



Zappelphilipp und die Hausaufgaben

Ergotherapeutische Interventionen bei Kindern mit ADHS -
Schwerpunkt Hausaufgaben

Esther Kappeler
S14639322

Jenifer Wichtermann
S14158828

Departement Gesundheit
Institut für Ergotherapie
Studienjahr: BA.ER14
Eingereicht am: 08.06.2017
Begleitende Lehrperson: Andrea Citrini

**Bachelorarbeit
Ergotherapie**

Inhaltsverzeichnis

Abstract.....	5
1 Einleitung	6
1.1 Einführung in die Thematik.....	6
1.2 Problemstellung.....	7
2 Theoretischer Hintergrund	8
2.1 Grundlagen zu ADHS.....	8
2.2 Therapeutische Behandlungsansätze	11
2.2.1 Medikamentöse Behandlung	11
2.2.2 Ergotherapeutische Interventionen	12
2.3 Therapie im alltäglichen Umfeld	13
2.3.1 Hausaufgaben	13
2.3.2 Familiensystem als «Klient»	14
2.4 PEOP-Modell nach Christiansen, Baum und Bass (2015)	15
3 Methodik	17
3.1 Methodisches Vorgehen bei der Literaturrecherche.....	17
3.2 Kritische Würdigung der Hauptstudien	23
3.3 Vorgehen bei der Beantwortung der Fragestellung	23
4 Ergebnisse.....	24
4.1 Hauptstudie 1	24
4.1.1 Zusammenfassung	24
4.1.2 Kritische Würdigung.....	26
4.2 Hauptstudie 2	27
4.2.1 Zusammenfassung	27
4.2.2 Kritische Würdigung.....	29
4.3 Hauptstudie 3	30

4.3.1 Zusammenfassung	30
4.3.2 Kritische Würdigung.....	32
4.4 Hauptstudie 4	33
4.4.1 Zusammenfassung	33
4.4.2 Kritische Würdigung.....	35
4.5 Einbettung der Resultate in die Struktur des PEOP-Modells.....	36
4.5.1 Personenfaktoren	36
4.5.2 Betätigungen.....	37
4.5.3 Umweltfaktoren.....	38
4.5.4 Performanz	40
4.5.5 Partizipation	41
4.5.6 Wohlbefinden.....	42
5 Diskussion	44
5.1 ADHS Symptome und ihre Auswirkungen	44
5.2 Familiensystem als «Klient»	45
5.3 Ergotherapeutische Interventionen.....	46
5.4 Hausaufgaben	48
5.5 PEOP-Modell	50
6 Schlussfolgerung	52
6.1 Fazit	52
6.2 Implikationen für die Praxis	53
6.3 Beantwortung der Fragestellung	54
6.4 Limitationen.....	54
6.5 Offene Fragen und Zukunftsaussicht	55
Verzeichnisse	56
Literaturverzeichnis	56
Abbildungsverzeichnis.....	60

Tabellenverzeichnis.....	61
Wortzahl.....	62
Danksagung.....	63
Eigenständigkeitserklärung.....	64
Anhang	65
Anhang A: Glossar	65
Anhang B: Suchmatrix.....	69
Anhang C: Auflistung der Treffer nach Datenbank.....	70
Treffer CINAHL.....	70
Treffer AMED.....	71
Treffer Medline	74
Anhang D: Beurteilungsraster aller Hauptstudien gemäss AICA.....	77
AICA: Hahn-Markowitz et al. (2011)	77
AICA: Segal & Hinojosa (2006)	80
AICA: Segal (1998).....	83
AICA: Segal & Frank (1998)	86

Anmerkung der Verfasserinnen:

In der vorliegenden Arbeit werden relevante Begriffe beim erstmaligen Erscheinen mit einem Asterisk (*) markiert und im Glossar (Anhang A) erläutert.

Die Verfasserinnen dieser Arbeit bezeichnen sich im Text konsistent als Autorinnen. Mit dem Begriff der/die Forschende oder die Forschenden sind Verfassende anderer Texte gemeint.

Abstract

Darstellung des Themas: Aufmerksamkeitsdefizit Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und seine Symptome haben Auswirkungen auf die ganze Familie. Besonders die Hausaufgaben stellen eine grosse Herausforderung dar und es machen sich Schwierigkeiten bemerkbar.

Ziel (Fragestellung): Ziel dieser Arbeit ist es, ergotherapeutische Interventionen zu finden, welche Kinder mit ADHS und ihre Familien bei der Erledigung der Hausaufgaben unterstützen.

Methode: Die vorliegende Arbeit ist ein Literaturreview. Für die Studiensuche wurden Gesundheitsdatenbanken durchsucht. Der Fokus lag dabei auf Ergotherapie bei Kindern mit ADHS und dem Einbezug der Eltern. Anhand des PEOP-Modells* wurde die Wechselwirkung der beteiligten Faktoren aufgezeigt.

Ergebnisse: Die Hausaufgaben stellen eine grosse Herausforderung für Familien mit ADHS-Kindern dar. Eine enge Zusammenarbeit der Ergotherapie mit den Eltern ist notwendig und wichtig. Es gilt, die Interessen und die Motivation des Kindes zu fördern und zu unterstützen. Das Einüben und Anwenden von Strategien wirkt sich positiv auf die Performanz des Kindes mit ADHS aus.

Schlussfolgerung: Die Anwendung von Strategien aus der ergotherapeutischen Behandlung kann bei der Erledigung der Hausaufgaben zu Hause helfen. Anhand des PEOP-Modells gelingt es, einen Überblick über die individuellen Situationen dieser Familien zu erhalten.

Keywords: *Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Child, Occupational Therapy, Family, Homework*

1 Einleitung

Philipp stützt gelangweilt den Kopf in seine Hände. Schon wieder Hausaufgaben. Er möchte jetzt viel lieber an seiner Burg weiter bauen. „Philipp, konzentrier dich und mach endlich vorwärts! Sonst wirst du nie fertig mit den Hausaufgaben!“, ruft die Mutter. „Immer diese doofen Hausaufgaben, ich habe keine Lust, Mami!“, erwidert Philipp gereizt. Die Mutter setzt sich zu ihrem Sohn: „Komm ich helfe dir! So sind die Hausaufgaben erledigt und vielleicht bleibt vor dem Abendessen noch Zeit zum Spielen!“, versucht die Mutter ihn zu motivieren. Doch Philipp schreit: „Vielleicht eben nur vielleicht!!!“ Er zerreisst wütend sein Hausaufgabenblatt und schmeisst sein Etui quer durch das Wohnzimmer. Heulend und mit Schimpfwörtern um sich werfend, rennt Philipp in sein Zimmer und schlägt die Tür mit einem lauten Knall hinter sich zu. Die Mutter bleibt ratlos und verzweifelt am Tisch sitzen.

Situationen wie diese gehören zum Alltag von Familien mit Kindern, welche von ADHS betroffen sind. Nachfolgend werden das Thema ADHS und die Problematiken dieser Familien erläutert.

1.1 Einführung in die Thematik

Die Aufmerksamkeitsdefizit Hyperaktivitätsstörung (ADHS) hat verschiedenste Ursachen. Es spielen psychologische, neurobiologische, genetische und familiäre Faktoren sowie kulturelle und gesellschaftliche Umstände eine Rolle (Döpfner, Frölich & Lehmkuhl, 2013). Dadurch sind auch die Auswirkungen für die Betroffenen nicht nur auf einen Bereich zu begrenzen.

Laut Schlack, Hölling, Kurth und Huss (2007) sowie Dietrich (2011) kommt jeder, der in Sozial- und Gesundheitsberufen während seiner Tätigkeit Verantwortung für andere trägt, mit ADHS in Berührung. Dazu gehören Ärzteschaft, Lehrpersonen, Psychologen und Psychologinnen, Erziehende, Sozialpädagogen und Sozialpädagoginnen oder Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen. Um eine klientenzentrierte und evidenzbasierte Therapie zu bieten, ist die differenzierte Auseinandersetzung mit dem Krankheitsbild ADHS unumgänglich. ADHS ist weltweit eine der am häufigsten diagnostizierten psychischen Störungen im Kindesalter und ausserdem ein extrem kontrovers diskutiertes Thema (Brody, 2004).

Von ADHS betroffene Kinder sind in ihrer sozialen Integration, in ihrer psychischen Entwicklung sowie in ihrer schulischen und beruflichen Bildung gefährdet (Walitza, Renner & Romanos, 2016). Kinder mit ADHS werden beispielsweise als störend in der Schule wahrgenommen, da sie nicht stillsitzen, mit ihren Fragen die Lehrpersonen unterbrechen und somit ihre Mitschüler und Mitschülerinnen ablenken (Döpfner et al. 2013). Auf dem Schulweg werden die betroffenen Kinder wegen schlechten Noten gehänselt und reagieren darauf impulsiv und aggressiv (Bader, Pierrehumbert, Junier & Halfon, 2005; Dietrich, 2011; Döpfner et al. 2013). Dies führt im Freundeskreis des Kindes und der Familie zu Partizipationschwierigkeiten und führt bei den Betroffenen und ihren Familien zu einem komplexen Leidensdruck (Schlack et al., 2007; Dietrich, 2011; Döpfner et al. 2013).

Gemäss Brassett-Grundy und Butler (2004) sowie Daly, Creed, Xanthopoulos und Brown (2007) werden im Erwachsenenalter schwere Spätfolgen von ADHS wie Erwerbslosigkeit, Depression, Alkoholprobleme und kriminelle Handlungen sichtbar. Im Jugendalter treten bei unbehandeltem ADHS die «Null-Bock-Mentalität», Leistungsverweigerung, Selbstwertprobleme und erhöhtes Risiko zu Drogenkonsum häufiger auf, was wiederum zu den schweren Spätfolgen im Erwachsenenalter führen kann (Dietrich, 2011; Kahl, Puls, Schmid & Spiegler, 2012). Diese schweren Spätfolgen weisen darauf hin, dass eine Früherkennung und Behandlung von grosser Relevanz ist.

1.2 Problemstellung

Die ersten Schwierigkeiten fallen meistens im Schulsetting ins Gewicht (Schlack et al., 2007). Die veränderten Alltagsanforderungen erleben die Familien als herausfordernd. Hier gilt es nun, geeignete Therapien und Angebote zu schaffen, welche die ganze Familie als unterstützend empfindet. Laut Gebhardt et al. (2008) bezeichnen die Eltern von betroffenen Kindern die ergotherapeutische Behandlung als hilfreich. Im Rahmen dieser Bachelorarbeit werden die ergotherapeutischen Interventionen auf die Hausaufgaben im familiären Kontext eingegrenzt. Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, ergotherapeutische Interventionen zu finden, welche auf den Kontext zu Hause und die Hausaufgaben übertragbar sind. Daraus ergibt sich folgende Fragestellung:

Wie können ergotherapeutische Interventionen Kinder mit ADHS und deren Eltern bei den Hausaufgaben unterstützen

2 Theoretischer Hintergrund

Das folgende Kapitel widmet sich der Erläuterung der Schwerpunkte der vorliegenden Arbeit. Anhand der Fragestellung wurden relevante Begriffe und Themen erörtert und definiert. Diese sollen der Leserschaft ermöglichen, sich ein Bild des Alltags betroffener Kinder und ihren Familien zu machen. Behandlungsansätze werden beschrieben und das ergotherapeutische PEOP-Modell vorgestellt.

2.1 Grundlagen zu ADHS

ADHS besteht aus einem Symptomenkomplex, der fließend und historisch gewachsen ist und zusätzlich je nach Land verschieden diagnostiziert und benannt wird (Baumann & Alber, 2011). Dadurch entstand eine Vielzahl von unterschiedlichen Namen. In den USA werden die Begriffe ADD (*Attention-Deficit-Disorder*) und ADHD (*Attention-Deficit-Hyperactivity-Disorder*) verwendet, in Deutschland ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit Hyperaktivitätsstörung). In Nordeuropa wird die Abkürzung DAMP (*Disorder of Attention, Motorcontrol and Perception*), in Grossbritannien *Hyperkinetic Disorder* und in der Schweiz zusätzlich Psychoorganisches Syndrom (POS) verwendet (Baumann & Alber, 2011). Der Name POS hat sich bei der Ärzteschaft – bedingt durch die Invalidenversicherung in der Schweiz – etabliert, da er bei der Invalidenversicherung als Geburtsgebrechen gilt und über diese abgerechnet werden kann (Baumann & Alber, 2011). In deutschsprachigen Regionen hat sich der Begriff ADHS etabliert und wird deshalb in der vorliegenden Arbeit verwendet. In Tabelle 1 werden die, mit Hyperaktivität einhergehenden, Störungskomplexe im Vergleich vorgestellt.

Tabelle 1
Übersicht und Vergleich von ADHD, DAMP, POS

Störung	ADHD	DAMP	POS
Haupt-symptome	Aufmerksamkeitsstörung, Hyperaktivität, Impulsivität	Aufmerksamkeitsstörung, motorische Störung, Wahrnehmungsstörung	Wahrnehmungsstörung, Konzentrationsstörung, Verhaltensstörung, Merkfähigkeitsstörung, (motorische Störung)

Die Prävalenzraten der genannten Störungen variieren durch unterschiedliche Alterskategorien und diagnostische Kriterien. Weltweit beträgt die durchschnittliche Prävalenzrate nach dem *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV** (DSM IV; American Psychiatric Association [APA], 1994) 5,3%. Eine deutsche Studie weist bei 7-17-jährigen Kindern eine Prävalenzrate nach DSM IV von 5% und nach der *International Classification of Diseases* (ICD), Version 10 (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information [DIMDI], 2016), von 1% auf (Lehmkuhl, Poustka, Holtmann & Steiner, 2013). Es kann demnach davon ausgegangen werden, dass in Deutschland bis zu fünf Prozent der Kinder zwischen sieben und siebzehn Jahren von ADHS betroffen sind.

ADHS zeigt sich durch drei Hauptmerkmale: Hyperaktivität (fein- und grobmotorische Unruhe), leistungsbeeinträchtigende Konzentrationsstörungen (erhöhte Ablenkbarkeit, Motivationsmangel) und Impulskontrollstörungen (erhebliche Einschränkungen in der Selbstorganisation, Planung und Steuerung des eigenen Verhaltens). Die Störung tritt situationsübergreifend in mehr als einem Lebensbereich auf. Die Auffälligkeiten können nicht durch Alter oder Entwicklungsstand des oder der Betroffenen erklärt werden und müssen für eine Diagnose bereits vor dem Vorschulalter beobachtbar gewesen sein. Zusätzlich sollte die Symptomatik über mehr als sechs Monate bestehen und nicht durch eine andere Erkrankung begründet sein. Die oben aufgeführten Hauptmerkmale werden mit kleinen Abweichungen in beiden internationalen Klassifikationssystemen, dem ICD-10 (DIMDI, 2016) und dem DSM-IV (APA, 1994) definiert. Die beiden Diagnosesysteme ICD-10 und DSM-IV unterscheiden sich in der Definition der Kriterien nur geringfügig, wesentlich jedoch in der Bestimmung der Anzahl und der Kombination dieser Kriterien, die für die Diagnose einer ADHS vorliegen müssen (Döpfner et al., 2013). Die Diagnosekriterien von ICD-10 und DSM-IV sind in der folgenden Abbildung ersichtlich.

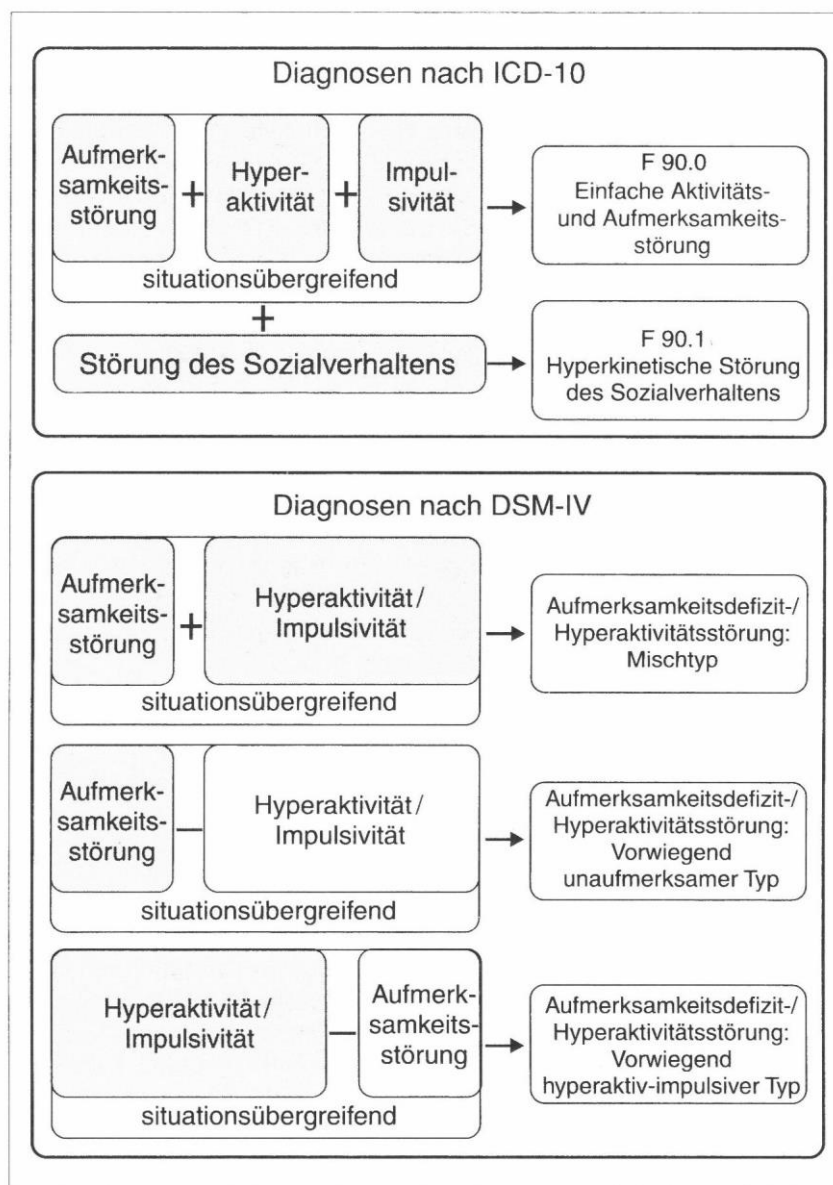


Abbildung 1. Diagnosekriterien ICD-10 und DSM-IV (entnommen von Döpfner et al, 2013, S. 3).

2.2 Therapeutische Behandlungsansätze

Für die Ärzteschaft und für viele Eltern stellt die medikamentöse Therapie bei Schulschwierigkeiten oft einen Lösungsansatz dar, da die positive Wirkung bei den meisten Kindern rasch und deutlich beobachtbar ist (Baumann & Alber, 2011).

Abgesehen von der medikamentösen Therapie werden verschiedenste Therapieansätze für ADHS empfohlen. Die Aufklärung, Beratung und die Psychoedukation des Kindes und der Eltern stellt eine Grundlage in der ADHS Therapie dar (Döpfner et al., 2013). Die Nichtmedikamentöse Therapie kann Psychomotorik-Therapie oder verschiedene psychologische Therapieansätze beinhalten, die für Eltern und Kinder mit ADHS eine individuelle Unterstützung bieten (Baumann & Alber, 2011; Döpfner et al., 2013). Da der Fokus dieser Arbeit auf der Ergotherapie liegt, wird auf die Psychomotorik und die Psychotherapie (und weitere Therapieansätze) nicht näher eingegangen.

2.2.1 Medikamentöse Behandlung

Die Hauptsymptome von ADHS wie schwieriges Sozialverhalten, rasch nachlassende Aufmerksamkeit, starke Ablenkbarkeit und übermässige motorische Aktivität können durch die Einnahme von Ritalin® gemildert werden, was sich positiv auf die Lebensqualität der Betroffenen auswirkt (Bader et al. 2005; Döpfner et al. 2013).

Die folgenden Informationen über das Medikament Ritalin® stammen aus dem Arzneimittelkompendium der Schweiz (2015). Der Wirkstoff von Ritalin® ist Methylphenidat hydrochloridum (MPH). Da Ritalin® dem Bundesgesetz über Betäubungsmittel und psychotropen Stoffen untersteht, ist es rezeptpflichtig und kann somit nur von Ärzten und Ärztinnen verordnet werden. Laut dem Bericht vom Bundesamt für Gesundheit [BAG] über Methylphenidat nahm der Anteil an Methylphenidat Bezügen bei Kindern und Jugendlichen von 2005 bis 2008 um 40% zu (Pletscher & Wieser, 2012). Die Nebenwirkungen, die bei der Einnahme am häufigsten auftreten können, sind Appetitverminderung, Einschlafstörungen, Bauch- und Kopfschmerzen, Mundtrockenheit, sowie Puls- und Bluthochdruck. Laut Döpfner et al. (2013) führen sie jedoch selten zu einem Therapieabbruch.

MPH ist mit einer Halbwertszeit von etwa zwei bis drei Stunden als Ritalin® erhältlich, sowie als länger wirkendes Ritalin SR mit bis rund acht bis zwölf Stunden Wirksamkeit. Ritalin® ist bei Kindern mit ADHS ab sechs Jahren und Jugendlichen bis 18 Jahren zur Behandlung einer therapeutischen Gesamtstrategie indiziert.

Es gibt weitere Medikamente mit dem Wirkstoff MPH, die in dieser Arbeit jedoch nicht erwähnt werden, da in den drei Hauptstudien (Segal, 1998; Segal & Frank, 1998; Segal & Hinojosa, 2006) Ritalin® eingesetzt wurde. In der vierten Hauptstudie (Hahn-Markowitz, Manor & Maeir 2011), wird nur vom Wirkstoff Methyphenidate gesprochen.

Die aktuellen Leitlinien (Wolraich et al., 2011) empfehlen eine medikamentöse Behandlung in Kombination mit Verhaltenstherapie. Bezüglich des Verhaltens kann die Ergotherapie als Profession hier optimal anknüpfen.

2.2.2 Ergotherapeutische Interventionen

Die Ergotherapie verfolgt das Ziel, ein Kind zur grösstmöglichen Selbständigkeit zu befähigen und es in seiner Handlungskompetenz zu stärken (Ergotherapie-Verband Schweiz [EVS], 2005). Ergotherapie in der Pädiatrie wird aktiv, wenn Störungen auf der Handlungsebene vorhanden sind (EVS, 2005). Ergotherapierende erleichtern durch Leistung von Hilfestellung und Vermittlung von Strategien die Alltagsbewältigung. Gemäss dem EVS steht die Handlungsfähigkeit des Menschen im Zentrum. Im Berufsprofil des EVS (2005, S. 11) steht: «Primäres Ziel ist es, dem Patienten/Klienten [auch Patientin und Klientin] zu ermöglichen, an den Aktivitäten des täglichen Lebens teilzuhaben (Partizipation an Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit).». Gerade in schwierigen und alltagsverändernden Situationen integriert die Ergotherapie multimodale Behandlungskonzepte in ihre Interventionen und kann so dem Kind und seiner Familie individuell adaptierte Unterstützung bieten. Bei der Behandlung ist es essentiell, die Stärken und Bedürfnisse des Kindes zu kennen und zu wissen, wo die Schwierigkeiten sind. Gemäss Jenni (2016, S. 26) werden «kindzentrierte Interventionen», welche das Selbstbild verbessern, das Selbstwertgefühl stärken, Strategien erlernen und an den exekutiven Funktionen arbeiten empfohlen.

2.3 Therapie im alltäglichen Umfeld

ADHS betrifft nicht nur ein Kind, sondern sein Umfeld und seinen gesamten Alltag.

Gerade bei den Hausaufgaben zeigen sich bei ADHS-Kindern und ihren Familien am meisten Schwierigkeiten (Stark-Städele, 2005; Segal & Hinojosa, 2006). In der vorliegenden Arbeit wird deshalb auf diesen Bereich des Alltags näher eingegangen. So kann evaluiert werden, wie dort explizit ergotherapeutische Interventionen nützlich sein können.

2.3.1 Hausaufgaben

Laut Definition im Duden (2017) bedeutet Hausaufgaben „vom Lehrer [und der Lehrerin] aufgegebene Arbeit, die Schüler [und Schülerinnen] zu Hause erledigen müssen“. In dieser Definition werden die Eltern nicht erwähnt und doch fühlen sich die Eltern verpflichtet, ihre Kinder bei den Hausaufgaben tatkräftig zu unterstützen (Hoover-Dempsey, Bassler & Burow, 1995, Hoover-Dempsey & Sandler, 1995, Hoover-Dempsey & Jones, 1997, Hoover-Dempsey et al., 2001, zitiert nach Segal & Hinojosa, 2006, S. 51-52).

Segal und Hinojosa (2006) beschreiben, dass Eltern als Folgen von Bildungsreformen vermehrt in die Hausaufgaben involviert werden, um den Lernprozess ihrer Kinder zu fördern. Die Eltern erhoffen sich, durch ihre Unterstützung die Hausaufgaben für ihre Kinder wichtiger werden zu lassen und dass die Kinder ihre Hausaufgaben dadurch korrekter und ausführlicher erledigen (Hoover-Dempsey et al., 2001, zitiert nach Segal & Hinojosa, 2006, S. 51-52). Wenn die Eltern ihre Kinder bei den Hausaufgaben unterstützen, können sie diese gleichzeitig kontrollieren und korrigieren. Dadurch können sie ihrer Meinung nach einschätzen, wo ihre Kinder in der Schule stehen. Die Eltern tun dies aus Sorge, dass ihre Kinder im Bildungswettbewerb nicht mithalten können (Landolt, 2017). Ein Merkblatt im Kanton Luzern beschreibt die Hausaufgaben als ein Fenster zur Schule, das den Eltern aufzeigt, was in der Schule gelernt wird (Landolt, 2017). Trotz des Umstands, dass es sehr kontroverse Forschungsergebnisse über den positiven Nutzen der Hausaufgaben gibt, stellen die Hausaufgaben einen allgegenwärtigen Faktor im Schulalltag eines jeden Kindes dar (Gossweiler, 2004; Pressman et al., 2015; Landolt, 2017). Die Hausaufgaben werden als eine notwendige Komponente für die Erziehung, eine besorgniserregende Realität für die Jugend und ein möglicher Ursprung einer konfliktreichen Beziehung zwischen Eltern und Kindern gesehen (Pressman et al., 2015).

Um eine Richtlinie für die Menge an Hausaufgaben zu formulieren, wurde von der *National Education Association* [NEA] (2006) die „10 Minuten Regel“ aufgestellt. Gemäss dieser sollen Kinder pro Tag zehn Minuten multipliziert mit ihrer Schulstufe für die Hausaufgaben aufwenden. Ein Kind in der ersten Klasse hätte demnach zehn Minuten pro Tag, ein Kind in der zweiten Klasse zwanzig Minuten. Für die Oberstufe werden maximal 120 Minuten tägliche Hausaufgaben empfohlen. Da die Hausaufgaben nicht individualisiert sind und nicht alle Kinder gleich schnell arbeiten, kann dieser Regel oft nicht eingehalten werden. Viele Kinder arbeiten somit viel länger an den Hausaufgaben (Pressman et al., 2015; Landolt, 2017), was wiederum häufig zu Eltern-Kind Konfliktsituationen führt (Pressmann et al., 2015).

Die Grundidee der Hausaufgaben ist, dass die Kinder Vertrauen in ihr Können gewinnen und Erfolgserlebnisse erzielen (Schmid zitiert nach Landolt, 2017, S. 29). Die Eltern können ihre Kinder bei den Hausaufgaben unterstützen, indem sie ihnen zeigen, wie sie die Hausaufgaben erledigen können. Eine Möglichkeit zur Unterstützung kann das gemeinsame Erstellen eines Zeitplans sein (Gossweiler, 2004; Pressman, 2015). Eltern sind also massgeblich bei den Hausaufgaben beteiligt und gerade in Bezug auf Interventionen immer zu berücksichtigen.

2.3.2 Familiensystem als «Klient»

Da die Eltern und die Familie eines Kindes in Interventionen miteinbezogen werden, erweitert sich der Klientenbegriff vom Kind auf die ganze Familie. Unter «Klient» ist also nicht nur die Person zu verstehen, welche Ergotherapie vom Arzt oder von der Ärztin verordnet bekommen hat. Gemäss Fisher (2014) ist unter dem Begriff «Klient» eher eine Klientenkonstellation, die sich aus mehreren Personen zusammensetzt, zu verstehen. Die Familie als direkte Umwelt des Kindes ist zentral in der klientenzentrierten Ergotherapiepraxis.

Für das Kind mit ADHS gehören die Familie, insbesondere die Eltern zum engsten Umfeld und sind in der ergotherapeutischen Behandlung von grosser Wichtigkeit (Segal, 1998).

Die Familie eines Kindes mit ADHS ist genauso betroffen von den Betätigungsproblemen, wie das Kind selbst. Aus diesem Grund wird in der vorliegenden Arbeit die Familie als Schwerpunkt gesetzt. Um ein Kind therapeutisch zu behandeln, ist es also notwendig, seine Umwelt in den gesamten Therapieprozess mit einzubeziehen. Dafür bietet es sich an, mit Hilfe eines ergotherapeutischen Modells diese Umwelt und die dazugehörigen Faktoren zu erfassen. So können später gezielt Interventionen in denjenigen Bereichen eingesetzt werden, wo der Bedarf am grössten ist.

2.4 PEOP-Modell nach Christiansen, Baum und Bass (2015)

Um einen umfassenden Einblick in die Situation der Familien mit ADHS-Kindern zu erhalten und den Kontext rund um die Hausaufgaben zu verstehen wurde das *Person-Environment-Occupation-Performance-Model* (PEOP) nach Christiansen, Baum und Bass (2015) ausgewählt. Durch die Veranschaulichung anhand dieses Modells erhoffen sich die Autorinnen, die gefundenen ergotherapeutischen Interventionen so einzuordnen, dass sie auf den Bedarf dieser Familien optimal abgestimmt sind. Das PEOP-Modell zeigt auf, wie sich Person, Umwelt und Betätigung gegenseitig beeinflussen und so zu Performanz, Partizipation und Wohlbefinden beitragen können. Durch eine Aufteilung der Ergebnisse in diese Kategorien wird ein umfassender Überblick über die komplexe Situation von Familien mit einem ADHS-Kind ermöglicht. Beeinträchtigte Bereiche können erkannt werden und Interventionen gezielt ansetzen, um diese Bereiche zu optimieren und um eine verbesserte Betätigungsperformanz zu erreichen. In der ergotherapeutischen Behandlung ist eine ganzheitliche Behandlung mithilfe des PEOP-Modells möglich.

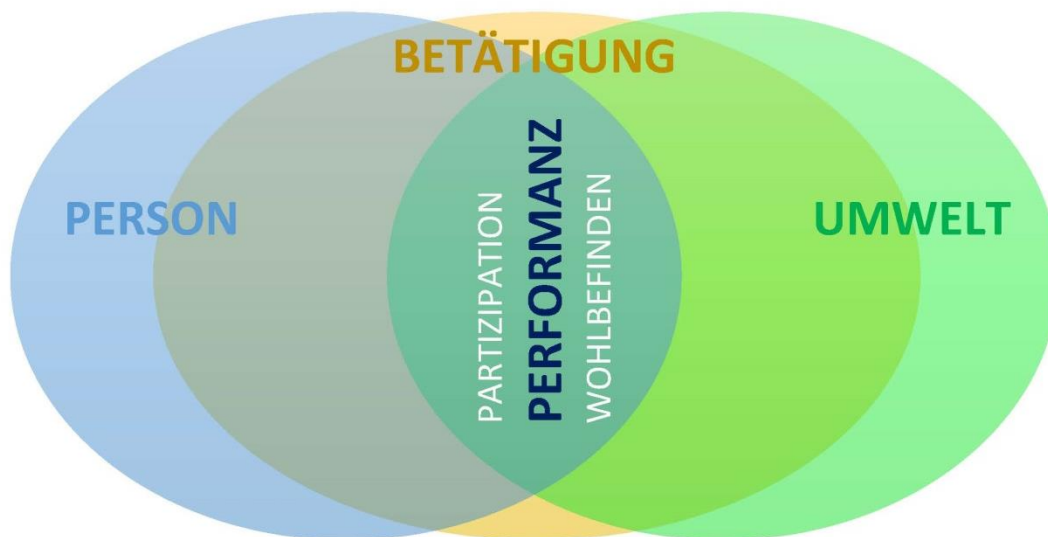


Abbildung 2. PEOP-Modell (angelehnt an Christiansen et al., 2015).

Das PEOP-Modell fokussiert auf die Person und ihre Lebensumwelt. Eine Person führt Aktivitäten, Aufgaben und Rollen im täglichen Leben in einer spezifischen Umwelt aus. Das Verständnis, wie die Charakterzüge der Person und die Umwelt miteinander interagieren und die Performanz der täglichen Betätigungen zu beeinflussen, ist fundamental für die ergotherapeutische Praxis und die Grundlage des PEOP-Modells. Die drei relevanten Begriffe des PEOP-Modells sind: Personenfaktoren, Umweltfaktoren und Betätigungen. Das Modell identifiziert Faktoren in der Personenperformanz (Kapazitäten und Beschränkungen) und in der Umweltperformanz (Ressourcen und Barrieren), welche sich auf die Betätigungsperformanz auswirken. Das PEOP-Modell zeichnet sich durch die Wechselwirkung zwischen den täglichen Betätigungen und den Personen- und Umweltfaktoren aus. Abbildung 2 stellt das PEOP-Modell bildlich dar.

Für ein besseres Verständnis des Modelles werden die zentralen Begriffe des PEOP-Modells im Folgenden genauer erläutert.

Personenfaktoren: Christiansen et al. (2015) fokussieren sich auf die physiologischen, psychologischen, motorischen, sensorisch/perzeptiven, kognitiven oder geistigen Eigenschaften des Individuums. In der Erfassung werden die Einschränkungen und Ressourcen der Person identifiziert, welche die Betätigungsperformanz unterstützen oder behindern.

Betätigung: Unter Betätigung werden die gewohnten und bekannten Dinge verstanden, welche Leute jeden Tag tun. Dazu gehören Aktivitäten, Aufgaben und Rollen, welche der Mensch ausführen möchte und braucht, um im Leben voranzukommen.

Umweltfaktoren: Die Umwelt beinhaltet extrinsische Faktoren wie physische, soziale, kulturelle, politische und technologische Einflüsse. Diese wirken sich in Form von Barrieren oder Ermöglichtungen auf die Betätigungsperformanz aus.

Performanz (Betätigungsperformanz): Diese beschreibt das Ausführen von bedeutungsvollen Aktivitäten, Aufgaben und Rollen als Ergebnis komplexer Interaktionen zwischen der Person und ihrer Umwelt.

Partizipation: Als Performanz wird aktives Eingebundensein verstanden, welches zum Wohlbefinden von Personen und Gruppen/Gemeinschaften führt.

Wohlbefinden: Dieses umfasst die Zufriedenheit und Lebensqualität einer Person.

3 Methodik

In den folgenden Kapiteln wird das methodische Vorgehen der vorliegenden Arbeit erläutert. Für dieses systematische Literaturreview wurden verschiedene Datenbanken durchsucht und die Studien anschliessend zusammengefasst und bewertet. Für ein ergotherapeutisches Verständnis und die bewusste Erfassung von Personen- und Umweltfaktoren wurden die Ergebnisse der Studien in das PEOP-Modell eingebettet.

3.1 Methodisches Vorgehen bei der Literaturrecherche

Um nach passender Literatur zur Beantwortung der Fragestellung zu suchen, wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt.

Anhand der Fragestellung wurden die Schlüsselwörter definiert, übersetzt und durch Synonyme erweitert. Die im Anschluss zu den Suchbegriffen definierten Thesauri, wurden für die ausgesuchten Datenbanken CINAHL*, AMED* und MEDLINE* verwendet.

Tabelle 2

Keywords Literaturrecherche

Schlüsselwort (Deutsch)	Keywords (Englisch)	Synonyme	Thesauren <i>MeSH Terms / CINAHL Headings</i>
Kinder mit ADHS	<i>children with ADHD</i>	- <i>attention deficit hyperactivity dis- order</i> - <i>child</i>	<i>MeSH Terms:</i> - <i>Attention Deficit Disorder with Hyperactivity</i> - <i>Child</i> <i>CINAHL Headings:</i> - <i>Attention Deficit Hyperactivity Disorder</i> - <i>Child</i>
Ergotherapeuti- sche Interven- tionen	<i>occupational intervention</i>	- <i>occupational therapy</i> - <i>occupational in- tervention</i>	<i>MeSH Terms / CINAHL Headings:</i> - <i>Occupational Therapy</i>
Hausaufgaben im familiären Kontext	<i>homework in a family con- text</i>	- <i>homework</i> - <i>activities of daily living</i> - <i>parent</i> - <i>family</i>	<i>MeSH Terms / CINAHL Headings:</i> - <i>Parents</i> - <i>Family</i> - <i>Activities of Daily Living</i>

Anhand der Keywords wurde in den Datenbanken CINAHL, AMED und MEDLINE nach geeigneten Studien gesucht. Die spezifischen Keywords, Synonyme und Thesauren (siehe Tabelle 2) wurden mit Bool'schen Operatoren* kombiniert. Zweiteilige Wörter und flexible Wortwendungen wurden jeweils mit Trunkierungszeichen* eingegeben. Der detaillierte Suchverlauf der Recherche ist in Anhang B dieser Arbeit zu finden.

Bei weniger als 50 Treffern, wurden diese mit Jahr, Autor, Titel und Journal in eine Excel-Tabelle eingetragen und nach ihren Datenbanken sortiert (Anhang C). Anhand von 3 verschiedenen Farben wurden die Studien in der Excel Tabelle markiert um zu sehen, wie viele relevante Keywords sie enthalten. Gelb steht dabei für die Kombination von «Ergotherapie» und «ADHS» (30/41/49 Treffer). Bei zusätzlicher Kombination mit dem Wort «Kind», wurden die entsprechenden Studien hellgrün gekennzeichnet (14/25/44 Treffer). Mit dunkelgrün sind die Treffer markiert, die zudem mit den Thesauren und Keywords «*parents*», «*family*» und «*activities of daily living*» durch *AND* und *OR* verfeinert wurden. Alle Treffer sind in der erwähnten Excel-Tabelle festgehalten.

Nach den Titeln und den erwähnten zugeteilten Farbcodes wurde eine Vorauswahl an Studien getroffen, welche einer vertieften Analyse unterzogen werden sollten. Die Abstracts dazu wurden gelesen und der Fragestellung entsprechende Studien wurden vollständig bearbeitet und den in Tabelle 3 dargestellten Einschlusskriterien zugeordnet.

Tabelle 3

Einschlusskriterien Literaturrecherche

Kriterium	Einschlusskriterium
Alter der Population	4 bis 16-jährig (Kindergarten bis Oberstufe)
Population	Keine Komorbiditäten gemäss den Ausschlusskriterien für die Diagnose ADHS von ICD-10 (DIMDI, 2016)
Erscheinungsjahr	letzte 10 Jahre
Stichprobenherkunft	Industrialisierte Länder mit ähnlichem soziodemographischem Hintergrund wie die Schweiz
Studiendesign	Quantitativ und Qualitativ

Tabelle 4 zeigt auf, wie die Auswahl der Hauptstudien erfolgt ist. Die 16 bearbeiteten Studien und ihre Kompatibilität mit den Einschlusskriterien sind darin ersichtlich. Ebenso sind darin die Begründungen zu finden, warum eine Studie ein-oder ausgeschlossen wurde.

Tabelle 4

Auswahl der Hauptstudien

Studie	Population	Alter der Population	Stichprobenherkunft	Jahr	Studien-design	Hauptstudie?	Begründung
Autor, Jahr, Titel	Keine Komorbiditäten gemäss den Ausschlusskriterien für die Diagnose ADHS von ICD-10	4 bis 16-jährig (Kindergarten bis Oberstufe)	Industrialisierte Länder mit ähnlichem soziodemographischem Hintergrund wie die Schweiz	2006 – 2016	Quantitativ & Qualitativ	ja/nein/ vielleicht	diverse Infos
Cronin, A. F. (2004). Mothering a child with hidden impairments.				2004		NEIN	zu allgemein auf Kinder mit Behinderung!
Docking, K., Munro, N., Cordier, R., & Ellis, P. (2013). Examining the language skills of children with ADHD following a play-based intervention.				2013		NEIN	Language journal... nicht unser Beruf!?
Fedewa, A. L., & Erwin, H. E. (2011). Stability balls and students with attention and hyperactivity concerns: Implications for on-task and in-seat behavior.		Durchschnittsalter: 9 Jahre 11 Monate	USA	2011		NEIN	kein Fokus Familie
Hahn-Markowitz, J., Manor, I., & Maeir, A. (2011). Effectiveness of Cognitive-Functional (Cog-Fun) intervention with children with attention deficit hyperactivity disorder: A pilot study.	Exclusion criteria were other psychiatric or neurological disorders and an estimated IQ <80	14 Kinder und ihre Eltern nahmen teil im Alter zwischen 7 & 8 Jahre alt (im Durchschnitt: 7J. 5M.)	Israel	2011	unkontrolliert, 1 Gruppe, preintervention-postintervention Pilot investigation	JA	Cog-Fun, Eltern bei Intervention dabei, Familienfokus
Lin, H. Y., Lee, P., Chang, W. D., & Hong, F. Y. (2014). Effects of weighted vests on attention, impulse control, and on-task behavior in children with attention deficit hyperactivity disorder.	Kinder mit ADHS rekrutiert von verschiedenen Kliniken, von Neurologen diagnostiziert, keine weiteren neur. Erkrank., keine Sehschwäche, normale Handfunkt	110 Kinder mit ADHS Durchschnittsalter: 8.6 Jahre	Taiwan	2014	randomized, two-period crossover design	NEIN	kein Fokus Familie
Maeir, A., Fisher, O., Bar-Ilan, R. T., Boas, N., Berger, I., & Landau, Y. E. (2014). Effectiveness of Cognitive-Functional (Cog-Fun) Occupational Therapy Intervention for young children with attention deficit hyperactivity disorder: A controlled study.	okay	Fokus auf jüngere Kinder, 5-7 jährig, Kindergarten	Israel	2014	Quantitative kontrollierte Studie mit Crossover design	NEIN	Fokus auf jüngere Kinder, sonst gut und bestätigt Hahn-Markowitz (2011)

Studie	Population	Alter der Population	Stichprobenherkunft	Jahr	Studien-design	Hauptstudie?	Begründung
Miranda, A., Presentación, M. J., Siegenthaler, R., & Jara, P. (2013). Effects of a psychosocial intervention on the executive functioning in children with ADHD.				2013		NEIN	Fokus Sozialverhalten, keine Treffer bei aktueller strukturierter Suche....
Rosenberg, L., Maeir, A., Yochman, A., Dahan, I., & Hirsch, I. (2015). Effectiveness of a Cognitive-Functional Group Intervention Among Preschoolers With Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Pilot Study.	ADHS Diagnose von Arzt oder Ärztin, Ausschluss Autismus	17 Eltern-Kind -Pärchen im Alter zwischen 4-6 Jahren (Schnitt: 5.6 Jahre)	Israel	2015	pilot pre-test-post-test intervention study	NEIN	Fokus auf Sozialverhalten und das Cog-Fun als Gruppenintervention bei Kindergartenkindern
Schultz, S., & Schkade, J. K. (1992). Occupational adaptation: Toward a holistic approach for contemporary practice, part 2.				1992		NEIN	wirklich zu alt
Segal, R., & Hinojosa, J. (2006). The activity setting of homework: An analysis of three cases and implications for occupational therapy.	2 Familien mit 3 + 2 Kindern ohne ADHS verglichen mit 1 Familie mit 2 Kindern mit ADHS	ja	United States	2006	Interviews gemacht, qualitativ	JA	alle Keywords enthalten, Familienfokus, Thema Hausaufgaben
Segal, R., & Frank, G. (1998). The extraordinary construction of ordinary experience: scheduling daily life in families with children with attention deficit hyperactivity disorder.	von der Support Gruppe "Children and Adults with Attention Deficit Disorder" von Kalifornien, keine beschriebene Abklärung bzgl. Nebendiagnosen	17 Familien interviewt, Kinder zwischen 6 & 11 Jahren	USA	1998	Qualitativ, Interviews über den Tagesablauf geführt anhand Interviewguide von Kvale S.	JA	alle Keywords enthalten, Familienfokus, Thema Hausaufgaben
Segal, R. (1998). The construction of family occupations: A study of families with children who have attention deficit/hyperactivity disorder.	gleiche Gruppe wie oben	gleich wie oben	USA	1998	qualitativ Interviews	JA	alle Keywords enthalten, Familienfokus, Thema Hausaufgaben
White, B. P., & Mulligan, S. E. (2005). Behavioral and physiologic response measures of occupational task performance: A preliminary comparison between typical children and children with attention disorder.	12 Kinder mit ADHS und 2 davon mit weiteren psychischen Erkrankungen (Durettsyndrom und Zwangstörungen, Angststörungen)	nicht-ADHS 5-12 j., ADHS 6-13j.	hellhäutige Europäer (caucasian) Northeast United States	2005	Phänomenologisch, d.h. qualitativ	NEIN	Fokus auf Verhalten
Wilkes, S., Cordier, R., Bundy, A., Docking, K., & Munro, N. (2011). A play-based intervention for children with ADHD: A pilot study.	Diagnose durch Arzt / Ärztin oder Psychiater / Psychiaterin gemäss DSM-IV	15 Kinder im Alter von 5-11J. Und ihre Eltern	Australien	2011	es gab 2 Gruppen (eine mit und die andere ohne ADHS) und sie bildeten Spielgruppen	NEIN	play-based intervention

Studie	Population	Alter der Population	Stichprobenherkunft	Jahr	Studien-design	Hauptstudie?	Begründung
Wilkes-Gillan, S., Bundy, A., Cordier, R., & Lincoln, M. (2014). Eighteen-month follow-up of a play-based intervention to improve the social play skills of children with attention deficit hyperactivity disorder.	primäre Diagnose ADHS, mit dem DSM-IV bestätigt	5 Kinder mit ADHS und ihre Eltern (6-11 j.)	Australien	2014	small, non-randomised sample	NEIN	play-based intervention
Wilkes-Gillan, S., Bundy, A., Cordier, R., & Lincoln, M. (2014). Evaluation of a pilot parent-delivered play-based intervention for children with attention deficit hyperactivity disorder.	primäre Diagnose ADHS	5 Kinder mit ADHS und ihre Eltern (6-11 j.)	Australien	2014	one-group pretest-posttest study	NEIN	play-based intervention (Nachfolgestudie von der von 2011)

Legende: Blau = den Einschlusskriterien entsprechend, Rot = den Einschlusskriterien nicht entsprechend.

Nach der Auswahl der sechzehn Studien wurden die Titel und Abstracts nochmals auf Ihre Relevanz für die Fragestellung überprüft. Der Einbezug von Eltern in der Studie galt als Kriterium, sie mussten ein Teil der Studie sein. Der Kontext Familie war von zentraler Bedeutung für die Auswahl der Studien. Das Einschlusskriterium des Studienjahres musste angepasst werden, da zu wenige Treffer auf den Kontext Familie eingingen. Daher wurden Studien, wie die von Segal (1998), miteingeschlossen, insbesondere wegen des klaren Bezugs zur Fragestellung und dem ergotherapeutischen Fokus. Weiter wurde aufgrund der Thematik der Hausaufgaben das Alter der Kinder auf das Einschulungsalter erhöht, was den Ausschluss von Studien mit jüngeren Kindern zur Folge hatte. Ebenso wurden Studien, welche sich auf das Spiel- und Sozialverhalten fokussierten aufgrund der Fragestellung mit dem Schwerpunkt Hausaufgaben ausgeschlossen. Schlussendlich konnten vier Hauptstudien ausgewählt werden, welche allen Kriterien und dem *state of the art** entsprechen.

3.2 Kritische Würdigung der Hauptstudien

Im folgenden Abschnitt wird näher darauf eingegangen, wie die Hauptstudien bearbeitet und gelesen wurden und mit welchen Mitteln sie kritisch gewürdigt wurden. Die Bearbeitung und kritische Beurteilung der Hauptstudien erfolgte anhand des Arbeitsinstruments für ein Critical Appraisal eines Forschungsartikels AICA* nach Ris & Preusse-Bleuler (2015). Die Beurteilungsbögen aller vier Hauptstudien befinden sich im Anhang E. Die kritische Würdigung der quantitativen Studie (Hahn-Markowitz et al., 2011) erfolgte gemäss Ris & Preusse-Bleuler (2015). Die Güte der drei qualitativen Studien (Segal, 1998; Segal & Frank, 1998; Segal & Hinojosa, 2006) wurde anschliessend nach Lincoln & Guba (1985) und Steinke (1999) festgelegt.

3.3 Vorgehen bei der Beantwortung der Fragestellung

Im Diskussionsteil wurden die gefundenen Ergebnisse auf ihre Evidenz geprüft, ihre Praktikabilität beurteilt und zu einer möglichen Beantwortung der Fragestellung zusammengefasst. In Verbindung mit dem PEOP-Modell (Christiansen et al., 2015) können die gefundenen Interventionen klar den einzelnen Kategorien des Modells zugeordnet werden. Im Schlussteil Kapitel 6.2 werden konkrete Interventionen empfohlen und im Kapitel 6.3 wird die Fragestellung beantwortet.

4 Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die vier Hauptstudien zusammengefasst und kritisch gewürdigt. Zur besseren Übersicht werden Ziel, Design und Stichprobe der Studien jeweils in Form einer Tabelle (Tabelle 5 – 8) dargestellt. Die Ergebnisse und Interventionen der Hauptstudien werden hier nur oberflächlich beschrieben, da diese im Kapitel 4.5 in der Struktur des PEOP-Modells ausführlich aufgezeigt werden. Eine detaillierte Zusammenfassung zu jeder einzelnen Hauptstudie im AICA-Raster befindet sich jeweils im Anhang D.

4.1 Hauptstudie 1

Hahn-Markowitz, J., Manor, I. & Maeir, A. (2011). Effectiveness of cognitive–functional (Cog–Fun) intervention with children with attention deficit hyperactivity disorder: A pilot study. *American Journal of Occupational Therapy*, 65, 384–392.

4.1.1 Zusammenfassung

Ziel, Design und Stichprobe der Studie von Hahn-Markowitz et al. (2011) sind in Tabelle 5 zusammengefasst.

Tabelle 5

Übersicht von Ziel, Design und Stichprobe von Hahn-Markowitz et al. (2011)

Ziel	Untersuchung der Effektivität von « <i>Cognitive Functional Intervention Program</i> » (Cog-Fun) * bei Kindern mit ADHS in Bezug auf das Erreichen von individuellen Betätigungszielen, der Verbesserung von exekutiven Funktionen im täglichen Leben und der Steigerung von Selbstwirksamkeit
Design	Unkontrollierte Pilot Studie mit einer Gruppe Präintervention-Postintervention*
Stichprobe	14 Kinder und ihre Eltern Alter der Kinder: zwischen 7 und 8 Jahren ADHS Diagnose von Psychiater oder Psychiaterin diagnostiziert gemäss den DSM IV Richtlinien Exklusionskriterien: andere psychiatrische oder neurologische Erkrankungen oder einem Intelligenzquotienten unter 80.

Datenerhebung und Analyse: Die Datenerhebung erfolgte zu Beginn der Interventionsphase, nach der Interventionsphase und drei Monate nach Abschluss. Für die Datenerhebung wurden der «*Tower of London-Drexel University*» (TOL)* (Culbertson & Zillmer, 2005), das «*Canadian Occupational Performance Measure*» (COPM)* (Law et al., 2005) und der «*Behavioral Rating Inventory of Executive Function*» (BRIEF)* (Gioia, Isquith, Guy & Kenworthy, 2000) verwendet. Der TOL wurde ausschliesslich bei den Kindern als Messinstrument eingesetzt. Das COPM wurde sowohl mit den Eltern, als auch in einer kindgerechten Version mit den Kindern durchgeführt. Den BRIEF füllten sowohl die Eltern als auch die Lehrkräfte aus, um den Fortschritt der exekutiven Funktionen zu beurteilen. Die Intervention selbst war das in 10 Sessionen stattfindende Cog-Fun, welches während der Studie auf seine Effektivität getestet wurde. Neben den oben genannten Assessments wurde während der Intervention von den Therapeuten und Therapeutinnen Protokoll geführt, um qualitative Informationen festzuhalten. Die Daten wurden mit einer nonparametrischen Statistik («*Wilcoxon signed-ranks tests*») analysiert. Sie wandelte die Effektgrösse mit «*Hedge's g*»* aufgrund der kleinen Stichprobe um.

Resultate und Schlussfolgerung: Das zentrale Ergebnis der Studien ist, dass bei allen Assessments (BRIEF, TOL & COPM) nach der Intervention des Cog-Fun eine signifikante Verbesserung festgestellt wurde. Anhand des COPM-Resultats sehen sich die Autoren bestätigt, dass ihr Programm, das Cog-Fun, erfolgreich Strategien von der Therapie in den Alltag transferiert. Das Resultat der Studie wurde mit anderen Studien verglichen, in welchen metakognitive Strategien trainiert wurden und einen ähnlichen Effekt aufwiesen. Kinder, die grosse Fortschritte an den Tag legten, wiesen auch eine hohe Motivation auf. Der grösste Effekt wurde erreicht, wenn die Eltern aktiv involviert waren, ihr Kind unterstützten und mit ihm zu Hause auch die Dinge implementiert haben, die sie in der Therapie beobachten konnten. Die Forschenden vermerken des Weiteren, dass das Cog-Fun eine gute Ergänzung zur medikamentösen Behandlung darstellt. Auch verbessern sich die Exekutivfunktionen und es hat einen sichtbar positiven Effekt auf die Betätigungsperformance.

4.1.2 Kritische Würdigung

Das Thema wird in den Kontext vorhandener konzeptioneller und empirischer Literatur gesetzt. Das quantitative Design der Studie wird von reliablen und validierten Messinstrumenten unterstützt. Die Studienteilnehmenden wurden mit einem «*convenience sampling*» an nur einer ADHS Klinik rekrutiert, was gegen eine Allgemeingültigkeit der Studie spricht. Die Forschenden legten für die Auswahl der Probanden Ein- und Ausschlusskriterien gemäss den DSM IV Richtlinien fest. Die ethischen Richtlinien wurden eingehalten. Durch die klare Beschreibung des methodischen Vorgehens wird die Reliabilität der Studie gewährleistet. Die Forschenden sind sich der Limitationen durch die «*bias*» und «*cofounder*» bewusst und beschreiben diese, was die Validität der Studie bestätigt. Die Ergotherapeutin, welche die Assessments und die Interventionen durchgeführt hat, lässt Zweifel an ihrer Neutralität aufkommen, was eventuell die Studienergebnisse verfälscht haben könnte. Zu den Limitationen der Studie beschreiben die Forschenden, dass das Fehlen einer Kontrollgruppe zu einem Placeboeffekt habe beitragen können, was kritisch zu betrachten ist.

4.2 Hauptstudie 2

Segal, R. & Hinojosa, J. (2006). The activity setting of homework: An analysis of three cases and implications for occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 60, 50–59.

4.2.1 Zusammenfassung

Ziel, Design und Stichprobe der Studie von Segal und Hinojosa (2006) sind in Tabelle 6 zusammengefasst.

Tabelle 6

Übersicht von Ziel, Design und Stichprobe von Segal & Hinojosa (2006)

Ziel	Die Rahmenbedingungen und die Bedeutung der Hausaufgaben im familiären Kontext erforschen. Herausfinden welche Strategien Eltern anwenden, um ihre Kinder bei den Hausaufgaben zu unterstützen. Übertragbarkeit dieser Strategien auf ergotherapeutische Interventionen.
Design	Qualitativ Fallstudie
Stichprobe	Drei Familien mit Kindern im Schulalter (wovon zwei Familien Kinder ohne ADHS haben) Alter der Kinder: sechs bis vierzehn Jahre In einer der Familien waren zwei Kinder mit ADHS

Datenerhebung und Analyse: Bei der Datenerhebung wurden Daten von einer parallel laufenden explorativen und qualitativen Studie genommen, bei welcher Eltern von Kindern mit und ohne Einschränkungen zu ihren Strategien beim Bewältigen der Hausaufgaben interviewt wurden. Die Interviews wurden wörtlich transkribiert. Der Inhalt wurde mittels qualitativer Techniken wie der induktiven Analyse und der Triangulation der Methodenanalyse analysiert (Lincoln & Guba, 1985, Bogdan & Biklen, 1992, Ely, 1997, Denzin & Lincoln, 2003, zitiert nach Segal & Hinojosa, 2006, S. 53).

Die spätere Diskussion und Analyse wurde in Einbezug der «*ecocultural theory*»* gemacht, um die drei verschiedenen Fälle zu vergleichen und Schlüsse daraus zu ziehen.

Resultate und Schlussfolgerung: Für alle drei Familien war die schulische Leistung ihrer Kinder von Bedeutung und grossem Wert. Sie vergewisserten sich, dass die Hausaufgaben korrekt erledigt wurden. Für die beiden Familien mit Kindern ohne ADHS war die Umsetzung leichter, wenn sie von den Fähigkeiten, der Persönlichkeit und den Bedürfnissen des Kindes geleitet wurde. Die Eltern der Kindes mit ADHS konnten keine erfolgreiche Routine/Strategie etablieren. Die Wechselwirkung zwischen den Eltern und dem Kind, in Bezug auf die Hausaufgaben, wurde durch die Kooperation und das Verhalten des Kindes beeinflusst. Bei Kindern mit ADHS stehen nicht die Hausaufgaben an sich im Fokus, sondern die Rahmenbedingungen (umgebende Faktoren) der Hausaufgaben, wie das Stillsitzen, das Fokussieren und Konzentrieren. Bei Kindern die kein ADHS haben steht hingegen primär der Inhalt der Hausaufgaben und deren Schwierigkeitsgrad im Zentrum. Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass die Art der Eltern-Kind Interaktion zwischen den Familien stark variiert. Wenn die Kinder die Hausaufgaben nicht lösen und die Eltern sie dabei nicht unterstützen konnten, führte dies zu Konfrontationen. Dort empfehlen die Forschenden den Eltern, sich Hilfe zu holen. Weiter wurden der gesellschaftliche Wert und die kulturelle Bedeutung von Hausaufgaben anhand der verschiedenen Familien aufgezeigt und diskutiert. Die Forschenden empfehlen, dass beim Planen von ergotherapeutischen Interventionen die individuellen kulturellen Faktoren und die familiäre Routine in enger Zusammenarbeit mit den Eltern berücksichtigt werden sollen.

4.2.2 Kritische Würdigung

Das Ziel der Studie wurde mit Primärliteratur begründet. Das gewählte qualitative Design ist nachvollziehbar beschrieben und mit dem Ziel der Studie kongruent. Die theoretische Herleitung der Studie ist ausgiebig und klar beschrieben, was auf eine empirische Verankerung schliessen lässt. Die Daten der drei Fälle werden aus einer parallel laufenden Studie gezogen, auf welche die Forschenden nicht eingehen, was kritisch zu betrachten ist. Die Forschenden beschreiben das Studiensampling unvollständig, was die Angemessenheit der Studie senkt. Die Datenanalyse wird mit verschiedenen Referenzen belegt und nachvollziehbar beschrieben, was die Glaubwürdigkeit belegt. Die Übertragbarkeit wird zu einem Teil durch Zitate der Familien gestützt, ist jedoch für die Population nur bedingt anwendbar. Es wurden keine ethischen Fragen diskutiert, deshalb ist die Bestätigbarkeit in Frage gestellt.

4.3 Hauptstudie 3

Segal, R. (1998). The construction of family occupations: A study of families with children who have attention deficit/hyperactivity disorder. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 65, 286-292.

4.3.1 Zusammenfassung

Ziel, Design und Stichprobe der Studie von Segal (1998) sind in Tabelle 7 zusammengefasst.

Tabelle 7

Übersicht von Ziel, Design und Stichprobe von Segal (1998)

Ziel	Die täglichen Erfahrungen der Familien mit ADHS-Kindern beschreiben und verstehen. Herausfinden wie die Eltern ihre Tagesabläufe anpassen, um ihren Kindern Betätigungskompetenz zu ermöglichen.
Design	Qualitative Studie <i>Grounded Theory*</i>
Stichprobe	17 Familien mit Kindern mit ADHS Einschlusskriterien: Kinder mussten ADHS haben, Alter 6-11 Jahre, Familien mussten Englisch sprechen Rekrutierung: Drei Selbsthilfegruppen für Kinder und Erwachsene mit ADHS in Kalifornien und eine Ergo- und Physiotherapieklinik wurden kontaktiert Erstkontakt kam von der Familie aus

Datenerhebung und Analyse: Es wurde ein qualitatives Studiendesign gewählt, um die Lebenserfahrungen der Teilnehmenden zu beschreiben, zu verstehen und zu erklären, wie und warum Handlungen ergriffen werden (Marshall & Rossman, 1995, Kvale, 1996, zitiert nach Segal, 1998, S. 287). Zur Datenerhebung wurden mit den Familien zwei Interviews von je zwei bis drei Stunden geführt. Beim ersten Interview wurden die Familien gebeten, ihre Familiengeschichte zu erzählen.

Beim zweiten Interview, welches ein bis zwei Wochen nach dem Ersten stattfand, wurden die Daten des ersten Interviews mit den Probanden und Probandinnen überprüft und Fragen geklärt. Danach wurde ein semistrukturiertes Interview geführt, in welchem die Eltern gebeten wurden, einen typischen Tagesablauf detailgetreu zu erzählen. Alle Interviews wurden aufgenommen und wörtlich transkribiert. Die Daten wurden anhand der Grounded Theory nach Strauss & Corbin (1990, zitiert nach Segal, 1998, S.288) analysiert.

Resultate und Schlussfolgerung: Familien mit ADHS-Kindern identifizierten die Morgenroutine und die Hausaufgaben als die grössten Herausforderungen ihres Tagesablaufes. Die Eltern entwickelten erfolgreiche Strategien, um ihren Kindern Betätigungskompetenz zu ermöglichen. Zum Beispiel passten mehrere Mütter ihre Morgenroutine an oder nahmen zusätzliche Unterstützung wie die Grossmutter oder den Vater für sich oder das Kind in Anspruch. Die Schwierigkeiten bei den Hausaufgaben waren die ständige Unterstützung und volle Aufmerksamkeit, die den Eltern abverlangt wurde. Sie entwickelten Strategien und flexible Routineanpassungen. Beispielsweise kochten zwei Mütter am Wochenende für die ganze Woche das Abendessen vor, eine andere Mutter plante den Mittagsschlaf des jüngeren Kindes genau auf die Hausaufgabenzeit ihres ADHS-Kindes und eine Mutter verpackte die Hausaufgaben spielerisch. Die Erkenntnisse und Interpretationen in dieser Studie zeigen, dass durch Adaptation der familiären Routine eine verbesserte Betätigungsperformanz der Kinder mit ADHS erreicht wurde. Dies hing oft damit zusammen, dass die ganze Familie, vor allem die Mütter und die Geschwister, ihren Alltag und ihre Betätigungen auf das Kind mit ADHS ausrichteten. Als Praxisempfehlung der Forschenden für die Ergotherapie ist es von grosser Wichtigkeit, auf die Familie als ganzes System einzugehen, mit all ihren Ressourcen und Bedürfnissen. Um ergotherapeutische Interventionen in die Familienroutine zu integrieren, müssen die Mütter sich verstanden und kompetent genug fühlen, um diese im Alltag umsetzen zu können.

4.3.2 Kritische Würdigung

Die Beschreibung des Phänomens ADHS ist mit Hintergrundliteratur kurz und prägnant beschrieben. Das Ziel und die Fragestellung werden formuliert. Die Datenerhebung ist zielgerichtet und wurde nach Kvale (1996, zitiert nach Segal, 1998, S. 287) durchgeführt. Die Stichprobengrösse wird durch Datensättigung begründet. Bei der Analyse gehen die Forschenden nach der *Grounded Theory* vor und beschreiben diese nachvollziehbar, was die intersubjektive Nachvollziehbarkeit erhöht. Die Glaubwürdigkeit der Studie wird durch ein *Member-Checking* gestützt. In der Studie wird nicht erwähnt, in welcher Beziehung die Forschenden und Teilnehmenden zueinanderstanden, zudem ist über das Setting nichts bekannt. Über die Rolle der Forscherin wird erwähnt, dass sie sich über ein Jahr lang durch das regelmässige Besuchen von ADHS Gruppen intensiv mit dem Thema auseinandergesetzt hat. Die Ergebnisse sind im Kontext verankert und reflektieren die Reichhaltigkeit der Daten, die die Forschenden mit Zitaten zusätzlich dokumentierten, was für die Nachvollziehbarkeit der Studie spricht. Die Forschenden weisen aufgrund der relativ kleinen Teilnehmerzahl und der Homogenität der Gruppe auf eine limitierte Übertragbarkeit hin, was als positiv erachtet werden kann. Die Forschenden sind sich der Limitation bewusst und erwähnen, dass es noch weitere Forschung in diesem Gebiet braucht, um ihre Ergebnisse zu erweitern und zu bestätigen.

4.4 Hauptstudie 4

Segal, R. & Frank, G. (1998). The extraordinary construction of ordinary experience: scheduling daily life in families with children with attention deficit hyperactivity disorder. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 5, 141-147.

4.4.1 Zusammenfassung

Ziel, Design und Stichprobe der Studie von Segal und Frank (1998) sind in Tabelle 8 zusammengefasst.

Tabelle 8

Übersicht von Ziel, Design und Stichprobe von Segal & Frank (1998)

Ziel	Aufzeigen wie Eltern die zusätzlichen Herausforderungen, welche ADHS-Kinder aufweisen, erleben. Aufzeigen wie die Eltern die alltäglichen Aktivitäten wie Hausaufgaben, Abendessen und Freizeit, in den gewöhnlichen, dafür benötigten Zeitfenstern, planen und bewältigen.
Design	Qualitative Studie <i>Grounded Theory</i>
Stichprobe	Gleiche Stichprobe wie in der Studie von Segal (1998) in Kapitel 4.4 Informelle Befragung von Familien mit Kindern ohne ADHS

Datenerhebung und Analyse: Um Erfahrungen der Teilnehmenden zu beschreiben, zu verstehen und zu erklären, wie und warum Handlungen ergriffen werden, wurde ein qualitatives Studiendesign gewählt (Marshall & Rossman, 1995, Kvale, 1996, zitiert nach Segal & Frank, 1998, S. 142). Pro Familie führten die Forschenden ein bis vier semi-strukturierte Interviews durch. Die Gesamtdauer der Treffen belief sich auf eineinhalb bis fünf Stunden. Die Interviews beinhalteten Fragen zur Familiengeschichte und den Tagesabläufen. Bezüglich der Tagesabläufe wurden die Eltern nach den alltäglichen Aktivitäten, wie diese ausgeführt wurden und wer involviert war, befragt. Alle Interviews wurden aufgenommen und wörtlich transkribiert. Die Daten wurden anschliessend anhand der *Grounded Theory* nach Strauss & Corbin (1990, zitiert nach Segal & Frank, 1998, S. 142) erhoben und analysiert.

Resultate und Schlussfolgerung: Die Planung und Einhaltung der Tagesabläufe bei Familien mit Kindern mit ADHS sind stark erschwert. Die Ergebnisse zeigen, dass es in Bezug auf die Schwierigkeiten bei den Hausaufgaben keinen Unterschied gibt zwischen den Kindern die Ritalin® nehmen und denjenigen welche kein Ritalin® nehmen. Die Wichtigkeit der Hausaufgaben und der damit verbundene Zeitaufwand hat Einfluss auf die Freizeit der Kinder mit ADHS. Eine informale Umfrage innerhalb der Studie zeigt auf, dass Kinder ohne ADHS im Gegensatz zu Kindern mit ADHS über mehr Freizeit zwischen Schulschluss am Nachmittag und dem Abendessen verfügen können. Bei allen in der Studie erwähnten Beispielen zeichnete sich ab, dass das Kind mit ADHS bei der Erledigung der Hausaufgaben die volle Aufmerksamkeit und Unterstützung eines Erwachsenen braucht. Daraus schliessen die Forschenden, dass Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen die persönlichen Werte und die Tagesstrukturen der jeweiligen Familie individuell berücksichtigen müssen, damit Interventionen erfolgreich sein können. Die Ergebnisse zeigen den „*powerful impact of seemingly natural*“, welchen Eltern mit ADHS-Kindern leisten, um eine bestmögliche Zufriedenheit durch „*orchestrate the occupations of their families*“ zu erreichen (Segal & Frank, 1998, Seite 146).

4.4.2 Kritische Würdigung

Das Ziel und die Fragestellung der Studie werden klar benannt und mit Hintergrundliteratur begründet. Die Wahl des qualitativen Studiendesigns und der *Grounded Theory* ist als sinnvoll zu bewerten, da das persönliche Erleben im Vordergrund der Forschungsfrage steht. Der Analysemethode liegt eine phänomenologische Sichtweise zu Grunde, die in Verbindung mit der Forschungsfrage nachvollziehbar ist. Die Datenerhebung ist zielgerichtet und wurde nach Kvale (1996, zitiert nach Segal & Frank, 1998, S. 142) geführt. Die Stichprobengrösse wird durch Datensättigung begründet. Die Datensättigung wiederum spricht für die Übertragbarkeit der Studie. Bei der Analyse gehen die Forschenden nach dem Ansatz der *Grounded Theory* (Strauss & Corbin, 1990, zitiert nach Segal & Frank, 1998, S. 142) vor und beschreiben diese nachvollziehbar, was die Zuverlässigkeit der Studie in Bezug auf die Ergebnisse unterstützt. Die Nachvollziehbarkeit der Studie wird durch die Kategorienbildung unterstützt, welche mit Zitaten untermauert wird. In der Studie wird von einer informellen Umfrage geschrieben, über deren Erhebung und Analyse nichts aus dem Studientext zu entnehmen ist. Genau diese Ergebnisse führen jedoch zu einem besseren Verständnis bezüglich der Schwierigkeiten von Kindern mit ADHS. Die Forschenden machen keine Angaben über Limitationen und die reflektierte Subjektivität, was die Bestätigbarkeit der Resultate senkt.

4.5 Einbettung der Resultate in die Struktur des PEOP-Modells

In diesem Kapitel werden die Resultate der vier Hauptstudien in die verschiedenen Bereiche des PEOP-Modells eingeteilt.

4.5.1 Personenfaktoren

Aus allen Hauptstudien können Ergebnisse den Personenfaktoren im PEOP-Modell zugeordnet werden. Die Personenfaktoren der Kinder mit ADHS haben einen Einfluss auf das Erledigen der Hausaufgaben und den Familienalltag. Abbildung 3 zeigt die Faktoren auf, im Folgenden werden sie näher erläutert.



Abbildung 3. Personenfaktoren von Kindern mit ADHS, PEOP-Modell.

Kinder mit ADHS zeigen häufig Defizite im Bereich der Exekutiven Funktionen. Aufgrund der ADHS Symptome sind die Kinder in ihrer Betätigungskompetenz eingeschränkt und diese ist reduziert (Segal, 1998). In der Studie von Hahn-Markowitz et al. (2011) ging es darum aufzuzeigen, wie das Cog-Fun Programm die Exekutiven Funktionen der Kinder mit ADHS stärkt. Einen realen Einblick in den Alltag einer Familie mit ADHS-Kindern zeigte die Studie von Segal und Hinojosa (2006). Der eine Junge mit ADHS bereitet seinen Eltern besonders grosse Schwierigkeiten, wenn es um das Thema Hausaufgaben geht. Er ist motorisch sehr unruhig und kann kaum stillsitzen, er rennt weg. Oft vergisst er, was der Auftrag der Hausaufgaben war oder vergisst für die Aufgaben notwendige Bücher in der Schule. Beim Aufgaben lösen ist er unaufmerksam und schreibt nicht alles auf, was ihm

die Eltern sagen. Es fällt ihm schwer sich zu konzentrieren und zu fokussieren, er ist sehr abgelenkt. Diese mangelnde Konzentration als Hauptschwierigkeit bei der Ausführung der Hausaufgaben bestätigen auch Segal (1998) sowie Segal und Frank (1998). Die täglichen Routinen und Aktivitäten, der ganze Tagesplan der Familien kann durch die krisenverursachenden ADHS-Kinder beeinträchtigt werden. Segal und Frank (1998) beschreiben, dass die Familie sozusagen «gezwungen» ist, ihre Gewohnheiten an das Kind mit ADHS anzupassen. Eben dieses inkonsistente und wechselhafte Verhalten der ADHS-Kinder macht das Aufbauen einer guten Hausaufgaben-Routine schwierig, wenn nicht sogar unmöglich. So kommt es, dass das Fehlen einer solchen Routine die Eltern-Kind Interaktion umso schwieriger macht, je mehr die Interaktion auf die Routine anstatt auf das Hausaufgaben-machen selbst fokussiert ist (Segal & Hinojosa, 2006). Eine weitere Schwierigkeit bezüglich Routinen bei Familien mit ADHS-Kindern ist die Morgenroutine. Sich an in einer bestimmten Zeit für den Tag bereit zu machen oder die Schulsachen organisiert zu haben ist eine grosse Herausforderung für die Kinder und die ganze Familie (Segal, 1998).

4.5.2 Betätigungen

Die Betätigungen der Kinder sind je nach Familie und ihrer täglichen Routine sehr unterschiedlich. In den Hauptstudien erwähnte Betätigungen von Kindern mit ADHS werden in Abbildung 4 in den Bereich Betätigung des PEOP-Modelles eingeordnet.

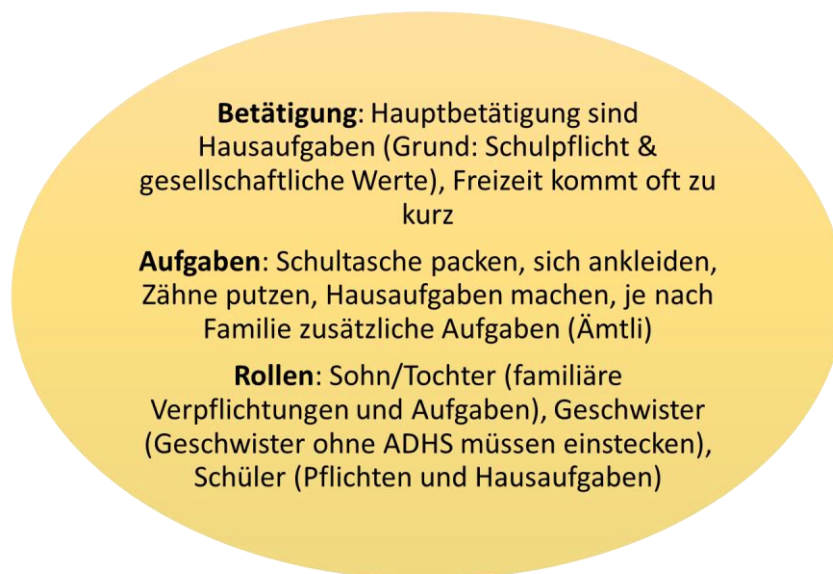


Abbildung 4. Betätigungen von Kindern mit ADHS, PEOP-Modell.

Die Betätigungsziele der Kinder bei der Studie von Hahn-Markowitz et al. (2011) zeigen die Unterschiede zwischen den Familien deutlich auf und weisen darauf hin, dass die Ziele individuell auf die jeweilige Familie zugeschnitten sind. Beispiele für Betätigungsziele sind «den Hund füttern», «Rollschuhfahren», «das Zimmer aufräumen», «den Schulranzen ausräumen, wenn ich von der Schule nach Hause komme» oder «ich kontrolliere meine Emotionen, wenn mich Klassenkameraden ärgern». Je nach Kontext fallen die Betätigungen ganz unterschiedlich aus, jedoch werden von allen Familien die haben Hausaufgaben erwähnt (Segal & Hinojosa, 2006). Auch bei Segal (1998) liegt der Fokus sowohl auf den Hausaufgaben, als auch auf der Morgenroutine. Nach Segal und Frank (1998) wird der Fokus erweitert auf Zeitplanung, Management der Hausaufgaben, Abendessen und Freizeit. Dabei ist die Freizeit optional, die Hausaufgaben und das Abendessen sind festgelegt. Die Freizeit dient in einigen Familien als Belohnung oder Motivation, wenn die Hausaufgaben und Ämtli schnell erledigt wurden (Segal & Frank, 1998).

4.5.3 Umweltfaktoren

Hausaufgaben stehen in engem Zusammenhang mit der Kultur und der Bildung. Studienergebnisse, die als Kultur, Bildung oder andere Umweltfaktoren eingeordnet werden können, sind in Abbildung 5 dargestellt und werden im Folgenden erläutert.



Abbildung 5. Einflüsse der Umwelt auf Kinder mit ADHS, PEOP-Modell.

Ein wesentlicher externer Faktor, welcher einen grossen Einfluss auf die Kinder und ihre Betätigungsperformanz hat, sind die Eltern. Bei der Cog-Fun Studie (Hahn-Markowitz et al, 2011) wurden die Kinder bei den Interventionen von ihren Eltern begleitet. Dieser soziale Einfluss durch die Familie wirkte sich vor allem als Ressource aus. Die Partizipation eines Elternteils während den Interventionen zeigte einen positiven Einfluss auf das Verhalten der Kinder. Den besten Effekt hatte es, wenn die Eltern aktiv in die therapeutische Behandlung involviert waren und dem Kind eine positive und unterstützende Haltung zeigten. Dies zeigte sich insbesondere bei Eltern, die zuverlässig und regelmässig dabei waren. Die von Hahn- Markowitz et al. (2011) durchgeführten Interventionen fanden alle in einem klinischen Kontext (ADHS Klinik in Israel) statt. Segal und Hinojosa (2006) zeigen den Einfluss des häuslichen Umfelds der Kinder genauer auf. Das tägliche Leben der Kinder findet hauptsächlich zu Hause und in der Schule statt. Von den Eltern wird erwartet, dass sie an den Hausaufgaben und Interventionen partizipieren und sich anpassen, je nach Stärken und Schwächen des Kindes. Es ist wichtig, die Hausaufgabe und Interventionen an die familiäre Routine anzupassen. So sind gemäss Segal und Hinojosa (2006) beide Elternteile der Kinder mit ADHS anwesend beim Erledigen der Hausaufgaben. Die Eltern-Kind-Interaktion hat einen wesentlichen Einfluss auf das Verhalten des Kindes. Laut Segal und Hinojosa (2006) ist diese nicht konstant und schwankt in ihrer Qualität von verständnisvoll über konfrontativ zu aggressiv.

Bei Familien mit regulär entwickelten Kindern ist das Anpassen der Routinen an die Bedürfnisse des Kindes einfacher als bei Familien mit ADHS-Kindern, wegen des inkonsistenten Verhaltens des Kindes mit ADHS (Segal & Hinojosa, 2006). Eltern, respektive die Mütter, «jonglieren die Kinder durch den Tag». Sie unterstützen die Kinder mit ADHS bei den Hausaufgaben und planen die Aktivitäten von sich und den anderen Familienmitgliedern um die Aktivitäten der ADHS-Kinder herum. Auch die Mütter waren während der ganzen Zeit der Hausaufgaben beim Kind (Segal, 1998; Segal & Frank, 1998).

Die Kultur und Werte der Gesellschaft geben indirekt die Norm vor, dass Hausaufgaben vor der Freizeit stehen. Es ist wichtig die Anpassungen so zu gestalten, dass sie dabei immer noch den kulturellen Anforderungen entsprechen (Segal & Frank, 1998). Das Zusammenwirken der Aufgaben von Eltern und ihren ADHS-Kindern, wie auch deren Geschwister (morgens pünktlich zur eigenen Arbeit gelangen und die Kinder, speziell jene mit ADHS, pünktlich zur Schule bringen) und das korrekte Erledigen der Hausaufgaben sind Erwartungen von aussen (Schule), die erfüllt werden müssen (Segal, 1998).

Ein weiterer Umweltfaktor, welcher nicht zu unterschätzen ist, sind Medikamente, welche die ADHS-Kinder teilweise einnehmen. Medikamentöse Wirkstoffe wie Methylphenidate werden bei Kindern mit ADHS häufig angewendet, sie sind effektiv im Reduzieren der Symptome und steigern die akademische Leistungsfähigkeit (Hahn-Markowitz et al, 2011). Zudem tragen die Medikamente als Umweltfaktor gemäss Segal & Frank (1998) auch zu einer verbesserten Performanz bei.

4.5.4 Performanz

Im Folgenden werden Ergebnisse aus den Studien, welche Hinweise auf die Performanz (siehe Abbildung 6) von Kindern mit ADHS hinweisen, beschrieben.

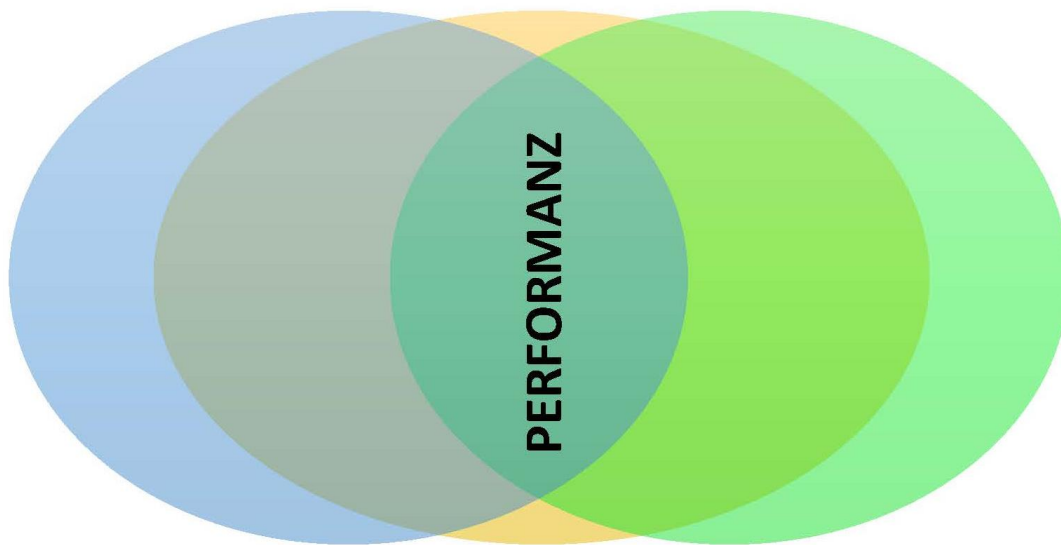


Abbildung 6. Performanz, PEOP-Modell.

Aufgrund der Exekutivfunktionsdefizite haben Kinder mit ADHS häufig Schwierigkeiten in der täglichen Performanz. Das Befähigen durch kognitive Strategien soll Kindern mit ADHS bei ihrer Betätigungsperformanz helfen. Das Cog-Fun Programm ist darauf ausgelegt, sich kognitive Strategien anzueignen und diese in den Alltag zu transferieren, um so die Betätigungsperformanz in der natürlichen Umwelt der Kinder zu stärken. Durch die Anwendung von Strategien wurde eine signifikante Veränderung in Bezug auf die Performanz erzielt (Hahn-Markowitz et al, 2011). Dies bestätigt die Verwendung von metakognitiven Methoden für Kinder mit ADHS, um eine verbesserte Betätigungsperformanz zu erreichen.

Drei Punkte waren massgebend für den Erfolg und eine verbesserte Betätigungsperformanz: metakognitives Training, das motivierende Setting und die elterliche Rolle (Hahn-Markowitz et al, 2011).

Die Betätigungsperformanz im Alltag (Planung und Einhaltung der Tagesabläufe) ist bei Familien mit ADHS-Kindern stark erschwert (Segal & Frank, 1998). Die Forschenden zeigen auf, dass die Strategien, welche die Eltern anwendeten, um ihre Kinder in ihrer Betätigungsperformanz zu befähigen, mit den täglichen Routinen anderer Familienmitglieder zusammenhängen. Die Alltagsaktivitäten der anderen Familienmitglieder wurden an die Bedürfnisse des ADHS-Kindes angepasst (Segal, 1998). Die Eltern von Kindern welche Ritalin® nehmen sagen ganz klar, dass die Medikation die Betätigungsperformanz ihrer Kinder verbessert. Die Performanz ist stark abhängig von der Wirkung des Medikamentes und der Dauer seiner Wirkung (Segal & Frank, 1998).

4.5.5 Partizipation

Personenfaktoren, Betätigung, Umweltfaktoren und die Performanz beeinflussen die Partizipation (Abbildung 7). Die Studien geben Hinweise auf einschränkende und unterstützende Faktoren bezüglich der Partizipation von Kindern mit ADHS.

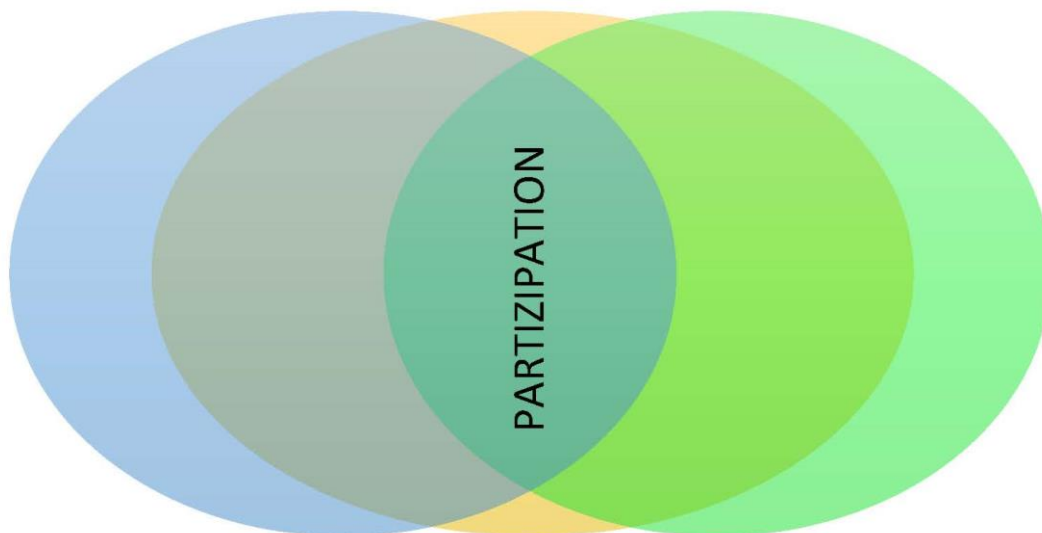


Abbildung 7. Partizipation, PEOP-Modell.

Da in den meisten Familien die Hausaufgaben den Freizeitaktivitäten (beispielsweise draussen spielen) klar vorgezogen werden, ist die Freizeitpartizipation der Kinder entsprechend eingeschränkt (Segal & Frank, 1998). Das Cog-Fun Programm unterstützt Partizipation durch das Erlernen von spezifischen exekutiven Strategien (*Stop, Plan, Review*) in einem Kontext, um Betätigungsziele zu erreichen (Hahn-Markowitz et al, 2011). Ein wichtiges Ziel der Ergotherapie ist es, ihrem Klientel Partizipation zu ermöglichen. Die Hausaufgaben sind eine Betätigung, deren Performanz sich auf die Partizipation der Kinder zu Hause und in der Schule auswirkt. Interventionen und Hausaufgaben sollen gleichermaßen dazu beitragen, Fähigkeiten zu entwickeln, welche die Partizipation der Kinder in verschiedenen Bereichen des Lebens verbessert (Segal & Hinojosa, 2006).

4.5.6 Wohlbefinden

Die durch Person, Betätigung und Umwelt beeinflusste Performanz hat auch direkte Auswirkungen auf das Wohlbefinden des Kindes (Abbildung 8).

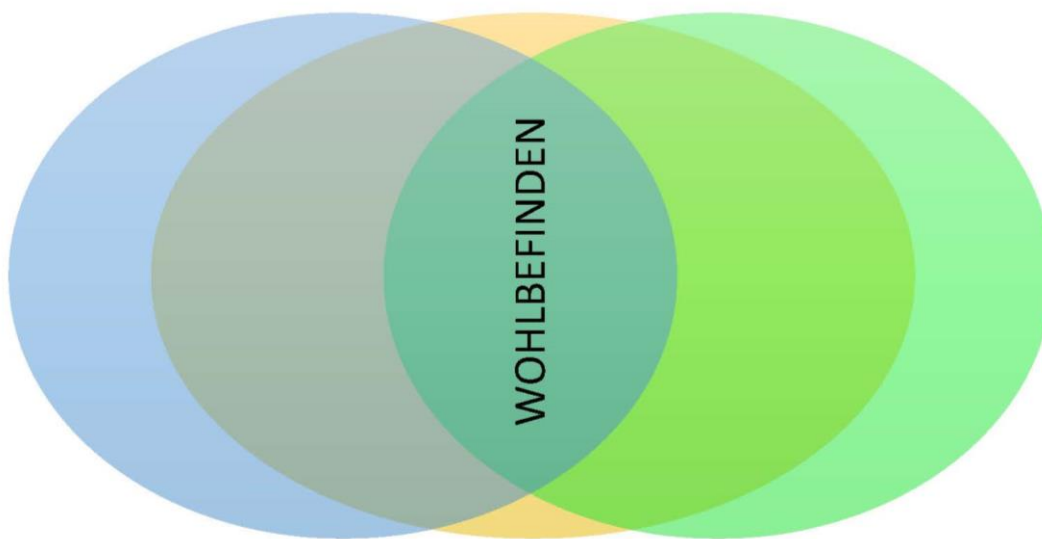


Abbildung 8. Wohlbefinden, PEOP-Modell.

Die Ziele des Cog-Fun Programms waren bedeutsam für die Kinder, was massgeblich zu ihrem Wohlbefinden beiträgt. Bei der Auswertung der Interventionen bewerteten sich die Kinder mit dem COPM nach der Intervention signifikant besser als vorher. Es kann daraus geschlossen werden, dass die Kinder zufriedener mit sich waren und die Intervention einen positiven Effekt auf ihr Wohlbefinden hatte. Auch das positive Setting der Klinik

scheint einen positiven Einfluss auf die Motivation der Kinder gehabt und ihr Wohlbefinden gesteigert zu haben (Hahn-Markowitz et al, 2011). Wenn Interventionen oder Hausaufgaben erstellt werden, sind die Programme typischerweise so gestaltet, dass der Erfolg und das Wohlbefinden des Kindes im Fokus stehen (Segal & Hinojosa, 2006).

Nur zwei Mütter planten bewusst Freizeit ein. Sie bewerteten dies als wichtigen Faktor für das emotionale Wohlbefinden ihrer Kinder (Segal & Frank, 1998). Indem die Mütter ihre Kinder mit ADHS zu einer bestmöglichen Selbständigkeit befähigen, fördern sie indirekt oder direkt auch deren Wohlbefinden. Dies stärkt deren Selbstwert, was erneut zu einem höheren Wohlbefinden führt (Segal, 1998).

5 Diskussion

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse aus den Hauptstudien diskutiert, mit zusätzlicher Literatur und den Informationen aus dem theoretischen Hintergrund in einen Kontext gebracht. Daraus werden Praxisempfehlungen für ergotherapeutische Interventionen abgeleitet, welche Kinder mit ADHS und deren Eltern bei den Hausaufgaben unterstützen können.

5.1 ADHS Symptome und ihre Auswirkungen

Die Ergebnisse aller vier Hauptstudien zeigen auf, dass sich die Symptome Hyperaktivität, Konzentrationsschwierigkeiten und Impulsivität in allen Bereichen des Alltags negativ auf das Kind und seine direkte Umwelt auswirken.

Segal (1998), Segal und Frank (1998) sowie Segal und Hinojosa (2006) zeigen, dass die mangelnde Konzentration zu deutlichen Schwierigkeiten beim Erledigen der Hausaufgaben führt. Die Problematik bei den Hausaufgaben wird im Kapitel 5.4 noch differenzierter diskutiert. Hinsichtlich der Hyperaktivität weisen Segal und Hinojosa (2006) auf die Schwierigkeit des Stillsitzens hin. Hahn-Markowitz et al. (2011) arbeiten mit gezielten exekutiven Strategien an der Verbesserung der Hauptschwierigkeiten. Segal (1998), Segal und Frank (1998) sowie Segal und Hinojosa (2006) hingegen beschreiben lediglich die Folgen der mangelnden Selbstregulation.

Die Ergebnisse von Segal (1998), Segal und Frank (1998) sowie Segal und Hinojosa (2006) belegen, dass Eltern von Kindern mit ADHS einen erhöhten Betreuungsaufwand haben und an ihre Grenzen stossen. Laut Hahn-Markowitz et al. (2011) können gezielte Interventionen die Eltern entlasten und ihren Alltag erleichtern. Dafür sprechen auch die Ergebnisse des COPM mit den Eltern, welche die Performanz der Ziele in der Postintervention statistisch signifikant besser bewerten als in der Präintervention. Diese Ergebnisse sollten allerdings kritisch betrachtet werden, da die Eltern subjektiv beurteilt haben. Das kritische Argument wird abgeschwächt, da die gemeinsamen Erfolgserlebnisse sich positiv auf die ganze Familie auswirken.

Ein weiteres Merkmal ist die Impulskontrollstörung. Kinder gehen überstürzt ins Handeln und wechseln die Tätigkeiten schnell, bevor sie zu Ende geführt sind (Becker & Stedling-Albrecht, 2006). Als Folge davon ist der Alltag kaum planbar. Auch Segal und Frank

(1998) verdeutlichen die Aussage von Eltern, welche ihren Alltag nur durch «*orchestrate the occupations of their families*» (Segal & Frank, 1998, S. 146) meistern. Diese eingeschränkte Betätigungskompetenz durch die Defizite in der Impulskontrolle wirken sich nicht nur im Alltag zu Hause aus (Segal & Hinojosa, 2006), sondern auch im Sozialkontakt mit Kameraden und im Schulalltag (Bader et al., 2005; Schlack et al., 2007; Dietrich, 2011; Döpfner et al., 2013).

Die Untersuchungen aller Hauptstudien zeigen, dass die medikamentöse Behandlung die Hauptsymptome des AHDS zu lindern vermag, was sich positiv auf alle Bereiche auswirken kann. Dies bestätigen Segal und Frank (1998) durch Aussagen der Eltern, welche eine verbesserte Performanz ihrer Kinder aufgrund der Medikation beobachten. In der gleichen Studie wird diese Aussage abgeschwächt, da die medikamentöse Behandlung in den Studien nur von kurz wirkenden Medikamenten ausgeht und nicht als alleinige Therapie ausreicht. Dies bestätigen alle Hauptstudien und die Leitlinien von Wolraich et al. (2011) indem sie die Abgabe von Medikamenten in Kombination mit einer ganzheitlichen Behandlung bei ADHS empfehlen.

Die Vergleiche aller Ergebnisse der Hauptstudien zeigen auf, dass die Symptome von AHDS erhebliche Auswirkungen auf das soziale Umfeld haben. So fällt es Kindern mit ADHS schwer, Freundschaften zu schliessen. Die Geschwister leiden unter deren Impulsivität, die Eltern-Kind-Beziehung gestaltet sich als schwierig und benötigt viel Aufmerksamkeit (Schlack et al., 2007). Um den Alltag zu meistern, arrangieren sich die Familien «gezwungenermassen» um das Kind.

5.2 Familiensystem als «Klient»

Die Familien in den Studien von Segal (1998), Segal und Frank (1998) sowie Segal und Hinojosa (2006) vermitteln einen realistischen Eindruck ihres Alltags und ihrer Herausforderungen mit den ADHS-Kindern.

Die Familie als direkte Umwelt nimmt die meisten Veränderungen und Anpassungen vor (Segal, 1998; Segal & Frank, 1998; Segal & Hinojosa, 2006). Diese Anpassungen geschehen laut Segal und Frank (1998) bei den Gewohnheiten und Routinen. Dies zeigt sich anhand der Beispiele zweier Familien, welche aufgrund der konfliktbelasteten Beziehung mit ihren Kindern Therapien und Elterntrainings besuchten (Segal & Frank, 1998). Aus diesen Trainings ging hervor, dass die Rücksichtnahme auf die Bedürfnisse des Kindes mit ADHS

äusserst wichtig ist. Segal (1998) bestätigt dies und zeigt anhand des Beispiels einer Mutter auf, wie sie ihre Bedürfnisse der Morgenroutine zurückstellt und sich komplett den Bedürfnissen ihres Kindes widmet.

Um auf die Bedürfnisse ihrer Kinder eingehen zu können, braucht es eine gute Mutter-Kind-Beziehung als Basis (Segal & Hinojosa, 2006). Wenn diese Beziehung durch Spannungen beeinträchtigt ist, leiden beide darunter und es wirkt sich negativ auf das Verhalten des Kindes mit ADHS aus (Segal & Hinojosa, 2006). Dies wiederum verstärkt die ADHS Symptome. Unter diesem Gesichtspunkt zeigen die Ergebnisse von Segal und Hinojosa (2006), dass eine konfliktbelastete Interaktion das Erledigen von Hausaufgaben stark erschwert. Die Eltern, welche Strategien nutzten und Aktivitäten spielerisch verpackten, hatten eine bessere Beziehung und mehr Erfolgserlebnisse (Segal 1998; Segal & Frank, 1998). Bei einer stimmigen Eltern-Kind-Interaktion wirkt sich dies positiv auf das Wohlbefinden des Kindes mit ADHS und dessen Familie aus (Segal 1998; Segal & Hinojosa, 2006).

Eine positive und motivierende Unterstützung durch die Eltern, wie sie bei Hahn-Markowitz et al. (2011) stattgefunden hat, trägt massgeblich zu einer erfolgreichen und gesteigerten Betätigungsperformanz bei. Für die Entwicklung und Umsetzung weiterer Interventionsstudien sind zusätzliche Abklärungen der Bedürfnisse und Herausforderungen der von ADHS betroffenen Familien notwendig (Segal, 1998; Segal & Frank, 1998; Segal & Hinojosa, 2006).

5.3 Ergotherapeutische Interventionen

Segal (1998), Segal und Frank (1998) sowie Segal und Hinojosa (2006) haben ausschliesslich die Eltern einbezogen und ihre Ergebnisse aus der elterlichen Perspektive abgeleitet. Dies widerspricht aus ergotherapeutischer Sicht dem Anspruch der Klientenzentriertheit. Trotzdem sind die Eltern die Hauptbezugspersonen des Kindes und müssen in die therapeutische Behandlung mit einbezogen werden, was sämtliche Hauptstudien mit ihren Ergebnissen bestätigen. Segal (1998) setzt sich dabei vertieft mit den Ressourcen der Familie auseinander, während sich Segal und Frank (1998) mit den individuellen Tagesstrukturen und Abläufen der Familien beschäftigen. Wichtig scheint, dass die individuellen Werte und die kulturellen Anforderungen berücksichtigt werden, was Segal und Frank (1998) wie auch Segal und Hinojosa (2006) gleichermassen betonen. Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse von Segal (1998), Segal und Frank (1998) sowie Segal

und Hinojosa (2006), dass das Erarbeiten und Implementieren von Strategien den Alltag von Familien mit ADHS-Kindern erleichtern.

Im Cog-Fun-Programm (Hahn-Markowitz et al., 2011) wird dank kognitiver Strategien eine Verbesserung der Exekutiven Funktionen erzielt, die sich positiv auf die Betätigungsperformance der Kinder auswirkt. Segal (1998) beschreibt das Beispiel einer Mutter, die anhand einer spielerischen Strategie die Performanz ihres Kindes verbessert hat und damit eine ähnliche Strategie anwandte. Die Autorinnen können sich vorstellen, dass das Cog-Fun-Programm auf Studien wie Segal (1998), Segal & Frank (1998) und Segal & Hinojosa (2006) basierend entstanden ist und sich auf die Strategien der Mütter zurückzuführen lässt. Folglich lässt sich sagen, dass der Einbezug der Familie zentral für die ergotherapeutische Intervention ist. Der EVS (2005) unterstützt diese Aussage, indem er die Wichtigkeit der Zusammenarbeit mit den Angehörigen betont. Zudem sind alle Studien in westlich orientierten Gesellschaften verfasst und durchgeführt worden, was eine Übertragbarkeit auf die Schweiz nahelegt.

Der Erfolg des Cog-Fun-Programms ist abhängig vom Engagement der Eltern und davon, ob sie den Transfer in den Alltag geschafft haben. Der Transfer gelang unter anderem aufgrund der bedeutungsvollen und klientenzentrierten Ziele, die mithilfe des COPM formuliert wurden. Durch gemeinsame Zielsetzungen mit Kindern und ihren Familien wird Selbstständigkeit und Handlungsfähigkeit erreicht, was vom EVS (2005), Becker und Steding-Albrecht (2006) sowie Hahn-Markowitz et al. (2011) bestätigt wird. Wenn ergotherapeutische Interventionen primär auf die Stärkung der Selbstständigkeit eingehen, hat dies unmittelbare Auswirkungen auf das Wohlbefinden des Kindes (EVS, 2005).

Die Ergebnisse von Segal und Hinojosa (2006) zeigen, dass ergotherapeutische Interventionen nur umgesetzt werden, wenn sich die Eltern kompetent genug fühlen, diese in den familiären Alltag integrieren zu können. Die Wahrscheinlichkeit, diese umzusetzen steigt, wenn die Eltern ein Kompetenzgefühl entwickeln, indem die benötigten Fertigkeiten mit ihnen trainiert werden (Segal & Frank, 1998; Segal & Hinojosa, 2006).

Wichtig ist auch, dass die Eltern ihren Kindern einen ruhigen Arbeitsplatz zur Verfügung stellen und sie dabei unterstützen, einen günstigen Arbeitszeitpunkt zu bestimmen, um die Hausaufgaben zu erledigen (Gossweiler, 2004; Pressman et al., 2015).

5.4 Hausaufgaben

Das Thema Hausaufgaben bei ADHS-Kindern wird von Segal (1998), Segal und Frank (1998) sowie Segal und Hinojosa (2006) am genauesten erforscht und bilden somit die Grundlage dieser Arbeit. Die Hausaufgaben nehmen auch heute noch einen hohen Stellenwert in der westlichen Kultur ein (Segal, 1998; Segal & Frank, 1998; Segal & Hinojosa, 2006; Landolt, 2017). In der Schweiz sind die Hausaufgaben schon lange ein pädagogisches Instrument, welches bereits die Grosseltern kannten und das heute nach wie vor unverändert praktiziert wird (Landolt, 2017). Hausaufgaben geben immer wieder Anlass für kontroverse Diskussionen (Gossweiler 2004; Landolt, 2017; Pressmann et al., 2015). Sie können sowohl positive (Förderung der Eigeninitiative und der Selbstständigkeit) als auch negative Einflüsse haben (Segal & Hinojosa, 2006). Die wenigsten Kinder lieben ihre Hausaufgaben. Für Kinder mit speziellen Bedürfnissen stellen diese eine besonders grosse Herausforderung dar (Epstein, Polloway, Foley & Patton, 1993, zitiert nach Segal & Hinojosa, 2006, S. 52). Dies bestätigen Segal und Frank (1998), welche die Hausaufgaben sowie die Morgenroutine zu den grössten Herausforderungen des Tages zählten. Die Ergebnisse der vier Hauptstudien weisen ähnliche Schwierigkeiten in Bezug auf die Hausaufgaben auf. Bei Segal (1998) wie auch Segal und Frank (1998) zeigt sich, dass die Eltern schon selber Strategien entwickelt haben. Im Gegensatz dazu entstehen laut Segal und Hinojosa (2006) zwischen dem Kind mit ADHS und den Eltern während den Hausaufgaben zeitweise unlösbare Konflikte. Dies könnte damit zusammenhängen, dass die Eltern der Studien von Segal (1998) sowie Segal und Frank (1998) in Selbsthilfegruppen aktiv sind, teilweise Elterntrainings absolviert haben und sich die Strategien dort angeeignet haben. Aufgrund der geringen Anzahl der Teilnehmenden dieser Studien ist bei einem Übertrag auf die gesamtschweizerische Population jedoch Vorsicht geboten.

Die exekutiven Funktionen, die durch das Cog-Fun trainiert werden, spielen beim Erledigen der Hausaufgaben eine wichtige Rolle. Die Ergebnisse vom TOL zeigen eine deutliche Verbesserung in der Konzentration und der Handlungsplanung und sprechen somit für die Effektivität des Cog-Fun Programms (Hahn-Markowitz et al., 2011). Dieser nachweisliche Effekt lässt die Schlussfolgerung zu, dass ein Kind, bei Aufgaben, welche Konzentration und Handlungsplanung fordern, wie beispielsweise Rechnen, schneller und effizienter im Denkprozess sein kann. Beim Beurteilen des BRIEF gaben die Eltern positives Feedback zu den Auswirkungen von Exekutiven Funktionen im Schulalltag (Hahn-Markowitz et al., 2011). Dies könnte bedeuten, dass das Cog-Fun wesentlich zur Verbesserung der

Schulaktivitäten beigetragen hat. Es stellt sich die Frage, ob die Eltern oder die Ergotherapeuten den Übertrag vom Cog-Fun zu den Hausaufgaben machen können.

Es zeigt sich in allen Hauptstudien, dass die Eltern als Unterstützung und Anwesende bei den Hausaufgaben von grosser Wichtigkeit sind. Neueste Erkenntnisse weisen jedoch darauf hin, wie wichtig es ist, dass das Kind selbstständig lernt, seine Hausaufgaben zu machen und somit Selbstverantwortung übernimmt (Landolt, 2017). Die Einmischung der Eltern bei den Hausaufgaben untergräbt die Selbstständigkeit der Kinder (Landolt, 2017). Kernaussage der Ergebnisse von Segal (1998), Segal und Frank (1998) sowie Segal und Hinojosa (2006) ist, dass das Hausaufgaben erledigen eine enorme Herausforderung und einen erhöhten Aufwand für die Familien darstellt, welche ein ADHS-Kind hat. Zudem schreibt Landolt (2017), dass der Mehraufwand durch Hausaufgaben nicht nutzbringend und lohnenswert sei. Selbstwirksamkeitserfahrungen und Motivationssteigerungen blieben dabei aus.

Gegenteilige Ergebnisse liessen sich nur erzielen, wenn das Kind motiviert sei und das Lernen in einer positiven Umgebung stattfinde (Landolt, 2017; Pressmann et al. 2015). Umweltanpassungen in Form von einer geeigneten Arbeitsplatzeinrichtung unterstützen die positive Lernumgebung und tragen zu einem erhöhtem Lernerfolg bei (Gossweiler, 2004; Stark-Städle, 2005; Hahn-Markowitz et al., 2011; Pressman et al., 2015). Zusätzlich kann Freizeit als Motivationsmittel genutzt werden, in der Hoffnung, dass das Kind die Hausaufgaben möglichst schnell erledigt und dadurch mehr davon hat (Segal & Frank, 1998). Belohnungssysteme wie diese werden von Stark-Städle (2005) als Strategie aufgeführt und bestätigen oben genanntes Beispiel. Die Ergebnisse von Segal (1998) berichten von zwei Müttern, die bewusst Freizeit für ihre Kinder einplanten, jedoch bei den restlichen Familien das Erledigen der Hausaufgaben vorging. Dieses Beispiel verdeutlicht den Wert der Hausaufgaben und des akademischen Erfolgs in der Gesellschaft. Landolt (2017) bestätigt dies anhand einer Begebenheit im Kanton Schwyz: Vier Jahre lang wurde auf Hausaufgaben komplett verzichtet, jedoch nach Protesten von Eltern wieder eingeführt. Das zeigt klar auf, dass die Hausaufgaben heute noch einen hohen Stellenwert und eine Bedeutung für die Eltern haben. Ein Zitat einer Mutter aus Segal und Frank (1998, S.146) veranschaulicht diesen Stellenwert: *«My feeling is that every child, no matter how talented they are in other areas, need to feel some academic success... I want him to feel good about himself and he can only have that in school, when he's there half of the day, if he has some academic success»*.

Die Eltern haben Angst, dass ihre Kinder keinen Erfolg im Leben haben, wenn sie diese nicht bei den Hausaufgaben unterstützen, (Landolt, 2017; Segal & Frank, 1998). Es bleibt offen, wie sich der damit verbundene Leistungsdruck auf die Kinder auswirkt.

5.5 PEOP-Modell

Für die ergotherapeutische Behandlung ist die Veranschaulichung aller Faktoren anhand des PEOP-Modells äusserst nützlich und dient dazu, einen Überblick zu verschaffen und so eine ganzheitliche Behandlung zu ermöglichen. Durch den ganzheitlichen und klientenzentrierten Ansatz des PEOP-Modells werden hier die Wechselwirkung von Umwelt, Person und Betätigung aufgezeigt und diskutiert (Christiansen et al., 2015).

Die Ergebnisse von Segal (1998) zeigen, dass die Performanz des Kindes mit ADHS von der Performanz der anderen Familienmitglieder abhängig ist. Um diese verbesserte Performanz aller Beteiligten zu erreichen, führen alle vier Hauptstudien das Anwenden von Strategien als erfolgsversprechende Lösung auf. Weiter bestätigen Segal (1998), Segal und Frank (1998) sowie Segal und Hinojosa (2006), dass durch Anpassungen der Routinen Erfolgserlebnisse ermöglicht wurden. Diese Veränderungen sind der sozialen und kulturellen Umwelt zuzuordnen (Christiansen et al., 2015).

Im Bereich der Personenfaktoren liegen die Einschränkungen vor allem bei den Symptomen von ADHS, welche in Kapitel 4.5.1 und im theoretischen Hintergrund genauer erläutert wurden. Die Symptome können durch die medikamentöse Behandlung abgeschwächt werden, was die Performanz des Kindes verbessert. Ähnlich setzt das Cog-Fun bei den Personenfaktoren an. Durch kognitive Strategien, die auf eine Verbesserung von Selbstbeherrschung, Arbeitsgedächtnis und Planung hinzielen, werden die Symptome des ADHS gelindert (Hahn-Markowitz, 2011). Diese positive Veränderung bei den Personenfaktoren wirkt sich auf die anderen Bereiche des PEOP-Modells aus. Barrieren werden zu Ressourcen umgewandelt (Christiansen et al., 2015). Im Betätigungskreis ist zu beachten, dass diese für die Person bedeutsam und von Wert sind, damit sie zu einer verbesserten Performanz beitragen (Christiansen et al., 2015). Zu diesem Schluss kam auch Hahn-Markowitz (2011), welcher durch die klientenzentrierte und bedeutsame Zielsetzung des COPM eine verbesserte Performanz der Kinder erreichte.

Segal (1998), Segal und Frank (1998) sowie Segal und Hinojosa (2006) beschreiben eine schlechte Performanz bei den Hausaufgaben. Daraus kann geschlossen werden, dass die Hausaufgaben für Kinder mit ADHS keine bedeutungsvollen Betätigungen sind. Diese Position wird unter anderem von Stark-Städle (2005) vertreten. Sie schreibt, dass Kinder mit ADHS nur das machen, wozu sie Lust haben, was wiederum in den seltensten Fällen die Hausaufgaben sind. Weiter führt sie aus, dass bei der Zuschreibung von Bedeutsamkeit einer Betätigung die Motivation ausschlaggebend ist. Es scheint deshalb wichtig, in allen drei Kreisen des PEOP-Modells eine Balance zu erreichen. So müssen alle Faktoren miteinbezogen werden, um eine optimale Betätigungsperformanz zu erreichen. Denn nur wenn diese Performanz erreicht wird, kann sich das positiv auf die Partizipation und das Wohlbefinden der Kinder auswirken (Christiansen et al., 2015).

6 Schlussfolgerung

Abschliessend werden aus der Diskussion Schlussfolgerungen abgeleitet und Empfehlungen für die ergotherapeutische Praxis formuliert. Zudem folgt die Beantwortung der Fragestellung, Limitationen werden aufgezeigt und es werden Zukunftsaussichten genannt.

6.1 Fazit

Vorliegende Arbeit gibt Einblick in den Alltag von Familien mit ADHS-Kindern. Durch das vertiefte Auseinandersetzen mit der Thematik der vier Hauptstudien entwickelte sich der Schwerpunkt Hausaufgaben. Das ausserordentliche Engagement dieser Familien trägt wesentlich zur Performanz der Kinder mit ADHS bei. Das PEOP-Modell bestätigt den bedeutsamen Einfluss der Eltern. Durch die Wechselwirkung aller Faktoren wird die Betätigungsperformanz ermöglicht oder behindert. Nur durch enge Zusammenarbeit, regelmässigen und wertschätzenden Austausch mit den Kindern mit ADHS und ihren Familien kann man ihren individuellen Bedürfnissen gerecht werden. Durch Veränderungen im Bereich der Umwelt wie beispielsweise Anpassen von Routinen und Einführen von Strategien, kann der Familienalltag erleichtert werden. Dabei ist aber besonders auf die kulturellen Aspekte und Wertvorstellungen der Familien Rücksicht zu nehmen. Der hohe Stellenwert der Hausaufgaben in der Gesellschaft ist zu berücksichtigen und kritisch zu hinterfragen. Bei den ganzen Veränderungen ist es essentiell, auf die Bedürfnisse des Kindes einzugehen und auf die Partizipation und das Wohlbefindens des Kindes zu achten.

6.2 Implikationen für die Praxis

Aus der Diskussion im Kapitel «5.3 ergotherapeutische Interventionen» leiten die Autorinnen folgende Praxisempfehlungen für die Behandlung von Kindern mit ADHS und ihren Familien ab:

- Einbezug und Zusammenarbeit mit der sozialen Umwelt des Kindes mit ADHS
- Individuelle Ressourcen des Kindes und dessen Familien erfassen und nutzen
- Die Interventionen auf die individuellen Tagesstrukturen und Abläufe der Familien abstimmen
- Berücksichtigung der individuellen kulturellen Werte und Anforderungen
- Gemeinsam bedeutungsvolle und klientenzentrierte Ziele setzen
- Gemeinsames Erarbeiten von Strategien im Familienalltag
- Förderung der Selbständigkeit durch Stärkung der Handlungsfähigkeit
- Kompetenzgefühl vermitteln und viel mit Motivation arbeiten
- Sinnvoller Einsatz von Belohnungssystemen
- Edukation über das Krankheitsbild bei Bedarf
- Neutrale und offene Haltung gegenüber der medikamentösen Behandlung
- Interprofessionelle Vernetzung und Zusammenarbeit: eigene Grenzen kennen und entsprechend handeln

Bezüglich ergotherapeutischen Instrumenten können folgende Empfehlungen gemacht werden:

- Das COPM als Assessment zur Zieldefinition und Zielüberprüfung nutzen
- Ganzheitliche Betrachtung anhand des PEOP-Modells durchführen
- Erfassung und Überprüfung der Exekutiven Funktionen mit dem BRIEF und TOL
- Förderung der Exekutiven Funktionen durch das Cog-Fun Programm

6.3 Beantwortung der Fragestellung

Im Fazit und mit den Empfehlungen für die Praxis wurde bereits ein grosser Teil der Fragestellung beantwortet. Folgende Aspekte gehören zudem erwähnt:

Anhand der vier Hauptstudien kann zusammengefasst werden, dass bei Familien mit ADHS ein komplexer Leidensdruck bei den Hausaufgaben besteht. In enger Zusammenarbeit mit den Eltern und unter Einbezug von ihren Ressourcen und Strategien, die auf ihre Bedürfnisse abgestimmt sind, kann eine verbesserte Performanz des Kindes mit ADHS und der ganzen Familie erreicht werden. Aus den Ergebnissen der Hauptstudien können Interventionsabsätze abgeleitet werden (Kapitel 6.2 Implikationen für die Praxis).

6.4 Limitationen

Die Fragestellung der vorliegenden Arbeit kann wie beschrieben beantwortet werden. Folgende Limitationen sollten dabei nicht ausser Acht gelassen werden.

Das Vorgehen der Literaturrecherche hätte durch andere Kombinationen mit den Keywords ein breiteres Spektrum an Studien ergeben. Durch die Kombination von «ADHS» mit «Ergotherapie» ist die Auswahl begrenzt, mit «ADHS» und «Hausaufgaben» wären eventuell noch spezifischere Studien zum Thema gefunden worden. Die Autoren sind sich bewusst, dass die Literaturrecherche, wie sie in dieser Arbeit gemacht wurde, eine Limitation darstellen kann.

Drei von vier Hauptstudien stammen von Ruth Segal. Dies könnte zu einer einseitigen Betrachtung der Thematik geführt haben.

Die Autorinnen sind sich bewusst, dass drei ihrer vier Hauptstudien älter als zehn Jahre sind, nämlich Segal (1998), Segal & Frank (1998) und Segal & Hinojosa (2006). Die ausgewählten Studien sind gemäss dem *state of the art*, die zutreffendsten zur Fragestellung dieser Arbeit.

Bei der anschliessenden Auswertung und kritischen Würdigung der Hauptstudien sind sich die Autorinnen ihrer eingeschränkten Erfahrung zur Statistik bewusst, was eventuell zu Fehlinterpretationen geführt haben könnte.

Die Autorinnen sind durch familiäre Betroffenheit in der Thematik ADHS nicht völlig unvoreingenommen. Ein Einfluss auf den Inhalt der Diskussion kann nicht vollständig ausgeschlossen werden.

6.5 Offene Fragen und Zukunftsaussicht

Trotz Limitationen gibt diese Arbeit ein umfassendes Bild von der Problematik von ADHS-Kindern und ihren Familien bei den Hausaufgaben. Mit dieser Arbeit ergaben sich neue Fragen und die Autorinnen stellen sich eine vertiefte Auseinandersetzung mit dem Thema und angrenzenden Bereichen spannend und wichtig vor.

Nach den Erkenntnissen dieser Arbeit wäre es spannend, die Auswirkungen von Medien und Technologien auf Kinder mit ADHS bei den Hausaufgaben zu erfahren. Ebenfalls interessant für weitere Forschungen oder Bachelorarbeiten wären die hier bewusst nur grob beschriebenen Themen wie Morgenroutine, Sozialverhalten und andere schwierige Situationen im Alltag von Familien mit einem ADHS-Kind. ADHS ist und bleibt ein diskussionswürdiges Thema. Hier wünschen sich die Autorinnen eine offenere und tolerantere Einstellung der Gesellschaft gegenüber den betroffenen Kindern und ihren Familien. Mit den Integrations- und Inklusionsbemühungen der Politik, wodurch zu einem grossen Teil das Schulsystem betroffen ist, gilt es das Thema Hausaufgaben grundsätzlich zu überdenken.

Verzeichnisse

Literaturverzeichnis

- American Psychiatric Association [APA] (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders IV*. Washington: American Psychological Association.
- Arzneimittelkompendium der Schweiz (2015). Fachinformation des Arzneimittel-Kompendiums der Schweiz. Ritalin®/-SR/-LA. Heruntergeladen von <https://kompendium.ch/mpro/mnr/1338/html/de> am 02.04.2017.
- Bader, M., Pierrehumbert, B., Junier, L. & Halfon, O. (2005). *Die Aufmerksamkeitsdefizit-hyperaktivitäts-Störung bei Kindern und Jugendlichen. Bericht über eine 2001 in Morges durchgeführte Studie und eine Umfrage bei der Ärzteschaft des Kantons Waadt. Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent Lausanne*. Bern: BAG.
- Baumann, T. & Alber, R. (2011). *Schulschwierigkeiten: störungsgerechte Abklärung in der pädiatrischen Praxis*. Bern: Hogrefe.
- Becker, H. & Steding-Albrecht, U. (2006). *Ergotherapie im Arbeitsfeld Pädiatrie*. Stuttgart: Thieme.
- Brassett-Grundy, A. & Butler, N. (2004). Prevalence and adult outcomes of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Bedford Group for Lifecourse & Statistical Studies. London: Institute of Education, University of London*, 24.
- Brody, E. B. (2004). The world federation for mental health: Its origins and contemporary relevance to WHO and WPA policies. *World Psychiatry. Official Journal of the World Psychiatric Association [WPA]*, 3(1), 54-55.
- Christiansen, C. H., Baum C. M. & Bass, J. D. (2015). *The Person-Environment-Occupation-Performance (PEOP) Model. Occupational Therapy: Performance, Participation, and Well-Being*. Thorafore: SLACK
- Culbertson, W. C. & Zillmer, E. A. (2005). *Tower of London: Drexel University technical manual (2nd ed.)*. North Tonowonda, NY: Multi-Health Systems.

- Daly, B. P., Creed, T., Xanthopoulos, M. & Brown, R. T. (2007). Psychosocial Treatments for Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Neuropsychology Review*, 17(1), 73-89.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information [DIMDI] (2016). ICD-10-GM, Version 2016. Heruntergeladen von <http://www.icd-code.de/icd/code/F90-.html> am 10.10.2016
- Dietrich, K. (2011). *Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom: ADHS-die Einsamkeit in unserer Mitte*. Stuttgart: Schattauer.
- Döpfner, M., Frölich, J. & Lehmkuhl, G. (2013). *Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) (Vol. 1)*. Bern: Hogrefe.
- Dudenredaktion (o. J.): „Tulpe“ auf Duden online (2017). Heruntergeladen von <http://www.duden.de/node/740309/revisions/1331886/view> am 19.04.2017
- Ergotherapie-Verband Schweiz [EVS] (2005). Berufsprofil Ergotherapie. Heruntergeladen von http://www.ergotherapie.ch/resources/uploads/Berufsprofil_2005_d.pdf am 10.10.2016
- Fisher, A. (2014). *OTIPM – Occupational Therapy Intervention Process Model. Ein Modell zum Planen und Umsetzen von klientenzentrierten, betätigungsbasierter Top-down-Intervention*. Idstein: Schulz-Kirchner.
- Gebhardt, B., Finne, E., von Rahden, O., Kolip, P., Glaeske, G. & Würdemann, E. (2008). ADHS bei Kindern und Jugendlichen. Befragungsergebnisse und Auswertung von Daten der Gmünder Ersatzkasse GEK.
- Gioia, G. A., Isquith, P. K., Guy, S. C. & Kenworthy, L. (2000). Behavior rating inventory of executive function (BRIEF). *Child Neuropsychology*, 6, 235–238.
- Gossweiler, A. (2004). Von den Eltern ist Know-how gefragt. *Beobachter*, 8/2004. Heruntergeladen von http://www.beobachter.ch/arbeit-bildung/schule/artikel/hausaufgaben_von-den-eltern-ist-know-how-gefragt/ am 01.05.2017
- Hahn-Markowitz, J., Manor, I. & Maeir, A. (2011). Effectiveness of cognitive–functional (Cog–Fun) intervention with children with attention deficit hyperactivity disorder: A pilot study. *American Journal of Occupational Therapy*, 65, 384–392.

- Jenni, O. (2016). Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 164(4), 271-277.
- Kahl, K. G., Puls, J. H., Schmid, G. & Spiegler, J. (2012). *Praxishandbuch ADHS. Diagnostik und Therapie für alle Altersstufen*. Stuttgart: Thieme.
- Landolt, C. (2017). Nie mehr Hausaufgaben. *Das Schweizer Eltern Magazin Fritz & Fränzi*. Heruntergeladen von <https://www.fritzundfraenzi.ch/gesellschaft/schule/nie-mehr-hausaufgaben> am 01.05.2017.
- Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M. A., Polatajko, H. & Pollock, N. (2005). The Canadian Occupational Performance Measure (4th ed.). Ottawa, Ontario, Canada: CAOT Publications.
- Lehmkuhl, G., Poustka, F., Holtmann, M. & Steiner, H. (Eds.). (2013). *Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Bern: Hogrefe.
- National Education Association [NEA] (2015). Research Spotlight on Homework. Heruntergeladen von <http://www.nea.org/tools/16938.htm> am 31.04.2017.
- Pletscher, M. & Wieser, S. (2012). Pilotstudie Kosten-Leistungsstatistik am Beispiel von methylphenidathaltigen Arzneimitteln. Heruntergeladen von <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/kuv-aufsicht/stat/articles-et-analyses-aos/pilotstudie-kosten-leistungsstatistik-methylphenidat-arteiznei-zhaw-2012.pdf.download.pdf/pilotstudie-kosten-leistungsstatistik-methylphenidat-arteiznei-zhaw-2012.pdf> am 20.05.2017.
- Pressman, R. M., Sugarman, D. B., Nemon, M. L., Desjarlais, J., Owens, J. A. & Schettini-Evans, A. (2015). Homework and Family Stress: With Consideration of Parents' Self Confidence, Educational Level, and Cultural Background. *The American Journal of Family Therapy*, 43(4), 297-313.
- Ris, I. & Preusse-Bleuler (2015). AICA: Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal eines Forschungsartikels. Schulungsunterlagen Bachelorstudiengänge Departement Gesundheit ZHAW. Winterthur: ZHAW
- Schlack, R., Hölling, H., Kurth, B. & Huss, M. (2007). Die Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 50(5-6), 827-835.

- Segal, R. (1998). The construction of family occupations: A study of families with children who have attention deficit/hyperactivity disorder. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 65, 286-292
- Segal, R. & Frank, G. (1998). The extraordinary construction of ordinary experience: scheduling daily life in families with children with attention deficit hyperactivity disorder. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 5, 141-147.
- Segal, R. & Hinojosa, J. (2006). The activity setting of homework: An analysis of three cases and implications for occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 65, 286-292.
- Stark-Städele, J. (2005). *Erfolgreich lernen bei ADS: Probleme erkennen-Stärken nutzen-Strategien entwickeln*. Stuttgart: Urania.
- Steinke, I. (1999). Kriterien qualitativer Forschung. Ansätze zur Bewertung qualitativ-empirischer Sozialforschung, München.
- Walitza, S., Renner, T. & Romanos, M. (2016). *Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung. Neuro-/Psychopharmaka im Kindes-und Jugendalter*. Heidelberg: Springer.
- Wolraich, M., Brown, L., Brown, R.T., Du Paul, G., Earls, M., Feldman, H.M., ... & Visser, S. (2011). ADHD: Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. *Pediatrics*, 128(5), 1007-1022. doi:10.1542/peds.2011-2654

Abbildungsverzeichnis

- (1) Döpfner et al. (2013). Diagnosekriterien ICD-10 und DSM-IV. Eingescannt vom Buch «Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) (Vol. 1)» von M. Döpfner et al. (2013) Seite 3.
- (2) J. Wichtermann (2017). PEOP-Modell (angelehnt an Christiansen et al., 2015).
- (3) J. Wichtermann (2017). Personenfaktoren von Kindern mit ADHS, PEOP-Modell.
- (4) J. Wichtermann (2017). Betätigungen von Kindern mit ADHS, PEOP-Modell.
- (5) J. Wichtermann (2017). Einflüsse der Umwelt auf Kinder mit ADHS, PEOP-Modell.
- (6) J. Wichtermann (2017). Performanz, PEOP-Modell.
- (7) J. Wichtermann (2017). Partizipation, PEOP-Modell.
- (8) J. Wichtermann (2017). Wohlbefinden, PEOP-Modell.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Baumann & Alber (2011). Übersicht und Vergleich von ADHD, DAMP, POS.

Adaptiert aus dem Buch «Schulschwierigkeiten: störungsgerechte Abklärung in der pädiatrischen Praxis» von T. Baumann & R. Alber (2011), S. 151.

Tabelle 2. J. Wichtermann (2017). Keywords Literaturrecherche.

Tabelle 3. J. Wichtermann (2017). Einschlusskriterien Literaturrecherche

Tabelle 4. J. Wichtermann (2017). Auswahl der Hauptstudien

Tabelle 5. J. Wichtermann (2017). Übersicht von Ziel, Design und Stichprobe von Hahn-Markowitz et al. (2011)

Tabelle 6. J. Wichtermann (2017). Übersicht von Ziel, Design und Stichprobe von Segal & Hinojosa (2006)

Tabelle 7. E. Kappeler (2017). Übersicht von Ziel, Design und Stichprobe von Segal (1998)

Tabelle 8. E. Kappeler (2017). Übersicht von Ziel, Design und Stichprobe von Segal & Frank (1998)

Wortzahl

Abstract: 192

Arbeit: 10'508

Danksagung

Wir bedanken uns herzlich bei Frau Andrea Citrini für das Begleiten und Betreuen dieser Bachelorarbeit.

Ein grosses Dankeschön an Tanja Di Nicola für die ausführliche Kritik und das Gegenlesen unserer Arbeit.

Ausserdem herzlichen Dank an Marion Huber für die Kritik bezüglich Wissenschaftlichkeit und Inhalt dieser Bachelorarbeit.

Herzlichen Dank gebührt ausserdem Bigna Schulthess für das Lektorat.

Und vielen Dank an Angelika Neukomm für das Gegenlesen und die Korrektur der deutschen Sprache.

Wir danken herzlich unseren Familien für die tatkräftige und motivierende Unterstützung zu Hause.

Eigenständigkeitserklärung

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

Winterthur, 08.06.2017

Esther Kappeler

Jenifer Wichtermann

Anhang

Anhang A: Glossar

Begriffe	Erklärung
AICA	Arbeitsinstrument für ein critical appraisal AICA (systematisches kritisches Würdigen) eines Forschungsartikels, gemäss Ris & Preusse-Bleuler (2015).
AMED	Die Datenbank AMED (Allied and Complementary Medicine Database) deckt die Gebiete Komplementärmedizin, besondere Therapierichtungen (wie Physio- und Ergotherapie) sowie Palliativpflege mit Schwerpunkt Europa.
BRIEF	BRIEF (Behavior Rating Inventory of Executive Function) heisst in Deutsch "Verhaltensinventar zur Beurteilung exekutiver Funktionen". Das BRIEF ist ein klinisches Fragebogenverfahren zur Erfassung exekutiver Funktionsbeeinträchtigungen. Es liegt in drei Versionen vor: zur Beurteilung durch Eltern, durch Lehrer und zur Selbstbeurteilung. Die Fremdbeurteilung umfasst jeweils 86 Fragen. Es werden zwei Hauptindices gebildet: ein Verhaltensregulations-Index aus den Skalen Hemmen, Umstellen und emotionale Kontrolle sowie ein Kognitiver Regulations-Index aus den Skalen Initiative, Arbeitsgedächtnis, Planen/Strukturieren, Ordnen/Organisieren und Überprüfen. Beide Indices ergeben zusammen den Exekutiven Gesamtwert. Die Selbstbeurteilung mit 80 Fragen (BRIEF-SB) ist dazu weitgehend parallel aufgebaut. Anhand von Validitätsskalen können zusätzlich die Konsistenz der Einschätzungen und eine negative Färbung der Urteile überprüft werden. Weitere Informationen auf: https://www.testzentrale.ch/shop/verhaltensinventar-zur-beurteilung-exekutiver-funktionen.html

CINAHL	Datenbank CINAHL Complete: In der Datenbank werden ein grosser Teil der englischsprachigen Pflegezeitschriften, die Veröffentlichungen der American Nurses' Association und der National League for Nursing sowie Zeitschriften aus weiteren Berufsfeldern im Gesundheitswesen ausgewertet.
COPM	COPM (Canadian Occupational Performance Measure) von Law, Baptiste et al., 2005. Das COPM (Canadian Occupational Performance Measure) ist ein diagnoseunabhängiges Assessment-Instrument in Form eines teilstandardisierten Interviews. Es ermöglicht eine klientenzentrierte Festlegung der Therapieschwerpunkte und –ziele sowie die Evaluation von Veränderungen in Performanz und Zufriedenheit aus Sicht des Klienten bezüglich für ihn in seinem individuellen Alltag wichtiger Tätigkeiten. Das COPM basiert auf dem kanadischen Modell der Betätigungsperformanz (CMOP).
Cog-Fun	«Cognitive Functional Intervention Program» ist eine kognitiv-funktionelle Intervention für Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit ADHS. Es zielt auf die kognitiven, emotionalen und kontextbezogenen Barrieren, welche die täglichen Funktionen beeinträchtigen. Cog-Fun ist ein ergotherapeutischer Interventionsansatz, welcher familienzentriert arbeitet. Das Ziel vom Cog-Fun ist die Lebensqualität von Personen mit ADHS und ihren Familien zu verbessern, die Partizipation in täglichen Betätigungen zu stärken, mit exekutiven Strategien die Schwierigkeiten von ADHS zu kompensieren, die ADHS Symptome Edukativ vermitteln, erfolgreiche Erfahrungen im Alltag ermöglichen und die Eltern schulen und bestärken als Mediatoren im therapeutischen Prozess. Mehr Informationen (auf englisch): https://medicine.ekmd.huji.ac.il/schools/occupationaltherapy/En/research/ResearchLabs/cogfun/Pages/default.aspx

DSM Richtlinien IV & V	DSM IV («Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders», 4. Edition der APA (2000) ist die veraltete Version von DSM 5 (2013). DSM-V ist die Abkürzung für die fünfte Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM; englisch für „Diagnostischer und statistischer Leitfaden psychischer Störungen“). Es handelt sich dabei um das nationale psychiatrische Klassifikationssystem der USA. Das DSM spielt eine zentrale Rolle bei der Definition und Diagnostik von psychischen Erkrankungen und wird seit 1952 von der American Psychiatric Association [APA] herausgegeben. Es stellt die aktuell gültige und für die Diagnostik verbindliche Ausgabe dar.
<i>ecocultural theory</i>	Die <i>ecocultural theory</i> ist ein Modell um Interventionen zu planen. Die soziokulturelle Umwelt des Kindes und der Familie steht dabei im Mittelpunkt. Die sozial-konstruktivistische Perspektive und die <i>ecocultural niche</i> sind zentrale Begriffe dieses Modells.
<i>Grounded Theory</i>	Grounded Theory ist ein sozialwissenschaftlicher Ansatz zur systematischen Auswertung vor allem qualitativer Daten (Interviewtranskripte, Beobachtungsprotokolle) mit dem Ziel der Theoriegenerierung. Sie stellt dabei keine einzelne Methode dar, sondern eine Reihe ineinandergreifender Verfahren. Oft wird die Grounded Theory als eine Methodologie der qualitativen Sozialforschung bezeichnet. Es handelt sich dabei um einen Forschungsstil, welcher eine pragmatische Handlungstheorie mit bestimmten Verfahrensvorgaben kombiniert. Dieses Verfahren basiert auf der Theorie des Symbolischen Interaktionismus. Ziel ist es, eine realitätsnahe Theorie zu entwickeln, um diese für die Praxis anwendbar zu machen und insofern die Theorie-Praxis-Schere zu mindern. Grundlegendes Erkenntnisinteresse ist nicht die Rekonstruktion subjektiver Sichtweisen, sondern es sollen ihnen zugrundeliegende (soziale) Phänomene sichtbar gemacht werden.
<i>Hedge's g</i>	Hedge's g ist eine Effektgrösse und bezeichnet die Grösse eines statistischen Effekts. Sie kann zur Verdeutlichung der praktischen Relevanz von statistisch signifikanten Ergebnissen herangezogen werden.

MEDLINE	Die Datenbank MEDLINE enthält Referenzen von Artikeln und Konferenzberichten aus den Bereichen Klinische Medizin, Anatomie und Physiologie, Pharmakologie und Pharmazie, Zahnmedizin, Psychiatrie und Psychologie, Gesundheitswesen.
Prävalenzrate	Prävalenzrate, die Häufigkeit des Vorkommens eines Symptoms bzw. einer Störung/Krankheit (z.B. Depression) in einem bestimmten Zeitraum in einer bestimmten Population (Epidemiologie). Die Prävalenz ist eine Kennzahl der Epidemiologie für die Krankheitshäufigkeit.
<i>state of the art</i>	Der Begriff <i>state of the art</i> bezeichnet den höchsten (technischen, methodischen, medizinischen usw.) Wissensstand.
TOL	Der Turm von London ist ein Planungstest, der auf dem 1982 vom Neurologen Tim Shallice weiterentwickelten Turm von Hanoi basiert. Bei seiner Aufgabe müssen verschiedenfarbige Kugeln auf unterschiedlich langen Stäben umgesteckt werden, um mit möglichst wenig Zügen von einer Startposition zu einem Ziel zu gelangen. Dabei müssen Regeln beachtet werden (z. B. immer nur eine Kugel nach der anderen). In neuropsychologischen Studien stellte sich heraus, dass diese Aufgabe ein guter Test für die Messung der Planungsfähigkeit ist. In den letzten 20 Jahren wurde den Exekutivfunktionen in der Klinischen Neuropsychologie eine zunehmend größere Beachtung geschenkt. Trotz bestehender Probleme, die Exekutivfunktionen exakt zu beschreiben, lässt sich übereinstimmend feststellen, dass die Planungsfähigkeit den Exekutivfunktionen zugeordnet werden kann.

Anhang B: Suchmatrix

Datenbank	Suchbegriffe	Treffer
CINAHL	(attention deficit hyperactivity disorder* OR attention deficit disorder*) AND (occupational therap*)	77
	(MH "Attention Deficit Hyperactivity Disorder") AND (MH "Occupational Therapy")	30
	(MH "Attention Deficit Hyperactivity Disorder") AND (MH "Occupational Therapy") AND (MH "Child")	14
	(MH "Attention Deficit Hyperactivity Disorder") AND (MH "Occupational Therapy") AND (MH "Child") AND (MH "Activities of Daily Living")	0
	(MH "Attention Deficit Hyperactivity Disorder") AND (MH "Occupational Therapy") AND (MH "Child") AND (MH "Parents")	3
	(MH "Attention Deficit Hyperactivity Disorder") AND (MH "Occupational Therapy") AND (MH "Child") AND (MH "Parents" OR MH "Family")	3
AMED	(attention deficit hyperactivity disorder* OR attention deficit disorder*) AND (occupational therap*)	46
	Attention deficit disorder with hyperactivity/ AND (occupational therap*)	41
	Attention deficit disorder with hyperactivity/ AND (occupational therap*) AND Child/	25
	Attention deficit disorder with hyperactivity/ AND (occupational therap*) AND Child/ AND "Activities of daily living"/	2
	Attention deficit disorder with hyperactivity/ AND (occupational therap*) AND Child/ AND Parents/	0
	Attention deficit disorder with hyperactivity/ AND (occupational therap*) AND Child/ AND Family/	1
Medline	Attention Deficit Disorder with Hyperactivity/ AND Occupational Therapy/	49
	Attention Deficit Disorder with Hyperactivity/ AND Occupational Therapy/ AND Child/	44
	Attention Deficit Disorder with Hyperactivity/ AND Occupational Therapy/ AND Child/ AND Activities of Daily Living/	3
	Attention Deficit Disorder with Hyperactivity/ AND Occupational Therapy/ AND Child/ AND Parents/	5
	Attention Deficit Disorder with Hyperactivity/ AND Occupational Therapy/ AND Child/ AND (Parents/ OR Family/)	5

Anhang C: Auflistung der Treffer nach Datenbank

Treffer CINAHL

Jahr	Autor	Titel	Source
2007	Solomon M; Hessel D; Chiu S; Hagerman R; Hendren R	A genetic etiology of pervasive developmental disorder guides treatment	American Journal of Psychiatry (AM J PSYCHIATRY), Apr2007; 164(4): 575-580. (6p)
2004	Brachtesende A	Andrea asks. Nancy VandenBerg, MS, OTR	OT Practice (OT PRACT), 2004 Aug 23; 9(15): 36-36. (1p)
1987	Sholle-Martin S	Application of the model of human occupation: assessment in child and adolescent psychiatry	Occupational Therapy in Mental Health (OCCUP THER MENT HEALTH), Nov1987; 7(2): 3-22. (20p)
2005	Orloff SNS	Ask the therapist. ADHD and fine motor frustrations	Exceptional Parent (EXCEPTIONAL PARENT), Jun2005; 35(6): 69-69. (1p)
	Champagne, Tina	Attachment, trauma, and occupational therapy practice	OT Practice (OT PRACT), 2011 Mar 28; 16(5): C1-8. (1p)
	Kolberg A	Attention deficit/hyperactivity syndrome -- definition and treatment in occupational therapy.	Ergotherapie & Rehabilitation (ERGOTHERAPIE REHABIL), 2002 Dec; 41(12): 16-24. (9p)
	Burgess PW; Mitchelmore S; Giles GM	Behavioral treatment of attention deficits in mentally impaired subjects	American Journal of Occupational Therapy (AM J OCCUP THER), Aug1987; 41(8): 505-509. (5p)
	Schneider E	Bio and neurofeedback procedures in OT.	Ergotherapie & Rehabilitation (ERGOTHERAPIE REHABIL), May2010; 49(5): 19-25. (7p)
	Alsop A; Hardy L; Corr S; Hammond A; Patten N; Larrett P; Blank A; Blunden P; Adams J	Book reviews	British Journal of Occupational Therapy (BR J OCCUP THER), 9/1/2006; 69(9): 433-436. (4p)
2014	Wong, Agnes S. K.; Li-Tsang, Cecilia W. P.; Siu, Andrew M. H	Effect of a Social Emotional Learning Programme for Primary School Students	Hong Kong Journal of Occupational Therapy (HONG KONG J OCCUP THER), Dec2014; 24(2): 56-63. (8p)
2013	Docking, Kimberley; Munro, Natalie; Cordier, Reinie; Ellis, Prudence	Examining the language skills of children with ADHD following a play-based intervention	Child Language Teaching & Therapy (CHILD LANG TEACH THER), Oct2013; 29(3): 291-304. (14p)
	Baker, Anne; Bruce, Chris; Unsworth, Carolyn	Fitness-To-Drive Decisions.	OT Practice (OT PRACT), 6/9/2014; 19(10): 7-10. (4p)
2002		Focus on Research	British Journal of Occupational Therapy (BR J OCCUP THER), Oct2002; 65(10): 475-475. (1p)
		Improve Patients' Self-Control Now To Boost Outcomes Later.	Physical Medicine & Rehab Coding Alert (PHYS MED REHAB CODING ALERT), Dec2011 Supplement; 12: 14-14. (1p)

Jahr	Autor	Titel	Source
2006	Olson L	Introducing parents and children participating in one parent-child group on a child inpatient psychiatric unit.	Occupational Therapy in Mental Health (OCCUP THER MENT HEALTH), 2006; 22(3/4): 23-31. (9p)
	Groves J	Member forum. Substance abuse revisited	OT Practice (OT PRACT), 2004 Jul 12 Supplement; 9(12): 21-21. (1p)
	Orloff SNS	Middle school is a challenge with ADHD.	Exceptional Parent (EXCEPTIONAL PARENT), Sep2006; 36(9): 96-96. (1p)
1995	Doyle S; Wallen M; Whitmont S	Motor skills in Australian children with attention deficit hyperactivity disorder.	Occupational Therapy International (OCCUP THER INT), 1995; 2(4): 229-240. (12p)
2007	Hankinson N	News.	Mental Health Occupational Therapy (MENT HEALTH OCCUP THER), 2007 Jul; 12(2): 54-54. (1p)
	Joss R	OT and procrastination/AD(H)S in adults -- a new OT field.	Ergotherapie & Rehabilitation (ERGOTHERAPIE REHABIL), Nov2009; 48(11): 12-15. (4p)
	Goodman J; Shapiro ME	OTs in the trees: adventure programs for adolescents	OT Practice (OT PRACT), 2000 Nov 20; 5(23): 17-20. (4p)
	Orloff SNS	Perspectives. Creating competency for Cameron.	OT Practice (OT PRACT), 2006 Aug 28; 11(15): 21-22. (2p)
	Marks DJ; Mlodnicka A; Bernstein M; Chacko A; Rose S; Halperin JM; Marks, David J; Mlodnicka, Agnieszka; Bernstein, Melissa; Chacko, Anil; Rose, Scott; Halperin, Jeffrey M	Profiles of service utilization and the resultant economic impact in preschoolers with attention deficit/hyperactivity disorder	Journal of Pediatric Psychology (J PEDIATR PSYCHOL), Jul2009; 34(6): 681-689. (9p)
	Harper J; Weiner AL	Researching combined interventions	Advance for Occupational Therapy Practitioners (ADV OCCUP THER PRACT), 2010 Jan 4; 26(1): 27-28. (2p)
2009	Peadon E; Rhys-Jones B; Bower C; Elliott EJ	Systematic review of interventions for children with Fetal Alcohol Spectrum Disorders.	BMC Pediatrics (BMC PEDIATR), 2009; 9: 35-35. (1p)
	Young RL	The role of the occupational therapist in attention deficit hyperactivity disorder: a case study...including commentary by Simpson K, Mandich A, and Rodger S	International Journal of Therapy & Rehabilitation (INT J THER REHABIL), Oct2007; 14(10): 454-459. (6p)
2007	Fourie AJ; van Vuuren S; Venter A; Nel M	Theraplay for children with attention deficit hyperactivity disorder.	South African Journal of Occupational Therapy (S AFR J OCCUP THER), 2007 May; 37(1): 10-17. (8p)
2009	Hah M; Lotspeich LJ; Phillips JM; Torres AD; Cleveland SC; Hallmayer JF	Twins with KBG syndrome and autism...Skjei KL, Martin MM, & Slavotinek AM (2007). KBG syndrome: report of twins, neurological characteristics, and delineation of diagnostic criteria. Am J Med Genetics, Part A, 143, 292-300.	Journal of Autism & Developmental Disorders (J AUTISM DEV DISORD), Dec2009; 39(12): 1744-1746. (3p)
	MacKenzie, Lynette	WFOT...World Occupational Therapy Day. Global Reach, Local Touch 27th October	Australian Occupational Therapy Journal (AUST OCCUP THER J), Oct2013 Supplement; 11-12. (2p)
2004	Harris Z	Who is treating adults with ADHD? Maybe you!	OT Practice (OT PRACT), 2004 Aug 23; 9(15): 9-13. (5p)

Treffer AMED

Jahr	Autor	Titel	Source
------	-------	-------	--------

2014	Lin HY, Lee P, Chang WD, Hong EY	Effects of weighted vests on attention, impulse control, and on-task behavior in children with attention deficit hyperactivity disorder.	American Journal of Occupational Therapy 2014 Mar-Apr;68(2):149-58.
2012	Lane SJ, Reynolds S, Dumenci L	Sensory overresponsivity and anxiety in typically developing children and children with autism and attention deficit hyperactivity disorder: Cause or coexistence?.	American Journal of Occupational Therapy 2012 Sep-Oct;66(5):595-603.
2012	Abele-Webster LA, Magill-Evans JE, Pei JR	Sensory processing and ADHD in children with fetal alcohol spectrum disorder.	Canadian Journal of Occupational Therapy 2012 Feb;79(1):60-3.
2011		An evaluation of the OT training program for ADHS.	Ergotherapie und Rehabilitation 2011;50(10):32-8.
2011	Wilkes S, Cordier R, Bundy A, Docking K, Munro N	A play-based intervention for children with ADHD: A pilot study.	Australian Occupational Therapy Journal 2011 Aug;58(4):231-40.
2011	Fedewa AL, Erwin HE	Stability balls and students with attention and hyperactivity concerns: Implications for on-task and in-seat behavior.	American Journal of Occupational Therapy 2011 Jul-Aug;65(4):393-9.
2010	Cordier R, Bundy A, Hocking C, Einfeld S	Empathy in the play of children with attention deficit hyperactivity disorder.	OTJR Occup Particip Health 2010 Summer;30(3):122-32.
2010	Schneider E	Bio and Neurofeedback procedures in OT.	Ergotherapie und Rehabilitation 2010;49(5):19-25.
2009	Reynolds S, Lane SJ	Sensory overresponsivity and anxiety in children with ADHD.	American Journal of Occupational Therapy 2009 Jul-Aug;63(4):433-40.
1998	Segal R	The construction of family occupations: a study of families with children who have Attention Deficit/Hyperactivity Disorder	Canadian Journal of Occupational Therapy 1998 Dec;65(5):286-92.
2014	Maier A, Fisher ~O, Bar-Ilan RT, Boas N, Berger I, Landau YE	Effectiveness of cognitive-functional (cog-fun) occupational therapy intervention for young children with attention deficit hyperactivity disorder: A controlled study.	American Journal of Occupational Therapy 2014 May-Jun;68(3):260-7.
2004	Cronin AF	Mothering a child with hidden impairments.	American Journal of Occupational Therapy 2004 Jan-Feb;58(1):83-92.
2009	Ayuso DM, Kramer J	Using the Spanish Child Occupational Self-Assessment (COSA) with children with ADHD.	Occupational Therapy in Mental Health 2009 Apr-Jun;25(2):101-14.
2007	Kirby A, Salmon G, Edwards L	Should Children with ADHD be Routinely Screened for Motor Coordination Problems? The Role of the Paediatric Occupational Therapist.	British Journal of Occupational Therapy 2007 Nov;70(11):483-6.
2007	Chu S, Reynolds F	Occupational Therapy for Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), Part 2: a Multicentre Evaluation of an Assessment and Treatment Package.	British Journal of Occupational Therapy 2007 Oct;70(10):439-48.
2007	Chu S, Reynolds F	Occupational Therapy for Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), Part 1: a Delineation Model of Practice.	British Journal of Occupational Therapy 2007 Sep;70(9):372-83.
2007	Fourie AJ, van Vuuren S, Venter A, Nel M	Theraplay for children with attention deficit hyperactivity disorder	South African Journal of Occupational Therapy 2007 May;37(1):10-7.
2007	Kurani D	Occupational Therapy in Attention Deficit Hyperactive Disorder.	National Journal of Homoeopathy 2007 Jan-Feb;9(1):31-6.
2005	White BP, Mulligan SE	Behavioral and physiologic response measures of occupational task performance: a preliminary comparison between typical children and children with attention disorder.	American Journal of Occupational Therapy 2005 Jul-Aug;59(4):426-36.
2004	Olson LJ, Moulton HJ	Use of Weighted Vests in Pediatric Occupational Therapy Practice.	Physical and Occupational Therapy in Pediatrics 2004;24(3):45-60.
2004	Power TJ, Costigan TE, Eiraldi RB, Leff SS	Variations in Anxiety and Depression as a Function of ADHD Subtypes Defined by DSM-IV: Do Subtype Differences Exist or Not?.	Journal of Abnormal Child Psychology 2004 Feb;32(1):27-37.

Jahr	Autor	Titel	Source
2001	VandenBerg NL	The use of a weighted vest to increase on-task behavior in children with attention difficulties.	American Journal of Occupational Therapy 2001 Nov-Dec;55(6):621-8.
2000	Leipold EE, Bundy AC	Playfulness in children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder.	Occup Ther J Res 2000 Winter;20(1):61-82.
1998	Ermer J, Dunn W	The sensory profile: a discriminant analysis of children with and without disabilities..	American Journal of Occupational Therapy 1998 Apr;52(4):283-90.
1996	Mulligan S	An analysis of score patterns of children with attention disorders on the Sensory Integration and Praxis Tests	American Journal of Occupational Therapy 1996 Sep;50(8):647-54

Treffer Medline

Jahr	Autor	Titel	Source
2015	Phelan SK; Ng SL	A Case Review: Reframing School-Based Practices Using a Critical Perspective.	Physical & Occupational Therapy in Pediatrics. 35(4):396-411, 2015.
2015	Cantrill A; Wilkes-Gillan S; Bundy A; Cordier R; Wilson NJ.	An eighteen-month follow-up of a pilot parent-delivered play-based intervention to improve the social play skills of children with attention deficit hyperactivity disorder and their playmates	Australian Occupational Therapy Journal. 62(3):197-207, 2015 Jun
2014	Wilkes-Gillan S; Bundy A; Cordier R; Lincoln M.	Evaluation of a pilot parent-delivered play-based intervention for children with attention deficit hyperactivity disorder.	American Journal of Occupational Therapy. 68(6):700-9, 2014 Nov-Dec.
2015	Rosenberg L; Maeir A; Yochman A; Dahan I; Hirsch I.	Effectiveness of a cognitive-functional group intervention among preschoolers with attention deficit hyperactivity disorder: a pilot study.	American Journal of Occupational Therapy. 69(3):6903220040p1-8, 2015 May-Jun.
2014	Cardoso AA; Magalhaes LC; Rezende MB	Motor skills in Brazilian children with developmental coordination disorder versus children with motor typical development.	Occupational Therapy International. 21(4):176-85, 2014 Dec.
2014	Wilkes-Gillan S; Bundy A; Cordier R; Lincoln M.	Eighteen-month follow-up of a play-based intervention to improve the social play skills of children with attention deficit hyperactivity disorder.	Australian Occupational Therapy Journal. 61(5):299-307, 2014 Oct.
2014	Maeir A; Fisher O; Bar-Ilan RT; Boas N; Berger I; Landau YE.	Effectiveness of Cognitive-Functional (Cog-Fun) occupational therapy intervention for young children with attention deficit hyperactivity disorder: a controlled study.	American Journal of Occupational Therapy. 68(3):260-7, 2014 May-Jun.
2014	Lin HY; Lee P; Chang WD; Hong FY.	Effects of weighted vests on attention, impulse control, and on-task behavior in children with attention deficit hyperactivity disorder.	American Journal of Occupational Therapy. 68(2):149-58, 2014 Mar-Apr.
2013	Cramm H; Krupa T; Missiuna C; Lysaght RM; Parker KC.	Broadening the occupational therapy toolkit: an executive functioning lens for occupational therapy with children and youth.	American Journal of Occupational Therapy. 67(6):e139-47, 2013 Nov-Dec.
2013	Sandell C; Kjellberg A; Taylor RR.	Participating in diagnostic experience: adults with neuropsychiatric disorders.	Scandinavian Journal of Occupational Therapy. 20(2):136-42, 2013 Mar.
2012	Bader A; Adesman A	Complementary and alternative therapies for children and adolescents with ADHD. [Review]	Current Opinion in Pediatrics. 24(6):760-9, 2012 Dec.
2012	Palsbo SE; Hood-Szivek P	Effect of robotic-assisted three-dimensional repetitive motion to improve hand motor function and control in children with handwriting deficits: a nonrandomized phase 2 device trial.	American Journal of Occupational Therapy. 66(6):682-90, 2012 Nov-Dec.
2012	Lane SJ; Reynolds S; Dumenci L	Sensory overresponsivity and anxiety in typically developing children and children with autism and attention deficit hyperactivity disorder: cause or coexistence?.	American Journal of Occupational Therapy. 66(5):595-603, 2012 Sep-Oct.
2015	Phelan SK; Ng SL.	A Case Review: Reframing School-Based Practices Using a Critical Perspective.	Physical & Occupational Therapy in Pediatrics. 35(4):396-411, 2015.
2011	Fliers EA; Franke B; Buitelaar JK.	Motor problems in children with ADHD receive too little attention in clinical practice]. [Review] [Dutch]	Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. 155(50):A3559, 2011
2011	Fedewa AL; Erwin HE	Stability balls and students with attention and hyperactivity concerns: implications for on-task and in-seat behavior	American Journal of Occupational Therapy. 65(4):393-9, 2011 Jul-Aug.
2011	Hahn-Markowitz J; Manor I; Maeir A.	Effectiveness of cognitive-functional (Cog-Fun) intervention with children with attention deficit hyperactivity disorder: a pilot study	American Journal of Occupational Therapy. 65(4):384-92, 2011 Jul-Aug.
2011	Wilkes S; Cordier R; Bundy A; Docking K; Munro N.	A play-based intervention for children with ADHD: a pilot study.	Australian Occupational Therapy Journal. 58(4):231-40, 2011 Aug.
2010	Davies PL; Tucker R.	Evidence review to investigate the support for subtypes of children with difficulty processing and integrating sensory information.	American Journal of Occupational Therapy. 64(3):391-402, 2010 May-Jun.

Jahr	Autor	Titel	Source
2010	Dopfner M; Banaschewski T; Krause J; Skrodzki K.	Management of children, adolescents and adults with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in Germany. Position of the central adhd network for 2009 special expert assessment by the medical expert on evaluation of development in public health]. [German]	Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. 38(2):131-6, 2010 Mar.
2009	Zelko FA; Sorensen LG.	Academic issues: special education and related interventions. [Review]	Cancer Treatment & Research. 150:317-30, 2009.
2009	Peadar E; Rhys-Jones B; Bower C; Elliott EJ.	Systematic review of interventions for children with Fetal Alcohol Spectrum Disorders. [Review]	BMC Pediatrics. 9:35, 2009.
2008	Pfeiffer B; Henry A; Miller S; Witherell S.	Effectiveness of Disc 'O' Sit cushions on attention to task in second-grade students with attention difficulties.	American Journal of Occupational Therapy. 62(3):274-81, 2008 May-Jun.
2007	Solomon M; Hessl D; Chiu S; Hagerman R; Hendren R.	A genetic etiology of pervasive developmental disorder guides treatment.	American Journal of Psychiatry. 164(4):575-80, 2007 Apr.
2006	Kiese-Himmel C; Kruse E.	[Critical analysis of children with suspicion of auditory processing disorders]. [German]	Laryngo- Rhino- Otologie. 85(10):738-45, 2006 Oct.
2006	Segal R; Hinojosa J	The activity setting of homework: an analysis of three cases and implications for occupational therapy	American Journal of Occupational Therapy. 60(1):50-9, 2006 Jan-Feb.
2005	White BP; Mulligan SE.	Behavioral and physiologic response measures of occupational task performance: a preliminary comparison between typical children and children with attention disorder.	American Journal of Occupational Therapy. 59(4):426-36, 2005 Jul-Aug.
2004	Olson LJ; Moulton HJ.	Use of weighted vests in pediatric occupational therapy practice.	Physical & Occupational Therapy in Pediatrics. 24(3):45-60, 2004.
2003	Gupta VB.	Problem of attention-deficit hyperactivity disorder treatment.	Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics. 24(5):390, 2003 Oct.
2002	Schilling DL; Washington K; Billingsley FF; Deitz J.	Classroom seating for children with attention deficit hyperactivity disorder: therapy balls versus chairs.	American Journal of Occupational Therapy. 57(5):534-41, 2003 Sep-Oct.
2002	Nylander L; Holmqvist M; Zettervall K.	Investigation of childhood neuropsychiatric disorders in adults often desirable. Functional disabilities can result in social maladjustment]. [Swedish]	Lakartidningen. 99(15):1692-6, 1999, 2002 Apr 11.
2001	VandenBerg NL.	The use of a weighted vest to increase on-task behavior in children with attention difficulties.	American Journal of Occupational Therapy. 55(6):621-8, 2001 Nov-Dec.
2001	Koomar J; Burpee JD; DeJean V; Frick S; Kavar MJ; Fischer DM.	Theoretical and clinical perspectives on the Interactive Metronome: a view from occupational therapy practice.	American Journal of Occupational Therapy. 55(2):163-6, 2001 Mar-Apr.
2001	Shaffer RJ; Jacokes LE; Cassily JF; Greenspan SI; Tuchman RF; Stember PJ Jr.	Effect of interactive metronome training on children with ADHD.	American Journal of Occupational Therapy. 55(2):155-62, 2001 Mar-Apr.
1998	Rappaport GC; Ornoy A; Tenenbaum A.	Is early intervention effective in preventing ADHD?.	Israel Journal of Psychiatry & Related Sciences. 35(4):271-9, 1998.
1997	Koomar J.	Clinical interpretation of "Therapist-child interaction in the middle minutes of sensory integration treatment".	American Journal of Occupational Therapy. 51(10):806-7, 1997 Nov-Dec.
1997	Dunkerley E; Tickle-Degnen L; Coster WJ.	Therapist-child interaction in the middle minutes of sensory integration treatment.	American Journal of Occupational Therapy. 51(10):799-805, 1997 Nov-Dec.

Jahr	Autor	Titel	Source
1997	Dunn W; Brown C.	Factor analysis on the Sensory Profile from a national sample of children without disabilities.	American Journal of Occupational Therapy. 51(7):490-5; discussion 496-9, 1997 Jul-Aug.
1992	Schultz S; Schkade JK	Occupational adaptation: toward a holistic approach for contemporary practice, Part 2.	American Journal of Occupational Therapy. 46(10):917-25, 1992 Oct
1986	Kimball JG.	Prediction of methylphenidate (Ritalin) responsiveness through sensory integrative testing.	American Journal of Occupational Therapy. 40(4):241-8, 1986 Apr.
1985	Arnold LE; Clark DL; Sachs LA; Jakim S; Smithies C.	Vestibular and visual rotational stimulation as treatment for attention deficit and hyperactivity.	American Journal of Occupational Therapy. 39(2):84-91, 1985 Feb.
1975	Gersten JW; Foppe KB; Gersten R; Maxwell S; Mirrett P; Gipson M; Houston H; Grueter B.	Effectiveness of aides in a perceptual motor training program for children with learning disabilities	Archives of Physical Medicine & Rehabilitation. 56(3):104-10, 1975 Mar.
1973	Wolfik D	Minimal brain dysfunction--an approach to treatment.	Medical Journal of Australia. 2(12):601-5, 1973 Sep 22
1973	Colin ME.	The assessment of the child with minimal cerebral dysfunction.	South African Medical Journal. Suid-Afrikaanse Tydskrif Vir Geneeskunde. 47(41):1956-7, 1973 Oct 20.

Anhang D: Beurteilungsraster aller Hauptstudien gemäss AICA

AICA: Hahn-Markowitz et al. (2011)

Inhaltliche Zusammenfassung der Studie:

Einleitung
Das Problem besteht darin, dass die Exekutiven Funktionsdefizite von Kindern mit ADHS einen erheblichen Einfluss auf die tägliche Alltagsperformanz haben. Es gibt schon einige evidenzbasierte Studien welche die medikamentöse Behandlung bei ADHS Symptomen untersucht haben, aber es keine Evidenz die sich mit den Exekutivfunktionen bei ADHS Kindern beschäftigt hat. Das Cog Fun Programm wurde darum entwickelt und in dieser Studie auf die Probe gestellt um zu sehen wie es sich auswirkt und ob es effektiv ist. Die Autoren beschreiben die Krankheit ADHS allgemein und insbesondere auch die Exekutivfunktionen und wie sich diese im Alltag von ADHS Kindern zeigen. Der Hintergrund vom Cog Fun Programm wird beschrieben und mit Literatur erläutert. Die theoretischen Grundlagen stammen vom «Dynamic Interactional Approach» welcher von Toglia, 2005 entwickelt wurde. Weiter erklären die Autoren andere kognitive Konzepte und Programme die unter anderem mit ADHS Kindern untersucht wurden. Begründen dann aber gut wie sich das Cog Fun von den anderen Konzepten unterscheidet und abgrenzt. Die Forschungsfrage wäre wie sich die CogFun Intervention auf die Kinder mit ADHS auswirkt auf deren Exekutiven Funktionen und die damit einhergehende Betätigungsperformanz. Das Ziel der Studie ist es die Effektivität der Cog Fun Intervention zu untersuchen um Kindern mit ADHS zu helfen ihre Betätigungsziele zu erreichen, die Exekutiv Funktionen im täglichen Leben zu verbessern und die Selbstwirksamkeit zu steigern.
Methode
Das Studiendesign ist eine unkontrollierte, 1-Gruppe, Preintervention-Postintervention Pilot Untersuchung. Das Design wird nicht näher begründet. Die Population sind Kinder mit ADHS, die Stichprobe bei dieser Studie sind 14 Kinder und ihre Eltern. Die Kinder wurden von einer gemeinschaftlichen ADHS Klinik rekrutiert, sie mussten im Alter zwischen 7-8 Jahren alt sein und mit ADHS diagnostiziert worden sein von einem leitenden Psychiater auf Basis der «Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4. Edition der American Psychiatric Association, 2000). Die Stichprobenauswahl wurde zusätzlich noch durch folgende Kriterien verfeinert: die Kinder wiesen Schwierigkeiten in ihrer Betätigungsperformanz auf und besuchten eine reguläre Schule. Exklusionskriterien waren andere psychiatrische oder neurologische Erkrankungen oder einen IQ unter 80. Es sind keine weiteren Begründungen der Stichprobenauswahl beschrieben in der Studie. Die Datenerhebung erfolgte bei den Kindern zu 3 unterschiedlichen Zeitpunkten: zu Beginn der Intervention, nach der Intervention und nach 3 Monaten ein Follow-Up. Zur Datenerhebung wurde der «Tower of London-Drexel University» (Culbertson & Zillmer, 2005) von einem der Autoren vor und nach der Intervention und beim Follow-up mit dem Kind durchgeführt. Auch wurde das «Canadian Occupational Performance Measure» (Law, Baptiste et al., 2005) in der kindgerechten Version mit den Kindern durchgeführt um Ziele zu vereinbaren zu Beginn und um nachzufassen nach der Intervention und beim Follow-Up. Die Eltern vollendeten auch das COPM und zusätzlich noch den BRIEF «Behavioral Rating Inventory of Executive Function» (Gioia, Isquith, Guy & Kenworthy, 2000) unabhängig von den anderen Assessment-Zeitpunkten. Das BRIEF wurde zu allen 3 Assessment-Zeitpunkten an alle Lehrer geschickt und sie retournierten diese zurück an die Ergotherapeuten. Die Intervention selbst war das in 10 Sessionen stattfindende Cog Fun «Cognitive Functional Intervention Program» was während der Studie getestet wurde bezüglich seiner Effektivität. Die Daten wurden analysiert mit nonparametrischer Statistik (Wilcoxon signed-ranks tests) dazu wurde die SPSS Version 16 (SPSS, Inc., Chicago) benutzt. Sie wandelten die Effektgrösse mit Hedge's g um wegen der kleinen Stichprobe. Es wurde von der Helsinki Ethikkommission Geha Spital eine Genehmigung eingeholt. Die Eltern wurden einvernehmlich informiert und die Kinder gaben ihre Zustimmung.
Ergebnis
In der Stichprobe waren 14 Kinder im Alter zwischen 7 Jahren 0 Monaten und 8 Jahren 8 Monaten (Schnitt (M)= 7Jahre 5 Monate; Standardabweichung (SD)= 4.18). Das männlich/weiblich Verhältnis war 9:5. Neun Kinder (64%) waren diagnostiziert mit kombiniertem Typ ADHS und fünf Kinder (36%) waren mit dem unaufmerksamen Typ ADHS. Vier von 14 Kindern waren medikamentös behandelt seit mehr oder gleich 6 Monaten vor der Teilnahme an der Intervention. Ein Kind hat nach der Intervention angefangen mit der Medikation und wurde deshalb vom Follow Up ausgeschlossen. BRIEF: statistisch signifikante Verbesserung zeigte sich im BRIEF mit den Eltern nach der Intervention im Bereich der «Global Executive Composite» und in 4 von 8 Skalen. Den grössten Effekt wurde im Bereich Planen/Organisieren erzielt. Die Lehrer von 13 Kindern füllten den BRIEF vor der Intervention aus und die Lehrer von 10 Kindern füllten den BRIEF nach der Intervention aus. Die Resultate ähneln denen von den Eltern, wobei die Effektgrösse wenig besser ist als bei den Eltern. Die BRIEF Resultate der Lehrer waren leicht schlechter beim Follow Up als direkt nach der Intervention. TOL^{DX} (Tower of London): Die TOL Ergebnisse zeigen statistisch signifikante Verbesserung nach der Intervention. Der Schnitt der Raw Scores zeigt eine Steigerung von 14.69 total Zügen ($p = .018$); 1 Regel Verstoss ($p = .012$) und 180s in total Zeit ($p = .012$) mit überwiegend grosser Effektgrösse. Die Ergebnisse waren leicht schlechter beim Follow Up als direkt nach der Intervention, aber nicht schlechter als in der gesamten Zeit.

COPM (Eltern): Die Eltern bewerteten die Performanz ihrer Kinder bezüglich der Ziele und es zeigte sich hier eine statistisch signifikante Verbesserung (Unterschiedswertung im Schnitt: 4.1 Punkte, $p = .001$ und 3.86 Punkte, $p = .017$) mit grosser Effektgrösse. Beim Follow-Up berichteten 5 Eltern von weiteren Verbesserungen ihrer Kinder bezüglich der Zielperformanz, 2 Eltern berichteten dass ihre Kinder gleichbleibend mit dem Level bei der Postintervention sind und 5 Eltern berichteten von einem Rückgang im Durchschnitt von 1.33 Punkten in der Performanz ihres Kindes seit der Postintervention. COPM (Kinder): Bei den Kindern selbst wurde statistisch signifikante Verbesserung gefunden ($ps = .001$ und $.014$). Die Selbstbewertung am Schluss in der Zielperformanz verringerte sich leicht beim Follow-Up im Vergleich zum Postintervention. Die zentralen Ergebnisse der Studien sind, dass bei allen Assessments (BRIEF, TOL & COPM) eine Verbesserung festgestellt wurde nach der Intervention. Alle Ergebnisse wurden übersichtlich in Tabellen aufgeführt. Nebst den oben genannten Daten wurde Protokoll geführt während der Intervention von den Therapeuten um auch qualitative Informationen festzuhalten.
Diskussion Die signifikanten Ergebnisse werden aufgeteilt nach den 3 Assessments differenziert angeschaut und mit anderen Studien verglichen und diskutiert, Limitationen werden teilweise gleich schon mit angedeutet. Beispielsweise beim BRIEF gab es leichte Differenzen zwischen dem BRIEF der Eltern und dem der Lehrer, hier wurde für künftige Studien die Schlussfolgerung gezogen, dass es sich anbietet eine unabhängige Person die Informiert und in beiden Settings als Beobachter eingesetzt wird. Zum TOL gab es laut den Autoren nicht viele ähnliche Studien die den Effekt bestätigen konnten. Beim COPM-Resultat sehen die Autoren sich bestätigt, dass ihr Programm, das Cog Fun, erfolgreich ist um leichter den Transfer von Strategien in den Alltag zu schaffen. Obwohl diese Studie viele gute Resultate zeigt ist man sich des Menschlichen Vorurteils bewusst der eventuell einen Einfluss auf die Antwortenden Studienteilnehmer hätte haben können. Hier vermerken die Autoren, dass eine kontrollierte «blinde» Studie die Lösung für diese Limitation sein könnte. Das Resultat der Studie wurde verglichen mit anderen Studien welche metakognitive Strategien trainiert haben und einen ähnlichen Effekt gefunden. Die Studie fand in einem, wie es die Autoren beschreiben, positiven Atmosphäre statt, welche durchaus auch einen Einfluss haben konnte auf die Performanz. Sie schlagen vor für die weitere Recherche den Aspekt der Motivation noch genauer anzuschauen und zu messen. Eine andere Komponente die auch einen Einfluss hatte, war dass die Eltern der Kinder sehr stark involviert waren. Dieser Faktor sollte in künftigen Studien auf jeden Fall genauer untersucht werden bezüglich Bewusstsein, Wissen/Bildung über die Intervention, Rolle im Transfer der Strategien zu Hause und der Grad an Unterstützung die die Eltern dem Kind geben. Zu den Limitationen der Studie beschreiben die Autoren, dass das Fehlen einer Kontrollgruppe zu einem Placebo Effekt habe beitragen können. Weiter vermerken sie, dass die Stichprobe sehr klein war und sie nur von einem bestimmten Spital in der Region kommen, also nur beschränkt auf die Population der ADHS Kinder übertragbar ist. Die Ergotherapeutin, welche die Assessments mit den Kindern machte und die Intervention auch, habe eventuell auch eine gewisse Voreingenommenheit haben können. Implikationen für die Praxis werden nicht direkt benannt. Jedoch schrieben die Autoren in einem Abschnitt genau darüber welche Kinder am meisten von der Intervention profitieren konnten. Aus diesem Abschnitt gehen einige Empfehlungen an Therapeuten und Eltern hervor. Das Kind konnte am meisten profitieren, wenn seine Mutter aktiv und unterstützend dem Kind gegenüber ist und mit ihm zusammen zu Hause übt, mit der Therapeutin kommuniziert und regelmässig an den wöchentlichen Sessions teilnahm. Kinder welche grosse Fortschritte an den Tag legten, waren auch die Kinder welche eine hohe Motivation hatten. Faktoren die eher hinderlich waren für den Fortschritt der Kinder waren emotionale Probleme, Familienprobleme, tieferer IQ, inkonsistente Aufmerksamkeit bei den Sessions, wenn die Eltern ihre Rolle nicht verstanden oder falsch angenommen haben was wiederum zu inadäquater Unterstützung der Kinder zu Hause beim Lernen und Transferieren der Strategien führte.

Würdigung der Studie:

Einleitung Die Studie beantwortet eine wichtige Frage, nämlich was es für ergotherapeutische und familienzentrierte Interventionen gibt für Kinder mit ADHS. Familienzentriert in dem Sinn, dass stark mit den Eltern zusammengearbeitet wird. Das Forschungsziel wird klar definiert. Das Thema wird im Kontext vorhandener konzeptioneller und empirischer Literatur gesetzt. Sie gehen auf verschiedene Konzepte ein wie zum Beispiel das CO-OP «Cognitive Orientation to Daily Occupational Performance» (Polatajko & Mandich, 2004).
Methode Das gewählte Design macht teilweise Sinn. Die Preintervention-Postintervention Methode ist logisch um zu schauen ob die Gruppe auch Fortschritte gemacht hat. Dass es nur eine Gruppe ist, ist weniger nachvollziehbar, weil man bei 2 Gruppen einen besseren Vergleich gehabt hätte und verschiedene Störfaktoren besser hätte ausschliessen können (z.B. Einfluss der Umgebung, Anwesenheit der Eltern, Einfluss der Therapeutin). Die Stichprobenziehung hätte durchaus grösser ausfallen können beispielsweise von mehreren Kliniken in Israel, sodass es repräsentativer wäre und man Aussagen über ganz Israel machen könnte statt nur von der einen Klinik. Auch vom Alter her hätte man verschiedene Altersgruppen machen können und nicht nur die 7 bis 8-Jährigen. Der Faktor des Alters wird von den Autoren nicht begründet und auch nicht warum sie nur von einer Klinik rekrutierten. Die Ergebnisse kann man aber gut anwenden für die Population, weil viele Kinder mit ADHS Probleme bei den Exekutiven Funktionen haben und das Cog Fun genau an diesen intensiv arbeitet. Zu Beginn waren es insgesamt 17 Familien, 3 haben ein Drop-Out gemacht, weil sie keine

Ziele benennen konnten oder mit den Zielen nicht einverstanden waren. Beim dritten Messzeitpunkt wurde benannt, dass ein Kind nicht mehr mitmachte, weil es neu Medikation erhielt. Im Text wird das so beschrieben, aber in der Tabelle mit den Resultaten ist das nicht transparent. Passend zu den Exekutiven Funktionen, Selbstwirksamkeit und Zielerreichung wurden Assessments für die Datenerhebung ausgewählt, um den Fortschritt zu messen. Die Assessments passen zu Fragestellung. Die Methoden zur Datenerhebung waren für alle Teilnehmer gleich. Eben wie vorhin erwähnt hatte ein Kind bei der letzten Datenerhebung ein Drop-Out, daher sind die Daten inkomplett und nicht von allen Kindern erhoben. Die Messinstrumente wurden spezifisch ausgewählt und im Abstract auch erwähnt welche Funktion sie haben und für was sie genau für diese Studie und Thematik passend sind. Das BRIEF und Tower of London wurden zum Messen der Exekutivfunktionen, das COPM zum Messen der Betätigungsperformanz. Das BRIEF und der ToL sind reliabel und validiert für Menschen mit ADHS. Das COPM ist gut validiert und auch reliabel. Mögliche Verzerrungen/Einflüsse werden erwähnt, dass die Tester/Aufsichtspersonen auch während den eigentlichen Interventionen des CogFun auch sehr involviert waren, das heisst das eine gewisse Neutralität vielleicht auch hätte fehlen können. Die Verfahren der Datenanalyse werden beschrieben: sie haben mit nonparametrischer Statistik (Wilcoxon signed-ranks tests) die Daten analysiert. Dazu haben sie die SPSS Version 16 benutzt. Die Effektgrösse mit Hedge's g bestimmt wegen der kleinen Sample Grösse.
Ergebnis
Die Ergebnisse sind präzise aufgeführt mit Tabellen und Legenden genau erklärt.
Diskussion
Alle Resultate werden ausführlich diskutiert. Alles stimmt überein und wird mit der Fragestellung und Hypothesen vom Anfang verglichen. Mit anderen Studien wird nochmals verglichen und nachvollziehbar erklärt. Es wird nach alternativen Erklärungen gesucht. Studie ist bedingt sinnvoll. Also es wird klar aufgezeigt, dass das CogFun Evidenzen aufweist und effektiv im Behandeln von Exekutivfunktionen bei Kindern mit ADHS ist. Ich finde teilweise dass es eine bisschen übertrieben ist wie sie die Ergebnisse ins positive Licht rücken und als sehr effektiv darstellen vor allem nach dem Follow Up wo ein paar Lehrer und Eltern nicht eine Verbesserung gesehen haben, oder einen Langzeiteffekt. Aber darum haben ja die Autoren noch mehrere weitere Studien gemacht um die Langzeiteffekte noch genauer zu untersuchen. Die Stärken und Schwächen werden gut aufgezeigt, sie könnten ruhig noch ein bisschen kritischer sein mit sich selbst. Die Schwächen scheinen teilweise ein bisschen weit hergeholt. Die Ergebnisse zeigen, dass das CogFun eine gute Ergänzung zur medikamentösen Behandlung sein kann. Dass es die Exekutivfunktionen klar verbessert und Einfluss auf die Betätigungsperformanz haben. Man muss aber auch sagen, dass bei den Interventionen am besten ist, wenn man eng mit den Eltern zusammenarbeitet. Der grösste Effekt wurde erreicht, wenn die Mutter aktiv involviert war und ihr Kind unterstützt und mit ihm zu Hause auch die Dinge implementiert hat die sie in der Therapie beobachten konnte. Wichtig war auch, dass die Mutter oder die Eltern in regelmässigem Kontakt standen und auch an den wöchentlichen Sessionen teilnahm. Es wäre sicher möglich die Studie in einem anderen Setting zu wiederholen, auch mit andern Kindern/Familien und vor allem auch mal mit anderen Autoren und in einem anderen Land/Stadt. Die Autoren haben ja mit anderen Stichproben noch weitere Studien gemacht aber alles sehr ähnlich wie diese «Grundstudie» an der gleichen Uni/Klinik mit etwa den gleichen Autoren, was einem ein bisschen suspekt vorkommen kann.

Güte/Evidenzlage:

Gut und sorgfältig gemachte Studie, die ihre Ergebnisse auch mit anderen Studien vergleicht und kritisch hinterfragt. Das Programm scheint das zu bewirken, was die Autoren beabsichtigt haben. Das CogFun Programm ist in der Behandlung von ADHS Kindern sicher sinnvoll und zu berücksichtigen.

AICA: Segal & Hinojosa (2006)

Inhaltliche Zusammenfassung der Studie:

Einleitung
Phänomen ist dass Kinder zu Hause Hausaufgaben machen und teils auch Heimprogramme zu Hause durchführen müssen. Obwohl Hausaufgaben und Heimprogramme nicht das gleiche sind haben sie Gemeinsamkeiten wie zum Beispiel, dass beide Aufgaben von Professionellen an die Kinder und Familie gestellt sind und im Kontext zu Hause stattfinden sollen. Darum ist es wichtig für die Ergotherapie die Natur und den Einfluss von Hausaufgaben auf die Familie zu verstehen, damit man aus dieser Erkenntnis Schlüsse ziehen kann für das Planen von therapeutischen Heimprogrammen. Forschungsfrage/Purpose (Ziel, Zweck): Die elterliche Erfahrung und Strategie um mit den Kindern Hausaufgaben zu machen, um so herauszufinden ob diese Strategien sich auf Heimprogramme anwenden lassen und in die tägliche Routine der Familie passen.
Methode
Das Design der Studie ist qualitativ. Die Begründung folgt später, dass sie die Daten passend zur «ecocultural theory» haben mussten, darum macht ein qualitatives Design mit Interviews Sinn. Die Population ist bestehend aus unterschiedlichen Familien welche Kinder im Schulalter haben und mit Hausaufgaben beschäftigt sind zu Hause. 3 Familien wurden für diese Studie ausgewählt um die Komponenten des Aktivitätssettings zu analysieren. Die Auswahl dieser drei Familien begründeten die Autoren dieser Studie mit der Diversität dieser Familien: ethnischer und religiöser Hintergrund, sozioökonomischer Status, die Präsenz einer Mutter die zu Hause bleibt, die Präsenz von Kindern mit besonderen Bedürfnissen und das Geschlecht des Elternteils welcher mit den Kindern während der Hausaufgaben betreut. Bei der Datenerhebung wurden Daten von einer parallel laufenden explorativen qualitativen Studie gezogen, wo Eltern von Kindern mit und ohne Einschränkungen zu ihren Strategien beim Bewältigen der Hausaufgaben interviewt wurden. Die Interviews wurden mit explorierenden Fragen gestellt durch intensive Interviews nach (Lofland & Lofland, 1995; Rubin & Rubin, 1995; Spradley, 1979). Die Daten wurden verbatim Transkription verarbeitet, daneben wurden Feldnotizen aufgezeichnet welche Beobachtungen, Kommunikation, Erfahrungen, Methodologische Themen und persönliche Reflexion beinhalteten. Der Inhalt wurde analysiert durch qualitative Techniken wie «inductive analysis of data», «triangulation of methods of analyses», «independent observer analysis» und «peer support and review» nach (Bogdan & Biklen, 1992; Denzin & Lincoln, 2003; Ely, 1997; Lincoln & Guba, 1985). Durch diese Verfahren waren die Daten passend für die spätere Diskussion und Analyse mit der «ecocultural theory» um die drei verschiedenen Fälle zu vergleichen und Schlüsse daraus zu ziehen. Es wurde keine ethischen Fragen diskutiert noch wurde eine Genehmigung einer Ethikkommission eingeholt.
Ergebnis
Die drei Fälle werden mit Zitaten, tiefgehende Beschreibungen und Analysen dargestellt. Am Ende jedes Falles werden anhand der 5 Komponenten des Aktivitätssettings organisiert die Daten gesammelt und danach wird diskutiert wie die Familien spezifisch sich adaptiert haben um den Anforderungen der Hausaufgaben ihrer Kinder gerecht zu werden. Familie Rob Teilnehmer: Rob und seine beiden Töchter (Leticia, 6 und Marie 9 Jahre alt, beide normal entwickelt) Werte: Rob ist akademischer Erfolg und Lernen wichtig. Ziele: die Partizipation von Rob während den Hausaufgaben zielt ab, dass seine Töchter den Schulstoff verstehen, dass sie lernen Anweisungen zu lesen und zu befolgen und dass sie die Hausaufgaben genau erledigen (auf Details Acht geben Bsp.: Leserlichkeit) Aufgaben: die Aufgaben welche die Töchter von der Schule kriegen und gegebenenfalls noch Korrekturen im Auftrag des Vaters Rob. Die Aufgaben von Rob sind Zeit einplanen für das Hausaufgaben erledigen, lehren/begleiten (sichergehen, dass die Mädchen alles verstehen und dass sichergehen dass die Mädchen aus ihren Fehlern lernen) und das Korrigieren der Hausaufgaben auf ihre Korrektheit und Genauigkeit. Der Grund für Robs Aufgaben ist, dass er seine Ziele erreichen möchte. Interaktion: Rob beschreibt die Interaktion als Kooperation. Die Töchter scheinen der Struktur und Direktion ihres Vaters zu folgen. Familie Eileen und Robert Teilnehmer: die Mutter Eileen mit ihren Kindern Jane (14j.) und Harry (9j.), Nachhilfelehrer in Mathe Werte: Wichtigkeit von akademischer Performanz und Erfolg. Aufgrund der Art der Betreuung die Eileen ihren Kindern während den Hausaufgaben gibt, lässt dies auf Werte wie Selbstbestimmtes und verantwortungsvolles Verhalten schliessen, die sie ihren Kindern vermitteln möchte. Ziele: die Supervision von Eileen sollte dazu führen, dass die Kinder selbständig/unabhängig die Hausaufgaben erledigen Aufgaben: - Interaktion: einen angenehmen und freundlichen Umgangston, keine strukturierenden Vorgaben sind nötig. (Adaptation) Die Mathenachhilfe kommt bei Harry zum Einsatz damit das Ziel die Hausaufgaben zu erledigen erfüllt werden kann und auch, dass Eileen ihren Stil der Interaktion aufrechterhalten kann (weil es früher zu Unstimmigkeiten geführt hat). Familie Judy und Mark Teilnehmer: beide Eltern Mark und Judy sind bei den Hausaufgaben anwesend mit ihren Söhnen mit ADHS (Joe, 11j. und Michael, 9j.) und ihrer Tochter Heather (7j.) Werte: schulische Erwartungen zu erfüllen und akademischer Erfolg.

Ziele: - Aufgaben: die Aufgaben variieren stark je nachdem ob Michael einen guten oder Schlechten Tag hat. An einem guten Tag kommt Michael selbständig mit Ideen für Wörter auf und die Eltern schreiben es einfach in den Computer was er ihnen diktiert. An schwierigen Tagen besteht die grösste Aufgabe der Eltern darin Michael überhaupt zum Hinsetzen und aufpassen zu bringen. Interaktion: ähnlich ist auch die Interaktion durch die fluktuierende Stimmung von Michael beeinflusst. In guten Tagen geben die Eltern Feedback auf den Inhalt des Auftrags der Hausaufgaben. An schlechten Tagen ist die Interaktion konfrontativ: mit Drohungen das Hausaufgaben machen aufzwingen oder auch mal körperlich tätig sein (ihn mal anfassen oder festhalten). Diese Art der Adaptation scheint aber nicht sonderlich effektiv zu sein um eine produktive Hausaufgaben Erledigung Situation mit Michael zu haben.
Diskussion Die Resultate werden in ihren Aktivitätssettings miteinander verglichen und Unterschiede und Gemeinsamkeiten diskutiert. Besonderes Augenmerk wird dabei auch auf die Eltern-Kind Interaktion gelegt und mit Beispielen genauer angeschaut. Resultate aus anderen Studien werden herbeigezogen und mit den Resultaten der aktuellen Studie in Zusammenhang gesetzt. Hausaufgaben als wertvolle Aktivität im Familienkontext zu Hause wird genauer untersucht und man schaut sich auch den Transfer auf Heimprogramme der Ergotherapie an, wie man die Erkenntnisse übertragen kann oder was es zu berücksichtigen gibt. Implikationen für die Praxis werden in einem eigenen Abschnitt nochmal genau erläutert. Als Empfehlungen für die Praxis nennt die Studie, dass man beim Planen von Heimprogrammen vor allem auch die äusseren Faktoren berücksichtigen sollte. Wie sieht die Realität zu Hause aus, wie werden die Eltern instruiert. Am wichtigsten ist, dass das Heimprogramm in die familiäre Routine passt, es soll mit den Eltern geschaut werden wie man dieses Programm in die Routine einfügen und anpassen kann. Als Konsens der Studie ergaben sich folgende 3 Hauptmerkmale die man beim Planen von Heimprogrammen berücksichtigen soll: 1. Elterliche Werte und Prioritäten: Was ist den Eltern wichtig in Bezug auf die tägliche Performanz ihres Kindes und ihr Einfluss auf die Familie. 2. Zeit investieren um die Eltern zu trainieren und ihnen die Skills zu vermitteln um das Heimprogramm selbständig zu Hause zu machen. 3. Die Interaktion der Eltern mit ihrem Kind diskutieren und reflektieren um die Interaktion positiv und lohnend zu machen während dem Ausführen des Heimprogramms.

Würdigung der Studie:

Einleitung Die Studie setzt sich intensiv mit dem Thema Hausaufgaben auseinander und macht einen Übertrag in das Planen von Heimprogrammen. Das Thema Hausaufgaben an sich ist im Alter eines Kindes eine wichtige Betätigung die viel Zeit einnehmen kann im Alltag eines Kindes und für die Ergotherapie im Bereich der Pädiatrie eine sehr relevante Thematik. Das Ziel der Forschungsarbeit wird mehrmals genannt: das Illustrieren des Aktivitätssettings von Hausaufgaben und der anschließende Übertrag in das Planen von Heimprogrammen, wie muss mit dem Einbezug der Eltern umgegangen werden. Die Theorie dazu wird anhand von viel Literatur über Modelle und vorangegangene Forschung erläutert und ins Thema eingeführt. Die Signifikanz dieser Studie wird deutlich hervorgehoben und stützt sich auf aktuelle Literatur.
Methode Das gewählte qualitative Design ist nachvollziehbar gewählt zum Thema und Ziel der Studie. Die Stichprobenziehung ist für dieses Studiendesign angebracht, jedoch ist sie nicht besonders repräsentativ für die Population da es nur 3 Familien sind und nur eine davon mit ADHS Kindern. Die Autoren erwähnen diesen kritischen Punkt auch in der eigenen Diskussion, sie sagen die Ergebnisse lassen sich deshalb nicht generalisieren. Wie erwähnt ist die Stichprobengrösse klein, begründet warum sie so klein ist wird nicht, es wird herausgehoben, dass es aber sehr unterschiedliche Familien sind und man so ein breiteres Spektrum an Varietät abdecken kann (Ethnie, Religion, und weitere diverse Merkmale). 3 Familien wurden aus einer parallel laufenden Studie gezogen und das Aktivitätssetting genug zu beurteilen, was das genau für eine Studie ist geht nicht hervor und wird nicht weiter erwähnt was eher kritisch zu betrachten ist. Es gibt keinerlei Informationen wo diese Interviews stattgefunden haben und wer oder wie sie rekrutiert haben. Die Teilnehmenden werden reichhaltig beschrieben und man erhält viele nützliche Informationen um die jeweiligen Situationen der Familien nach zu vollziehen. Bei der Datenerhebung geht es um menschliche Muster, Verhalten und auch das Erleben der Eltern während der Hausaufgabenzeit mit den Kindern. Die Methode der Datenerhebung und der Prozess der Datenanalyse wird genannt und mit Quellen referenziert. Die Selbstbestimmung der Teilnehmenden wird nicht erwähnt. Um nähere Informationen über das Aktivitätssetting des Hausaufgabenenerledigen im häuslichen Rahmen zu erhalten ist die Form der Interviews eine sehr geeignete Methode und ist logisch in Bezug auf die Fragestellung. Der Methodenteil und die Datenanalyse sind sehr knapp beschrieben, weitere Informationen sind der Studie nicht zu entnehmen und auch ethisch wurde keine Genehmigung eingeholt.
Ergebnis Die Ergebnisse werden mit Zitaten geschildert und klar strukturiert anhand der Punkte des Aktivitätssettings. Die Ergebnisse reflektieren die Reichhaltigkeit der 3 ausgewählten Familien sehr gut und sie erhalten einen grossen Teil des Platzes der gesamten Studie. Die Verknüpfung mit der Theorie und Konzepten gelingt gut teilweise fehlen Informationen zu einzelnen

Punkten des Aktivitätssettings. Der Einblick den man durch die Studie in die 3 Familien erhält ist umfassend und persönlich, kritische und herausfordernde Themen werden in der Diskussion weiter behandelt und mit Literatur erklärt.
Diskussion
Gewisse Themen welche bei den Ergebnissen herausstachen griff die Studie auf und verglich sie mit Literatur und auch die 3 Familien untereinander. Aus der ausführlichen Diskussion kristallisieren sich dann auch die Praxisempfehlungen und diese spiegeln die Schlussfolgerungen der Studie sehr schön wieder. Das Evidenzlevel der Studie ist nicht bekannt.

Güte/Evidenzlage:

Die Studie behandelt relevante Themen für unsere Fragestellung und gibt realistische Einblicke in den Alltag von Familien mit Kindern im Schulalter mit dem Fokus Hausaufgaben. Nebst Unklarheiten bezüglich der Stichprobenauswahl, fehlenden ethischen Bewilligungen und ein paar fehlenden Informationen ist die Studie durchaus brauchbar. Sie zeigt sehr schön und gut referenziert die Themen rund um die Hausaufgaben auf. Das Setting, die Eltern-Kind-Interaktionen und andere äussere und innere Faktoren werden klar aufgezeigt und erklärt. Die Ergebnisse und Diskussion sind kongruent und ein roter Faden ist durch die ganze Studie hinweg erkennbar.

AICA: Segal (1998)

Inhaltliche Zusammenfassung der Studie:

Einleitung
Familien sind die „Hauptbetreuer“ von Kindern mit speziellen Bedürfnissen und sind dadurch ein wichtiger Bestandteil der klientenzentrierten Ergotherapie. Es gibt umfangreiche Literatur, die Familien mit Kindern anspricht, die besondere Bedürfnisse und Themen wie Stress, Depressionen und Trauer der Eltern und Geschwister haben. In der Ergotherapie-Literatur haben einige Studien von Familien mit Kindern, die körperliche Behinderungen haben, die Herausforderungen der Einbeziehung von Heimbehandlungsprogrammen und der Betreuung dieser Kinder untersucht (z. B. Hinojosa & Anderson, 1991, Pierce & Frank, 1992). Andere Studien behandeln Themen in der Zusammenarbeit von Familien und Ergotherapeuten (z. B. Clark, Corchoran, & Gitlin, 1995, Royeen, Cromack, DeGangi, Poisson, & Wietlesback, 1996). Studien von Familien mit Kindern, die Aufmerksamkeitsdefizit / Hyperaktivitätsstörung (ADHS) haben, wurden in der Ergotherapie-Literatur nicht berichtet. Die allgemeine Literatur zu diesen Familien konzentriert sich auf genetische Muster von ADHS (zB Biederman et al., 1995), Familienfunktion und die Umwelt (zB Biederman et al., 1995, Lewis, 1992) und Elterntrainingsprogramme (zB Anastopoulos, Shelton, DuPaul, & Guevremont, 1993, Henry, 1987, Strayhorn & Weidman, 1991). Jedoch keine der forschungsbezogenen Publikationen bezieht sich auf die Ergotherapie. Die Forscher erklären in der Studie anhand des American Psychiatric Association DSM-IV wie sich bei Kindern ADHD zeigen kann. So sind die schulischen/alltäglichen Fähigkeiten/Aktivitäten (kanadische Vereinigung der Ergotherapie [CAOT], 1997) von Kindern, die ADHS haben, in der Regel reduziert. Stimulierende Medikamente, wie Ritalin, sind die wirksamste Therapie für Kinder, die ADHS haben (Hinshaw, 1994). Die Wirkung von Ritalin dauert drei bis vier Stunden. Seine häufigsten Nebenwirkungen sind Appetitlosigkeit und gestörter Schlaf. Daher treten die Haupteffekte von Ritalin auf, während die Kinder in der Schule sind. Die Erfahrungen der Eltern über das Verhalten ihrer Kinder ändern sich normalerweise nicht. Aus diesem Grund sind Elterntrainingsprogramme und andere kognitive und Verhaltensinterventionen für ein umfassendes Management dieser Kinder wichtig (Kelly & Aylward, 1992). Übergeordnete Trainingsprogramme beinhalten die Erziehung von Eltern über ADHS und lehren sie Fähigkeiten wie zum Beispiel, wie man auf positive Verhaltensweisen achtet, unerwünschte Verhaltensweisen ignoriert und Konsequenzen auf ernsthaftere Regelverletzungen anwendet (Anastopoulos et al., 1993, Henry, 1987). Der Zweck solcher Programme ist Strategien zu entwickeln, die den Eltern helfen ihre Anliegen den Kindern mit ADHD klar zu vermitteln. Nach Henry (1987) werden Kinder, die ADHS haben, oft von den Eltern als nicht konform beschrieben, oder benötigen wiederholte Befehle, bevor sogar eine teilweise Einhaltung einer Anfrage erfolgt. Kelly und Aylward (1992) deuten darauf hin, dass Tagesabläufe modifiziert werden sollten: Die Aufgaben sollten in ihre Unterkomponenten zerlegt werden, und die Anweisungen sollten für jede Unterkomponente schrittweise separat angegeben werden. In der Ergotherapie ist der Zweck dieser Interventionen, die alltäglichen Fähigkeiten der Kinder durch Veränderungen in ihrem Tagesplan (Routinen) und sozialen (Interaktionen mit Eltern) Umwelt (CAOT, 1997) zu fördern und ermöglichen. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass ADHS eine Störung ist, die die berufliche Kompetenz der Kinder beeinträchtigen kann und deren Management die Interventionen mit den Familien der Kinder oder das soziale und kulturelle Umfeld beinhaltet. Eine wirksame Intervention erfordert jedoch ein Verständnis von Familien als Gruppen, die sich in gemeinsamen Besetzungen engagieren. Ziel dieser Studie ist es, die täglichen Erfahrungen von Familien mit Kindern, die ADHS haben, zu beschreiben und zu verstehen und wie die Familien(Eltern) ihre täglichen Routinen/Tagesabläufe anpassen, um ihren Kindern eine Best mögliche Selbständigkeit darin (tägliche Routine) zu ermöglichen.
Methode
Es wurde das Qualitative Studiendesign gewählt, weil sie der beste Ansatz sind, um die Lebenserfahrungen der Teilnehmer zu beschreiben und zu verstehen und zu erklären, wie und warum Handlungen ergriffen werden (Kvale, 1996, Marshall & Rossman, 1995). Die theoretischen Ansätze, die die Datenerhebung und -analyse führten, sind die Konzepte der Anpassung von der Berufswissenschaft (Frank, 1996) und der Aktivitätseinstellungen aus der Theorie des sozialen Aufbaus von ökologischen Nischen (Gallimore, Weisner, Kaufman & Bernheimer, 1989) Pro Familie wurden zwei Interviews durch die Forscher selbst gemacht. Gesamt Dauer war 2-4 Stunden, davon wurden für die effektive Befragung 1-1.5 Stunden verwendet. Beim ersten Interview wurden die Familien gebeten ihre Familien Geschichte zu erzählen. Beim zweiten Interview, welches 1-2 Wochen nach dem Ersten stattfand, wurde erst über das erste gesprochen und Fragen geklärt. Nachher wurden die Eltern gebeten einen typischen Tagesablauf Detail genau zu erzählen. Alle Interviews wurden von einem professionellen Transkriptor aufgenommen und übertragen. Sie wurden zum ersten Mal analysiert innerhalb von zwei Wochen nach dem zweiten interview Bei dieser Erstanalyse wurden die Interviews mit jeder Familie als Einzelfall behandelt. Als dieser Vorgang abgeschlossen war, ließ der Forscher eine Zeit von ein paar Wochen verstreichen, bevor er die Transkripte neu analysierte. In der zweiten Analyse wurden die Transkripte in die Familiengeschichten (die ersten Interviews) und die Beschreibungen von Tagesabläufen und täglichen Aktivitäten (die zweiten Interviews) getrennt und als Datensatz analysiert. Die Analyse der Interviews über die Tagesabläufe und die Art und Weise, wie sie durchgeführt werden, zeigte, dass die Strategien, mit denen die Eltern die Fähigkeiten ihrer Kinder nutzen, mit den täglichen Routinen anderer Familienmitglieder in Verbindung stehen. Die Daten wurden anhand der Grounded Theory (Strauss&Corbin,1990) analysiert.
Ergebnis

In dieser Studie versuchte der Forscher, die Erfahrungen der Teilnehmer zu verstehen und zu beschreiben. Die Aussagen und Schlussfolgerungen stellen daher die Ansichten der Teilnehmer dar. Die Forscher hielten sich klar an die Regeln um die Anonymität der Teilnehmer zu sichern (wird genau beschrieben wie). Anhand der Erzählungen der Eltern kristallisierten sich zwei Schwerpunkte heraus: Sich und die Kinder am Morgen für die Schule klar zu machen und doch pünktlich zur Arbeit gelangen. Sie schrieben diese Schwierigkeiten dem Zeitdruck zu, der mit der Notwendigkeit verbunden ist, zur Schule zu gelangen und pünktlich zur Arbeit sein. Die zweite Situation war am Nachmittag, Hausaufgaben machen, während sich die Kinder konzentrieren können: Die Eltern, vorwiegend die Mütter entwickelten Strategien und Routineanpassungen wie: Sie schauten das sie zB. Das Abendessen für die ganze Woche vorgekocht hatten(dies taten sie am WE), das sie Zeit hat während der ganzen Zeit der Hausaufgaben neben dem Kind zu sitzen, eine andere Mutter plante den Mittagschlaf der kleinen Schwester genau auf die Zeit der Hausaufgaben des Kindes mit ADHD, die Mütter haben das Gefühl , dass die Hausaufgaben zügiger gingen wenn die ADHD Kinder ihre volle Aufmerksamkeit bekamen. Was auch immer die Strategien der Eltern waren, ein Erwachsener musste seine volle Aufmerksamkeit geben, wenn ein ADHD Kind Hilfe bei den Hausaufgaben brauchte, respektive es war nicht möglich, für die Erwachsene Person, etwas anderes nebenbei zu erledigen. Die Antworten enthalten immer Hinweise auf die Routinen und Berufe anderer Familienmitglieder. Es scheint, dass die Beschreibungen der Mütter über ihre Erfahrungen bei der Verwaltung der beruflichen Leistung ihrer Kinder, die ADHS hatten, immer die Wechselwirkungen mit den Routinen und der beruflichen Leistung anderer Familienmitglieder widerspiegeln. In der ersten Familie, die Bedürfnisse des Kindes, das ADHS hatte auch mit den Verantwortlichkeiten und Berufe der älteren Geschwister interagiert: Sie untermauerten ihre Ergebnisse mit Zitaten.
Diskussion Familien mit ADHD Kinder identifizierten die Morgenroutine und die Hausaufgaben als die schwierigsten Teile ihres Tagesablaufes. Sie beschrieben Strategien wie sie die Herausforderungen meisterten. Sie entwickelten erfolgreiche Strategien um den Kindern die grösst mögliche Selbständigkeit zu ermöglichen. Eine Strategie konnte sein dass die Mutter ihre eigene Morgenroutine anpasste/änderte oder zusätzliche Unterstützung, wie die Großmutter oder den Vater, für sich oder das Kind in Anspruch nahm. Die Erkenntnisse und Interpretationen in dieser Studie zeigen, dass konstruktive Beschäftigung und Routinen von Kindern immer in Verbindung mit dem Aufbau der Beschäftigung und Routinen anderer Familien Mitglieder zusammenhängen. Dies deutet darauf hin, dass Franks (1996) Konzept der Anpassung auf Familien anwendbar ist. Es zeigt auch die Transaktionsfähigkeit der Beschäftigung (Law et al., 1996). Das heißt, die alltägliche Beschäftigung der Kinder mit ADHS und die alltägliche Beschäftigung ihrer Mütter und Geschwister, waren voneinander abhängig(aufeinander abgestimmt). Die Förderung einer Ermächtigungsumgebung als legitimer und wesentlicher Aspekt der Ergotherapie wurde in der Literatur behandelt (z. B. Finlayson & Edwards, 1995, Law, 1991, Law et al., 1996, Polatajko, 1992, 1994). Die Berufe????Alltagsaktivitäten?? und den Alltag in den Vordergrund unserer Familienangelegenheiten bringen, wie es DeVault (1991) und Gallimore et al. (1989) unterstreicht die Entwicklung und die Fähigkeit von Ergotherapeuten, Familien mit Kindern, die besondere Bedürfnisse haben, effektiv zu unterstützen. Ein Beispiel für die Notwendigkeit, Interventionen in die Familienroutinen zu integrieren, erscheint in einer Studie von Hinojosa und Anderson (1991). Die Mütter, die sie interviewten, gaben an, dass sie die Heimprogramme nur umsetzten wenn (a) die vorgeschlagenen Aktivitäten in ihre täglichen Routinen integriert werden konnten, (b) die auszuführenden Betätigungen dem Kind und ihr Freude machen und (c) die Aktivitäten nicht stressig für andere Familien Mitglieder waren(Hinojosa & Anderson). Hinojosa und Anderson haben festgestellt, dass Mütter sehr ungern strukturierten Heimprogrammen folgten .Die Mütter wählten aus den Therapiestunden(sie waren mit dabei)ganz gezielt nur die Aktivitäten, die sie selbst als nützlich und praktisch erachteten. Die gewählten Aktivitäten mussten mit ihren eigenen Fähigkeiten und mit denen des Familienlebens zu vereinbaren sein. Hinojosa und Anderson (1991) kamen zu dem Schluss, dass die Ergotherapeuten Interventionen wählen sollen die, die Familien mit Kinder mit ADHD zu Hause spielerisch in den Alltag integrieren können (S. 277). Das Heimprogramme Erfolge erzielen können, laut Aussagen der Eltern dieser Studie, müsste die ganze Familie (oft die Mutter) ihre Tagesabläufe den Heimprogrammen anpassen. und Therapeuten die Heimprogramme durchführen respektive planen müssen mit den Eltern folgende Punkte besprechen: Was ist mit den anderen Aktivitäten die während Heimprogrammes statt finden? Die zu üübende Aktivität ist völlig in den Tagesablauf einzubinden Die Möglichkeit einzelne Aktivitäten zu einer anderen Zeit umzusetzen oder zusätzliche Hilfe in Anspruch zu nehmen(Grossmutter, Vater) Eine Mutter erzählte, dass der Vater eigentlich besser geeignet sei um mit dem Sohn die Hausaufgaben zu erledigen, da jedoch aus beruflichen Gründen des Vaters erst nach dem Abendessen Zeit blieb, empfand die Mutter es doch als angepasster mit ihrem Sohn die Hausaufgaben früher zu erledigen. Durch ihre Überzeugung(belief) verhinderte die Mutter das ausprobieren von einer neuen Lösung und die ihr angebotene Unterstützung. Die Forscher folgerten daraus: Eltern würden sich besser verstanden fühlen und hätten wahrscheinlich realistischere Erwartungen gegenüber den Ergotherapeuten und ihren Unterstützungsmöglichkeiten, wenn mehr zusammen diskutiert würde. Eine Mutter in dieser Studie sagte zum Beispiel, dass ihr Mann sich eigentlich besser eignet als sie um mit dem Sohn die Hausaufgaben zu machen. Da jedoch der Vater spät nach Hause kam, empfand die Mutter es als besser dass sie dem Sohn früher half. Durch ihre Überzeugung (Beliefs:nach dem Abendessen sei es zu spät für Hausaufgaben) verhinderte die Mutter einen neuen Lösungsweg auszuprobieren und nahm die Unterstützung die ihr durch eine andere Person geboten wurde

nicht an. Daraus Schlussfolgern die Forscher: Eltern würden sich besser verstanden fühlen und hätten wahrscheinlich realistischere Erwartungen gegenüber von ET und ihren Unterstützungsmöglichkeiten, wenn ein regerer gegenseitiger Austausch stattfinden würde. Im Gegenzug würden die Eltern, durch das ihnen entgegengebrachte Verständnis, sich kooperativer gegenüber den ET zeigen und so kann sich die Bereitschaft mit ET zusammen zu arbeiten erhöhen.

Diese Studie basiert auf Informationen von 17 Familien mit Kindern, die ADHS haben. **Selbstkritik der Forscher.** Die relative geringe Größe der Studie und der Mangel an Gruppenvergleichen aufgrund der Homogenität der Teilnehmer (ähnliche Störung der Kinder und ähnlicher ethnischer Hintergrund der Familien) zeigen, dass bei der Anwendung dieser Ergebnisse und Interpretationen Vorsicht geboten werden sollte (für uns gut da wir ja über ADHD schreiben) Andere Populationen. Diese Erkenntnisse und Interpretationen müssen mit weiteren Untersuchungen verstärkt werden.

Schlussfolgerung Konzepte: die aus den Lebenserfahrungen von Personen hervorgehen, sind eine wichtige Quelle für die Sensibilität für die Komplexität des Lebens anderer Personen. Das Konzept, das die Beschäftigung von Kindern auf die Routine und die Besetzung anderer Familienmitglieder anpasst, kann von Ergotherapeuten genutzt werden, die mit Kindern arbeiten, die besondere Bedürfnisse und ihre Familien haben. Solche Bedenken und Verständnis können auch den Therapeuten helfen, kooperative Partnerschaften mit Familien zu entwickeln.

Würdigung der Studie:

Einleitung
Die Forscher bearbeiten ein relevantes Thema für die Ergotherapie (Heute ist die Prävalenz bei 3-6%, als die Studie gemacht wurde gab es noch keine konkreten Zahlen). Die Beschreibung des Phänomens ADHD ist deutlich und klar beschrieben. Das Ziel und die Fragestellung werden formuliert. Das Thema wird mit vorhandenen Studien eingeführt, die im direkten Zusammenhang mit ADHD stehen. Die Studien Durchführung wird damit begründet das eben keine spezifischen Studien zum Thema ADHD und wie die Familien zu hause damit umgehen, was für Schwierigkeiten, was für Strategien sie haben und anwenden.
Methode
Es handelt sich um ein Qualitatives Studiendesign. Die Qualitative Forschungsmethoden wurden ausgewählt, weil sie der beste Ansatz sind, um die Lebenserfahrungen der Teilnehmer zu beschreiben und zu verstehen und zu erklären, wie und warum Handlungen ergriffen werden (Kvale, 1996, Marshall & Rossman, 1995). Sampling die Stichproben sind repräsentativ und können gut auf die Schweiz übertragen werden, da wir auch das Schulsystem mit Hausaufgaben haben auch heute 19 Jahre später noch aktuell. Die Stichproben größe ist angepasst da sie es mit der Saturation nach Lincoln & Guba 1985 begründen. Das Setting wird nicht genauer erläutert. Die Teilnehmer der Studie sind geeignet da sie tagtäglich solche Situationen erleben die sie beschreiben. Die Datenerhebung wird klar nach Frank, G. (1996). The concept of adaptation as a foundation for occupational science research. In R. Zemke & F. Clark (Eds.), Occupational science: The evolving discipline (pp. 47– 55). Philadelphia, PA: Davis, deklariert. Die Datensättigung wird diskutiert. ETHIK: die Teilnehmenden waren gut informiert und kamen aus freiem Willen, da sie den Erstkontakt mit dem Forscher aufnehmen mussten. Es wird nur aus der Sicht der Eltern gesprochen und erzählt, sie zitieren jedoch auch ihre Kinder. Die Daten Analyse wurde klar nach „The Grounded Theorie“ (Strauss & Corbin) gemacht und nachvollziehbar beschrieben. Da nur ein Forscher beteiligt war ist nicht von einem grossen Austausch unter Forschern die Rede, der Forscher hat sich ein Jahr mit dem Thema ADHD auseinandergesetzt in dem er volontär Aufgaben in Selbsthilfegruppen für ADHD, Fachpersonen, family centered Kliniken übernahm. Ob Memos oder Journalbücher benutzt worden sind steht nicht, steht nur analysiert. Über die Beziehung vom Teilnehmer und dem Forscher steht nichts.
Ergebnis
Die Ergebnisse sind im Kontext verankert, die Ergebnisse reflektieren die Reichhaltigkeit der Daten, sind mit Zitaten untermauert, sind logisch konsistent und inhaltlich unterscheidbar
Diskussion
Alles erfüllt

Güte/Evidenzlage:

Gütekriterien qualitativer Forschung

- Guba & Lincoln 1985: – Konzept der Vertrauenswürdigkeit (Trustworthiness)
- Steinke 1999 – Kriterien qualitativer Forschung müssen ihren wissenschaftstheoretischen und methodologischen Ausgangspunkten Rechnung tragen.

Es werden alle Gütekriterien nach Guba & Lincoln 1985 und die von Steinke 1999 eingehalten, mit Ausnahme der Reflektierten Subjektivität von Steinke 1999, darüber wird in der Studie nichts geschrieben.

Was auch als Kritikpunkt angesehen werden kann ist das Alter der Studie. Das Thema und die Thematik haben sich jedoch nur wenig verändert, sondern haben sogar an Wichtigkeit zugenommen

AICA: Segal & Frank (1998)

Inhaltliche Zusammenfassung der Studie:

Einleitung
Sie behandelt die Frage, ob Strukturen und geregelte Tagesabläufe einem Kind mit Attention Deficit Disorder (ADHD) einen Vorteil in der Therapie bringen, wenn diese berücksichtigt werden. Das Phänomen ADHD ist genau beschrieben und mit genügend Literatur belegt. Obwohl die meisten Fachleute wissen, dass das Planen der Aktivitäten im Alltag(A.D.L.'s) die Behandlung entweder unterstützen oder hindern kann, wurde dies noch nicht erforscht. Reilly hat jedoch herausgefunden, die „natürliche soziale Interaktion im Alltag“ als Richtlinie zum Entwerfen eines Ablaufs für ergotherapeutische Behandlung genutzt werden kann. Die Studien zeigen ebenfalls auf, wie die medikamentöse Behandlung auf die Symptome wirkt. Das Medikament verhilft den Kindern zu besseren schulischen Leistungen, vorausgesetzt sie essen ihre Mahlzeiten und schlafen in der Nacht. Das Medikament wird genauer beschrieben und das ADHD muss umfassend therapiert werden. Ziel: die Forscher möchten aufzeigen was für Schwierigkeiten Eltern von Kindern und die Kinder selbst mit ADHD im alltäglichen Leben und der Planung von Aktivitäten wie Hausaufgaben, Abendessen und Freizeit bewältigen.
Methode
Die Forscher benutzen einen Interviewguide mit non direktiven Fragen, die relevant zu diesen Themen sind. Qualitative Umfragen waren die Hauptquelle, um Informationen von Eltern mit Erfahrung mit Kindern mit ADHD zu gewinnen. Die Interviews wurden aufgenommen und transkribiert von einem professionellem Transkribierer. Erkenntnisse und Interpretationen wurden durch systematische und genauesten Analysen auf der Studie nach der Grounded Theorie (Strauss A., Corbin J., 1990) aufgebaut. Die Forscher bekamen die Erlaubnis der nationale Selbsthilfegruppe von Los Angeles (South California), Kinder und Erwachsene mit ADHD (CHADD – Children and Adults with Attention Deficit Disorder), Treffen zu besuchen. An drei Anlässen habe sie ihr Forschungsgebiet vorgestellt und habe für Teilnehmer geworben. Ebenfalls wurde eine Ergo- und Physiotherapie Klinik kontaktiert, welche Flyer an potentielle Teilnehmer geschickt haben. Interessierte Familien konnten Kontakt mit den Forschern aufnehmen. Einschlusskriterien waren das Kinder mit ADHD zwischen 6 und 12 Jahren sind und das die Familie englischsprachig ist. 17 Familien haben teilgenommen, von denen 12 mit beiden Elternteilen aufwachsen, 5 Alleinerziehende. Nur 3 Vätern der zwei Eltern Familien habe mitgemacht und es Familien mit europäischen Wurzeln. Neun von allen Müttern sind berufstätig. 3 der Familien haben 1 Kinde, der Rest hat zwei Kinder, von welchen in drei Familien zwei Kinder von ADHD betroffen sind. Sättigung (Saturation) wurde erreicht, wenn keine neuen Erkenntnisse mit mehr Daten erreicht werden. Pro Familie wurden 1- 4 Interviews durchgeführt. Die Zeit, welche in den Familien verbracht wurden rangiert zwischen 1,5 bis 5 Stunden. Die Eltern wurden von den Forschern gefragt, ihre Familiengeschichte zu erzählen und einen typischen Tagesablauf zu beschreiben. Es wurden ausschliesslich Hausaufgaben, Abendessen und Freizeit befragt und analysiert (wird in in der Studie genauer erklärt)
Ergebnis
Es ist wichtig zu wissen, welche Aktivitäten für Familien mit Kinder mit speziellen Bedürfnissen wichtig sind, um sie bei diesen Aktivitäten in Heimprogrammen zu begleiten und in diesen unterstützen. Hinojosa & Anderson zeigen auf, dass Mütter mit Kindern mit CP Heimprogrammen nur Folgen, wenn diese in Ihren Tagesablauf hineinpassen und gleichzeitig die Interaktion mit Ihren Kindern nicht darunter leidet. Um ein erfolgreiches Heimprogramm zu entwerfen, muss der Alltag und die Werte der Familie berücksichtigt werden. Die aktuelle Studie ist aufgebaut auf Daten von Familien, welche Kinder mit ADHD haben, welche Symptome aufweisen, die den Tagesablauf empfindlich stören können. Diese Studie zeigt Strategien auf, wie Eltern mit Kindern von ADHD ihre Aktivitäten ihres Tagesablauf planen um mehr positive Erlebnisse für ihre Familie zu erreichen, ihren Kulturen angepasst. Schlussendlich zeigt diese Studie auf, dass die gesellschaftliche Norm eines Tagesablauf oft die unterschiedlichen Familien mit ihren Strukturen, Kulturen und Werten ignoriert. Sie haben die Ergebnisse mit Paradigmafällen und Teilnehmergeschichten untermauert.
Diskussion
Die Forscher waren erstaunt, wie offen die teilnehmenden Eltern über ihren Alltag erzählten. Die Details und Erklärungen waren hilfreich und haben die Arbeit zu gleichen Zeit erschwert.

Es ist komplett Familienabhängig (Werte, Struktur, Kultur) ist, ob die Planung des Tagesablaufes und anderer Zeitplan erfolgreich sind. Kinder sind nicht kalkulierbar, das zeigt sich in der Kontroversität der Diskussion. Am Ende zeigt sich jedoch, dass sich die Tagesabläufe sich ähneln, die Differenz, ob sie nun Ritalin nehmen oder nicht, ist nicht bemerkenswert. Die Familien haben sich schon strategisch so optimiert, dass wenn Schwierigkeiten auftauchen, diese aufzufangen. . Die erhobenen Daten zeigen auch das die Symptome von ADHD den täglichen natürlichen Tagesablauf empfindlich beeinträchtigen können. Diese Studie zeigt unter anderem auch auf wie die Eltern ihre Familien durch den Tag manövrieren um eine höhere Zufriedenheit zu ermöglichen.. Kritik:(bei Grounded Theory möglich, für uns gut, da wie Kontrollgruppe Kinder ohne ADHD-also Vergleich!!) Um zusätzliche Informationen zu erhalten, haben die Forscher eine informale Studie mit Bekannten der ADHD Kindern veranlasst. Diese sagt aus, dass obwohl die Zeit des Abendessens gleich geplant wird in allen Familien, gibt es kleine Unterschiede zu anderen Familien mit Kindern ohne ADHD. Gerade die Planung von Freizeit, Hausaufgaben und Abendessen ist anders, die Kinder ohne ADHD hatten Zeit für Freizeit!!. Jedoch halten sich beide an die Gesellschaftliche Norm: Arbeit bevor Spass, gesetzt, dass die Eltern dies als wichtig empfinden. Die Wichtigkeit der Hausaufgaben und dem damit verbundenen Zeitaufwand hat grossen Einfluss auf die freie Zeit der Kinder mit ADHD.
--

Würdigung der Studie:

Einleitung
Die Forscher führen den Leser ins Thema ein und erklären das Phänomen. Die Studie hat ein klares Ziel, welches mit älterer, dafür mit genügend Hintergrundliteratur begründet wird. Sie behandelt und beantwortet eine auch heute noch relevante Frage für die Ergotherapie.
Methode
Es handelt sich um ein Qualitatives Studiendesign. Die Qualitative Forschungsmethoden wurden ausgewählt, weil sie der beste Ansatz sind, um die Lebenserfahrungen der Teilnehmer zu beschreiben und zu verstehen und zu erklären, wie und warum Handlungen ergriffen werden (Kvale, 1996, Marshall & Rossman, 1995).
Sampling die Stichproben sind repräsentativ und können gut auf die Schweiz übertragen werden, da wir auch das Schulsystem mit Hausaufgaben haben auch heute 19 Jahre später noch aktuell. Die Stichproben grösse ist angepasst da sie es mit der Saturation nach Lincoln & Guba 1985 begründen. Die Teilnehmer erleben täglich das beschriebene Phänomen.
Datenerhebung
Die Datenerhebung wird genau beschreiben und mit Literatur begründet (Kvale S. Interviews: an introduction to qualitative research interviewing. Thousand Oaks, CA: Sage 1996, Marshall C., Rossmann GB. Designing qualitative research.1995) In der Studie geht es darum wie Eltern ihren Tagesablauf mit ADHD Kindern erleben und was für Strategien sie anwenden. Die Daten Sättigung wird nach 17 Familien erwähnt und diskutiert. Die Teilnehmer sind alle freiwillig dabei, da sie den Erstkontakt mit dem Forscher herstellen mussten. Die Daten Analyse wurde klar nach „The Grounded Theorie“ (Strauss & Corbin) gemacht und nachvollziehbar beschrieben.
Ethik: Die Teilnehmer sind anonymisiert worden, es steht nicht in welchem Verhältnis der Forscher zu den Teilnehmern stand.
Ergebnis
Diskussion