Betroffenen aufzuzeigen) Morlett-Paredes A, Perrin PB, Olivera SL, Rogers HL, Perdomo JL, Arango JA, et al. (2014). With a little help from my friends: Social support and mental health in SCI caregivers from Neiva, Colombia. Neurorehabilitation, 35(4), 841-9. Retrieved from http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=amed&NEWS=N&AN=0185662 .	21.01.2022

		Bardak AY, Erhan B & Gunduz B. (2012). Low back pain among caregivers of spinal cord injured patients. Journal of Rehabilitation Medicine, 44(10), 858-61. Retrieved from http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=amed&NEWS=N&AN=0160261 . Angehörige sind gefährdet für Rückenschmerzen	
AMED	find similar to With a little help from my friends: Social support and mental health in SCI caregivers from Neiva, Colombia	Arango-Lasprilla JC, Plaza SL, Drew A, Romero JL, Pizarro JA, Francis K, et al. (2010). Family needs and psychosocial functioning of caregivers of individuals with, spinal cord injury from Colombia, South America. Neurorehabilitation, 27(1), 83-93. Retrieved from http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=amed&NEWS=N&AN=0135680 . -Kolumbien ist nicht unser Kontext, aber es wäre schon sehr nahe an unserem Thema	21.01.2022
AMED	((spinal cord injury or sci or tetraplegia or paraplegia or quadriplegia) and family*).af. Zeitlimit: 2008-2022	36 Treffer Scholten EWM, Ketelaar M, Visser-Meily JMA, Stolwijk-Swuste J, van Nes IJW, Gobets D, et al. (2020). Self-Efficacy Predicts Personal and Family Adjustment Among Persons With Spinal Cord Injury or Acquired Brain Injury and Their Significant Others: A Dyadic Approach. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 101(11), 1937-1945. Retrieved from http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=amed&NEWS=N&AN=5011913 Sagt, dass die HCP die Selbstwirksamkeit adressieren sollen für eine gelungene Adaptation nach Austritt. Stevens LF, Lehan T, Duran MA, Plaza SL & Arango-Lasprilla JC. (2016). Pilot study of a newly developed intervention for families facing serious injury. Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation, 22(1), 49-59. Retrieved from http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=amed&NEWS=N&AN=0199111 .	21.01.2022

AMED	find similar to Pilot study of a newly developed intervention for families facing serious injury	Lucke KT, Coccia H, Goode JS & Lucke JF. (2004). Quality of life in spinal cord injured individuals and their caregivers during the initial 6 months following rehabilitation. Quality of Life Research, 13(1), 97-110. Retrieved from http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=amed&NEWS=N&AN=0061507 . Beschreibt den Bedarf für Interventionen um die Lebensqualität zu Verbessern des Betroffenen und Angehörigen während des Überganges von Reha nach Hause	21.01.2022
AMED	((spinal cord injury or sci or tetraplegia or paraplegia or quadriplegia) and (spous* or partner* or wife or husband or relatives or family* member* or relation* or caregiver*) and intervention).af.	53 Treffer Nicht brauchbar	21.01.2022
AMED	find similar to Improving the quality of life of caregivers of persons with spinal cord injury: A randomized controlled trial	Treffer 14 Nicht brauchbar	21.01.2022
AMED	(spinal cord injury or sci or tetraplegia or paraplegia or quadriplegia).af. Zeitlimit: 2021-Jetzt	Treffer 13 Nicht brauchbar	21.01.2022
CINAHL Complete	(sci or spinal cord injury or spinal injury or tetraplegia or paraplegia or quadriplegia) AND (caregiver* or family member or spouse or husband or wife or partner)	Treffer 975	21.01.2022
CINAHL Complete	(sci or spinal cord injury or spinal injury or tetraplegia or paraplegia or quadriplegia) AND (caregiver* or family member or spouse or husband or wife or partner) AND (interventions or strategies or best practices or treatment or therap* or program or management)	Treffer 499	21.01.2022
CINAHL Complete	(sci or spinal cord injury or spinal injury or tetraplegia or paraplegia or quadriplegia) AND (caregiver* or family member or spouse or husband or wife or partner) AND (interventions or strategies or best practices or treatment or therap* or program or	Treffer 37 Nicht brauchbar	21.01.2022

	management) AND (occupation* therap* or occupational therapist or ot)		
CINAHL Complete	(sci or spinal cord injury or spinal injury or tetraplegia or paraplegia or quadriplegia) AND (caregiver* or family member or spouse or husband or wife or partner) AND (interventions or strategies or best practices or treatment or therap* or program or management) AND (identity or self identity or self-identity or self concept or self-concept)	Treffer 25 Lynch, J., & Cahalan, R. (2017). The impact of spinal cord injury on the quality of life of primary family caregivers: a literature review. <i>Spinal Cord</i> , 55(11), 964–978. https://doi.org/10.1038/sc.2017.56 (enthält eine Literaturübersicht über vorhanden Interventionen für IC)	21.01.2022
	Aus der Studie/Literaturreview Lynch und Cahalan 2017	Elliott TR, Brossart D, Berry JW, Fine PR. Problem-solving training via videoconferencing for family caregivers of persons with spinal cord injuries: A randomized controlled trial. <i>Behav Res Ther</i> 2008; 46: 1220–1229. Elliott TR, Berry JW. Brief problem-solving training for family caregivers of persons with recent-onset spinal cord injuries: a randomized controlled trial'. <i>J Clin Psychol</i> 2009; 65: 406–422 Molazem Z, Falahati T, Jahanbin I, Jafari P, Ghadakpour S. The effect of psycho-educational interventions on the quality of life of the family caregivers of the patients with spinal cord injury: a randomized controlled trial. <i>Int J Community Based Nurs Midwifery</i> 2014; 2: 31–39. Schulz R, Czaja SJ, Lustig A, Zdaniuk B, Martire LM, Perdomo D. Improving the quality of life of caregivers of persons with spinal cord injury: a randomized controlled trial. <i>Rehabil Psychol</i> 2009; 54: 1–15.	21.01.2022
CINAHL Complete	(spinal cord injury or sci or paraplegic or tetraplegia or quadriplegic) AND (caregiver* or family member or spouse or husband or wife or partner)) AND (interventions or strategies or best practices or	Treffer 473	21.01.2022

	treatment or therap* or program or management or pilot)		
CINAHL Complete	(spinal cord injury or sci or paraplegic or tetraplegia or quadriplegic) AND (caregiver* or family member or spouse or husband or wife or partner)) AND (interventions or strategies or best practices or treatment or therap* or program or management or pilot) AND occupation*	Treffer 41 Alpajora, B., Gerhardt, N., Thielen, C. C., Dunn, W., & Mulcahey, M. J. (2021). Health Coaching in Context for Caregivers of Youth With Spinal Cord Injury: A Feasibility Study...American Occupational Therapy Association (AOTA) INSPIRE 2021 (Virtual), April 6-30, 2021. American Journal of Occupational Therapy, 75(Sup2), 1. https://doi.org/10.5014/ajot.2021.75S2-PO97 (Pilotstudie, Fokus Kinder, jedoch Intervention)	21.01.2022
CINAHL Complete	(spinal cord injury or sci or paraplegic or tetraplegia or quadriplegic) AND (caregiver* or family member or spouse or husband or wife or partner)) AND (interventions or strategies or best practices or treatment or therap* or program or management or pilot) AND (burden or stress or fatigue or burnout or strain)	Treffer 108 Mulcahey, M., Gerhardt, N., Alpajora, B., Thielen, C. C., & Dunn, W. (2022). Coaching-in-Context With Informal Maternal Care Partners of Children With Spinal Cord Injury. Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation, 28(1), 99–113. https://doi.org/10.46292/sci21-00045 -nach 10 aufgehört	21.01.2022
CINAHL Complete	(spinal cord injury or sci or paraplegic or tetraplegia or quadriplegic) AND (caregiver* or family member or spouse or husband or wife or partner)) AND (coaching or mentoring or supervising)	Treffer 6 Nicht brauchbar	21.01.2022
CINAHL Complete	(spinal cord injury or sci or paraplegic or tetraplegia or quadriplegic) AND (caregiver* or family member or spouse or husband or wife or partner)) AND education	Treffer 148 Juguera Rodríguez, L., Pardo Ríos, M., Castillo Hermoso, M., Pérez Alonso, N., Leal Costa, C., & Díaz Agea, J. L. (2020). Impact of simulation-based learning on family caregivers during the rehabilitation period of individuals with spinal cord injury. Spinal Cord, 58(1), 95–105. https://doi.org/10.1038/s41393-019-0343-8 -bis 20 gesucht	21.01.2022

<p>CINAHL Complete</p>	<p>(sci or spinal cord injury or spinal injury or quadriplegia or tetraplegia or paraplegia) AND (caregiver burden or caregiver stress or caregiver fatigue or caregiver burnout or caregiver strain) AND (interventions or education or coaching or strategies or best practices or treatment or therapy or program or management)</p>	<p>Treffer 88</p> <p>Conti, A., Clari, M., Nolan, M., Wallace, E., Tommasini, M., Mozzone, S., & Campagna, S. (2019). The Relationship Between Psychological and Physical Secondary Conditions and Family Caregiver Burden in Spinal Cord Injury: A Correlational Study. <i>Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation</i>, 25(4), 271–280. https://doi.org/10.1310/sci2504-271 (Psychoedukative Unterstützung ist wichtig für Angehörige um die Belastung durch Fogeerkrankungen zu verhindern)</p> <p>Conti, A., Clari, M., Garrino, L., Maitan, P., Scivoletto, G., Cavallaro, L., Bandini, B., Mozzone, S., Vellone, E., & Frigerio, S. (2019). Adaptation and validation of the Caregiver Burden Inventory in Spinal Cord Injuries (CBI-SCI). <i>Spinal Cord</i>, 57(1), 75–82. https://doi.org/10.1038/s41393-018-0179-7 (Validation eines Fragebogens, um die Caregiver Burden zu erfassen bei SCI, Einbezug, was der Intervention vorhergehen kann)</p> <p>Castellano-Tejedor, C., & Lusilla-Palacios, P. (2017). A study of burden of care and its correlates among family members supporting relatives and loved ones with traumatic spinal cord injuries. <i>Clinical Rehabilitation</i>, 31(7), 948–956. https://doi.org/10.1177/0269215517709330 (Caregiver Burden wird durch Resilienz und Zufriedenheit verringert. Dies hängt mit der Ungewissheit über die Zukunft, der Unsicherheit in der Pflege und der Anhängigkeit des Betroffenen zusammen)</p> <p>Ryerson Espino, S. L., O'Rourke, K., Kelly, E. H., January, A. M., & Vogel, L. C. (2022). Coping, Social Support, and Caregiver Well-Being With Families Living With SCI: A Mixed Methods Study. <i>Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation</i>, 28(1), 78–98. https://doi.org/10.46292/sci21-00013 (Interventionen müssen multimodal sein, Fähigkeiten entwickeln, Entlastungsmöglichkeiten bieten, Informationen etc.</p>	<p>22.01.2022</p>
----------------------------	---	--	-------------------

		<p>Nogueira, P. C., Nasbine Rabe, S. A., Larcher Caliri, M. H., Spadoti Dantas, R. A., & Haas, V. J. (2012). Burden of care and its impact on health-related quality of life of caregivers of individuals with spinal cord injury. <i>Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE)</i>, 20(6), 1048–1056. https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000600006</p> <p>(Auf Patientenebene um CB zu minimieren: Patienten auf die Entlassung vorbereiten, Ermöglichen von Gesundheitsdiensten zuhause, Integration des Unterstützungsnetzes = Verbesserung der Lebensqualität der IC)</p> <p>Diviani, N., Zanini, C., Jaks, R., Brach, M., Gemperli, A., & Rubinelli, S. (2020). Information seeking behavior and perceived health literacy of family caregivers of persons living with a chronic condition. The case of spinal cord injury in Switzerland. <i>Patient Education & Counseling</i>, 103(8), 1531–1537. https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.02.024</p> <p>(IC in der Schweiz benötigen mehr Informationen von HCP um CB zu verringern)</p>	
CINAHL Complete	Caregiver outcomes and interventions: a systematic scoping review of the traumatic brain injury and spinal cord injury literature. Aim: To identify factors reported with negative and positive outcomes for caregivers of the traumatic brain injury and spinal cord injury cohorts, to investigate what interventions have been studied to support carers and to report what effectiveness has been found. Methods: Scoping systematic review. Electronic databases and websites were searched from 1990 to Decemb ... (smart Text Searching)	<p>Treffer: 54'871</p> <p>LaVela, S. L., Landers, K., Etingen, B., Karalius, V. P., & Miskevics, S. (2015). Factors related to caregiving for individuals with spinal cord injury compared to caregiving for individuals with other neurologic conditions. <i>Journal of Spinal Cord Medicine</i>, 38(4), 505–514. https://doi.org/10.1179/2045772314Y.0000000240</p> <p>(Im Vergleich zu Angehörigen von neurologischen Erkrankungen zeigen SCI Angehörige mehr Fettleibigkeit und schlechtere Schlafqualität)</p>	22.01.2022
CINAHL Complete	(sci or spinal cord injury or spinal injury or tetraplegia or paraplegia) AND (veterans or military or soldiers or servicemen) AND (caregivers or family members or relatives or informal caregivers) AND (interventions or strategies or coaching or best	<p>Treffer: 38</p> <p>Nichts neues</p>	22.01.2022

	practices or treatment or therapy or program or management)		
CINAHL Complete	(sci or spinal cord injury or spinal injury or tetraplegia or paraplegia) AND (spouse or or family member or caregive* or partner or wife or wives or husband or couple or couples) AND (coach* or teach* or educat*) AND (occupation or meaningful activities or daily activities or daily living or adl or activities of daily living)	Treffer: 20 Nichts neues	22.01.2022
CINAHL Complete	(sci or spinal cord injury or spinal injury or tetraplegia or paraplegia) AND (spouse or or family member or caregive* or partner or wife or wives or husband or couple or couples) AND (coach* or teach* or educat* or intervention* or pilot or treatment or strategies) AND (occupation or meaningful activities or daily activities or daily living or adl or activities of daily living)	Treffer 57 Nichts neues	22.01.2022
CINAHL Complete	(sci or spinal cord injury or spinal injury or tetraplegia or paraplegia) AND (spouse or or family member or caregive* or partner or wife or wives or husband or couple or couples) AND (coach* or teach* or educat* or intervention* or pilot or treatment or strategies) AND (identity or competence)	Treffer: 11 Nichts neues	22.01.2022
CINAHL Complete	(MH "Spinal Cord Injuries") AND (caregiver burden or caregiver stress or caregiver fatigue or caregiver burnout or caregiver strain) AND (intervention or therap* or treatment or strateg* or coaching or educat*)	Treffer 66	22.01.2022
OTDBASE	Mehrere suchterms	Lohnt sich nicht	22.01.2022

ERIC	((sci or spinal cord injury or quadriplegia or tetraplegia or paraplegia) and (spous* or partner* or wife or husband or relatives or family member* or relation* or caregiver*)).af.	Treffer: 246	24.01.2022
ERIC	((spinal cord injury or sci or tetraplegia or paraplegia or quadriplegia) and (spous* or partner* or wife or husband or relatives or family member* or relation* or caregiver*) and (intervention or therap* or management or strategies or treatment or program or best practice or education)).af.	Treffer: 156	24.01.2022
ERIC	((spinal cord injury or sci or tetraplegia or paraplegia or quadriplegia) and (spous* or partner* or wife or husband or relatives or family member* or relation* or caregiver*) and (intervention or therap* or management or strategies or treatment or program or best practice or education)).af. Zeitlimiete: 2010-2022	Treffer: 53 Nichts brauchbares	24.01.2022
ERIC	((spinal cord injury or sci or tetraplegia or paraplegia or quadriplegia) and (caregiver* or family member or spouse or husband or wife or partner) and discharge).af.	Treffer: 0	24.01.2022
Fachportal Pädagogik	Querschnittlähmung	Treffer: 14 Nichts Brauchbares	24.01.2022
FIS Bildung	Querschnittlähmung	Treffer: 10 Nichts brauchbares	24.01.2022
FORS SwissUbase	Querschnittlähmung	Treffer: 88 Nichts brauchbares	24.01.2022
IBSS	(spinal cord injury OR sci OR paraplegia OR tetraplegia OR quadriplegia) AND (spouse or partner or wife or husband or caregive)	Treffer: 9060	24.01.2022

IBSS	(spinal cord injury OR sci OR paraplegia OR tetraplegia OR quadriplegic) AND (spouse OR partner OR wife OR husband OR caregiver) AND (intervention OR treatment OR best practice OR coaching OR management OR therap*)	Treffer: 8936	24.01.2022
IBSS	(spinal cord injury OR sci OR paraplegia OR tetraplegia OR quadriplegic) AND (spouse OR partner OR wife OR husband OR caregiver) AND (intervention OR treatment OR best practice OR coaching OR management OR therap*) AND (occupation identity or identity)	Treffer: 4362	24.01.2022
IBSS	(spinal cord injury OR sci OR paraplegia OR tetraplegia OR quadriplegic) AND (spouse OR partner OR wife OR husband OR caregiver) AND pub(intervention OR treatment OR best practice OR coaching OR management OR therap*) AND (occupation identity OR identity)	Treffer: 94 Nicht brauchbar	24.01.2022
IBSS	mainsubject(spinal cord injury OR sci OR paraplegia OR tetraplegia OR quadriplegic) AND (spouse OR partner OR wife OR husband OR caregiver) AND (intervention OR treatment OR best practice OR coaching OR management OR therap*) AND (occupation identity OR identity)	Treffer: 4 Nicht brauchbares	24.01.2022
Oxford Bibliographics Social Work	Spinal cord injury	Treffer: 4 Nichts brauchbares	24.01.2022
Social Services Abstracts	Spinal cord injury	Treffer: 281	24.01.2022
Social Services Abstracts	(spinal cord injury or sci or paraplegia or quadriplegia or tetraplegia) AND (spouse and caregiver or wife or husband or partner)	Treffer: 2003	24.01.2022

Social Services Abstracts	(spinal cord injury OR sci OR paraplegia OR quadriplegic OR tetraplegia) AND mainsubject(spouse AND caregiver OR wife OR husband OR partner)	301	24.01.2022
Social Services Abstracts	(spinal cord injury OR sci OR paraplegia OR quadriplegic OR tetraplegia) AND (informal care)	397 -Erste 30 gescreent, nicht passend	24.01.2022
Social Services Abstracts	(spinal cord injury OR sci OR paraplegia OR quadriplegic OR tetraplegia) AND (caregiver support)	Treffer: 325 Die ersten gescreent, nicht passend	24.01.2022
Social Services Abstracts	(spinal cord injury) AND spouse	Treffer: 55 Nichts brauchbares	24.01.2022
Teacher Reference Center	(sci or spinal cord injury or spinal injury or quadriplegia or tetraplegia or paraplegia) AND (caregivers or caregiver burden or family members or relatives or informal caregivers) AND (interventions or strategies or coaching or best practices or treatment or therapy or program or management)	Treffer: 11 Unbrauchbar	24.01.2022
Teacher Reference Center	(sci or spinal cord injury or spinal injury or quadriplegia or tetraplegia or paraplegia) AND (caregivers or caregiver burden or family members or relatives or informal caregivers)	Treffer: 18 Unbrauchbar	24.01.2022
WISO	Querschnittlähmung	Treffer: 28 Unpassend	24.01.2022
CareLit	Querschnittlähmung AND Angehörige OR Mann OR Frau OR Partner OR Pflegeperson	Treffer: 4 Unpassend	24.01.2022
Emcare	((spinal cord injury or sci or tetraplegia or paraplegia or quadriplegia) and (caregiver* or family member or spouse or husband or wife or partner) and	Treffer: 761	24.01.2022

	((intervention or therap* or management or strategies or treatment or program)).af.		
Emcare	((spinal cord injury or sci or tetraplegia or paraplegia or quadriplegia) and (caregiver* or family member or spouse or husband or wife or partner) and (intervention or therap* or management or strategies or treatment or program) and (occupation or comeptence or identity or well-being)).af.	Treffer: 56 Juengst S.B., Osborne C.L., Holavanahalli R., Silva V., Kew C.L., Nabasny A., et al (2019). Feasibility Study of Problem-Solving Training for Care Partners of Adults With Traumatic Brain Injury, Spinal Cord Injury, Burn Injury, or Stroke During the Inpatient Hospital Stay. Archives of Rehabilitation Research and Clinical Translation, Arch. Rehab. Res. Clin. Trans., 1, no pagination. https://doi.org/10.1016/j.arrct.2019.100009 (Interventionsstudie, wahrscheinlich zu wenig ausgeführt) Jeyathevan G., Cameron J.I., Craven B.C. & Jaglal S.B. (2019). Identifying required skills to enhance family caregiver competency in caring for individuals with spinal cord injury living in the community. Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation, Top. Spinal Cord Inj. Rehabil., 25, 290-302. https://doi.org/10.1310/sci2504-290 (Fähigkeiten, welche pflegende Angehörige benötigen, grosse Bandbreite)	24.01.2022
Emcare	((spinal cord injury or sci or tetraplegia or paraplegia or quadriplegia) and (alignment or therap* or intervention or best practice or treatment) and (family member or "significant other" or spouse or husband or wife) and (occupation or comeptence or identity or well-being)).af.	Treffer: 11 -Nichts neues	24.01.2022

Laura Badoux 2022

Datenbank	Suchkombinationen / Eingrenzungen	Anzahl Treffer / Bewertung der Brauchbarkeit	Datum der Suche

MEDLINE	Spinal Cord Injuries (MH) AND "Caregiver Intervention"	1 Treffer (bereits im September und aufgrund des Alter (2009) ausgeschlossen)	17.01
MEDLINE	Spinal Cord Injuries (MH) AND Caregivers (MHO Intervention	188 → zu viele Treffer (Dyck)	17.01
MEDLINE	Spinal Cord Injuries (MH) AND Caregivers (MHO Intervention AND Intervention study	0	17.01
MEDLINE	Spinal Cord Injuries (MH) AND Caregivers MH AND Identity	4 Keine Interventionsstudien, beschreiben	17.01
MEDLINE	Spinal Cord Injuries (MH) AND Identity	110 → zu viel	17.01
MEDLINE	Spinal Cord Injuries (MH) AND Identity AND Intervention	9 (Treisman kommt schon wieder) → kein Fokus auf Angehörige	17.01
MEDLINE	Neurologic condition AND Caregiver AND Identity	0	17.01
MEDLINE	Neurology AND Caregiver AND Identity	5 → keine Interventionen	17.01
MEDLINE	Neurology AND Caregiver AND Adaptation	190 → zu viele	17.01
MEDLINE	Neurology AND Caregiver AND Adaptation AND Intervention	43 → zu wenig Bezug zu SCI, viel Demenz, Parkinson, MS oder amyotrophe sklerose Eine Interessante für Schlaganfall (Terill et al., 2018)	17.01

MEDLINE	Spinal Cord Injuries (MH) AND Caregivers (MH) AND Adaptation	46 Treffer Dyck et al Rodrigues et al. (2018). Relatives of people with spinal cord injury: a qualitative study of caregivers' metamorphosis https://doi.org/10.1038/s41393-018-0092-0 --> keine Interventionsstudie, zeigt die Bedürfnisse auf Fekete et al. ().Health impact of objective burden, subjective burden and positive aspects of caregiving: an observational study among caregivers in Switzerland. http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017369 Baker & Barker's Review (bereits in Tabelle) https://doi.org/10.1177/0269215516639357 Rodgers et al (2007). Adapting Multiple-Family Group Treatment for Brain and Spinal Cord Injury Intervention Development and Preliminary Outcomes. 10.1097/PHM.0b013e31805c00a1 → gut aber alt	24.01
MEDLINE	Spinal Cord Injuries (MH) AND Caregivers (MH) AND competence	2 Treffer Treisman	24.01
MEDLINE	Spinal Cord Injuries (MH) AND Caregivers (MH) best practice	2 Treffer nicht brauchbar	24.01
MEDLINE	Spinal Cord Injuries (MH) AND Caregivers (MH) Education	49 Treffer Dyck(2020) https://doi.org/10.1080/10790268.2019.1710946 Rodriguez et al (2020). Impact of simulation-based learning on family caregivers during the rehabilitation period of individuals with spinal cord injury https://doi.org/10.1038/s41393-019-0343-8	24.01

		<p>Miligan et al. (2020) Advancing primary and community care for persons with spinal cord injury: Key findings from a Canadian summit https://doi.org/10.1080/10790268.2018.1552643</p> <p>Jeyathevan et al. (2019). Identifying Required Skills to Enhance Family Caregiver Competency in Caring for Individuals With Spinal Cord Injury Living in the Community. https://doi.org/10.1310/sci2504-290 → keine Interventionsstudie, deswegen bereits mal ausgeschlossen</p> <p>Hearn & Cotter https://doi.org/10.1016/j.apmr.2018.08.182</p> <p>Munce et al. (2016). Meaning of self-management from the perspective of individuals with traumatic spinal cord injury, their caregivers, and acute care and rehabilitation managers: an opportunity for improved care delivery. DOI 10.1186/s12883-016-0534-2 → als Grundlage zur Interventionsentwicklung nützlich</p> <p>Hoffman (2016) Use of on-demand video to provide patient education on spinal cord injury. https://doi.org/10.1179/2045772311Y.0000000015</p> <p>Elliott & Berry (2009). https://doi.org/10.1002/jclp.20527 --> gut aber zu alt</p>	
MEDLINE	((caregivers or spouse or relative or partner) and (spinal cord injury or sci) and discharge)	102 Treffer	24.01
MEDLINE	((caregivers or spouse or relative or partner) and (spinal cord injury or sci) and discharge) And occupational therapy	9 Treffer	24.01
		<p>Jeyathevan (2020) Facilitators and barriers to supporting individuals with spinal cord injury in the community: experiences of family caregivers and care recipients https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1541102 → shows the need</p>	

		<p>for better integration of family members during the rehabilitation and discharge process to better prepare them for the caregiving role.</p> <p>Treisman Jeyathevan (2019)</p> <p>Mortenson Development of a Self-Management App for People with Spinal Cord Injury. https://doi.org/10.1007/s10916-019-1273-x</p>	
MEDLINE	(spinal cord injury or tetraplegia or quadriplegia) and (caregivers or partner or spouse) and coping)	<p>33 Treffer</p> <p>Zanini et al (2020). Coping strategies of family caregivers in spinal cord injury: a qualitative study https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1764638 --> in der Schweiz</p>	24.01
LIVIVO	Spinal Cord injury AND Caregiver	<p>139 Treffer zu viele</p> <p>Zanini et al, 2020 https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1764638 - -> nicht direkt eine Interventionsstudie, gilt aber als Grundlage zur Entwicklung von Interventionen</p>	21.01
LIVIVO	Spinal Cord injury AND Caregiver AND Intervention	<p>163? → zu viele</p> <p>Grahame (2021) https://doi.org/10.1016/j.apmr.2021.06.016 --> kommt mir irgendwie bekannt vor https://www.researchprotocols.org/2021/3/e28256/ unklar, ob es davon schon eine Studie gibt?</p> <p>Treisman (die mit den Männern) und Dyck (https://doi.org/10.1080/10790268.2019.1710946) sind auch wieder aufgetaucht https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112456 Zeigt auf was eine Intervention bräuchte</p>	21.01
LIVIVO	Spinal Cord injury AND Caregiver AND Intervention AND Intervention AND Adaptation	<p>39 Treffer</p> <p>Dyck Baker and Barker https://doi.org/10.1177/0269215516639357</p>	21.01

LIVIVO	Spinal Cord injury AND Caregiver AND Intervention AND Intervention AND Identity	11 → keine Interventionsstudien, nur welche die dei Bedürfnisse aufzeigen (Treisman)	21.01
LIVIVO	Spinal Cord injury AND Caregiver AND Intervention Study	127 → zu viele, sucht nicht nach Interventionsstudein	21.01
LIVIVO	Spinal Cord injury AND Caregiver AND Intervention AND "Intervention Study"	0 Treffer	21.01
LIVIVO	Spinal Cord injury AND Caregiver AND Intervention AND Intervention AND Coping	27 Treffer Grahame et al (2021) https://doi.org/10.1016/j.apmr.2021.06.016 Baker & Barker again Rodgers et al (2007) 10.1097/PHM.0b013e31805c00a1 → hatten wir in unserem 1. Screening, dann aufgrund des Alters ausgeschlossen (Tabita: bin auch nochmal darauf gestossen, ggf. doch in Betracht ziehen und begründen wegen aktueller minimaler Studienlage)	21.01
OT Seeker	Spinal cord injury AND caregiver AND Intervention	2 Treffer Eliott (DOI weiter oben) Schulz, R., Czaja, S. J., Lustig, A., Zdaniuk, B., Martire, L. M., & Perdomo, D. (2009). Improving the quality of life of caregivers of persons with spinal cord injury: A randomized controlled trial. <i>Rehabilitation Psychology</i> , 54(1), 1–15. https://doi.org/10.1037/a0014932 → Gut, aber alt	24.01
OT Seeker	spinal cord injury or tetraplegia or quadriplegia AND caregiver or partner AND adaptation	1 → nicht passend	24.01

OT Seeker	spinal cord injury or tetraplegia or quadriplegia AND caregiver or partner AND Identity	0 Treffer	24.01
OT Seeker	spinal cord injury or tetraplegia or quadriplegia AND occupational adaptation	143 → aber viele haben nichts mit den Keywords zu tun 0	24.01
OT Seeker	spinal cord injury or tetraplegia or quadriplegia AND Caregiver AND occupational adaptation	1 → Schulz https://doi.org/10.1037/a0014932	24.01
OT Seeker	spinal cord injury or tetraplegia or quadriplegia AND Caregiver AND education	1 → Schulz	24.01
OT Seeker	spinal cord injury or tetraplegia or quadriplegia AND Identity	143 → zu viele	24.01
OT Seeker	spinal cord injury or tetraplegia or quadriplegia AND Identity AND caregiver	1 → Schulz	24.01
OT Seeker	spinal cord injury or tetraplegia or quadriplegia AND caregiver AND best practice	1 → nicht relevant	24.01
OT Seeker	spinal cord injury or tetraplegia or quadriplegia AND caregiver AND intervention	68 → Trotz key Word kein Fokus auf Angehörige	24.01
PubMed	((spinal cord injury or tetraplegia or quadriplegia) AND (caregiver or partner or spouse)) AND (intervention)	543 Sucht nicht wirklich nach den Keywords?	24.01
Cochrane	Spinal cord injury AND caregivers AND Intervention	1 → Dekubitus	24.01

Cochrane	Neurology AND caregivers AND Intervention	Nichts brauchbares	24.01
Cochrane	caregivers AND Intervention NOT Cancer NOT Dementia	150 (betrachtet die "NOT" nicht) → nicht relevant	24.01

Anhang E) AICA-Raster der inkludierten Studie 1: Dyck et al. (2021)

LF	Studie	Forschungsschritt	Leitfragen Zusammenfassung	Leitfragen kritische Würdigung	Bemerkung/Einschätzung
----	--------	-------------------	----------------------------	--------------------------------	------------------------

1	Introduction	<p>Problembeschreibung Bezugsrahmen/Verortung des Themas, Forschungsfrage/-ziel (Hypothese)</p>	<p>a. Um welches Thema/Problem handelt es sich? Gesundheit und Lebensqualität von Menschen mit Rückenmarkläsionen und ihren Angehörigen.</p> <p>b. Was ist die Forschungsfrage/ Hypothese oder das Ziel? Ziel dieser Studie war es, die Wirksamkeit der MFG auf die Bewältigungsfähigkeit, die Patientenaktivierung und die soziale Unterstützung der Teilnehmer mit SCI sowie auf die Ergebnisse der Pflegekräfte, wie z. B. die Belastung und den Ausdruck von Ärger, zu testen. Die Effektivität von MFG auf Coping, Patienten Aktivierung und sozialer Unterstützung bei Personen mit SCI sowie caregiver burden und caregiver Anger expression (Ausdruck von Wut) zu testen. Ist eigentlich keine Fragestellung, sondern das Ziel</p> <p>c. Mit welchen Argumenten wurde die Forschungsfrage begründet?</p>	<p>a. Ist die Forschungsfrage/ Hypothese/das Ziel klar definiert? Die Forschungsfrage (ist eigentlich keine Frage, sondern nur das Ziel) ist ersichtlich, aber outcome etwas schwammig («such as Burden». In der Fragestellung/ Ziel sollte eine klare Eingrenzung ersichtlich sein). Die Fragestellung bezieht sich v.a. auf den Quantitativen Teil daher ist nach dem Lesen der Einleitung nicht ganz klar ersichtlich was das Ziel des qualitativen Teils ist. Hypothese: klar ersichtlich: sie erwarten in der Interventionsgruppe besseres Coping, mehr Patienten Aktivierung und social support und bei Caregivers reduziertes Burden, und verbesserte Qualität der Beziehung. Die Hypothese passt</p>	<p>Saubere Herleitung, Verständlich, kleine nicht-Übereinstimmung zwischen den Outcomes der Zielsetzung und der Hypothese</p>
---	--------------	---	--	--	---

			<p>SCI hat einschneidende Folgen für die Betroffenen. Viele der Betroffenen gehen zurück nach Hause und erhalten Unterstützung von Angehörigen. Die pflegenden Angehörigen leiden oft unter körperlichen und psychischen Gesundheitsprobleme. □ Es gibt einen grossen Bedarf an Interventionen, die Gesundheit und Lebensqualität von beiden verbessern!</p> <p>Evidenz zeigt, dass MFG bei anderen Krankheitsbildern effektiv ist, es gibt aber eine Forschungslücke für SCI.</p>	<p>aber nicht vollständig mit der Zielsetzung überein: Anger Expression kommt in der Fragestellung und nicht in der Hypothese vor, Verbesserte Qualität der Beziehung kommt nur in der Hypothese vor.</p> <p>b. Wird das Thema/das Problem mit vorhandener empirischer Literatur gestützt?</p> <p>Ja. Es gibt Literatur:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Für den Hintergrund und die Folgen der SCI • Für die Gesundheitlichen Problemen und Distress • Für die Effektivität von MFG bei anderen Krankheitsbildern 	
2	Methods	Design	<p>Randomized Control Trail</p> <p>a. Was soll untersucht werden? (Unterschied/Zusammenhang)</p> <p>Unterschied / Effekt von MFG vs Education Control</p>	<p>a. Ist die Verbindung zwischen der Forschungsfrage und dem gewählten methodischen Vorgehen nachvollziehbar?</p>	RCT für Quanti Teil sinnvoll

			<p>b. Wie oft wird gemessen/befragt (gibt es eine Messwiederholung)?</p> <p>Quantitative Daten: Baseline, nach der Intervention (9M) und 6 Monate später Qualitative Daten (Focus Group): am Ende der Interventionszeit (keine Messwiederholung)</p>	<p>Ja. Die Forschungsfrage will die Effektivität von MFG untersuchen. Daher macht ein RCT Sinn</p>	
		<p>Design, qualitativer Teil (Letts et al., 2007) Qualitative, descriptive approach</p>	<p>a. What was the Design? Was war das Design?</p> <p>In der Studie wird das Design als «Qualitative Description with content analysis» beschrieben. Dies ist keine der verbreiteten Designs. Die Qualitative Untersuchung von Dyck et al. könnte ins phänomenologische Design passen. Der qualitative Teil der Studie soll die Stärken und Schwächen der Teilnahme (subjektives Erleben) in beiden Gruppen aufzeigen</p> <p>b. Was the Design appropriate? War das Design angemessen?</p> <p>In der Fragestellung ist der Sinn des Quali Teil nicht ersichtlich, daher könnte man sagen, es passt nicht zur Fragestellung. Jedoch passt das Design zum Fokus des qualitativen Teils. Das gewählte Design kann zum Verständnis der Teilnahme an den beiden Interventionen beitragen.</p> <p>c. Was a theoretical Perspective identified? Wurde eine theoretische Perspektive identifiziert?</p> <p>Die theoretische Perspektive wird nicht explizit in der Studie genannt.</p>		<p>Erscheint sinnvoll, ist aber durch die aufgeführten Informationen schwer zu beurteilen</p>

			<p>d. What methods were used? Are they congruent with the philosophical underpinnings and purpose? Welche Methode wurde benutzt? Sind diese kongruent mit dem philosophischen Grundlagen und dem Ziel?</p> <p>Focus Groups. Der philosophische Hintergrund ist unklar. Aber Focus Groups sind sinnvoll zur Identifikation von Themen im Zusammenhang mit der Teilnahme an den Interventionen. Der negative Aspekt der Fokus Gruppen ist das Risiko des Gruppenzwangs in den Antworten.</p>	
3	Stichprobe	<p>a. Für welchen Personenkreis soll eine Aussage gemacht werden (Population)</p> <p>Dyaden von Menschen mit SCI und deren Informal Caregiver im Nordwesten der USA.</p> <p>b. Wie wurden die Stichproben definiert?</p> <p>Basierend auf definierten Einschlusskriterien für Betroffene und CG sowie Ausschlusskriterien für Angehörige wurden die Stichprobe definiert.</p> <p>Einschlusskriterien für Betroffene mit SCI</p>	<p>a. Ist die Population in Bezug auf die Fragestellung sinnvoll gewählt?</p> <p>Die Population ist passend zur Fragestellung gewählt. Sie betrifft in beiden Fällen pflegende Angehörige von Menschen mit Querschnittlähmung.</p> <p>b. Ist die Stichprobe in Bezug auf die Fragestellung und das methodische Vorgehen geeignet?</p> <p>Die Stichprobe ist deutlich zu klein. Die demografischen Daten unterscheiden sich nicht</p>	<p>Sampling und ziehen der Stichproben sowie Randomisierung etwas intransparent</p>

			<ul style="list-style-type: none"> • Tetra-, oder Paraplegie (komplett/inkomplett) • Austritt aus der Rehabilitation in den letzten drei Jahren • Älter als 16 • Mobilitätseinschränkung aufgrund der Verletzung • Leben in der Gemeinschaft (community in a nongroup setting) • Plan, in der geografischen Lage für min. 12 Monaten zu bleiben. <p>Einschlusskriterien für pflegende Angehörige:sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • primären instrumentellen/emotionalen Unterstützen • Verhältnis zum Betroffenen: Ehepartner, verwandt, Partner oder Freund • Möglichkeit, mindestens 2h pro Woche face-to-face Kontakt zu haben 	<p>signifikant zwischen den Gruppen und könnten die Population widerspiegeln. Es wird nicht explizit genannt, wo.</p> <p>c. Ist die Stichprobe repräsentativ in Bezug auf die Population? Eher ja, ausser vielleicht die Ethnie. Es sind mehr weibliche pflegende Angehörige dabei, was jedoch auch der allgemeinen Geschlechtsverteilung in der Caregiver Population entspricht.</p> <p>d. Wie wurden die Stichproben gezogen? Die Stichprobe wurde «Self selected», genaueres zum Rekrutierungsprozess fehlt und stellt somit ein Kritikpunkt der Transparenz im Vorgehen der Forschung dar</p> <p>e. Erscheint die Stichprobengrösse angemessen?</p>	
--	--	--	---	---	--

			<ul style="list-style-type: none"> • Mit dem Betroffenen oder in der Nähe zu wohnen • Älter als 18 • Besitz eines Telefons • Plan, in der geografischen Lage für min. 12 Monaten zu bleiben. <p>c. Wie viele Stichproben wurden definiert? Eine Stichprobe die folgend aufgeteilt wurde:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interventionsgruppe mit 10 Dyaden • Kontrollgruppe mit 9 Dyaden 	<p>Die Stichprobe ist deutlich zu klein, dies wird auch von den Autoren erkannt.</p> <p>f. Wenn Vergleichsgruppen: Wie wurden diese erstellt Sie wurden randomisiert, weitere Informationen zu diesem Prozess fehlen.</p> <p>g. Wurden Dropouts (Teilnehmende, welche aus der laufenden Untersuchung ausscheiden) angegeben und begründet? Es werden zwar keine Drop Outs genannt, aber dem Text zu entnehmen scheint es als gäbe es keine. Missings werden beschrieben (S. 5): 5 von 19 Werte fehlten in jedem Dyaden Teil nach der Intervention. 6 von 19 fehlende Werte (missings) bei SCI Betroffenen und 7 von 19 fehlende Werte</p>	
--	--	--	---	---	--

				<p>(missings) bei caregivers bei der 6 M follow Up.</p> <p>h. Beeinflussen die Dropouts die Ergebnisse?</p> <p>Ja. Um dieses auszugleichen, wurden unterschiedliche Statistische Verfahren (pooled imputed data analysis) durchgeführt. Da ein großer Teil der Daten imputiert wurde, wurden in Sensitivitätsanalysen die Analysen der imputierten Datensätze mit den Analysen der vollständigen Fälle verglichen.</p>	
		<p>Sampling Qualitativer Teil (Letts & Law)</p> <p>Qualitative descriptive approach</p>	<p>a. Was the process of purposeful selection described? Wurde der Prozess der gezielten Auswahl beschrieben?</p> <p>Siehe Abschnitt Quantitativer Teil. Das Zielbewusstsein (purposeful) ist präsent, da es die Teilnehmende der Interventionen sind, und genau das Gegenstand der Forschung ist.</p>	<p>a. Describe what sampling methods were used. Was the sampling method appropriate to the study purpose or research question? Beschreiben sie, welche Stichprobenmethoden verwendet wurden. War die Stichprobenmethode für den</p>	

			<p>b. Was sampling done until redundancy in data was reached? Wurde die Probenahme so lange durchgeführt, bis die Redundanz der Daten erreicht war?</p> <p>Nein, das wäre aber in dieser Studie auch nicht sinnvoll gewesen.</p> <p>c. Was informed consent obtained? Wurde eine informierte Zustimmung eingeholt?</p> <p>Ja</p>	<p>Zweck der Studie oder die Forschungsfrage geeignet?</p> <p>Da das Ziel ist, Informationen über das Teilnehmen an den Interventionen zu erhalten, ist es logisch und sinnvoll die TNs der beiden Gruppen zu nehmen.</p> <p>b. Are the Participants described in adequate detail? Is it applicable to my research? Sind die Teilnehmer ausreichend detailliert beschrieben? Ist sie auf meine Forschung anwendbar?</p> <p>Ja, dank den Ein- und Ausschlusskriterien sowie den Tabellen mit den demographischen Informationen.</p>	
4		Quantitative Datenerhebung	<p>a. Welche Art von Daten wurde erhoben? (physiologische Messungen Schriftliche Befragung/ Fragebogen/ Selbsteinschätzung → Fragebögen zur Selbsteinschätzung mit Likert Skalen.</p>	<p>a. Ist die Datenerhebung in Bezug auf die Fragestellung nachvollziehbar?</p> <p>Teilweise. Es ist genügend genau beschrieben was genau für Daten die</p>	

			<p>b. Wenn nur eine Stichprobe: Wie oft wurden Messungen durchgeführt? 3-mal: Baseline, nach der Intervention, 6 Monate Follow up</p>	<p>Erfassungsinstrumente erheben, z.B. ob mehr Punkte ein besseren oder schlechteren Score bedeuten.</p> <p>b. Sind die Methoden der Datenerhebung bei allen Teilnehmenden gleich? Zwischen der Kontrollgruppe und der Interventionsgruppe ja, einige Assessments wurden aber nur bei den Betroffenen, andere nur bei den CGs durchgeführt.</p> <p>c. Wurden die Daten von allen Teilnehmenden komplett/vollständig erhoben? Nein, es gibt Missings nach der Intervention und nach dem Follow up (beschrieben auf S.5): 5 von 19 Erhebungswerte fehlten in jedem Dyaden Teil Post Treatment 6 von 19 Missings bei SCI Betroffene und 7 von 19</p>	
--	--	--	--	--	--

				Missings bei caregivers bei der 6 M follow Up	
		Qualitative Datenerhebung (Letts et al., 2007)	<p>a. Descriptive clarity/ Deskriptive Klarheit:</p> <p>i. clear and complete description of site & participants/ klare und vollständige Beschreibung des Standorts und der Teilnehmer Die Teilnehmenden sind klar beschrieben, jedoch fehlt die Beschreibung des Settings komplett. Ebenfalls fehlt die explizite Erwähnung, dass die Fokusgruppe in der Interventionsgruppe selbst stattfand.</p> <p>ii. of the role of the researcher and relationship with participants/ über die Rolle des</p>	<p>a. Beschreibung des Kontexts der Studie? Nach einer MFG Intervention/Education Control fanden die Fokusgruppen statt.</p> <p>b. Fehlt etwas und beeinflusst es die Studie? Es scheint nicht in der Datenerhebung zu fehlen, jedoch wird dies in der Studie selbst zu wenig beschrieben und kann somit nicht vollständig beantwortet werden.</p> <p>c. Ist die Datenerhebung in Bezug auf die Fragestellung nachvollziehbar? Der Sinn der Fokus Gruppen zur Evaluation der Intervention ist</p>	

			<p>Forschern und die Beziehung zu den Teilnehmern</p> <p>In der Studie wird die Beziehung nicht thematisiert</p> <p>iii. Identification of assumptions and biases of researcher/ Identifizierung von Annahmen und Bias der Forschenden</p> <p>Wird von den Autoren nicht explizit benannt.</p> <p>b. Welche Art von Daten wurde erhoben?</p> <p>Verbale Aussagen der Teilnehmenden de Focus Groups in Form von Transkript (Roh Form: Video)</p> <p>c. Wenn nur eine Stichprobe: Wie oft wurden Messungen durchgeführt?</p> <p>1x nach der Intervention</p> <p>c. Procedural Rigor? Do the researchers provide adequate information about data collection procedures e.g., gaining access to the site, field notes, training data gatherers? Describe any</p>	<p>nachvollziehbar, hat aber wenig mit der Fragestellung zu tun.</p> <p>Bzw. ist der Zusammenhang zwischen der Fragestellung und dem qualitativen Teil nicht klar ersichtlich. Die Datenerhebung wird ungenau beschrieben.</p>	
--	--	--	--	--	--

			<p>flexibility in the design & data collection methods.</p> <p>Verfahrenstechnische Rigorosität?</p> <p>Stellen die Forscher angemessene Informationen über die Datenerhebungsverfahren zur Verfügung, z. B. Zugang zum Standort, Feldnotizen, Schulung der Datensammler? Beschreiben Sie jegliche Flexibilität im Design und in den Datenerhebungsmethoden.</p> <p>Nein, die Autoren liefern darüber nur sehr wenig Informationen. Man weiss, dass die Fokus Gruppen gefilmt wurden und dann transkribiert wurden.</p>		
--	--	--	---	--	--

LF	Studie	Forschungsschritt	Leitfragen Zusammenfassung	Leitfragen kritische Würdigung	Bemerkung/Einschätzung
5	Methods	Messverfahren & Messinstrumente (Variablen)	<p>a. Welche Variablen wurden zur Beantwortung der Fragestellung definiert?</p> <p>Für Teilnehmende mir SCI:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coping • Patienten Aktivierung 	<p>a. Sind die Variablen sinnvoll und umfassend in Bezug auf die Fragestellung gewählt?</p> <p>Die meisten Variablen passen zur Fragestellung, jedoch ist nicht ganz klar was für den SCI Patient ist und</p>	<p>Passung zwischen Zielsetzung und Messverfahren nicht vollständig gegeben.</p> <p>Die meisten Messinstrumente sind</p>

			<ul style="list-style-type: none"> • Soziale Unterstützung • Für pflegende Angehörige: • Soziale Unterstützung • Caregiver Burden • Beziehungsqualität • Caregiver Anger Expression • Dyade (in der Hypothese genannt) <p>b. Welche Instrumente wurden zur Datenerhebung benutzt?</p> <ul style="list-style-type: none"> • The Patient Activation Measure (PAM): Wissen, Selbstvertrauen und Teilnahme an Selbstmanagement • Anger Expression Scale: Anger Expression und soziale Unterstützung wurden untersucht • Abbreviated Duke social support Index (ADSSI) zur Messung von subjektiver Unterstützung und 	<p>was für den Caregiver ist. In der Studie sind im Abschnitt «SCI Assessments» Assessments drin die in der Fragestellung Outcomes für den Caregiver sind und umgekehrt. Es ist nicht klar, zu welchen/m Outcome/s das F-COPES passt. Es könnte zu den Outcomes Coping, Dyad Functioning und Social Support passen.</p> <p>b. Fehlen relevante Variablen? Es sind etwas zu viele Variablen für eine mixed method Studie. Zusätzlich zu den vielen quantitativ erhobenen Variablen wird das Erleben der Intervention im qualitativen Teil der Studie erhoben. Diese Ergebnisse sollen dann sinnvoll dargestellt und diskutiert werden, dafür sind es sehr viele.</p> <p>c. Sind die Messinstrumente in Bezug auf die Fragestellung/Variablen geeignet?</p>	<p>valide und reliabel, dies wird aber nicht präzise in der Studie angegeben und benötigte zusätzliche Recherchen.</p>
--	--	--	---	---	--

			<p>Interaktionen im sozialen Netzwerk</p> <ul style="list-style-type: none"> • Caregiver Burden Inventory (CBI) • Untersuchte CB in 4 Bereichen: physisch, sozial, emotional und Zeit-Abhängigkeit • Anger Expression scale • Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales (F-COPES) Untersucht: Coping auf Familien-Ebene inklusive Nutzung von sozialer/ spiritueller Unterstützung, Reframing negativer Ereignisse und die Familie mobilisieren. Beinhaltet eine 4-Item Skala welche passives Coping Verhalten untersucht <p>c. Welche Intervention wird getestet?</p>	<p>Die meisten Messinstrumente passen zu den Variablen. Sie passen zwar gut, aber nicht vollständig zur Fragestellung.</p> <p>→ Es steht nicht, wie man die Messinstrumente interpretieren soll, bzw. zeigen hohe Werte eine gute Gesundheit und Coping oder ein dysfunktionales?</p> <p>Auch ist nicht genau ersichtlich was für Daten es sind.</p> <p>d. Sind die Messinstrumente zuverlässig (reliabel und valide)?</p> <p>Im Methoden Teil steht dazu nichts</p> <p>Aus Internet Recherchen:</p> <p>Patient activation measure:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cronbach α = 0.925 → sehr gut in einer anderen Studie 0.81 = gut • Beide der Studien schreiben im Abstract das PAM sei ein reliables und valides Instrument 	
--	--	--	--	--	--

			<p>Multiple Family Group Intervention:</p> <p>Strukturiertes Problemlöse Skills Training mit dem Ziel den Betroffenen und ihren Caregivers Informationen und Instrumente zu verbessertem Coping und Unterstützung durch positive Verhaltensänderung zu geben.</p> <p>Phasen der Intervention:</p> <p>1.) Joining/Kennenlernen: Der Facilitator (Gesundheitsfachperson) traf die Duos zur Evaluation ihrer aktuellen Problemen und um Ziele festzulegen</p> <p>2.) 2 Sessions Edukationsworkshop mit Informationen über SCI an alle Duos</p> <p>3.) 12 zweimonatliche MFG Meetings: Aufbau von Problemlöse- und Kommunikations-Skills indem</p>	<p>Abbreviated Duke social support Index (ADSSI):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interne Reliabilität "vernünftig" (reasonable) • Cronbachs α 0.6-0.82 = zweifelhaft bis gut <p>Anger Expression scale (AXS):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keine Infos dazu im Literaturverzeichnis der Studie oder auf Internet gefunden. <p>Caregiver Burden Inventory:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cronbachs α in Brasilien: 0.936 = Exzellent • Pearson correlation coefficient: 0.79-0.943 = starker positiver Zusammenhang <p>Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales (F-COPES):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cronbachs α: 0.62-0.87 = zweifelhaft → gut • Test-retest reliability: .61-.95 = gut? 	
--	--	--	--	--	--

			<p>gleichzeitig soziale Unterstützung erhalten wird. Diese 12 Treffen sind in 3 Phasen mit 4 Treffen aufgeteilt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • SCI Management und Self-Care • Gesund bleiben nach SCI • Coping und Leben mit SCI <p>MFG zielt darauf ab, emotionaler Stress zu reduzieren und die Skills sowie emotionaler Support zu verbessern.</p> <p>→ Es sind nicht die Gesundheitsfachpersonen, die das Problem und die Lösung planen und mitbringen, sondern die Teilnehmenden bringen sie aus ihrer persönlichen Erfahrungen und eigenem Leben mit. Die Lösungen werden als Hausaufgabe für das nächste Treffen mitgegeben.</p>	<p>→ ausser für die AXS weisen die Messungsinstrumente eine akzeptable Reliabilität und Validität auf.</p> <p>e. Wird die Auswahl der Messinstrumente nachvollziehbar begründet? Im Methodenteil ist keine Begründung sichtbar</p> <p>f. Sind mögliche Einflüsse/Verzerrungen auf die Intervention beschrieben? Nicht im Methodenteil In den Limitationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kleines und Selbstgewähltes Sample • Da beide Gruppen eine Intervention erhalten haben, ist der Vergleich nicht gleich akkurat, als wenn es noch eine Interventionslose Gruppe gäbe • Die externe Validität und Flexibilität kann reduziert 	
--	--	--	---	--	--

			<p>Kontrollintervention: Education Control</p> <p>Die Teilnehmenden erhalten in Frontal Unterricht Stil</p> <p>Informationen zu den Effekten von SCI auf den Körper, Funktionen maximieren, Coping Strategien, leben und gesund bleiben mit SCI</p> <p>Interaktion zwischen den TNs wird aufs Minimum gehalten</p>	<p>sein, weil die Interventionen manualisiert sind</p>	
6		Datenanalyse quantitativ	<p>a. Welches Skalenniveau weisen die erhobenen Variablen auf?</p> <p>Es handelt sich bei den Messinstrumenten um Likert Skalen, das heisst die Daten sind Ordinal.</p> <p>Demographische Daten: Geschlecht, Rasse, Beziehung zu Betroffenen: Nominal</p> <p>Läsionsort, Bildung: Ordinal</p> <p>Alter: Intervall</p>	<p>a. Werden die gewählten Analyseverfahren klar beschrieben?</p> <p>Es wird zwischen Verfahren für metrische und parametrische Daten unterschieden (zwar werden die ordinalen Daten der Likert Skalen proportional bzw. metrisch verwendet)</p> <p>Es fehlt einige Schritte zur vollständigen Nachvollziehbarkeit der Datenanalyse.</p> <p>Es wird von mehreren Messpunkten gesprochen, ist aber in der</p>	<p>Ordinale Daten der Likert Skalen werden proportional verwendet → ist in sehr vielen Studien der Fall</p> <p>Es werden mehrmals Daten erhoben, die Ergebnisse an den unterschiedlichen Zeitpunkten sind aber nicht ersichtlich</p>

			<p>b. Welche statistischen Verfahren wurden zur Datenanalyse genutzt?</p> <p>Für Vergleiche kategorischer /nominalen Variablen den Chi Square Test</p> <p>Für Vergleiche Proportionaler/rationalen Variablen der t-test</p> <p>ANCOVA: Analyse von von Kovarianzen mit Messwiederholungen des 2. Faktors. Bei den Analysen für die Personen mit SCI waren Alter und Baseline Werte die Kovariaten.</p> <p>Für die Analysen der CGs waren die Baseline Werte die Kovariaten.</p> <p>c. Wurde ein Signifikanzniveau festgelegt (5% meist implizit, 1% oder 10% sollten begründet werden)</p> <p>5% wird zwar festgelegt in den Tabellen aber nicht aufgezeigt</p>	<p>Datenanalyse nicht wirklich ersichtlich.</p> <p>b. Wurden die Verfahren in Bezug auf die Fragestellung sinnvoll angewendet?</p> <p>Jein.</p> <p>Es wird von einem t-Test gesprochen, dieser wird wahrscheinlich zum Vergleich der demographischen Informationen beider Gruppen eingesetzt, es ist aber nicht klar beschrieben.</p> <p>Ein Gruppen Vergleich (Varianz Analyse) scheint sinnvoll. Das Einbeziehen Covarianzen nach der Untersuchung beider Gruppen ist auch sinnvoll.</p> <p>Es werden mehrmals Daten erhoben (baseline, post intervention, 9 Monate Follow-up), es ist aber nur ein Vergleich zwischen den beiden Gruppen dargelegt. Die unterschiedlichen Werte über die Zeit sind zum Testen der Wirksamkeit der</p>	
--	--	--	---	--	--

				<p>Intervention auch wichtig (Bezug zu Fragestellung).</p> <p>c. Entsprechen die statistischen Analyseverfahren den Skalenniveaus?</p> <p>Wurden Voraussetzungen zur Verwendung bestimmter statistischer Analyseverfahren überprüft?</p> <p>Ordinale Daten der Likert Skalen werden proportional verwendet. Daher ist die Voraussetzung «Die Abhängige Variabel soll mindestens Intervall skaliert sein» nicht genau erfüllt. Normalverteilung wurde überprüft.</p>	
		Datenanalyse qualitativ (Letts et al., 2007)	<p>a. Analytical Rigour: Data Analyses were inductive? War die Datenanalyse induktiv?</p> <p>Induktion: Ja, sie haben aufgrund des Inhalts der Gespräche der Fokusgruppen Themen herausgearbeitet. Man weiss, das mit Codes gearbeitet wurde.</p>	<p>a. Describe Methods of Data Analysis. Were the methods appropriate? Beschreiben Sie die Methoden der Datenauswertung. Waren die Methoden angemessen?</p> <p>Es steht wenig darüber. Man weiss nicht wie der Inhalt der Gespräche aufgenommen wurden, man weiss nicht, was für Fragen und ob</p>	<p>Wahrscheinlich, weil es eine mixed methods study ist, ist die Datenanalyse eher knapp dargelegt, insbesondere wie sie zu diesen Ergebnissen gekommen sind.</p>

			<p>Folgende Themen wurden ausgearbeitet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sense of Belonging • Teamwork (nur MFG) • Knowledge • Increased opportunities for engagement <p>b. Findings were consistent with and reflective of data? Die Ergebnisse stimmen mit den Daten überein und spiegeln sie wider?</p> <p>Es werden nur wenige Rohdaten (Texte) dargelegt, aber die Themen passen zu den wenigen Ausschnitten. Man weiss, dass sie mit Codes gearbeitet haben, aber nicht mit welchen.</p>	<p>überhaupt Fragen gestellt wurden. Es besteht die Gefahr für einen Hawthorne effect, da Teilnehmende wahrscheinlich wussten, dass sie gefilmt wurden.</p> <p>Die Inhaltsanalyse beinhaltet den «combing-concept» und data driven analysisa approach</p>	
--	--	--	---	---	--

7	Results	Ergebnisse Quantitativer Teil	<p>a. Welche Ergebnisse werden präsentiert?</p> <p>Im Text: Die Skalen, welche einen signifikanten Gruppen Haupteffekt aufzeigen, werden mit Signifikanz Niveau dargelegt</p> <p>Tabelle 7: Die Werte (Means und SD) der beiden Gruppen sowie die Effektgrösse für die Signifikanten Skalen werden dargestellt. → es steht nicht was für eine Effektgrösse (n2, d, r,...) (wir nehmen n2 an, da es für Varianzanalysen verwendet wird). Auch steht in der Tabelle kein Signifikanzwert p.</p> <p>Tabelle 8: Werte (Means und SD) beider Gruppen der NICHT Signifikanten Skalen/Items werden OHNE Darlegung der Effektgrösse → Es</p>	<p>a. Werden die Ergebnisse präzise dargestellt?</p> <p>Nein. Die Ergebnisse der demographischen Daten sind bis auf die fehlende Signifikanz, welche zwar in der Legende und im Text angesprochen werden, präzise dargestellt.</p> <p>Die Ergebnisse der eigentlichen Outcomes nach der Intervention werden nicht vollständig präsentiert. Die Signifikanz bzw. die Effektgrösse ist nicht klar ersichtlich</p> <p>Die Ergebnisse, die im Text dargestellt werden, sind verständlich, aber es wird nur ein Ausschnitt der Ergebnisse besprochen</p> <p>b. Sind die Ergebnisse nachvollziehbar und übersichtlich dargestellt?</p> <p>Nein. Man weiss nicht um welchen Messzeitpunkt es sich in den Tabellen 7&8 handelt (pre, post, follow up?). Es steht bei den Ergebnistabellen 7&8 nicht welche</p>	
---	---------	----------------------------------	--	--	--

			<p>fehlen relevante Informationen zur Interpretation</p> <p>b. Welches sind die zentralen Ergebnisse der Untersuchung?</p> <p>Es gibt einen signifikanten Unterschied zwischen MFG und EC post Treatment und 6M bei:</p> <ul style="list-style-type: none"> • SCI Patient F-COPES passive appraisal scale (pooled imputed: p=0.047 /complete case p= 0.036) • Caregiver F-COPES passive appraisal scale (pooled imputed: p=0.018 /complete case p= 0.038) • ADSSI subjective social support scale : scale (pooled imputed: p=0.037 /complete case p= 0.007) • ADSSI total score scale (pooled imputed: p=0.050 /complete case p= 0.006) 	<p>Einheit die Effektgrösse ist. Die Kovarianzen werden im Ergebnissteil nicht mehr angesprochen, was eine deutliche Kritik an der Studie ist.</p>	
--	--	--	---	--	--

		<p>Ergebnisse qualitativer Teil (Letts et al., 2007)</p>	<p>a. Welche Ergebnisse werden präsentiert?</p> <p>Belonging wurde als Hauptstärke der Intervention in beiden Gruppen benannt. Dazu gehört reduziertes Isolationsgefühl, nicht die einzigen sein die das durchmachen, social support (Stärke der MFG, mehr ausgeprägt).</p> <p>Wissen wurde in beiden Gruppen genannt. Beide Gruppen wünschten sich mehr Informationen über Medikation und mögliche Nebeneffekte.</p> <p>Oppertunity for Engagement: wurde viel im MFG Setting genannt und im EC Setting mehr gewünscht. im MFG Setting</p> <p>Verbesserungsvorschläge aus der Focus Groups: MFG:</p>	<p>a. Describe the decisions of the researcher: transformation of data to code/themes? Outline the rationale given for development of themes. Beschreiben Sie die Entscheidungen des Forschers: Umwandlung von Daten in Codes/Themen? Erläutern Sie die Gründe für die Entwicklung von Themen.</p> <p>Die Forscher konzentrierten sich auf die Identifizierung von Themen, die mit den Beschreibungen der Teilnehmer zu den Stärken und Schwächen der Teilnahme an den Interventionen verbunden waren. Die Inhaltsanalyse umfasste eine Kombination von konzept- und datengesteuerten Analyseansätzen für den Text. Die Forscher nutzten Themen aus der Literatur, ihr inhaltliches Fachwissen, ihr qualitatives Fachwissen und frühere Erfahrungen, um Gemeinsamkeiten innerhalb der Daten zu identifizieren</p>	
--	--	--	---	---	--

			<ul style="list-style-type: none"> • Mehr Möglichkeiten zu Engage • Bereits Austauschmöglichkeiten während der Stationären Reha haben <p>EC:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mehr informelle Interaktionen • Mehr Zeit für Gruppen Konversationen <p>b. Decision Trail developed? Entscheidungspfad entwickelt? Nein/minimalistisch: S. 5: sie haben common themes identifiziert, diese gelabelt und mit Zitaten belegt. Zwei Forscher haben die Daten getrennt analysiert und dann ausgetauscht und mit dem ganzen Teamabgesprochen. Sie nennen einen «audit Trail» als Dokumentation, dieser ist aber für den Leser nicht ersichtlich.</p>	<p>und die Themen zu unterstützen. Sobald gemeinsame Themen in den Daten identifiziert waren, wurden sie gekennzeichnet, beschrieben und durch Zitate der Teilnehmer im Text unterstützt. Zwei der Forscher analysierten die Daten zunächst getrennt und trafen sich dann mehrmals, um die Themen zu vergleichen, zu verfeinern und weiter zu validieren. Während des letzten Analyseprozesses traf sich das gesamte Forschungsteam, um die Ergebnisse zu validieren. Während des gesamten Analyseprozesses wurde ein Audit Trail geführt, um Entscheidungen und nächste Schritte zu dokumentieren.</p>	
--	--	--	---	---	--

			<p>c. Process of analyzing the data was described adequately? Wurde das Verfahren zur Analyse der Daten angemessen beschrieben?</p> <p>Gleiche Antwort wie oben</p>		
--	--	--	---	--	--

8	Discussion	Diskussion	<p>a. Werden die wichtigsten Ergebnisse erklärt? Wie interpretieren die Forschenden die Ergebnisse?</p> <p>Werden die Ergebnisse mit ähnlichen Studien verglichen?</p> <p>Die Ergebnisse des Qualitativen Teil wurden diskutiert.</p> <p>Die signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen wurden angesprochen. Auf der Palette an erhobeneren Daten wiesen deutlich mehr keinen signifikanten Unterschied auf und dies wurde nicht wirklich thematisiert.</p> <p>Es werden sogar einige Ergebnisse aufgeblasen/interpretiert (S. 9. 2. Spalte, Zeile 7): sie sagen Caregiver Burden sei signifikant gesunken, in der Tabelle zählt es jedoch zu den nicht signifikanten Ergebnisse und es wird keine Effektstärke dazu aufgeführt.</p>	<p>a. Werden alle Resultate diskutiert?</p> <p>Nein es wird zu wenig diskutiert, wieso so viele Outcomes keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen aufweisen. Sie wiederholen sich in der Diskussion, als sie nochmals die Intervention erklären. Dabei werden keinen neue Informationen geliefert. Ebenfalls werden nochmals neue Ergebnisse präsentiert (wie EC zur Intervention steht). Es wird jedoch ein sinnvoller Zusammenhang zwischen den quantitativen und den qualitativen Ergebnissen geschaffen.</p> <p>b. Stimmt die Interpretation mit den Resultaten überein?</p> <p>Nein, siehe S. 9. Spalte 2, Zeile 7. CG Burden wurde nicht signifikant reduziert, dies schreiben sie aber so in der Diskussion.</p> <p>c. Ist die Interpretation der Ergebnisse nachvollziehbar?</p>	
---	------------	------------	---	---	--

			<p>b. Kann die Forschungsfrage auf Grund der Daten beantwortet werden?</p> <p>Teilweise. Einige Aspekte der Fragestellung können beantwortet werden.</p> <p>c. Welche Limitationen werden angegeben?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kleines und selbstgewähltes Sample • Da beide Gruppen eine Intervention erhalten haben, ist der Vergleich nicht gleich akkurat, als wenn es noch eine Interventionslose Gruppe gäbe • Die externe Validität und Flexibilität kann reduziert sein weil die Interventionen manualisiert sind • Eine solche Intervention ist kostenintensiv, 	<p>Die Interpretationen des qualitativen Teils sind nachvollziehbar. Sie weisen mehr Vorteile der Intervention auf als die quantitativen Ergebnisse (nur wenige signifikante Änderungen). Dadurch erscheint es in der Diskussion so, dass die Intervention wirksamer gewesen sei, als es in den quantitativen Ergebnissen gezeigt wird.</p> <p>d. Werden die Resultate in Bezug zur Fragestellung/Zielsetzung/Hypothese und anderen Studien diskutiert und verglichen?</p> <p>Ja, sie werden mit anderen Studien verglichen. Sie ziehen der Schluss, dass die Ergebnisse grösstenteils in die gleiche Richtung gehen. Die quantitativen Ergebnisse werden v.a. im Vergleich mit den qualitativen Ergebnissen diskutiert. Es wird wenig Bezug zur Fragestellung genommen. Sie haben in der Einleitung eine klare</p>	
--	--	--	---	---	--

			<p>wahrscheinlich nicht von Versicherungen (Studie aus den USA) und schwer umzusetzen (implement)</p>	<p>Hypothese aufgestellt, diese wird aber in der Diskussion nicht mehr aufgegriffen. Dies ist ein klarer Mangel, da mehrere Punkte der Hypothese (Pat. Aktivierung, Caregiver Burden) nicht signifikant besser waren und andere Punkte nur teilweise beantwortet werden können.</p> <p>e. Wird nach alternativen Erklärungen gesucht?</p> <p>Sie erwähnen zwar leichte Unterschiede mit Ergebnisse anderer Studien, aber suchen nicht nach alterativen Erklärungen.</p> <p>Da viele Punkte gar nicht erst diskutiert werden, wir auch nicht nach alternativen Erklärungen gesucht.</p>	
--	--	--	---	--	--

		<p>Theoretical Connections (Letts et al., 2007)</p>	<p>a. Did a meaningful picture of the phenomenon under study emerge? Hat sich ein aussagekräftiges Bild des untersuchten Phänomens ergeben?</p> <p>Eher Ja. Die identifizierten Themen und Verbesserungsvorschläge beschreiben das Phänomen «Teilhabe an MFG" oder «Teilhabe an EC». Conceptual Frameworks sind aber nicht ersichtlich (?).</p>	<p>a. How were concepts under study clarified & refined, and relationships made clear? Describe any conceptual Frameworks made clear. Wie wurden die untersuchten Konzepte geklärt und verfeinert, und wie wurden Beziehungen deutlich gemacht? Beschreiben Sie etwaige deutlich gemachte konzeptionelle Rahmen.</p> <p>Die einzelnen Themen wurden beschrieben. Die qualitativen Ergebnisse werden in Verbindung mit den quantitativen Ergebnissen gesetzt. Verbindungen und Beziehungen zwischen den Themen sind inhaltlich (die Themen haben Gemeinsamkeiten) gegeben. Es ist aber knappgehalten.</p>	
--	--	---	---	--	--

		<p>Overall Rigour (Letts et al., 2007)</p>	<p>Was there evidence of the four components of trustworthiness? Gab es Hinweise auf die vier Komponenten der Vertrauenswürdigkeit?</p> <p>Es fehlt an Transparenz, aber die Grundlage ist da.</p> <p>a. Credibility yes/ no Es ist nicht klar ersichtlich, wie die Daten gesammelt wurden (Audioaufnahmen, Notizen). Es ist nicht viel von einem «reflective approach» ersichtlich, man weiss auch nicht wie sie Biases angehen. Es steht sie haben sich zur Identifizierung der Themen auch auf Literatur gestützt. Es ist fraglich, ob man dann nicht sagen kann, es sei nicht biased. Man weiss nicht, ob Member Checking stattgefunden hat, daher nehmen wir an, dass es nicht der Fall ist.</p> <p>b. Transferability yes/no</p>	<p>a. For each of the components of trustworthiness, identify what the researcher used to ensure each. Geben Sie für jede der Komponenten der Vertrauenswürdigkeit an, was der Forscher zur Sicherstellung jeder Komponente verwendet hat. Siehe linke Spalte</p> <p>b. What meaning and relevance does this study have for your practice or research question? Welche Bedeutung und Relevanz hat diese Studie für Ihre Praxis oder Ihre Forschungsfrage? Es ist interessant, nicht nur die quantitative Wirksamkeit einer Intervention zu kennen, aber auch, was die TNs von der Intervention und der Methode halten. Die Meinung der TNs ist gerade in klientenzentrierter Ergotherapie wichtig und kann die Interventionsgestaltung beeinflussen. Es hebt hervor, wie wichtig die</p>	
--	--	--	--	--	--

			<p>Da die Population klar ist, könnte man die Aussagen schon auf ähnliche Stichproben übertragen.</p> <p>c. Dependability yes/ no Der Recherche und Analyseprozess sind zu mager beschrieben, um ihn vollständig nachvollziehen zu können. Der Audit Trail wird erwähnt, aber der Leser hat keinen Zugriff darauf.</p> <p>d. Comfirmability yes/no Zwei Forscher untersuchten die Daten separat und sie stützten sich auf Zitate der TNs. Das ganze Team validierte dann die Themen. Es fehlt aber an Angaben wie Bias verhindert werden sollten.</p>	<p>Vernetzung unter den Dyaden ist. Weiter ist der Ansatz sehr ergotherapeutisch, dass nicht Lösungen präsentiert, sondern gemeinsam erarbeitet werden.</p>	
9		Übertrag auf die eigene Profession	<p>a. Welche Implikationen haben die Ergebnisse in Bezug auf meine Profession/für meinen beruflichen Alltag? Eine solche Intervention könnte inhaltlich in einem</p>	<p>a. Ist die Studie sinnvoll? Ja, die Evidenz zeigt den Bedarf an Interventionen für Caregivers (und natürlich für SCI Betroffene auf) aber es fehlte an Evidenz zu wirksamen Interventionen.</p>	

			<p>Ergotherapeutischen Setting stattfinden. Das Problemlösen, das Vermitteln von Strategien und die Verhaltensänderung haben einen direkten Bezug zum Alltag der Betroffenen und ihre Adaptation an ihre veränderte Lebenssituation. Der Inhalt der Intervention, kann das Erreichen einer neuer Occupational Adaptation (Taylor) unterstützen. Die Studie zeigt auf, dass eine solche Interventionen für Besserungen (insbesondere bzgl. sozialer Unterstützung) bei den SCI Patienten und den Caregivers erzielen kann. Da die quantitativen Outcomes etwas schwammig sind, sollt weiter zu diesem Thema geforscht werden. Es ist in Tabelle 8 ersichtlich, dass die Werte in der MFG Gruppe zwar nicht signifikant besser, aber trotzdem höher als die der EC</p>	<p>b. Werden Stärken und Schwächen aufgewogen? Eher nicht. Limitationen werden zwar angegeben, es gibt aber weitere relevante Kritikpunkte welche nicht angesprochen. Eine Stärke der Studie ist das gewählte Thema und die Einleitung.</p> <p>c. Wäre es möglich die Studie in einem anderen klinischen Setting zu wiederholen? Ja, die Studie könnte gut in einer anderen Reha oder in einer anderen Region durchgeführt werden.</p>	
--	--	--	--	---	--

			sind. Es ist einen (nicht signifikanten) Trend, der für die MFG spricht, ersichtlich.		
		Conclusion and Implications (Letts et al., 2007)	<p>a. Conclusions were appropriate given the study findings? Waren die Schlussfolgerungen angesichts der Studienergebnisse angemessen? Für den qualitativen Teil schon. Insbesondere der Aspekt, dass der Austausch mit anderen sehr geschätzt wird. Dieser wurde sowohl als Stärke in der MFG Gruppe identifiziert und als Verbesserungsvorschlag in der EC Gruppe angegeben.</p> <p>b. The findings contributed to theory development & future OT practice/ research? Haben die Ergebnisse zur Theorieentwicklung und zur zukünftigen OT-Praxis/Forschung beigetragen? Ja, siehe rechte Spalte.</p>	<p>a. What did the study conclude? What were the implications of the findings for occupational therapy (practice & research)? What were the main limitations in the study? Zu welchem Ergebnis kam die Studie? Welche Auswirkungen haben die Ergebnisse auf die Ergotherapie (Praxis und Forschung)? Was waren die wichtigsten Einschränkungen der Studie? Es kann davon herausgenommen werden, dass Austausch und sich nicht allein fühlen wichtig ist, und das «frontale /Vorlesungsmässige» Methoden nicht besonders geschätzt werden. Diese Aspekte können in weitere Interventionsgestaltung und in die Recherche einfließen. Da es nur wenige Studien zu diesem Thema gibt, sollte weiter geforscht</p>	

				werden. Die Limitationen der Studie beziehen sich auf den Quantitativen Teil → Mangel	
--	--	--	--	---	--

Anmerkung: LF = Leitfrage, CG = Caregiver, ICG = Informal Caregiver, TN = Teilnehmende, SCI = Spinal Cord Injury = Rückenmarksverletzung

Anhang F) AICA-Raster der inkludierten Studie 2: Elliott und Berry (2009)

LF	Studie	Forschungsschritt	Leitfragen Zusammenfassung	Leitfragen kritische Würdigung	Bemerkung/Einschätzung
----	--------	-------------------	----------------------------	--------------------------------	------------------------

1	Introduction	<p>Problembeschreibung Bezugsrahmen/Verortung des Themas, Forschungsfrage/-ziel (Hypothese)</p>	<p>d. Um welches Thema/Problem handelt es sich? Gesundheit und Wohlbefinden von pflegenden Angehörigen (der gleichen Familie) von Menschen mit SCI und wie diese durch eine Intervention gefördert werden kann</p> <p>e. Was ist die Forschungsfrage/ Hypothese oder das Ziel? Die Studie untersucht die Wirksamkeit von Brief Problem Solving Training (Brief PST) und Edukation auf pflegende Angehörige von Menschen mit kürzlich eingetretener SCI</p> <p>f. Mit welchen Argumenten wurde die Forschungsfrage begründet? CG übernehmen einen wichtigen und wertvollen Teil in der Betreuung von Menschen mit Behinderung in</p>	<p>a. Ist die Forschungsfrage/Hypothese/das Ziel klar definiert? Es sind ein Ziel und eine Hypothese klar ersichtlich. Anhand des Ziels alleine, wäre es nicht klar genug, da die genauen Outcomes nicht ersichtlich wären. Durch die Hypothese werden klare Outcomes (Depression, Gesundheitsbezogene Lebensqualität, Problemlösefertigkeiten) ersichtlich. Zusammenfassend kann man sagen, dass in der Einleitung alle Elemente einer guten Fragestellung (Population, Intervention, Kontroll, Outcome und Setting) ersichtlich sind, aber nicht schön in einer Fragestellung ersichtlich. Die Sieht Eltern und Partner als Teil der Population. Diese CGs haben jedoch unterschiedliche Rollen und Aufgaben.</p> <p>b. Wird das Thema/das Problem mit vorhandener empirischer Literatur gestützt? Ja Es wird Literatur zu/r:</p>	<p>Nicht alle Elemente einer guten Fragestellung am gleichen Ort, ansonsten gute Herleitung und Hintergrundliteratur</p>
---	--------------	---	---	---	--

			<p>der Gesellschaft. Daher ist ihre Gesundheit eine „Public Health Priority“. Das heisst, es braucht Interventionen für diese Population, aber aktuell fehlt es an Studien die dies untersuchen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Folgen von SCI auf CG und CG Rolle • Evidenz Gap zu Interventionen für CG • Verbindung zwischen Problemlösefähigkeit und Depression, Gesundheitsbeschwerden beschrieben sowie CG Anpassung • Ergebnisse (Wirksamkeit) einer solchen Intervention bei anderen Krankheitsbildern • Was die Intervention beachten sollte 	
2	Methods	<p>Design → Experimentell RCT</p>	<p>a. Was soll untersucht werden? (Unterschied/Zusammenhang) Unterschied zwischen der Interventionsgruppe und der Kontrolle</p> <p>b. Wie oft wird gemessen/befragt (gibt es eine Messwiederholung)?</p>	<p>a. Ist die Verbindung zwischen der Forschungsfrage und dem gewählten methodischen Vorgehen nachvollziehbar? RCT und experimentelles Design machen zur Untersuchung der Wirksamkeit einer Intervention Sinn, passt zur Forschungsfrage.</p>	

			Ja 3 Messungen: Baseline, 6 M, 12 M		
3		Stichprobe	<p>a. Für welchen Personenkreis soll eine Aussage gemacht werden (Population)</p> <p>Pflegende Angehörige von Menschen mit Querschnittlähmung (in den letzten 12 Monaten passiert)</p> <ul style="list-style-type: none"> (Im Süden der USA) <p>b. Wie wurden die Stichproben definiert?</p> <p>Anhand Ein- und Ausschlusskriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> SCI Diagnose Mind. 18 sein Ein Familienmitglied oder «fictive kin» der klar als CG identifiziert wird Leben im gleichen Haushalt 	<p>a. Ist die Population in Bezug auf die Fragestellung sinnvoll gewählt?</p> <p>Die Grösse, und dass alle von der gleichen Reha kommt, mittel</p> <p>b. Ist die Stichprobe in Bezug auf die Fragestellung und das methodische Vorgehen geeignet?</p> <p>Ja</p> <p>c. Ist die Stichprobe repräsentativ in Bezug auf die Population?</p> <p>Es gibt mehr Frauen als Männer CG in der Stichprobe, und dies entspricht auch der CG Population ausserhalb dieser Studie</p> <p>d. Wie wurden die Stichproben gezogen?</p> <p>Die stationären Patienten (die die Kriterien erfüllten) einer Reha im Süden der USA wurden von der Studie informiert und gefragt wer ihrer primary CG ist. Die CG wurden angefragt.</p>	

			<ul style="list-style-type: none"> Nur von einer Institution aus <p>c. Wie viele Stichproben wurden definiert? 1, bzw. eine Interventionsgruppe und eine Kontrollgruppe</p>	<p>→ Freiwillige wurden angefragt, im Setting dieser einen Klinik</p> <p>e. Erscheint die Stichprobengrösse angemessen? 60. Es hat zwar keine Sample Size Calculation stattgefunden, jedoch erreichen beide Gruppe das Faustregelminimum für Normalverteilung von n=30.</p> <p>f. Wenn Vergleichsgruppen: Wie wurden diese erstellt Mit einer zufälligen (random) Tabellen Nummer</p> <p>g. Wurden Dropouts (Teilnehmende, welche aus der laufenden Untersuchung ausscheiden) angegeben und begründet? Ja. 12 Teilnehmende (20%) waren bei der Folgerhebungen nicht mehr dabei Auf der Figure 1 (Consort Flow Chart) wird die Teilnahme und die Fehlenden /Drop Outs dargelegt. Gründe für die fehlenden zwischen Baseline und Follow-up wurden angegeben: vor allem</p>	
--	--	--	--	--	--

				<p>kein Antworten oder keine angegebene Gründe der Teilnehmer, oder Umzug, oder Todesfälle (im Umfeld).</p> <p>h. Beeinflussen die Dropouts die Ergebnisse?</p> <p>Auf S.414 im Abschnitt Drop Outs, wird angegeben, dass es zwischen den beiden Gruppen keinen Signifikanten Unterschied in den Drop Outs gibt. Auch wird aufgezeigt das tiefe Problemlöse Fähigkeit bei Baseline mit höherer Drop Out Rate korreliert (Korrelationskoeffizient weist jedoch mit 0.26 einen geringen Zusammenhang auf.</p> <p>Um den Einfluss der Dropouts auf die Ergebnisse zu berücksichtigen, wurde die Intent to treat Methode in Form von generellre unstrukturierter varianz-covarianz Schätzung angewendet. (S. 413 erster Abschnitt).</p>	
--	--	--	--	---	--

4		Datenerhebung	<p>a. Welche Art von Daten wurde erhoben? (physiologische Messungen)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Card-Sort Procedure → wurde zur Ordnung und Priorisierung der Probleme gewählt • Fragebögen mit Selbsteinschätzung (self-report measures) <p>b. Wenn nur eine Stichprobe: Wie oft wurden Messungen durchgeführt?</p> <p>3 Mal: Baseline, nach 6 Monaten und nach 12 Monaten</p>	<p>a. Ist die Datenerhebung in Bezug auf die Fragestellung nachvollziehbar?</p> <p>Ja. Stand vor der Intervention, nach 6 Monaten, nach 12 M → Wirksamkeit über die Zeit beobachten</p> <p>b. Sind die Methoden der Datenerhebung bei allen Teilnehmenden gleich?</p> <p>Ja, fast. Beide Gruppen erhalten die Card Sort Procedure und die Self-report questionnaires. Die Ergebnisse der Karten werden aber nicht für beide Gruppen gleich gebraucht. In der Interventionsgruppe sind sie eine Orientierungsgrundlage dafür welche Probleme gelöst werden sollten.</p> <p>c. Wurden die Daten von allen Teilnehmenden komplett/vollständig erhoben?</p> <p>Nein, siehe Dropouts.</p>	
---	--	---------------	---	--	--

Anmerkung. LF = Leitfrage

LF	Studie	Forschungsschritt	Leitfragen Zusammenfassung	Leitfragen kritische Würdigung	Bemerkung/ Einschätzung
----	--------	-------------------	----------------------------	--------------------------------	----------------------------

5	Methods	Messverfahren & Messinstrumente (Variablen)	<p>a. Welche Variablen wurden zur Beantwortung der Fragestellung definiert? B. Welche Instrumente wurden zur Datenerhebung benutzt?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Social Problem-solving abilities: Social Problem Solving Inventory-Revised (Likerts Skala) • Depressive Symptome: Inventory to diagnose depression (IDD) (Likert Skala) • Caregiver Quality of Life: Study Short Form Health Survey (SF-36) <p>b. Welche Intervention wird getestet? Brief Problem Solving Training (FOCUS) nach den 5 folgenden Prinzipien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Problem definieren → Facts • Optimismus und positive Orientierung zum Problemlöseprozess → Optimistic 	<p>a. Sind die Variablen sinnvoll und umfassend in Bezug auf die Fragestellung gewählt? In Bezug zur Hypothese ja, sie sind genau. Da die Fragestellung nur auf die Wirksamkeit ausgerichtet, ist es nicht unpassend aber in der Fragestellung ist das Outcome ungenau beschrieben.</p> <p>b. Fehlen relevante Variablen? Nein, alle Variablen der Hypothese sind abgedeckt</p> <p>c. Sind die Messinstrumente in Bezug auf die Fragestellung/Variablen geeignet? Ja, die Messinstrumente messen die Konstrukte der Outcomes/Variablen.</p> <p>d. Sind die Messinstrumente zuverlässig (reliabel und valide)? Für 2 von 3 Messinstrumente werden Test-Retest Koeffizienten und interne Konsistenz angegeben.</p> <ul style="list-style-type: none"> • SPSI-R: keine Angaben • IDD: Gut • test-retest Reliabilität: .98 • Interne Konsistenz: .92 • SF-36: zweifelhaft bis exzellent • Test-retest: .43-.9 	
---	---------	---	---	---	--

			<ul style="list-style-type: none"> • Kreativität und generieren von Alternativen → Creativity • Verstehen und Entscheidung Treffen → Understanding • Problem lösen mit Umsetzung und Bewertung → Solving → FOCUS 	<ul style="list-style-type: none"> • Interne Konsistenz: .62-.96 <p>→ Die Werte reichen von zweifelhaft bis exzellent, daher können die Messinstrumente als valide und reliabel betrachtet werden. Jedoch ist zu kritisieren, dass nicht explizit steht, ob es sich um Cronbach's Alpha handelt oder um etwas anderes.</p> <p>e. Wird die Auswahl der Messinstrumente nachvollziehbar begründet? Nein. SPSI-R: keine Begründung, in der Studie wird aber die Auswahl der Variable Problemlösefähigkeit begründet (ist ein Indikator für Depression und Gesundheit). IDD: nur, dass es ein «sensitive and conservative» Messinstrument ist und mit den Reliabilitätswerten. SF-36: auch nur, dass Evidenz dieses Instrument untermauert</p> <p>f. Sind mögliche Einflüsse/Verzerrungen auf die Intervention beschrieben? Ja. Folgendes wird in den Limitationen angesprochen: den beiden Gruppen wurden die Inhalte mit unterschiedlicher Methodik vermittelt und die Interventionsgruppe bekam persönliche</p>	
--	--	--	---	---	--

				Aufmerksamkeit vom Projekt Staff. Daher kann man nicht mit Sicherheit sagen, ob die Besserungen an der Intervention oder an den unterschiedlichen sozialen Interaktionen liegen.	
6		Datenanalyse	<p>a. Welches Skalenniveau weisen die erhobenen Variablen auf?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Social Problem Solving Inventory-Revised: Likert Skala → Ordinal • Depressive Symptome: Inventory to diagnose depression: Likert Skala → Ordinal • Caregiver Quality of Life: Study Short Form Health Survey (SF-36): Likert Skala → Ordinal <p>b. Welche statistischen Verfahren wurden zur Datenanalyse genutzt?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Überprüfung der Randomisierung: • t Test → für continuous (=stetige = metrische) Variablen • X2 → für kategoriale Variablen 	<p>a. Werden die gewählten Analyseverfahren klar beschrieben? Die Analyseverfahren werden im Methodenteil beschrieben.</p> <p>b. Wurden die Verfahren in Bezug auf die Fragestellung sinnvoll angewendet? Ja. Es werden viele Einflussfaktoren untersucht und ermöglichen somit einen breiten und vollständigen Blick.</p> <p>c. Entsprechen die statistischen Analyseverfahren den Skalenniveaus? Wurden Voraussetzungen zur Verwendung bestimmter statistischer Analyseverfahren überprüft? Die Statistischen Verfahren erfordern metrische Daten, es werden aber ordinale Daten als solches</p>	

			<p>Für die Outcomes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hierarchical linear Modeling (HLM) • Restricted maximum likelihood estimation (REML) • Linear Mixed Model (LMM) (es handelt sich um komplexere Formen der Varianzanalyse, die mehr Einflussfaktoren betrachten). <p>c. Wurde ein Signifikanzniveau festgelegt (5% meist implizit, 1% oder 10% sollten begründet werden)?</p> <p>5% wird mit einem * und 1% mit ** angegeben. Es sind keine weitere Begründungen ersichtlich.</p>	<p>verwendet. Dies ist in der Statistik Usus, solange die Daten Normalverteilt sind.</p> <p>Es steht zwar nichts von Überprüfung der Normalverteilung, jedoch beinhaltet jede Gruppe 30 TNs. Dies entspricht der Faustregel für die Mindestgrösse einer Gruppe für Normalverteilung.</p>	
--	--	--	---	--	--

7	Results	Ergebnisse	<p>a. Welche Ergebnisse werden präsentiert?</p> <p>→ Methodisch / Demographie und Drop outs:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Überprüfung der Randomisierung (dass es keine signifikante Unterschiede zwischen der beiden Gruppen gibt). • Korrelationen zwischen Demographik, Dropouts und Baseline Variablen. • Interaktionseffekte <p>Effekte der Intervention:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Linear Trend Analysis für alle Variablen in einer Tabelle und Zusammenfassung im Text • Effekt Grösse in Cohens d Signifikante und fast Signifikante Interaktionen in einem Diagramm <p>b. Welches sind die zentralen Ergebnisse der Untersuchung?</p>	<p>a. Werden die Ergebnisse präzise dargestellt?</p> <p>Nicht ganz. Die demographischen Ergebnissen werden in Tabellen vollständig dargestellt und im Text zusammengefasst.</p> <p>Die Linear Trend Analysis wird in einer Tabelle dargelegt und im Text wird nur das signifikante vorgestellt. Zudem wird schon ein Zusammenhang mit früheren Studien geschaffen. Auch sind in der Studie nur 3 Effektgrößen dargestellt (sowohl im Text als auch tabellarisch), obwohl mehr durchgeführt wurden.</p> <p>b. Sind die Ergebnisse nachvollziehbar und übersichtlich dargestellt?</p> <p>Die Figure 2-4 sind zwar verständlich fürs Auge, aber etwas täuschend, da die Spalte links im Diagramm nicht bei 0, sondern bereits bei 60 startet (würde man rauszoomen, würde es nicht mehr nach einem so starken Effekt aussehen). Ansonsten ja.</p>	
---	---------	------------	---	--	--

			<p>Signifikanter Unterschied in der Linear Trend Analyse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dysfunctional Problem Solving sinkt in der PST Gruppe über die Zeit • Hauptergebnisse der Effekt Grösse in Cohens d • Bei Dysfunctional Problem Solving: -0.94 → Large Effect Size (p wird aber NICHT angegeben im Text) • SF-36 physical Functioning d = 0.73 → large Effect Size ABER NICHT significant (p=0.07) • SF-36 Social Functioning d = 0.44 → Medium Effect size, NICHT significant (p=0.09) <p>Diese Ergebnisse erreichen zwar nicht alle das Signifikanzniveau, sind die Effektgrössen trotzdem für die Praxis und Interpretation relevant!</p>		
--	--	--	--	--	--

8	Discussion	Diskussion	<p>a. Werden die wichtigsten Ergebnisse erklärt? Wie interpretieren die Forschenden die Ergebnisse? Werden die Ergebnisse mit ähnlichen Studien verglichen?</p> <p>Die wichtigsten Ergebnisse werden zusammengefasst.</p> <p>Die Ergebnisse werden realistisch und kritisch interpretiert (Erkenntnis, dass z.B. für Depression die Intervention wenig Wirkung hatte). Einflussfaktoren und mögliche Erklärungen werden besprochen.</p> <p>Die Ergebnisse werden mit ähnlichen Studien verglichen. Letztere sind jedoch oft für andere Krankheitsbilder da es noch wenig Studien dazu gibt.</p> <p>Es wird darauf hingewiesen, dass die Ergebnisse nicht mit Sicherheit auf das PST zurückgeführt werden kann, da die Interventionsgruppe sich stark von der Kontrollgruppe unterschied und auch die Art der</p>	<p>a. Werden alle Resultate diskutiert? Nein, nur die Signifikanten und die im Zusammenhang mit der Depression. Der Aspekt Lebensqualität der Fragestellung kommt kaum zum Vorschein.</p> <p>b. Stimmt die Interpretation mit den Resultaten überein? Ja, die begrenzte Evidenz für die Effektivität auf alle Outcomes wird erkannt. Es stimmt überein.</p> <p>c. Ist die Interpretation der Ergebnisse nachvollziehbar? Ja.</p> <p>d. Werden die Resultate in Bezug zur Fragestellung/Zielsetzung/Hypothese und anderen Studien diskutiert und verglichen? Die Resultate werden mit ähnlichen Studien verglichen, aber wenig diskutiert. Andere Studien werden für die weiteren Aspekte der Diskussion miteinbezogen. Die Fragestellung wird nicht nochmals präsentiert und es wird nicht auf alle Outcomes der Hypothese Bezug genommen (es fehlt die gesundheitsbezogene Lebensqualität).</p> <p>e. Wird nach alternativen Erklärungen gesucht?</p>	
---	------------	------------	--	--	--

			<p>Informationsvermittlung sowie die Aufmerksamkeit der Forscher zu den Unterschieden zwischen den Gruppen geführt haben könnte.</p> <p>b. Kann die Forschungsfrage auf Grund der Daten beantwortet werden? Ja, es wird aber in der Diskussion etwas zu wenig auf die Fragestellung/Hypothese Bezug genommen.</p> <p>c. Welche Limitationen werden angegeben? Die Unterschiedliche Vermittlungsart der Information und Aufmerksamkeit der Researcher auf die Interventionsgruppe könnte die Ergebnisse fälschen/beeinflussen. Es ist schwer ein «treatment as usual» Kontroll für CGs zu machen, da sie nicht immer Zugang zu Interventionen haben. Die Teilnahme war freiwillig, wodurch das Risiko entsteht, persönlichkeits- und</p>	<p>Die Intervention hat einen Kognitiven Fokus, wodurch Emotionen und Stimmung weniger thematisiert wurden. Dies könnte einen Einfluss auf die wenigen Änderungen der Depression gehabt haben.</p> <p>Die Abnutzung (Attrition) der Caregiver könnte die Ergebnisse beeinflusst haben, oft erleben Paare nach SCI viele Tumulte und es kann vermehrt zu Scheidungen kommen.</p> <p>Die geringen Unterschiede zwischen den Gruppen könnten auch daran liegen, dass es keine Standardintervention für CG gibt, und die Kontrollgruppe davon auch mehr profitieren konnte als «standard»</p>	
--	--	--	---	---	--

			Motivationsfaktoren der TNs die Ergebnisse beeinflussen.		
9		Übertrag auf die eigene Profession	<p>a. Welche Implikationen haben die Ergebnisse in Bezug auf meine Profession/für meinen beruflichen Alltag?</p> <p>Caregivers bekommen nicht automatisch Interventionen. Sie könnten von Interventionen nach der Entlassung profitieren. Problem Solving Training, Edukation und Informationsvermittlung kann für die CG insbesondere auf ihre Problemlösefertigkeit von Nutzen sein. Solche Interventionen könnten im Rahmen der Ergotherapie eingebaut werden. Es ist aber auch zu berücksichtigen, dass es aktuelle nur wenig Evidenz ist, und diese nicht besonders stark ist. Zu beachten ist jedoch, dass Caregivers sowohl Partner als auch Eltern sein können. In unserer Fragestellung konzentrieren wir uns auf Partner.</p>	<p>a. Ist die Studie sinnvoll?</p> <p>Ja es ist ersichtlich, warum CGs Interventionen/Unterstützung brauchen. Daher ist es sinnvoll eine mögliche Intervention zu untersuchen.</p> <p>b. Werden Stärken und Schwächen aufgewogen?</p> <p>Limitationen werden angesprochen, eine Stärke ist, dass sie eine Intervention in diesem Bereich untersuchen, da es nur wenige Studien dazu gibt.</p> <p>c. Wäre es möglich die Studie in einem anderen klinischen Setting zu wiederholen?</p> <p>Ja es ist möglich und wäre sinnvoll.</p>	

Anmerkung. LF = Leitfrage, SCI = Querschnittlähmung, CG = Caregiver

Anhang G) AICA-Raster der inkludierten Studie 3: Hearn et al. (2019)

LF	Studie	Forschungsschritt	Leitfragen Zusammenfassung	Leitfragen kritische Würdigung	Bemerkung/Einschätzung
----	--------	-------------------	----------------------------	--------------------------------	------------------------

1	Introduction	<p>Problembeschreibung Bezugsrahmen/Verortung des Themas, Forschungsfrage/-ziel (Hypothese)</p>	<p>a. Um welches Thema/Problem handelt es sich? Es besteht ein grosser Interventionsbedarf für pflegende Angehörige von Menschen mit Querschnittlähmung. Sie zeigen deutliche Anzeichen von Depressionen und Einschränkungen in der Lebensqualität.</p> <p>b. Was ist die Forschungsfrage/ Hypothese oder das Ziel? Ziel der vorliegenden Studie war es, die Durchführbarkeit eines über das Internet vermittelten Achtsamkeitstrainings und dessen Wirksamkeit zur Verringerung von Depressionen und Ängsten sowie zur Verbesserung der Lebensqualität von Betreuern von Menschen mit Rückenmarksverletzung (SCI) mit neuropathischen Schmerzen zu untersuchen. Hypothese: Durch die Vermittlung von Fähigkeiten zur Bewältigung von</p>	<p>a. Ist die Forschungsfrage/Hypothese/das Ziel klar definiert? Das Ziel wird von den Forscher klar definiert. Es beinhaltet die Durchführbarkeit und die Wirksamkeit der Intervention.</p> <p>b. Wird das Thema/das Problem mit vorhandener empirischer Literatur gestützt? Das Thema wird ausreichend mit uns bekannter Literatur nachvollziehbar und umfassend gestützt. Vorhandene Interventionen werden aufgezeigt, Situation der informellen Pflegepersonen mit Literatur hervorgehoben und Zusammenhang mit den Betroffenen mit Querschnittlähmung wird geschaffen. Die Achtsamkeit wird mit Literatur erläutert und</p>	<p>Die Einleitung enthält alle notwendige Informationen, hinterlegt diese mit evidenzbasierter Literatur und zeigt ein klarer und verständlicher Fokus auf.</p>
---	--------------	---	---	--	---

			<p>Stress, könnten Resilienz und Lebensqualität in der Dyade aufgebaut werden.</p> <p>c. Mit welchen Argumenten wurde die Forschungsfrage begründet?</p> <p>Die spezielle Art der Pflege von Menschen mit Querschnittlähmung kann bei pflegenden Angehörigen zu Distress führen. Sie erleben ebenfalls Verluste (Identitätsverlust, Veränderung in der Beziehungsdynamik, Lebensqualität). Neuropathische Schmerzen als Folge von SCI haben nicht nur auf den Betroffenen, sondern auch auf den Angehörigen und so auf die Beziehung einen negativen Einfluss. Das Eingehen auf die besonderen Bedürfnisse von Pflegepersonen könnte sich positiv auf das Wohlbefinden von Pflegeperson und Pflegebedürftigem auswirken. Vorhandene Interventionen zeigen gemischte Ergebnisse sowie sind</p>	<p>das online Achtsamkeitstraining mit Literatur gestützt.</p>	
--	--	--	---	--	--

			teilweise spezielle Schulungen nötig, bevor die Intervention durchgeführt werden kann. Interventionen vor Ort können für die Teilnehmenden zusätzliche Barrieren darstellen, eine online Intervention könnte dem entgegenwirken.		
2	Methods	Design	<p>Single-center randomized controlled trial. Ein 2X3 (2 Gruppen und 3 Messpunkte) Design wurde benutzt</p> <p>a. Was soll untersucht werden? (Unterschied/Zusammenhang) Unterschied in den Outcomes zwischen beiden Interventionsgruppen</p> <p>b. Wie oft wird gemessen/befragt (gibt es eine Messwiederholung)? Es wurde drei Mal gemessen: vor der Intervention, nach 8 Wochen und nach 3 Monaten.</p>	a. Ist die Verbindung zwischen der Forschungsfrage und dem gewählten methodischen Vorgehen nachvollziehbar? Ein RCT passt zur Untersuchung der Wirksamkeit einer Intervention. Das Vorgehen wurde ausführlich und nachvollziehbar beschrieben.	

3		Stichprobe	<p>a. Für welchen Personenkreis soll eine Aussage gemacht werden (Population) Für pflegende Angehörige von Menschen mit Querschnittlähmung in England.</p> <p>b. Wie wurden die Stichproben definiert? In einem Zentrum übernahm das Betreuersteam die Einschätzung, ob Patienten und Angehörige zu den Kriterien passten. Weiter wurden in lokalen Medien Werbung gemacht. Während 13 Monaten wurde das Screening und die Aufnahme der Stichproben durchgeführt.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Einschluss: <ul style="list-style-type: none"> • Ehepartner oder familiäre Pflegeperson von einer Person mit Rückenmarksverletzung mit neuropathischen Schmerzen, mindestens ein Jahr post Verletzung • Älter als 18 • Ausreichend Englischkenntnisse 	<p>a. Ist die Population in Bezug auf die Fragestellung sinnvoll gewählt? Ja, es wurden Angehörige von Menschen mit Querschnittlähmung befragt, welche die Einschlusskriterien erfüllten.</p> <p>b. Ist die Stichprobe in Bezug auf die Fragestellung und das methodische Vorgehen geeignet? Die Stichprobe ist nur aus einem Zentrum rekrutiert worden und es ist nicht sichtbar, ob durch die lokale Werbung weitere pflegende Angehörigen an der Studie teilgenommen haben. Die demografischen Merkmale der Stichprobe sind transparent dargestellt und sie passt zur formulierten Fragestellung sowie dem Vorgehen.</p>	
---	--	------------	--	---	--

			<ul style="list-style-type: none"> • Möglichkeit für Internet während der Studie <ul style="list-style-type: none"> • Ausschluss: <ul style="list-style-type: none"> • Erhebliche kognitive Beeinträchtigung • Psychische Erkrankung • Kopfverletzung <p>Welche die Teilnahme beeinträchtigen würde:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unzureichende Englischkenntnisse • Frühere formelle/informelle Anwendung von Achtsamkeit <p>c. Wie viele Stichproben wurden definiert? Zwei Stichproben</p>	<p>c. Ist die Stichprobe repräsentativ in Bezug auf die Population? Da die Stichprobe nur aus einem Zentrum erfolgte, kann dies kaum repräsentativ sein für eine Land oder gar alle Angehörige von Menschen mit Querschnittlähmung. Die Stichprobe ist wie in der Studie unter Limitationen genannt etwas jünger als die Population der informellen Pflegepersonen von Menschen mit Querschnittlähmung mit neuropathischen Schmerzen.</p> <p>d. Wie wurden die Stichproben gezogen? Die Studienteilnehmer wurden durch die Forscher ausgewählt. Durch Werbung versuchten sie, weitere zu rekrutieren. Anschliessend wurden die Teilnehmer per Computer-</p>	
--	--	--	---	---	--

				<p>Zufallsgenerator den Gruppen zugeteilt.</p> <p>e. Erscheint die Stichprobengrösse angemessen?</p> <p>Die Grösse wirkt etwas klein. Es wurde eine Sample-Size Kalkulation gemacht. Sie benötigten 52 Teilnehmer, um ein Effekt signifikant aufzeigen zu können und hatten zu Beginn der Studie 55. Da bei der follow up Messungen Stichprobe fehlten, wurde nach den intention-to-treat-Prinzipien mit dem little's t-test gezeigt, dass diese «missing at random» (MAR) sind. Mit den Daten von dem ersten und dem zweiten Messzeitpunkt konnte somit eine multiple Imputation für den dritten Messzeitpunkt stattfinden (44 Stichproben anstatt 34)</p> <p>Da in der zeitaufwändigen Studien (für Teilnehmende) mit</p>	
--	--	--	--	--	--

				<p>Drop Outs zu rechnen ist, sind 55 TNs etwas knapp berechnet. Mit Sample-Size Calculation wurden 52 für einen Effekt definiert. T1: 55 Teilnehmer, T2: 44 Teilnehmer, T3: 34 Teilnehmer</p> <p>f. Wenn Vergleichsgruppen: Wie wurden diese erstellt</p> <p>Die Zuteilung in die Gruppe fand durch eine Computer Randomisierung statt. Anschliessend wurde überprüft, ob sich diese signifikant unterscheiden. Beide Gruppen wussten erst nach der ersten Datenerhebung, welche Intervention sie erwarten wird und durften Fragen stellen. Beide Gruppen waren «blinded» und wussten somit nicht von einer anderen Gruppe. Die Kontrollgruppe erhielt einmal pro Woche ein E-Mail mit</p>	
--	--	--	--	--	--

				<p>psychoedukativen Informationen (8 Wochen lang).</p> <p>g. Wurden Dropouts (Teilnehmende, welche aus der laufenden Untersuchung ausscheiden) angegeben und begründet?</p> <p>Die Dropout wurden in einem Fließdiagramm dargestellt und kurz begründet. Der meist angegebene Grund war die investierte Zeit. Mit t-Test wurde festgestellt, dass keinen Zusammenhang zwischen den Drop-outs und denen besteht, welche bis zum Ende der Forschung teilnahmen. Dies wird jedoch nur genannt, denn die Ergebnisse werden nicht in einer Tabelle dargestellt.</p> <p>h. Beeinflussen die Dropouts die Ergebnisse?</p> <p>Die Dropout wurden laut Angaben alle aus der Stichprobe</p>	
--	--	--	--	---	--

				<p>entfernt, die untersucht wurde. Die Teilnehmer mussten das ganze Achtsamkeitstraining abgeschlossen haben. Um den Einfluss der Drop Outs zu kompensieren, wurden fehlende Werte bei T3 imputiert.</p>	
4		Datenerhebung	<p>a. Welche Art von Daten wurde erhoben? (physiologische Messungen Verschlüsselte online Fragebögen zu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demografie • The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) • World Health Organization Quality of Life Brief Scale) • Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) <p>b. Wenn nur eine Stichprobe: Wie oft wurden Messungen durchgeführt? Die Messungen wurden bei beiden Gruppen drei Mal durchgeführt (Vor der Intervention, 8 Wochen nach Abschluss der Intervention und nach 3 Monaten)</p>	<p>a. Ist die Datenerhebung in Bezug auf die Fragestellung nachvollziehbar? Die gewählte Datenerhebung passt zur Fragestellung</p> <p>b. Sind die Methoden der Datenerhebung bei allen Teilnehmenden gleich? Die Datenerhebung wurde bei allen Teilnehmern laut der Studie gleich gemacht.</p> <p>c. Wurden die Daten von allen Teilnehmenden komplett/vollständig erhoben? Es wurden alle Daten vollständig erhoben.</p>	

				Für Missing Data (T3) von Teilnehmer, die T1 und T2 absolvierten, wurden die Daten imputiert.	
--	--	--	--	---	--

LF	Studie	Forschungsschritt	Leitfragen Zusammenfassung	Leitfragen kritische Würdigung	Bemerkung/Einschätzung
5	Methods	Messverfahren & Messinstrumente (Variablen)	<p>a. Welche Variablen wurden zur Beantwortung der Fragestellung definiert?</p> <p>Einfaktoriell- univariat</p> <p>Unabhängige Variable: die erhaltene Intervention (Mindfulness oder Psychoedukation)</p> <p>Abhängige Variable:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Angst, Depression, • Lebensqualität (physisch, psychisch, sozial, Umweltbezogen) • Facetten von Mindfulness (Beobachten, bewusstes Handeln, nicht urteilend, 	<p>a. Sind die Variablen sinnvoll und umfassend in Bezug auf die Fragestellung gewählt?</p> <p>Die Variablen sind nachvollziehbar und passend gewählt.</p> <p>b. Fehlen relevante Variablen?</p> <p>Es ist kein Fehlen von relevanten Variablen sichtbar. Spannend wäre (wie in der Limitation angegeben) die unabhängigen Variablen wie Zeitaufwand und Alter des pflegenden Angehörigen. Zusätzlich wäre es interessant, den Einfluss auf Caregiver Burden zu untersuchen (Zusatz).</p>	

			<p>Beschreiben, Nicht-Reagieren auf innere Erfahrung)</p> <p>b. Welche Instrumente wurden zur Datenerhebung benutzt? Verschlüsselte online Umfragen</p> <ul style="list-style-type: none"> • HADS • QOL • FFMQ <p>c. Welche Intervention wird getestet? Das online Mindfulness-Training, dass zwei Mal täglich, sechs Tage in der Woche während zwei Monaten stattfand im Vergleich zu psychoedukativen Informationen</p>	<p>c. Sind die Messinstrumente in Bezug auf die Fragestellung/Variablen geeignet? Die online Umfrage passte zum online Mindfulness-Training sowie zu den gewählten abhängigen Variablen.</p> <p>d. Sind die Messinstrumente zuverlässig (reliabel und valide)? Beurteilt an den angegebenen cronbach`s alpha in der Studie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • HADS sehr valide und reliabel • QOL in der Validität ist ein Wert vorhanden der mit $\alpha = 0.55 - 0.87$ fragwürdig ist, darauf wird nicht eingegangen. QOL zeigt mit $\alpha = 0.96$ eine hohe Reliabilität • FFMQ nach α-Wert reliabel (= 0.72-0.92), auf die Validität wird nicht verwiesen. <p>e. Wird die Auswahl der Messinstrumente nachvollziehbar begründet? Die Messinstrumente werden aufgeführt und beschrieben. Jedoch</p>	
--	--	--	--	---	--

				<p>wird nicht konkret erläutert, weshalb sie ausgewählt wurden.</p> <p>f. Sind mögliche Einflüsse/Verzerrungen auf die Intervention beschrieben? Im Methodenteil werden keine Einflüsse/Verzerrungen zur Intervention selbst genannt. Im Diskussionsteil wird erwähnt, dass das weibliche Geschlecht der Stichprobe einen Einfluss auf die Emotionsregulation haben könnte. Auch wird in der Diskussion beschrieben, dass nicht überprüft werden konnte, ob die TNs der Kontrollgruppe die Infos wirklich gelesen haben.</p>	
6		Datenanalyse	<p>a. Welches Skalenniveau weisen die erhobenen Variablen auf?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intervention: Nominal • HADS: eigentlich ordinal, wird aber metrisch/absolut verwendet 	<p>a. Werden die gewählten Analyseverfahren klar beschrieben? Die Begründung liegt nicht vor, wieso sie mehrerer univariate Messungen gemacht haben, diese einer MANCOVA bevorzugten.</p>	

			<ul style="list-style-type: none"> • QOL: Die Likert-Skalierung wäre eigentlich ordinal, jedoch wird sie metrisch/absolut verwendet • FFEMQ: Auch eine Likert-Skalierung, metrisch/absolut verwendet. <p>b. Welche statistischen Verfahren wurden zur Datenanalyse genutzt? Mehre univariate Analysen von Kovarianzen (ANCOVAs) mit Prüfwert F, Effektgrösse Eta²</p> <p>c. Wurde ein Signifikanzniveau festgelegt (5% meist implizit, 1% oder 10% sollten begründet werden) Das Signifikanzniveau wurde in allen Verfahren auf p<0.05, 5% festgelegt.</p>	<p>Als Kovarianz wurde die Baseline-Messungen verwendet, jedoch wird nicht ausgesagt, dass p korrigiert wurde. Daher muss von einem α-Fehler ausgegangen werden.</p> <p>b. Wurden die Verfahren in Bezug auf die Fragestellung sinnvoll angewendet? Die ANCOVA-Varianzanalyse wurde sinnvoll in Bezug zur Wirksamkeit von Mindfulness eingesetzt.</p> <p>c. Entsprechen die statistischen Analyseverfahren den Skalenniveaus? Wurden Voraussetzungen zur Verwendung bestimmter statistischer Analyseverfahren überprüft? Die ordinalen Daten wurden mit intervallskalierte Daten berechnet. Dies wird jedoch als solches akzeptiert. Es wurde auf eine Normalverteilung und auf Ausreisser (eingipflig)</p>	
--	--	--	--	---	--

				überprüft. Die Stichprobe wurde auf signifikante Unterschiede überprüft.	
--	--	--	--	---	--

7	Results	Ergebnisse	<p>a. Welche Ergebnisse werden präsentiert?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demographien nach Gruppeneinteilung • Outcome der Messinstrumente (T1, T2, T3) • Analyse der Kovarianz auf Gruppeneffekt nach Interventionsabschluss (T2) und follow up (T3) <p>b. Welches sind die zentralen Ergebnisse der Untersuchung?</p> <p>Ein deutlich grosser Effekt hat die Mindfulness-Intervention auf die OQL (Physical, social), HADS und auf die FFMQ (observing, acting with awareness, nonjudging, nonreactivity). SCI.</p> <p>Bei T2 gab es signifikante Gruppenunterschiede für: Depression, Angst, Lebensqualität (physisch, psychisch und sozial),</p>	<p>a. Werden die Ergebnisse präzise dargestellt?</p> <p>Die Ergebnisse der Demographie, des Outcomes und der Kovarianz werden präzise und vollständig in den Tabellen dargestellt. Schriftlich wird nur auf die zentralen Ergebnissen eingegangen.</p> <p>b. Sind die Ergebnisse nachvollziehbar und übersichtlich dargestellt?</p> <p>Die Ergebnisse werden übersichtlich und sinnvoll präsentiert.</p>	<p>Die Ergebnisse werden hauptsächlich tabellarisch dargestellt.</p>
---	---------	------------	---	--	--

			<p>Mindfulness Facetten (Beobachten, bewusstes Handeln, nicht urteilend, Nicht-Reagieren auf innere Erfahrung) Bei T 3 gab es signifikante Gruppenunterschiede für: Depression, Angst, Lebensqualität (nur sozial), Facetten von Mindfulness (bewusstes Handeln, nicht urteilend, Nicht-Reagieren auf innere Erfahrung)</p>		
--	--	--	---	--	--

8	Discussion	Diskussion	<p>a. Werden die wichtigsten Ergebnisse erklärt? Wie interpretieren die Forschenden die Ergebnisse? Werden die Ergebnisse mit ähnlichen Studien verglichen? Es wird auf die wichtigsten Ergebnisse strukturiert eingegangen, dazu werden ähnliche Studienergebnisse miteinbezogen (hauptsächlich für Besserungen bei Depression, bei Angst und bei der Lebensqualität). Die Forscher interpretieren die Ergebnisse realistisch.</p> <p>b. Kann die Forschungsfrage auf Grund der Daten beantwortet werden? Die Forschungsfrage kann mit den erhobenen Daten klar beantwortet werden: online Mindfulness-Training ist eine effektive Intervention, um die</p>	<p>a. Werden alle Resultate diskutiert? Es wird auf Haupteffekte eingegangen, auf die Besserungen der Facetten von Mindfulness jedoch nur wenig.</p> <p>b. Stimmt die Interpretation mit den Resultaten überein? Die Interpretation stimmt mit den Resultaten transparent überein.</p> <p>c. Ist die Interpretation der Ergebnisse nachvollziehbar? Die Interpretation ist nachvollziehbar erläutert.</p> <p>d. Werden die Resultate in Bezug zur Fragestellung/Zielsetzung/Hypothese und anderen Studien diskutiert und verglichen? Während der Diskussion wird den Zusammenhang zur Forschungsfrage aufgezeigt, relevante Studien miteinbezogen und neue Hypothesen gebildet, welche ebenfalls mit Studien gestützt werden. Daraus entstehen</p>	
---	------------	------------	--	--	--

			<p>Lebensqualität zu verbessern, Symptome von Angst und Depression zu vermindern und um die Mindfulness Kompetenz weiterzuentwickeln.</p> <p>c. Welche Limitationen werden angegeben?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Einfluss des Geschlechtes (Emotionsregulation im Zusammenhang mit Mindfulness-Training) • Das Alter der Stichprobe war etwas jünger als das der Population. Dies könnte einen Einfluss auf Strategien haben. • Die Zeit, welche die Angehörigen für die Pflege aufwenden, wurde in der Studie nicht erhoben. • Die Rekrutierung fand nur in einem Zentrum statt. 	<p>Implikationen für zukünftige Forschungen.</p> <p>e. Wird nach alternativen Erklärungen gesucht?</p> <p>Die Abbruchraten mit der zeitlichen Begründung könnten einen Bedarf für alltagstauglichere Interventionen darstellen.</p> <p>Das psychoedukative Material adressierte die Betroffenen direkt und nicht die Angehörigen. Das Lesen der Informationen war eine passive Intervention und wurde von den Autoren nicht überprüft</p> <p>Auch werden mögliche Erklärungen für die Besserungen gegeben, beispielsweise wie Mindfulness helfen könnte, negative Prozesse bei Depression und Angst positiv zu beeinflussen.</p>	
--	--	--	---	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> • Teilnehmer Rate wahrscheinlich aufgrund des Zeitaufwands tief • Unterschied zwischen Intervention und Kontrollgruppe: die erste ist aktiv die andere passiv, dies könnte auch einen Einfluss haben. 		
9		Übertrag auf die eigene Profession	<p>a. Welche Implikationen haben die Ergebnisse in Bezug auf meine Profession/für meinen beruflichen Alltag?</p> <p>Online Mindfulness-Training ist eine evidenzbasierte Intervention, um die QOL zu verbessern, Symptome von Angst und Depression zu vermindern und durch Mindfulness-Kompetenzen Verhalten und Betätigungen im Alltag anzupassen. Bei dem Übertrag auf die Population in unserer Forschungsfrage muss</p>	<p>a. Ist die Studie sinnvoll?</p> <p>Der Bedarf für eine Intervention für Angehörige wird klar aufgezeigt. Subjektiv ist die Eingrenzung auf Angehörigen von Menschen mit Querschnittlähmung UND neuropathischen Schmerzen nicht notwendig und erschwert den Übertrag auf eine grössere Population.</p> <p>b. Werden Stärken und Schwächen aufgewogen?</p> <p>Stärken und Limitation/Schwächen werden ausreichend erläutert. Die Stärken der Studie, mit den validen</p>	

			<p>die sprachliche Barriere des Trainings beachtet werden, sowie möglicher kultureller Unterschiede und ob das Merkmal des neuropathischen Schmerzes ein Ausschlusskriterium ist.</p>	<p>Messinstrumenten und dem erhaltenen Haupteffekt sprechen für die klare Beantwortung der Forschungsfrage.</p> <p>c. Wäre es möglich die Studie in einem anderen klinischen Setting zu wiederholen?</p> <p>Es ist möglich und sinnvoll, die Studie in einem anderen Setting zu wiederholen, ggf. das Stichprobenmerkmal «neuropathische Schmerzen» wegzulassen.</p>	
--	--	--	---	--	--

Anmerkung. LF = Leitfrage

Anhang H) AICA-Raster der inkludierten Studie 4: Schulz et al. (2009)

LF	Studie	Forschungsschritt	Leitfragen Zusammenfassung	Leitfragen kritische Würdigung	Bemerkung/Einschätzung
----	--------	-------------------	----------------------------	--------------------------------	------------------------

1	Introduction	<p>Problembeschreibung Bezugsrahmen/Verortung des Themas, Forschungsfrage/-ziel (Hypothese)</p>	<p>a. Um welches Thema/Problem handelt es sich? Pfleger von Individuen mit Querschnittlähmung sind besonders für psychiatrische und physische Morbidität gefährdet, weil sie besondere Herausforderungen in der Pflege erfahren, während diese lange andauert. Das hohe Alter des Betroffenen stelle eine zusätzliche Herausforderung dar. Es gibt wenig Interventionsstudien für pflegende Angehörige von Menschen mit Querschnittlähmung, obwohl der Bedarf schon über einem Jahrzehnt aufgezeigt wird.</p> <p>b. Was ist die Forschungsfrage/Hypothese oder das Ziel? Ziel ist, die Wirksamkeit von drei verschiedene Interventionen auf</p>	<p>a. Ist die Forschungsfrage/Hypothese/das Ziel klar definiert? Hypothese und Ziel werden in der Einleitung klar definiert. Es ist nachvollziehbar, was die Forscher durch die Studie aufzeigen möchten. Die Auflistung der Outcome-messungen findet nur im Abstract der Studie statt.</p> <p>b. Wird das Thema/das Problem mit vorhandener empirischer Literatur gestützt? Das Problem wird ausreichend, ausführlich, nachvollziehbar und breitgefächert mit vorhandener Literatur unterstützt.</p>	
---	--------------	---	---	---	--

			<p>die Verbesserung der Lebensqualität von Menschen mit Querschnittlähmung und deren pflegenden Angehörigen zu untersuchen. Ziel ist die Aussage über eine wirksame Intervention.</p> <p>Hypothese: dass die Ergebnisse der Pflegeperson in der dualen Behandlungsbedingung im Vergleich zu einer traditionellen, nur auf die Pflegeperson ausgerichteten Behandlungsbedingung verbessert werden und dass beide aktiven Behandlungen der Kontrollbedingung überlegen sein werden.</p> <p>c. Mit welchen Argumenten wurde die Forschungsfrage begründet?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pflegende Angehörige haben ein erhöhtes Risiko an psychischen und 		
--	--	--	---	--	--

			<p>physischen Gesundheitsfolgen zu leiden. Dadurch gibt es einen klaren Interventionsbedarf bei dieser Population.</p> <ul style="list-style-type: none">• REACH war bei pflegende Angehörigen von Menschen mit Demenz sehr erfolgreich• Die meisten Studien zielen auf ein einzelnes Problem ab. Ein einheitlicher Ansatz sei wahrscheinlich unwirksam. Daher müssen Interventionen am Individuum angepasst werden.• Die gleichzeitige Behandlung von Pflegendem und Betroffenen sei wichtig aufgrund bestehender Synergien. Der Ansatz habe grösseres Potential.		
--	--	--	--	--	--

2	Methods	Design	<p>a. Was soll untersucht werden? (Unterschied/Zusammenhang) Unterschied zwischen den drei Verschiedenen Interventionen auf die Lebensqualität der Angehörigen und den Betroffenen.</p> <p>b. Wie oft wird gemessen/befragt (gibt es eine Messwiederholung)? Es wurde drei Mal bei allen Stichproben gemessen: Baseline, Postintervention (6 Monate) und Follow-up (12 Monate)</p>	<p>a. Ist die Verbindung zwischen der Forschungsfrage und dem gewählten methodischen Vorgehen nachvollziehbar? Es wird nachvollziehbar erklärt, warum das Vorgehen gewählt wurde. Dies erscheint passend zur definierten Forschungsfrage und wird in den Zusammenhang gesetzt.</p>	
3		Stichprobe	<p>a. Für welchen Personenkreis soll eine Aussage gemacht werden (Population) Es soll eine Aussage für pflegende Angehörige und den Betroffenen mit Querschnittlähmung aus Miami und Pittsburgh gemacht werden.</p>	<p>a. Ist die Population in Bezug auf die Fragestellung sinnvoll gewählt? Die Population ist sinnvoll zur Fragestellung gewählt.</p> <p>b. Ist die Stichprobe in Bezug auf die Fragestellung und das methodische Vorgehen geeignet? Die Stichprobe ist in Bezug zur Fragestellung sinnvoll gewählt. Ein-</p>	

			<p>b. Wie wurden die Stichproben definiert?</p> <p>Ein- und Ausschlusskriterien für pflegende Angehörige:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instrumentelle oder emotionale Unterstützung • Ehepartner, Verwandten, Partner, Freundes • In den letzten sechs Monaten • Regelmässiger Kontakt (min. ein persönlicher Kontakt pro Monat und wöchentlicher telefonischer Kontakt) • Leben mit oder in der Nähe von der Person mit Querschnittlähmung • Über 18 Jahre alt • Besitz eines Telefons • Die Absicht, für min. sechs Monaten im geografischen Gebiet zu bleiben • Englischkenntnisse 	<p>und Ausschlusskriterien werden begründet und beachten das methodische Vorgehen.</p> <p>c. Ist die Stichprobe repräsentativ in Bezug auf die Population?</p> <p>Die Stichprobe ist laut den angegebenen demografischen Daten repräsentativ zur Population der Angehörigen und Betroffenen mit Querschnittlähmung. Die Stichprobe zeigt gruppenübergreifend ähnliche demografische Charakteristiken. Die Stichprobe ist bezüglich der ethnischen Diversität nicht repräsentativ für die Population (zu wenige TNs aus Minoritätsgruppen). Dies wird aber erst in den Limitationen angesprochen.</p> <p>d. Wie wurden die Stichproben gezogen?</p> <p>Die Dyaden wurden aus mehreren kommunalen, sozialen und Gesundheitseinrichtungen in Pittsburgh und Miami rekrutiert. Es</p>	
--	--	--	--	---	--

			<p>Ein- und Ausschlusskriterien für die Betroffenen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Querschnittlähmung aufgrund einer erworbenen Verletzung oder Krankheit • Mindestens 35 Jahre alt • Beeinträchtigung der Mobilität als Folge der Rückenmarksverletzung • Leben in der Gemeinschaft in einer nicht gruppenbezogener Umgebung für mindestens ein Jahr nach der Verletzung • Absicht für min. sechs Monaten im geografischen Gebiet zu bleiben • Besitz eines Telefons • Englischkenntnisse <p>Weitere Ausschlusskriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wenn Betroffener oder Angehöriger an einer unheilbaren Krankheit leidet 	<p>wurde mit Radio- und Fernsehwerbung, Zeitungsartikel, Anzeigen, gezielten Newsletter und Präsentationen geworben. Sie wurden per Telefon gescreent. Wenn beide, Pfleger und Angehöriger, die Anforderungen erfüllten und Interessen zeigten, wurde eine Baseline-Messung durchgeführt.</p> <p>e. Erscheint die Stichprobengrösse angemessen? Die randomisierte Stichprobe von gesamthaft 346 Teilnehmenden (173 Dyaden, 56-60 Dyaden pro Gruppe) erscheint angemessen.</p> <p>f. Wenn Vergleichsgruppen: Wie wurden diese erstellt Die Studienteilnehmer wurden randomisiert per (computer-generiert) einer der drei Gruppen zugeteilt.</p> <p>g. Wurden Dropouts (Teilnehmende, welche aus der laufenden Untersuchung ausscheiden) angegeben und begründet?</p>	
--	--	--	--	--	--

			<p>(Lebenserwartung unter 6 Monaten)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wenn Betroffener oder Angehöriger sich in einer aktiven Krebsbehandlung befindet • Wenn Betroffener oder Angehöriger blind oder taub ist. • Wenn Betroffener oder Angehöriger eine kognitive Beeinträchtigung hatte <p>c. Wie viele Stichproben wurden definiert?</p> <p>Es wurde von keiner Samplesize Kalkulation berichtet. 346 Stichproben wurden randomisiert den drei Interventionsgruppen zugeteilt. Es wurden drei Stichproben definiert.</p>	<p>Die Dropout wurden in einem Fließdiagramm angegeben. Gründe dafür sind: Verweigerung, keine Kontaktmöglichkeit, Wegzug aus der Region, zu krank, Tod oder Wegfall der Unterstützung.</p> <p>h. Beeinflussen die Dropouts die Ergebnisse?</p> <p>Intent-to-Treat Sample: fehlende Werte wurden eingeschlossen. Mit dem Statistikprogramm NORM wurden fehlende Ergebniswerte für jeden Teilnehmer vorhergesagt. Die Dropouts beeinflussen die Ergebnisse nicht. Es gibt keinen signifikanten Zusammenhang zwischen den Dropouts und den verbleibenden Studienteilnehmer gruppenübergreifend.</p>	
4		Datenerhebung	a. Welche Art von Daten wurde erhoben?	a. Ist die Datenerhebung in Bezug auf die Fragestellung nachvollziehbar?	

			<p>Die Daten wurden per Befragung/Interview in Form von Fragebogen und Selbsteinschätzung erhoben.</p> <p>b. Wenn nur eine Stichprobe: Wie oft wurden Messungen durchgeführt? Jede der drei Gruppen führte die Assessments vor der Intervention (Baseline) nach der Intervention (6 Monate) und 12 Monate (follow-up) durch.</p>	<p>Die Datenerhebung der Variablen wird eher knapp beschrieben. Das Beschriebene ist jedoch nachvollziehbar und passend zur Fragestellung.</p> <p>b. Sind die Methoden der Datenerhebung bei allen Teilnehmenden gleich? Die Datenerhebung wurde bei allen Teilnehmenden gleich durchgeführt, ausser das Burden nur bei den Caregivers und nicht bei den Care recipients erhoben wurde.</p> <p>c. Wurden die Daten von allen Teilnehmenden komplett/vollständig erhoben? Die Dropouts wurden berücksichtigt. Es fehlen einige Daten in der Demografie bezüglich der genauen Höhe und Vollständigkeit der Querschnittlähmung. Dies erscheint jedoch nicht relevant.</p>	
--	--	--	---	--	--

Anmerkung. LF = Leitfrage

LF	Studie	Forschungsschritt	Leitfragen Zusammenfassung	Leitfragen kritische Würdigung	Bemerkung/Einschätzung
5	Methods	Messverfahren & Messinstrumente (Variablen)	<p>a. Welche Variablen wurden zur Beantwortung der Fragestellung definiert?</p> <p>Übergreifend wird auf eine Verbesserung der Lebensqualität abgezielt.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Depressive Symptome • Belastung (Caregiver Burden) • Selbstfürsorge Probleme • Physische Gesundheitssymptome • Zufriedenheit mit der sozialen Unterstützung • Soziale Integration <p>b. Welche Instrumente wurden zur Datenerhebung benutzt?</p> <ul style="list-style-type: none"> • CES-D • Caregiver Burden Interview (kurze Version) • Befragung zu Selbstfürsorge/ Caregiver Burden Interview (kurze Verion) 	<p>a. Sind die Variablen sinnvoll und umfassend in Bezug auf die Fragestellung gewählt?</p> <p>Die Variablen sind sinnvoll zur definierten Fragestellung, dem Konstrukt der Lebensqualität gewählt. Die Studie nutzt viele und verschiedene Variablen, um die Forschungsfrage zu beantworten.</p> <p>b. Fehlen relevante Variablen?</p> <p>Es scheinen keine relevanten Variablen zu fehlen. Dropouts wurden berücksichtigt</p> <p>c. Sind die Messinstrumente in Bezug auf die Fragestellung/Variablen geeignet?</p> <p>Die Messinstrumente sind in Bezug zu den Variablen passend ausgewählt. Welche wiederum zum Konstrukt der Lebensqualität und somit zur Fragestellung passen.</p> <p>d. Sind die Messinstrumente zuverlässig (reliabel und valide)?</p>	

			<ul style="list-style-type: none"> • Befragung zu Gesundheitssymptomen • Befragung zur Zufriedenheit der sozialen Unterstützung • Befragung zur sozialen Integration <p>c. Welche Intervention wird getestet?</p> <p>Caregiver-Only Intervention:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Intervention soll den Pflegenden Wissen und kognitive/verhaltensbezogene Fähigkeiten vermitteln. Sie richtet sich auf 5 bekannte Risikoberieche für pflegende Angehörige (fehlendes Wissen, Belastung, soziale Unterstützung und Integration, Emotionales Wohlbefinden, Kommunikation, Selbstfürsorge, physische Gesundheit) • Die Intervention wurde aufgrund der Baseline- 	<p>In der Studie selbst wird nicht über die Reliabilität und die Validität berichtet. Berichtet wird, dass Cronbach`s Alpha bei Selfcare problems moderat und physical health symptoms wenig bis moderat ist. Beide angegebene Werte sind inakzeptabel.</p> <p>Für alle Messinstrumente werden Quellen angegeben. Bei den Befragungen zu Gesundheitssymptomen, Zufriedenheit der soz. Unterstützung und zur sozialen Integration wird nur auf dieselbe Studie verwiesen, welche diese Messinstrumente selbst nutzte. Dies beschreibt noch keine Reliabilität oder Validität und ist somit fraglich.</p> <p>e. Wird die Auswahl der Messinstrumente nachvollziehbar begründet?</p> <p>Die Instrumente werden beschrieben, jedoch wird die Auswahl nicht bei allen sechs begründet und ist deshalb nicht nachvollziehbar.</p>	
--	--	--	---	---	--

			<p>Messung individualisiert (Schwerpunkt)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Pflegenden konnten innerhalb der Module Themen auswählen • Beinhaltet Strategien aus dem REACH Interventionsprogramm • Sieben 60-90-minütige Einzelsitzungen (während sechs Monaten), zuhause (fünf) oder per Telefon (zwei) und fünf strukturierte, telefonische Selbsthilfegruppen- Sitzungen (Screen-Telefon) • Erhalt von Standardinformationen über SCI <p>Dual-Target Intervention:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Teil für den Pflegenden war identisch zur Intervention «Caregiver-Only» 	<p>f. Sind mögliche Einflüsse/Verzerrungen auf die Intervention beschrieben?</p> <p>Es wird ausschliesslich bemerkt, dass das Cronbach Alpha bei zwei Messinstrumenten moderat-niedrig ist. Jedoch werden keine konkrete Verzerrungen oder Einflüsse unter der Methodik beschrieben.</p>	
--	--	--	---	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> • Die Prozedur und die Interventionsstrategien des Pflegenden wurden an die Betroffenen mit SCI angepasst. • Betroffene wurden über die Auswirkung der Pflege von Menschen mit SCI auf den Pflegenden selbst aufgeklärt • Die Intervention wurde aufgrund der Baseline-Messung individualisiert • Sieben 60-90-minütige Einzelsitzungen (während sechs Monaten), zuhause (fünf) oder per Telefon (zwei) und fünf strukturierte, telefonische Selbsthilfegruppen- Sitzungen (Screen-Telefon). Die Pflegenden waren dabei nicht anwesend. • Erhalt von Standardinformationen über SCI <p>Information-Only Control Group:</p>		
--	--	--	---	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> • Pflegende erhielten dieselben schriftlichen Standardinformationen wie in den beiden anderen Interventionen • Es fanden drei «Check-in» Kontakte durch die Interventionisten statt: 3,5 und 9 Monate nach der Randomisierung. 		
6		Datenanalyse	<p>a. Welches Skalenniveau weisen die erhobenen Variablen auf? Alle sechs erhobenen abhängigen Variablen bestehen aus Likert-Skalen und sind damit laut Literatur ordinal skaliert, können aber metrisch verwendet werden.</p> <p>b. Welche statistischen Verfahren wurden zur Datenanalyse genutzt?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Change Scores wurden für jedes Outcome berechnet (Differenz Baseline und & 6M/12M) 	<p>a. Werden die gewählten Analyseverfahren klar beschrieben? Die gewählten Analyseverfahren werden ausführlich, ausreichend und nachvollziehbar von den Autoren beschrieben.</p> <p>b. Wurden die Verfahren in Bezug auf die Fragestellung sinnvoll angewendet? Die Verfahren wurden passend zur Fragestellung gewählt, ob ein Unterschied der Variablen sichtbar wird. Dies wird multivariant analysiert.</p>	

			<ul style="list-style-type: none"> • Multivariante ANOVAs (MANOVA) mit Omnibus F-Test (globaler Test) mit NORM (Tabelle 4) • Univariate Tests für jede Variable einzel • Berechnung des Nettoverbesserungswert (Tabelle 5) <p>c. Wurde ein Signifikanzniveau festgelegt (5% meist implizit, 1% oder 10% sollten begründet werden)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Das Signifikanzniveau wurde auf 5% festgelegt. • Zum Teil wird auch das 95% Confidence Intervall angegeben. 	<p>c. Entsprechen die statistischen Analyseverfahren den Skalenniveaus? Da die Likert-Skalen metrisch verwendet werden, entsprechen die Variablen der (M)ANOVA.</p> <p>d. Wurden Voraussetzungen zur Verwendung bestimmter statistischer Analyseverfahren überprüft? Eine Normalverteilung der Daten ist gegeben. Die Gruppen unterscheiden sich signifikant in zwei Bereichen, welche das Muster der signifikanten Ergebnisse als Kovarianz jedoch nicht veränderte.</p>	
--	--	--	---	---	--

7	Results	Ergebnisse	<p>a. Welche Ergebnisse werden präsentiert?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tabelle 2: Demografische Daten • Tabelle 3: Mittelwert und Standardabweichung aller Variablen der drei Gruppen der Baseline- und der 12-monatigen Follow-up Messung • Tabelle 4: Multivariate Anova (MANOVA) und signifikante univariate F-Testung der Interventionsgruppen • Tabelle 5: Zusammenfassung der klinischen Signifikanz für die Veränderung des Pflegenden • Primäre Ergebnisse der Baseline Messung der Gruppenunterschiede (keine Relevanz) • Standort-Effekte • Geschlecht und Interventionist Effekte 	<p>a. Werden die Ergebnisse präzise dargestellt?</p> <p>Die Studie ist in den meisten Bereichen sehr ausführlich und zeigt aufgrund der Studientiefe (viele Variablen) sehr viele Resultate auf. Gewisse Ergebnisse werden nicht tabellarisch dargestellt (Kovarianzen der demografischen Daten, Standort-Effekte, Geschlecht und Interventionist Effekt, Exposition des Behandlungseffekt). Zahlen, welche in Tabelle 4 nicht signifikant waren ($p > .05$) wurden weggelassen.</p> <p>b. Sind die Ergebnisse nachvollziehbar und übersichtlich dargestellt?</p> <p>Die demografischen Daten werden nachvollziehbar dargestellt. Jedoch werden Daten zu Kovarianz und Homogenität nicht tabellarisch aufgezeigt, sondern ausschliesslich erwähnt.</p> <p>Die Ergebnisse nach der sechsmonatigen Messung wurden</p>	
---	---------	------------	---	---	--

			<ul style="list-style-type: none"> • Exposition des Behandlungseffekt (bzw. wie oft die TNs bei den Intervention dabei waren oder fehlten), keinen signifikanten Zusammenhang <p>b. Welches sind die zentralen Ergebnisse der Untersuchung?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tabelle 4: Die dual-target Intervention zeigt im Vergleich zur Control Intervention ein signifikanter Effekt für die Pflegenden. Dual-target ist der Control Gruppe in den Gesundheitssymptomen und in der sozialen Integration überlegen. • Tabelle 4: Die dual-target Intervention zeigt im Vergleich zur Control Gruppe ein signifikanter Effekt für den Mittelwert von Pflegenden und Betroffenen (Dyade). 	<p>nicht präsentiert, da diese nicht signifikant seien. Die Studie wurde in einigen Bereichen zur Vereinfachung/Übersichtlichkeit reduziert, dies verhindert jedoch die spezifische Nachvollziehbarkeit.</p>	
--	--	--	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> • Tabelle 4: Univariat ist dual-target der Control-Gruppe in Gesundheitssymptomen und der Caregiver-Only Intervention in CEDS und Gesundheitssymptomen überlegen. • Tabelle 4: Die dual-target Intervention zeigt im Vergleich zur Caregiver-Only Intervention ein signifikanter Effekt für den Mittelwert von Pflegenden und Betroffenen (Dyade). • Tabelle 5: Signifikant mehr Studienteilnehmer (mit signifikanten Veränderungen) der dual-target Intervention zeigten im Vergleich zur Caregiver-Only Intervention eine Verbesserung in CESD, Pflegebelastung und Gesundheitssymptomen • Tabelle 5: Signifikant mehr Studienteilnehmer (mit 		
--	--	--	--	--	--

			<p>signifikanten Veränderungen) der dual-target Intervention zeigten im Vergleich zur Control-Intervention eine Verbesserung in Pflegebelastung und Gesundheitssymptomen</p> <ul style="list-style-type: none">• Der Unterschied im multivariaten Ergebnis zwischen Caregiver-Only und Control-Intervention war in Miami grösser als in Pittsburgh. Grund: grössere Verbesserung in der Selbstfürsorge und den Depressionssymptomen in Miami.		
--	--	--	---	--	--

8	Discussion	Diskussion	<p>a. Werden die wichtigsten Ergebnisse erklärt? Die wichtigsten Ergebnisse werden erklärt. Es scheinen keine relevanten Ergebnisse zu fehlen.</p> <p>b. Wie interpretieren die Forschenden die Ergebnisse? Die Ergebnisse werden von den Forschenden weder über-, noch unterbewertet. Die Ergebnisse zeigen die signifikanten Vorteile von der dual-target Intervention im Vergleich zur Control-Intervention für den Pflegenden, in den Bereichen der Gesundheitssymptomen und der sozialen Integration. Die dual-target Intervention ist eine effektive Strategie, um die gemeinsame Lebensqualität von Pflegenden und Angehörigen mit Querschnittlähmung zu verbessern. Es wurde keine Signifikanz für die Verbesserung</p>	<p>a. Werden alle Resultate diskutiert? Es werden alle relevanten Resultate diskutiert und aufgeführt.</p> <p>b. Stimmt die Interpretation mit den Resultaten überein? Die Interpretation stimmt mit den aufgezeigten Resultaten in den Tabellen überein. Die Interpretation wirkt realistisch.</p> <p>c. Ist die Interpretation der Ergebnisse nachvollziehbar? Die Interpretation im Diskussionsteil wird nachvollziehbar begründet.</p> <p>d. Werden die Resultate in Bezug zur Fragestellung/Zielsetzung/Hypothese und anderen Studien diskutiert und verglichen? Die Resultate werden mit der Hypothese und Zielsetzung diskutiert und verglichen. Dies findet innerhalb der Diskussion statt, da keine Schlussfolgerung vorhanden ist.</p> <p>e. Wird nach alternativen Erklärungen gesucht?</p>	
---	------------	------------	---	--	--

			<p>der Lebensqualität für die Caregiver-Only Intervention (im Vergleich zur Kontrollgruppe) gefunden. Es zeigen sich mehr Verbesserungen für den Pflegenden, wenn der Betroffene miteinbezogen wird.</p> <p>c. Werden die Ergebnisse mit ähnlichen Studien verglichen? In der gesamten Diskussion werden nur wenige Studien miteinbezogen. Es besteht die Schwierigkeit, dass die vorliegende Studie die Erste in diesem Bereich mit dieser Grösse ist. Die Ergebnisse werden mit jenen von einer ähnlichen Studie mit Menschen mit Demenz verglichen.</p> <p>d. Kann die Forschungsfrage auf Grund der Daten beantwortet werden? Die Hypothese kann teilweise bestätigt werden. Die dual-target Intervention ist der Control-</p>	<p>Es wird nach alternativen Erklärungen gesucht, wo nicht der gewünschte Effekt erzielt wurde. Die aufgeführten erwünschten Effekte werden nicht hinterfragt.</p>	
--	--	--	--	--	--

			<p>Intervention im Effekt auf die Lebensqualität signifikant überlegen.</p> <p>e. Welche Limitationen werden angegeben?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dauer der Studie, eine spätere follow-up Messung könnte mehr Signifikanz aufzeigen (es kann sein, dass die Intervention eine gewisse Zeit benötigt, um Wirkung zu zeigen) • Eine grössere Stichprobe würde die Untersuchung von Subgruppen ermöglichen (Rasse, Ethnie), Minoritätsgruppen waren im Vergleich zur allgemeinen Population unterrepräsentiert. • Der Durchschnitt der Teilnehmer mit Querschnittlähmung hatte diese schon acht Jahre. Die Ergebnisse würden sich daher 		
--	--	--	---	--	--

			<p>nicht auf ein akutes Setting übertragen lassen.</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Control-Intervention erhielt aus ethischen und motivationalen Gründen auch eine Intervention 		
9		Übertrag auf die eigene Profession	<p>a. Welche Implikationen haben die Ergebnisse in Bezug auf meine Profession/für meinen beruflichen Alltag?</p> <p>In der Studie wird aufgezeigt, dass Ergotherapeuten diese Intervention nutzen könnten. Es lassen sich wichtige Grundsätze ableiten: Um die Lebensqualität des Pflegenden zu verbessern, muss der Betroffene mit Querschnittlähmung einbezogen werden.</p>	<p>a. Ist die Studie sinnvoll?</p> <p>Die Studie ist sehr sinnvoll. Der Bedarf ist klar ersichtlich und die ausgewählten Variablen, Methoden und Analyseverfahren passend.</p> <p>b. Werden Stärken und Schwächen aufgewogen?</p> <p>Stärken und Schwächen werden in der Diskussion aufgewogen. Die Autoren sehen den Bedarf für weitere Forschung, auf was fokussiert werden soll und heben auch die Wichtigkeit der neuen Ergebnisse hervor. Die Autoren bauschen die Ergebnisse nicht auf.</p> <p>c. Wäre es möglich die Studie in einem anderen klinischen Setting zu wiederholen?</p>	

				Da die Zuteilung in die Gruppen randomisiert stattfand, die Gutachter kein Wissen über die Behandlungsbedingungen hatten und die Stichprobe gross war, kann davon ausgegangen werden, dass dies möglich ist. Weiter wird es sogar empfohlen, die Studie angepasst in anderen Settings zu wiederholen.	
--	--	--	--	---	--

Anmerkung. LF = Leitfrage

Anhang I) AICA-Raster der inkludierten Studie 5: Watford et al. (2019)

LF	Studie	Forschungsschritt	Leitfragen Zusammenfassung	Leitfragen kritische Würdigung	Bemerkung/Einschätzung
----	--------	-------------------	----------------------------	--------------------------------	------------------------

1	Introduction	<p>Problembeschreibung Bezugsrahmen/Verortung des Themas, Forschungsfrage/-ziel (Hypothese)</p>	<p>a. Um welches Thema/Problem handelt es sich? Ehepartner, insbesondere Ehefrauen leiden am stärksten unter «Caregiver Burden» in der Pflege ihres Ehemannes. Daraus entstehe oft eine ungleiche Betätigungsbalance, welches die Lebensqualität negativ beeinflusse. Durch die Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems muss die Ergotherapie kreativ werden (da die ET für die betroffenen finanziert wird), wie sie die Situation des informellen Pflegenden verbessern kann.</p> <p>b. Was ist die Forschungsfrage/Hypothese oder das Ziel? Die Forscher postulierten, dass die Kombination des PPR-Profiles und eines reflektierenden Journals den Pflegenden dabei helfen könnte, ihr Leben so anzupassen, dass sie sich</p>	<p>a. Ist die Forschungsfrage/Hypothese/das Ziel klar definiert? Das Ziel ist klar definiert. Jedoch sind implizit viele Faktoren darin enthalten: durch die Kombination von zwei Interventionen (PPR und JAE) sollen die Beteiligung/Partizipation an sinnvollen Betätigungen zunehmen (COPM und WHOQOL). Dabei wird Outcome und Zufriedenheit der Betätigung untersucht und die Lebensqualität erfasst, welche aber nicht in der Fragestellung oder im Ziel vorkommen. Zusätzlich werden Interviews geführt, da Mixed Methode mehr Daten und ein besseres Verständnis ermöglichen soll. Das Ziel ist somit klar definiert, jedoch tendenziell breit gefasst. Subjektiv ist dieses nicht sinnvoll eingegrenzt. Lebensqualität und</p>	
---	--------------	---	--	--	--

			<p>selbst und diejenigen, die sie pflegen, besser werden.</p> <p>In dieser Studie sollten die Auswirkungen des PPR-Profiles und des Journals der Aktivitäten und Erfahrungen (JAE) auf die Erhöhung der Beteiligung an einer sinnvollen Beschäftigung für Ehefrauen, die ihre Ehepartner pflegen, untersucht und bestimmt werden.</p> <p>c. Mit welchen Argumenten wurde die Forschungsfrage begründet?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pflegende Ehefrauen leiden besonders unter «Cargiver Burden» • «Caregiver Burden» beeinflusse die Gesundheit des Angehörigen wie auch des Betroffenen • Fehlende Interventionen 	<p>Outcome/Zufriedenheit hat zwar ein Zusammenhang zur Partizipation an der Betätigung, aber untersucht dies nicht direkt.</p> <p>b. Wird das Thema/das Problem mit vorhandener empirischer Literatur gestützt?</p> <p>Das Thema wird ausreichend mit vorhandener Literatur gestützt, definiert und ausgeführt. In Bezug zu Caregiver Burden werden zusätzlich finanzielle Schwierigkeiten aufgeführt, definiert und Lösungen aufgezeigt, wobei der direkte Zusammenhang zum Ziel der Studie nicht nachvollziehbar ist.</p>	
2	Methods	Design Randomized Controll Trial	<p>a. Was soll untersucht werden? (Unterschied/Zusammenhang) Wirksamkeit der Intervention, Zusammenhang der Intervention</p>	<p>a. Ist die Verbindung zwischen der Forschungsfrage und dem gewählten methodischen Vorgehen nachvollziehbar?</p>	

			<p>und der Lebensqualität. Unterschied zwischen der Pre und der Post-Messung.</p> <p>b. Wie oft wird gemessen/befragt (gibt es eine Messwiederholung)? Es wurde eine Pre und eine Post-Messung durchgeführt mit dem WHOQOL und dem COPM</p>	<p>Die Verbindung zwischen dem Forschungsziel (Auswirkung der Intervention auf Betätigung von pflegende Ehefrauen zu untersuchen) und dem gewählten Vorgehen (Unterschied zwischen der Pre zur Post-Messung) ist nachvollziehbar beschrieben.</p>	
		<p>Design Qualitativer Teil (Letts et al., 2007) Qualitative descriptive approach</p>	<p>a. What was the Design? Was war das Design? Das Design wird nicht explizit genannt, jedoch kann von dem phänomenologischen Design ausgegangen werden.</p> <p>b. Was the Design appropriate? War das Design angemessen? Phänomenologisches Design: Da Caregiver Burden eine individuell verspürte Belastung ist, passt das qualitative Design, um die Intervention ebenfalls mit Interviews zu überprüfen, da man die subjektive Einsicht in die Belastung und in die Veränderung durch die Intervention erhalten will.</p> <p>c. Was a theoretical Perspective identified? Wurde eine theoretische Perspektive identifiziert? Es wurde keine theoretische Perspektive von den Autoren genannt.</p> <p>d. What methods were used? Are they congruent with the philosophical underpinnings and purpose? Welche Methode wurde benutzt? Sind diese kongruent mit dem philosophischen Grundlagen und dem Ziel? Es wurden keine philosophischen Grundlagen genannt. Die qualitativen Daten stammen aus dem JAE Profil. Dies sollte laut den Autoren eine</p>		

			<p>eingehendere und ganzheitlichere Untersuchung ermöglichen, da die Daten narrativ von den Teilnehmenden erhoben werden. Dies hat keinen direkten Zusammenhang zum Ziel der Studie, jedoch ist Betätigung immer etwas subjektives und somit erscheint die qualitative Ergänzung sinnvoll. Die induktive Methode wurde zur Auswertung genutzt.</p>	
3		Stichprobe	<p>a. Für welchen Personenkreis soll eine Aussage gemacht werden (Population) Für Frauen, die ihre Partner pflegen, da diese laut einbezogenen Studien besonders für Caregiver Bruden gefährdet sind. Diese werden nicht explizit als solche aufgeführt.</p> <p>b. Wie wurden die Stichproben definiert? Es wurden nur Einschlusskriterien definiert aber keine Ausschlusskriterien. Die Teilnehmerinnen sollten auch über genügend Zeit verfügen und mit der Forschung einverstanden sein. Einschlusskriterien:</p>	<p>a. Ist die Population in Bezug auf die Fragestellung sinnvoll gewählt? Die beschriebene Population passt zur Fragestellung.</p> <p>b. Ist die Stichprobe in Bezug auf die Fragestellung und das methodische Vorgehen geeignet? Es wird nicht erklärt, warum nur verheiratete Frauen inkludiert wurden und warum ein Mindestalter besteht. Die Stichprobe ist für das methodische Vorgehen geeignet. Sie ist jedoch sehr klein.</p> <p>c. Ist die Stichprobe repräsentativ in Bezug auf die Population? Kritik: die Stichprobe weist auf die minimale Stichprobengröße sehr heterogene Demografien auf. Die</p>

			<ul style="list-style-type: none"> • Physische oder Kognitive Pflege von Ehepartner (verheiratet) • Weiblich • Min. 55 Jahre alt <p>c. Wie viele Stichproben wurden definiert?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eine Stichprobe. • Es wurden 11 Teilnehmerinnen rekrutiert, 9 nahmen tatsächlich Teil wobei schlussendlich nur acht die Postinterventionsmessung vervollständigten. • Es wurde keine Sample-Size Kalkulation gemacht. 	<p>Pflegedauer des Partners beträgt zwischen einem Jahr bis 39 Jahre, zwischen 1-10 Stunden pro Tag und das Altersspektrum beträgt 20 Jahre. Durch die Altersbeschränkung kann dies kaum repräsentativ sein. Da die Stichprobengröße sehr klein ist, ist die Repräsentation auf die Population ebenfalls nicht gegeben. Somit kann es deutlich erschwert sein, klinische Signifikanz aufzuzeigen.</p> <p>d. Wie wurden die Stichproben gezogen?</p> <p>Convenience Sampling Methode mit Schneeballsystem, Werbung auf Facebook und private Kontaktaufnahme zu 14 Ergotherapeuten. Die Hauptforscherin erklärte die Studie per Telefon an den interessierten potenziellen Teilnehmerinnen.</p>	
--	--	--	---	---	--

				<p>e. Erscheint die Stichprobengrösse angemessen? Die Stichprobe mit den schlussendlich sieben/acht übriggebliebenen Teilnehmerinnen erscheint eindeutig zu klein. Durch die breitgefächerten demografischen Daten ist keine Heterogenität gegeben.</p> <p>f. Wenn Vergleichsgruppen: Wie wurden diese erstellt Es wurde keine Vergleichsgruppe erstellt</p> <p>g. Wurden Dropouts (Teilnehmende, welche aus der laufenden Untersuchung ausscheiden) angegeben und begründet? Die Dropout wurden aufgeführt und begründet (Verschlechterung der Gesundheit, Reise).</p> <p>h. Beeinflussen die Dropouts die Ergebnisse?</p>	
--	--	--	--	--	--

				<p>Neun Teilnehmerinnen vervollständigten den Pretest, ein Dropout (Gesundheit), acht vervollständigten die Intervention und den Posttest. Sieben Teilnehmerinnen retournierten das PPR Profil und den JAE für die qualitative Analyse. Eine Teilnehmerin retournierte diese aufgrund einer Reise nicht. In den quantitativen Daten wurde n=8 und in den qualitativen n=7 verwendet. Dies könnte bei der kleinen Sample Size eine Verzerrung in den qualitativen Daten auslösen.</p>	
		<p>Sampling Qualitativer Teil (Letts et al., 2007) Qualitative descriptive approach</p>	<p>a. Was the process of purposeful selection described? Wurde der Prozess der gezielten Auswahl beschrieben? Der Prozess wird beschrieben (siehe Abschnitt quantitative Stichprobe). Das Zielbewusstsein ist präsent, da</p>	<p>a. Describe what sampling methods were used. Was the sampling method appropriate to the study purpose or research question? Beschreiben sie, welche Stichprobenmethoden verwendet wurden. War die Stichprobenmethode für den</p>	

			<p>die qualitativen Daten aus der Intervention selbst stammen.</p> <p>b. Was sampling done until redundancy in data was reached? Wurde die Probenahme so lange durchgeführt, bis die Redundanz der Daten erreicht war? Nein, das wurde nicht gemacht. Da die Daten aus der Intervention stammen, hätte die Stichprobe zu Beginn grösser sein müssen.</p> <p>c. Was informed consent obtained? Wurde eine informierte Zustimmung eingeholt? Ja, dies stellte ansonsten ein Ausschlusskriterium dar.</p>	<p>Zweck der Studie oder die Forschungsfrage geeignet? Die Stichprobe stammte direkt aus jenen Teilnehmerinnen, die die Intervention selbst erlebten, da die qualitativen Daten auch aus der Intervention selbst stammen. Das Sampling passte somit zum Zweck der Studie.</p> <p>b. Are the Participants described in adequate detail? Is it applicable to my research? Sind die Teilnehmer ausreichend detailliert beschrieben? Ist sie auf meine Forschung anwendbar? Die Teilnehmer sind mit den aufgeführten demografischen Daten und den Einschlusskriterien genügend detailliert beschrieben.</p>	
--	--	--	--	---	--

4		Quantitative Datenerhebung	<p>a. Welche Art von Daten wurde erhoben? (physiologische Messungen)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demografie • WHOQOL=> Likertskala • COPM => Veränderungswert ≥ 2 ist signifikant <p>b. Wenn nur eine Stichprobe: Wie oft wurden Messungen durchgeführt? Die Messung wurde vor und nach der Intervention durchgeführt.</p>	<p>a. Ist die Datenerhebung in Bezug auf die Fragestellung nachvollziehbar?</p> <p>Es wird nicht ausgeführt, wie WHOQOL und COPM über das Telefon erfasst wurden. Die Datenerhebung mit dem COPM im Zusammenhang mit der gewünschten Betätigungsveränderung erscheint sinnvoll. Jedoch erscheint es schwierige, durch den grosse subjektive und individuelle Teil des COPM (jede Teilnehmerin wählt eine individuelle Betätigung) die wenig quantitativen Daten der Teilnehmerinnen zu vergleichen. Die Erfassung der Lebensqualität ist zwar nachvollziehbar, der direkte Zusammenhang zur Partizipation an bedeutungsvollen Betätigungen (in der Fragestellung präsentiertes outcome) ist nicht klar ersichtlich.</p>	
---	--	----------------------------	--	---	--

				<p>b. Sind die Methoden der Datenerhebung bei allen Teilnehmenden gleich? Etwas anderes wird nicht erwähnt, es muss also davon ausgegangen werden.</p> <p>c. Wurden die Daten von allen Teilnehmenden komplett/vollständig erhoben? Es ist unklar, wie die Daten der achten Teilnehmerin in die Studie kommen, da diese als Dropout aufgeführt werden.</p>	
Letts & Law	Qualitative Datenerhebung (Letts et al., 2007)	<p>a. Descriptive clarity/ Deskriptive Klarheit:</p> <p>i. clear and complete description of site & participants/ klare und vollständige Beschreibung des Standorts und der Teilnehmer Die Teilnehmerinnen sind klar beschrieben. Die Teilnehmerinnen füllten das</p>	<p>a. Beschreibung des Kontexts der Studie? Es kann herausgelesen werden, dass die qualitativen Daten aus dem Interventionsmaterial selbst stammen. Weitere Informationen zum Kontext sind nicht gegeben.</p> <p>b. Fehlt etwas und beeinflusst es die Studie? Es scheint nichts zu fehlen.</p>		

			<p>PPR Profil und den JAE zuhause aus und sendeten sie dann zu den Forscher. Weitere Informationen sind dazu nicht vorhanden.</p> <p>ii. of the role of the researcher and relationship with participants/ über die Rolle des Forschers und die Beziehung zu den Teilnehmern Die Teilnehmerinnen hatten in der Abklärung alle Kontakt zur Hauptforscherin. Somit könnte dies eine Verzerrung darstellen.</p> <p>iii. Identification of assumptions and biases of researcher/ Identifizierung von Annahmen und Bias der Forschenden Die Hauptforscherin füllte ein elektronisches Tagebuch aus, um persönliche Bias zu</p>	<p>c. Ist die Datenerhebung in Bezug auf die Fragestellung nachvollziehbar? Die Datenerhebung ist begrenzt nachvollziehbar. Wünschenswert wäre das Aufführen der gestellten Fragen. Es ist jedoch aus ergotherapeutischer Sicht nachvollziehbar, warum das JAE konstruiert, und in die qualitativen Daten impliziert wurde.</p>	
--	--	--	---	---	--

			<p>verhindern. Ebenfalls fand ein Member-Checking statt.</p> <p>b. Welche Art von Daten wurde erhoben? Die Daten sind schriftlich und wurden aus der JAE (Journal of Activities and Experience) erhoben. Dies wurde von den Autoren selbst erstellt und beinhaltet Reflexionsfragen zu den täglichen Aktivitäten, der Zielsetzung und Ressourcen und Barrieren.</p> <p>c. Wenn nur eine Stichprobe: Wie oft wurden Messungen durchgeführt? Die Messung wurde vor und nach der Intervention durchgeführt.</p> <p>c. Procedural Rigor? Do the researchers provide adequate information about data collection procedures e.g., gaining access to the site, field notes, training data gatherers? Describe any flexibility in the design & data collection methods. Verfahrenstechnische</p>		
--	--	--	--	--	--

			<p>Rigorosität? Stellen die Forscher angemessene Informationen über die Datenerhebungsverfahren zur Verfügung, z. B. Zugang zum Standort, Feldnotizen, Schulung der Datensammler? Beschreiben Sie jegliche Flexibilität im Design und in den Datenerhebungsmethoden.</p> <p>Die Forscher führen diese Daten nicht auf, die Fragen werden nicht konkret und transparent in der Studie genannt. Es wird ausgesagt, dass dies auch über das Telefon stattfand. Da es sich nicht um Beobachtungen oder Interviews handelt, ist der Prozess auch anders.</p>		
--	--	--	---	--	--

Anmerkung. LF = Leitfrage

LF	Studie	Forschungsschritt	Leitfragen Zusammenfassung	Leitfragen kritische Würdigung	Bemerkung/Einschätzung
----	--------	-------------------	----------------------------	--------------------------------	------------------------

5	Methods	<p>Messverfahren & Messinstrumente (Variablen)</p>	<p>a. Welche Variablen wurden zur Beantwortung der Fragestellung definiert? Die Quality of Life (Lebensqualität) und das COPM (Zufriedenheit und subjektives Outcome) wurden definiert, um zu zeigen, dass die Intervention Einfluss auf die Betätigung (Wahrnehmung darauf) hat.</p> <p>b. Welche Instrumente wurden zur Datenerhebung benutzt?</p> <ul style="list-style-type: none"> • WHO-QOL-BREF • COPM <p>c. Welche Intervention wird getestet? Die Intervention beinhaltet das PPR Profil und den JAE. Beides wurde während vier Wochen einmal täglich von den Teilnehmerinnen ausgefüllt. Im PPR Profil erfassen sie während 24 Stunden ihre Aktivitäten (wann, wo und mit wem). Das JAE (Journal of Activities and Experience) beinhaltet Reflexionsfragen zu den</p>	<p>a. Sind die Variablen sinnvoll und umfassend in Bezug auf die Fragestellung gewählt? Die Variablen sind passend zur Fragestellung gewählt. Da Lebensqualität und Betätigungen nahe zusammenhängen erscheint dies nachvollziehbar. Jedoch wird die Partizipation an Betätigungen an sich nicht quantitativ erhoben, sondern nur qualitativ. Sie hätten die Lebensqualität und die Zufriedenheit mit der Betätigung in die Fragestellung einbeziehen können.</p> <p>b. Fehlen relevante Variablen? Es fehlt die relevante Variable der Partizipation an der Betätigung, wenn dies von den Autoren untersucht werden möchte.</p> <p>c. Sind die Messinstrumente in Bezug auf die Fragestellung/Variablen geeignet? Die Variablen ergeben sich aus den Messinstrumenten, bzw. sind Teil der Messinstrumente und daher geeignet.</p>	
---	---------	--	---	--	--

			<p>täglichen Aktivitäten, der Zielsetzung und Ressourcen und Barrieren.</p>	<p>d. Sind die Messinstrumente zuverlässig (reliabel und valide)? Die quantitativen renommierten Messinstrumente werden mit Literatur als reliabel und valide erklärt. Dazu werden jedoch keine Werte in der Studie aufgeführt.</p> <p>e. Wird die Auswahl der Messinstrumente nachvollziehbar begründet? Die Messinstrumente werden erklärt, jedoch wird nicht begründet, warum sie zum Einsatz kommen.</p> <p>f. Sind mögliche Einflüsse/Verzerrungen auf die Intervention beschrieben? Nein, die werden hier unter den Methoden noch nicht aufgeführt, erst im Diskussionsteil der Studie.</p>	
6		Datenanalyse	<p>a. Welches Skalenniveau weisen die erhobenen Variablen auf?</p> <ul style="list-style-type: none"> • UV: Intervention, Kombination PPR und JAE • AV: Likertskala des WHO-QOL-BREF ist laut Literatur ordinal 	<p>a. Werden die gewählten Analyseverfahren klar beschrieben? Der Wilcoxon-Signed-Rank-Test wird nur aufgeführt und nicht beschrieben. Veränderungswert COPM: Mit einer Studie wird begründet, dass der Veränderungswert grösser als 2</p>	

			<p>skaliert. COPM: die Resultate sind ordinal (Likertskala).</p> <p>b. Welche statistischen Verfahren wurden zur Datenanalyse genutzt? Die demografischen Daten wurden mit der Häufigkeitsverteilung, der deskriptiven Statistik und der Masse der zentralen Tendenz analysiert. Für die WHO-QOL-BREF wurde der Wilcoxon-Signed-Rank verwendet, um den Unterschied zwischen der Pre und Post-Messung aufzuzeigen. Für das COPM wurden für jede Teilnehmerin ein Veränderungswert berechnet. Dieses Verfahren wird mit Literatur begründet.</p> <p>c. Wurde ein Signifikanzniveau festgelegt (5% meist implizit, 1% oder 10% sollten begründet werden) Für den Wilcoxon-Signed-Rank Test wurde ein Signifikanzniveau von $p < .05$ festgelegt.</p>	<p>signifikant ist, jedoch wird auch dieses Verfahren nicht weiterführend erklärt. Beim COPM ist fraglich, welche Themen für die Individuen priorisiert wurden und ob es mehrere waren.</p> <p>b. Wurden die Verfahren in Bezug auf die Fragestellung sinnvoll angewendet? Beide Verfahren eignen sich, um die Fragestellung zu beantworten. Sie zeigen den Unterschied auf, der durch die Intervention entstehen soll. Für das COPM wäre statistisch betrachtet einen genaueren Test akkurater gewesen. Z.B. der Vergleich, ob die Anzahl der Teilnehmerinnen mit signifikanten Veränderung eine Signifikanz der Intervention an sich aufzeigt im Vergleich zu der Anzahl der Teilnehmerinnen mit keiner, oder verschlechternden Ergebnissen.</p> <p>c. Entsprechen die statistischen Analyseverfahren den Skalenniveaus? Wurden Voraussetzungen zur</p>	
--	--	--	---	---	--

			Für das COPM wurde ein Veränderungswert grösser als 2 als signifikant festgelegt.	Verwendung bestimmter statistischer Analyseverfahren überprüft? Wilcoxon-Signed-Rank Test ist für nicht normalverteilte Daten und für zwei Messzeitpunkte geeignet. Das Analyseverfahren eignet sich für die ordinalen Daten des WHO-QOL-BREF Skalenniveau.	
		Datenanalyse Qualitativ (Letts et al., 2007)	<p>a. Analytical Rigour: Data Analyses were inductive? War die Datenanalyse induktiv? Die Datenanalyse wird explizit als induktiver Prozess beschrieben. Die Datenanalyse wurde in drei Schritten nach Elo und Kyngäs (2008) induktiv durchgeführt:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Preparation: Lesen und Verstehen 2. Organisation: Offenes Kodieren, bilden von Kategorien und Abstraktion, Peer-Review 3. Berichterstattung: Peer-Review, Member-checking. <p>Die Hauptforscherin führte währenddessen ein elektronisches</p>	<p>a. Describe Methods of Data Analysis. Were the methods appropriate? Beschreiben Sie die Methoden der Datenauswertung. Waren die Methoden angemessen? Die Methode hält sich an das induktive Analyseverfahren. Um die Vertrauenswürdigkeit herzustellen, fand nach der Auswertung der ersten Forscherin ein Peer-Review mit den anderen Forschern statt. Weiter wurden die Ergebnisse (des PPR) den Studienteilnehmerinnen präsentiert (Member Checking), um die Richtigkeit der Informationen sicherzustellen. Um die Validität zu erhöhen, wurde eine</p>	

			<p>Tagebuch um persönliches Voreingenommen sein (bias) vorzubeugen.</p> <p>b. Findings were consistent with and reflective of data? Die Ergebnisse stimmen mit den Daten überein und spiegeln sie wider?</p> <p>Die qualitativen Ergebnisse stammen aus dem JAE (Reflexionsfragen) zum PPR Profil. Die aufgeführten Zitate stimmen mit den Oberthemen überein.</p>	<p>methodologische Triangulation gemacht. Weiter ist ausserhalb der Studie ein detaillierter Prüfpfad vorhanden, um Einblick in die Logik zu erhalten, wie die Analyse der Daten erfolgte.</p> <p>b. What were the findings? Wie lauten die Ergebnisse?</p> <p>Die Forscher identifizierten drei Hauptthemen, inklusive Unterthemen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Rolle als Pfleger ist anspruchsvoll: Pflegen nimmt meine Zeit in Anspruch, Pflegen erschöpft meine Ressourcen • Niederschreiben meiner Erfahrungen half aktiv zu werden: eigene Untersuchung der täglichen Aktivitäten. Wenn ich eine Veränderung will, dann muss ich sie machen. • Ich kann meine tägliche Aktivitäten umorganisieren: Mehr Produktivität, Priorisierung der Aktivitäten, Nutzung von hilfreichen Ressourcen. 	
--	--	--	--	---	--

7	Results	Ergebnisse quantitativer Teil	<p>a. Welche Ergebnisse werden präsentiert?</p> <p>Die demografischen Daten der Teilnehmerinnen werden aufgeführt. Weiter werden die Ergebnisse des Wilcoxon-Signed-Ranked Test in einer Tabelle aufgezeigt sowie den Veränderungswert des COPM.</p> <p>b. Welches sind die zentralen Ergebnisse der Untersuchung?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demografische Daten: Alter 57-79 Jahre, verheiratet, Pflegestunden pro Tag 1-10h, seit 1-39 Jahre, Schulbildung. 8 endgültige Teilnehmer, jedoch wurde das PPR und JAE von einer Person nicht zurückgegeben. (à sehr homogen) • WHO-QOL-BREF: Erhöhung des Medianwerts Lebensqualität (nicht signifikant), obwohl nur «körperliche Gesundheit» mit $p < 0.04$ sich signifikant verändert hat. • COPM: drei von acht Teilnehmer zeigten eine signifikante (mehr als 	<p>a. Werden die Ergebnisse präzise dargestellt?</p> <p>Die Ergebnisse werden in der Tabelle präzise und ausführlich dargestellt. Im Wilcoxon Signed-Rank Test wäre die Standardabweichung bzw. der Range interessant gewesen. Interessant wären noch zusätzliche Informationen zum COPM gewesen (wie viele Betätigungen angegeben, in welchen Domänen)</p> <p>b. Sind die Ergebnisse nachvollziehbar und übersichtlich dargestellt?</p> <p>Die Ergebnisse sind in allen drei Tabellen nachvollziehbar und übersichtlich dargestellt.</p>	
---	---------	-------------------------------	---	---	--

			zwei) Verbesserung in der Zufriedenheitsveränderung.		
--	--	--	---	--	--

		<p>Ergebnisse Qualitativer Teil (Letts et al., 2007)</p>	<p>a. Welche Ergebnisse werden präsentiert?</p> <p>Die Haupt- und Subthemen werden präsentiert, dabei werden diese im Ergebnisteil ausführlich beschrieben und mit Zitaten der Teilnehmerinnen untermauert. Dies wird mit einem Diagramm anschaulich dargestellt.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hauptergebnisse: <ul style="list-style-type: none"> • The role of caregiving is demanding (Caregiving consumes my time, caregiving depletes my resources) • Writing down my experiences helped me to take action (I examined my daily activities, if I want a change – I have to make it • I can reorganize my daily activities (I found ways to be more productive, I can prioritize my activities, I can implement helpful resources) 	<p>a. Describe the decisions of the researcher: transformation of data to code/themes? Outline the rationale given for development of themes. Beschreiben Sie die Entscheidungen des Forschers: Umwandlung von Daten in Codes/Themen? Erläutern Sie die Gründe für die Entwicklung von Themen.</p> <p>Die Primärforscherin machte während dem offenen Kodieren Notizen und Überschriften. Wenn die Überschriften den gesamten Inhalt einschlossen, übertrug sie die Überschriften auf ein Kodierblatt und erstellte Kategorien. In der anschliessenden Abstraktion fasste die Forscherin die Themen zusammen zu immer grösseren Überthemen. Die Themen und Unterthemen wurde anschliessend an das restliche Forschungsteam zum Peer-Review gesendet. Zum Schluss fand auch ein Member Checking statt.</p>	
--	--	--	---	---	--

			<p>b. Decision Trail developed? Entscheidungspfad entwickelt? Laut der Studie wurde ein audit- Trail erstellt. Dieser ist jedoch in der Studie selbst nicht enthalten.</p> <p>c. Process of analyzing the data was described adequately? Wurde das Verfahren zur Analyse der Daten angemessen beschrieben? Die Analyse der Daten wurde ausführlich beschrieben (Siehe rechts). Der Analyseprozess ist nachvollziehbar, wer wann was gemacht hat.</p>		
--	--	--	--	--	--

8	Discussion	Diskussion	<p>a. Werden die wichtigsten Ergebnisse erklärt? Wie interpretieren die Forschenden die Ergebnisse? Werden die Ergebnisse mit ähnlichen Studien verglichen?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Diskussionsteil zum quantitativen Teil wird sehr kurzgehalten. • WHO-QOL-BREF: Es wird beachtet, dass die Signifikanz nur bei physische Gesundheit gegeben ist. Dies wird mit der kleinen Stichprobengröße und der Interventionsdauer begründet. • COPM: Es wird diskutiert, dass die Zufriedenheit eine positive Veränderung zeigt, obwohl die Performanz sich nicht geändert hat. Dies wird in Verbindung mit der psychologischen Lebensqualität und der Caregiver Burden gestellt. Für diese Aussage wäre eine Quelle sinnvoll gewesen. 	<p>a. Werden alle Resultate diskutiert? Die Ergebnisse der einzelnen Verfahren (WHO-QOL-BREF, COPM) werden nicht ausführlich diskutiert. Viel mehr wird ein Zusammenhang der verschiedenen Ergebnisse geschaffen und diskutiert.</p> <p>b. Stimmt die Interpretation mit den Resultaten überein? Die Interpretation der qualitativen Daten stimmt so weit wie ersichtlich mit den Resultaten überein. Die Interpretation der quantitativen Daten erscheint etwas überbewertet. Im COPM zeigten sogar 2/8 Teilnehmerinnen eine Verschlechterung und nur 3/8 eine signifikante Verbesserung.</p> <p>c. Ist die Interpretation der Ergebnisse nachvollziehbar? Die Interpretation ist nachvollziehbar beschrieben. Es finden neue Überlegungen statt.</p>	
---	------------	------------	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> • Die Ergebnisse vom COPM und den qualitativen Daten werden zusammengefasst. Daraus entsteht die Vermutung, dass eine stärkere Beteiligung an einer sinnvollen Betätigung die Zufriedenheit der Pflegenden erhöht, auch wenn sich die Performanz nicht verändert. Die Teilnehme an sinnvollen Betätigungen (in der gegebenen Möglichkeit), erhöhe die Zufriedenheit. Der qualitative Teil wird gut mit ähnlichen Studien verglichen. b. Kann die Forschungsfrage auf Grund der Daten beantwortet werden? Die Forschungsfrage kann nur ansatzweise beantwortet werden, da die klinische Signifikanz im WHO-QOL-BREF nur in einem Unterthema gegeben ist. Im COPM ist die klinische Signifikanz nur in der Zufriedenheit von 3/8 Teilnehmer gegeben. Diese Ergebnisse zeigen 	<p>d. Werden die Resultate in Bezug zur Fragestellung/Zielsetzung/Hypothese und anderen Studien diskutiert und verglichen? Die Resultate werden im Zusammenhang mit der Fragestellung dargestellt, dass die Intervention eine Veränderung bewirkt. Andere Studien werden miteinbezogen, jedoch besteht hier noch mehr Potential. In der Einleitung wurde eine Erwartung/Hypothese dargelegt, diese wurde hier nicht mehr aufgegriffen.</p> <p>e. Wird nach alternativen Erklärungen gesucht? Es werden Gründe genannt, warum nur ein Trend und keine Signifikanz übergreifend aufgezeigt werden kann. Auch wird mit anderen Studien eine Erklärung für eine potenzielle Verschlechterung der COPM-Zufriedenheit geliefert.</p>	
--	--	--	---	--	--

			<p>einen Trend auf, jedoch kann die Forschungsfrage zur Wirksamkeit der Intervention nur mit Vorsicht beantwortet werden. Interessant ist, dass die Teilnahme an sinnvollen Betätigungen hervorgehoben wird, ohne dass die Pflege des Betroffenen (Performanz) verändert wird.</p> <p>c. Welche Limitationen werden angegeben?</p> <p>Folgende Limitationen werden angegeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Geringe Stichprobe, grosse Heterogenität (Verallgemeinerbarkeit ist eingeschränkt) • Mögliche Verzerrung durch Convenience Sampling bei Freiwilligen (volunteer bias) • Teilnehmer Bias möglich, da der Studienzweck kommuniziert wurde 		
--	--	--	---	--	--

			<ul style="list-style-type: none">• Kurzer Studienzeitraum, Intervention fand nur vier Mal statt• Keine Follow-up		
--	--	--	--	--	--

		<p>Theoretical Connections (Letts et al., 2007)</p>	<p>a. Did a meaningful picture of the phenomenon under study emerge? Hat sich ein aussagekräftiges Bild des untersuchten Phänomens ergeben?</p> <p>Es wird aufgezeigt, dass die Pflegerolle sehr herausfordernd und belastend sein kann. Dies wird mit früheren Studien bestätigt. Die qualitativen Ergebnisse zeigen laut den Forschern, dass das Niederschreiben von Betätigungen und die Reflexion ein besseres Verständnis von der genutzten Zeit und den Betätigungen verschaffe. Dies wird mit früheren Studien untermauert. Aus dieser Wahrnehmung (Awareness) entstehe eine Veränderung der Alltagsbetätigungen und der Zufriedenheit. Es wird ein aussagekräftiges Bild aufgezeigt.</p>	<p>a. How were concepts under study clarified & refined, and relationships made clear? Describe any conceptual Frameworks made clear. Wie wurden die untersuchten Konzepte geklärt und verfeinert, und wie wurden Beziehungen deutlich gemacht? Beschreiben Sie etwaige deutlich gemachte konzeptionelle Rahmen. Es wurden keine neue Konzepte entwickelt. Die Ergebnisse wurden in Themen geclustert und in den Zusammenhang zu den quantitativen Ergebnissen gesetzt. Dazu wurden weitere Studien miteinbezogen, welche diese Zusammenhang unterstützen. Konzepte der Betätigungswissenschaft werden miteinbezogen.</p>	
--	--	---	---	---	--

		<p>Overall Rigour (Letts et al., 2007)</p>	<p>Was there evidence of the four components of trustworthiness? Gab es Hinweise auf die vier Komponenten der Vertrauenswürdigkeit?</p> <p>a. Credibility yes/ no Es ist ersichtlich, wie die Daten gesammelt wurden. Ebenfalls fand eine Triangulation und ein Member-Checking statt. Es wurde jedoch kein philosophischer Hintergrund oder eine passende Theorie explizit miteinbezogen.</p> <p>b. Transferability yes/no Die Übertragbarkeit ist aufgrund der hohen Heterogenität und der kleinen Stichprobe nicht gegeben</p> <p>c. Dependability yes/ no Die Daten an sich erscheinen verlässlich und sind gut nachzuvollziehen. Ein Trail Audit Trail wird genannt, ist aber nicht in der Studie dargestellt.</p> <p>d. Comfirmability yes/no</p>	<p>a. For each of the components of trustworthiness, identify what the researcher used to ensure each. Geben Sie für jede der Komponenten der Vertrauenswürdigkeit an, was der Forscher zur Sicherstellung jeder Komponente verwendet hat. Siehe linke Spalte</p> <p>b. What meaning and relevance does this study have for your practice or research question? Welche Bedeutung und Relevanz hat diese Studie für Ihre Praxis oder Ihre Forschungsfrage? Die Studie zeigt einen Trend auf, die Interventionsempfehlung ist mit Vorsicht zu geniessen. Es wird sichtbar, wie es der Stichprobe geht und was für einen Einfluss sinnvolle Betätigung auf die Zufriedenheit/Lebensqualität hat.</p>	
--	--	--	--	---	--

			<p>Im induktiven Vorgehen waren alle Forscher beteiligt (Peer-Review) und das Member-Checking fand statt. Auch wurde ein Tagebuch gehalten.</p>		
9		Übertrag auf die eigene Profession	<p>a. Welche Implikationen haben die Ergebnisse in Bezug auf meine Profession/für meinen beruflichen Alltag?</p> <p>Die Studie könnte einen grossen Einfluss auf das Tätigkeitsfeld der Ergotherapeuten haben, wenn diese verallgemeinerbar wäre und nicht nur einen Trend aufzeigt. Ergotherapie könnte so mit wenig Aufwand die Situation der Pflegenden durch Betätigung verbessern. Jedoch sind dafür weitere Studien notwendig. Auch deuten die Ergebnisse darauf hin, dass eine stärkere Beteiligung an bedeutungsvollen Betätigungen die Zufriedenheit erhöhen kann, auch wenn sich die Performanz nicht ändert. Dies ist für ETs von Relevanz.</p>	<p>a. Ist die Studie sinnvoll?</p> <p>Die Studie ist sehr sinnvoll, jedoch durch die Stichprobe stark eingeschränkt. Die Studie thematisiert eine aktuelle Problematik und sucht Lösungen, will die Veränderung durch eine Kombination von Interventionen aufzeigen.</p> <p>b. Werden Stärken und Schwächen aufgewogen?</p> <p>Die Studie beschreibt ihre Stärken und Schwächen (siehe Limitationen). Das Fehlen einer Kontrollgruppe wird nicht angesprochen.</p> <p>c. Wäre es möglich die Studie in einem anderen klinischen Setting zu wiederholen?</p> <p>Die Studie kann und soll in einem anderen Setting wiederholt werden, um die Verallgemeinerbarkeit, die</p>	

				Übertragbarkeit und die Signifikanz aufzuzeigen.	
Letts & Law	Conclusion and Implications	<p>a. Conclusions were appropriate given the study findings? Waren die Schlussfolgerungen angesichts der Studienergebnisse angemessen? Die Schlussfolgerungen sind hinsichtlich der Ergebnisse angemessen und abgebracht.</p> <p>b. The findings contributed to theory development & future OT practice/ research? Haben die Ergebnisse zur Theorieentwicklung und zur zukünftigen OT-Praxis/Forschung beigetragen? Die Ergebnisse entwickeln keine neue Theorie, sondern bestätigen bereits vorhandenes ergotherapeutisches Wissen über Betätigung und setzt diese in Zusammenhang mit einer neuen Intervention für pflegende Angehörige. Die Studie zeigt einen</p>	<p>a. What did the study conclude? What were the implications of the findings for occupational therapy (practice & research)? What were the main limitations in the study? Zu welchem Ergebnis kam die Studie? Welche Auswirkungen haben die Ergebnisse auf die Ergotherapie (Praxis und Forschung)? Was waren die wichtigsten Einschränkungen der Studie? Die vorläufigen Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Intervention eine statistisch signifikante Veränderung in der körperlichen Gesundheit des WHO-QOL-BREF und in der Zufriedenheit des COPM erreicht. Dies ist mit Vorsicht zu betrachten, da es sich um eine kurze Pilotstudie mit grosser Heterogenität und kleiner Stichprobe handelt. Die qualitativen</p>		

			<p>weiteren Bedarf an Forschung und der Intervention auf. Die Ergebnisse verbessern das Verständnis der Bedeutung von Betätigung und deren Einfluss auf die Lebensqualität und Gesundheit der Pflegenden.</p>	<p>Ergebnisse lassen vermuten, dass ein Aufschreiben der Betätigungen das Bewusstsein (Awareness) der Betätigungs-Imbalance stärkte und den TNs ermöglichte ihre Zeit und Prioritäten besser zu organisieren und Ressourcen zu nutzen.</p> <p>Diese Studie trägt zum Verständnis der Wichtigkeit der Occupational Performance und deren Einfluss auf Lebensqualität der CGs.</p>	
--	--	--	---	--	--

Anmerkung. LF = Leitfrage