

Occupational Performance Coaching bei Eltern mit Kindern mit einer geistigen Beeinträchtigung

Corina Baumann
Matrikelnummer: S16544025

Rahel Meleri
Matrikelnummer: S16544314

Departement Gesundheit
Institut für Ergotherapie
Studienjahr: 2016
Eingereicht am: 3. Mai 2019
Begleitende Lehrperson: Andrea Citrini-Hunger

**Bachelorarbeit
Ergotherapie**

Anmerkung:

Englische Fachbegriffe aus Studien und Modellen wurden in dieser Arbeit für eine bessere Lesbarkeit auf Deutsch übersetzt. Um Interpretationsfehler zu vermeiden wurden diese *Kursiv* gekennzeichnet.

Spezifische Fachwörter sind in der vorliegenden Arbeit mit einem Stern (*) gekennzeichnet. Diese werden im Anhang A Glossar erklärt.

Inhaltsverzeichnis

Abstract	6
1. Einleitung	7
2. Theoretischer Hintergrund.....	9
2.1 Occupational Performance Coaching nach Graham, Rodger und Kennedy- Behr (2017)	9
2.1.1 Domäne: Structured process / <i>Strukturierter Prozess</i> (Graham et al., 2017)	10
2.1.2 Domäne: Emotional support / <i>Emotionale Unterstützung</i> (Graham et al., 2017).....	12
2.1.3 Domäne: Information exchange / <i>Informationsaustausch</i> (Graham et al., 2017).....	13
2.2 Geistige Beeinträchtigung bei Kindern	14
2.3 Intelligenz und Intelligenzquotient	15
3. Methodik.....	17
3.1 Methodisches Vorgehen	17
3.2 Kriterien zur Auswahl der Literatur	18
3.3 Selektionsprozess	19
3.4 Beurteilung der Forschungsqualität.....	20
3.5 Analyse des Datenmaterials aus der Literatur	21
4. Ergebnisse	22
4.1 Hauptstudie 1, Graham et al. (2013)	22
4.1.1 Zusammenfassung Hauptstudie 1	22
4.1.2 Würdigung und Güte Hauptstudie 1.....	25
4.2 Hauptstudie 2, Graham et al. (2016)	27
4.2.1 Zusammenfassung Hauptstudie 2	27
4.2.2 Würdigung und Güte Hauptstudie 2.....	28
4.3 Hauptstudie 3, Huus, et al. (2016).....	30
4.3.1 Zusammenfassung Hauptstudie 3	30
4.3.2 Würdigung und Güte Hauptstudie 3.....	33
4.4 Zusammenfassung.....	35
4.5 Erfüllen der elterlichen Bedürfnisse anhand des OPC	36
4.5.1 <i>Den Kindern Fertigkeiten vermitteln</i>	36
4.5.2 <i>Erklärung der Situation</i>	37
4.5.3 <i>Freizeitaktivität für das Kind finden</i>	37

4.5.4	<i>Managen des Kindverhaltens</i>	38
4.5.5	<i>Zeit für sich selbst</i>	38
4.5.6	<i>Gegenseitige Unterstützung innerhalb der Familie</i>	39
4.5.7	<i>Erfahrungen anderer Eltern lesen, Eltern treffen</i>	40
4.5.8	<i>Aktuelle und zukünftige Unterstützungsmöglichkeiten und finanzielle Unterstützung</i>	40
5.	Diskussion	41
5.1	Kritisches Gegenüberstellen der Ergebnisse	41
5.1.1	<i>Das OPC als wirksame Interventionsmethode</i>	41
5.1.2	<i>Den Kindern Fertigkeiten vermitteln</i>	42
5.1.3	<i>Erklärung der Situation</i>	43
5.1.4	<i>Freizeitaktivität für das Kind finden</i>	43
5.1.5	<i>Managen des Kindverhaltens</i>	44
5.1.6	<i>Zeit für sich selbst</i>	44
5.1.7	<i>Gegenseitige Unterstützung innerhalb der Familie</i>	45
5.1.8	<i>Erfahrungen anderer Eltern lesen, Eltern treffen</i>	46
6.	Schlussfolgerung	47
6.1	Beantwortung der Forschungsfrage	47
6.2	Empfehlungen für die Praxis	47
6.3	Limitationen	48
6.4	Offene und weiterführende Fragen	49
	Verzeichnisse	50
	Literaturverzeichnis	50
	Abbildungsverzeichnis	55
	Diagrammverzeichnis:	55
	Tabellenverzeichnis	55
	Wortzahl	56
	Eigenständigkeitserklärung	56
	Danksagung	57
	Anhang	58
A	Glossar	58
B	Literaturverzeichnis Glossar	59
C	AICA Raster Hauptstudie 1, Graham et al., (2013)	60
D	AICA Raster Hauptstudie 2, Graham et al., (2016)	67
E	AICA Raster Hauptstudie 3, Huus et al., (2017)	72

F	Suchmatrix	77
---	------------------	----

Abstract

Hintergrund

Eine geistige Beeinträchtigung eines Kindes hat auf die ganze Familie Auswirkungen. Der Einbezug von Angehörigen ist wichtig für den Erfolg der Therapie. Mit dem Occupational Performance Coaching (OPC) verfügt die Ergotherapie über einen evidenzbasierten Ansatz für die Elternarbeit. In dieser Arbeit wird ein Bezug zu Eltern mit Kindern mit einer geistigen Beeinträchtigung hergestellt.

Fragestellung

Wie können Eltern von Kindern mit einer geistigen Beeinträchtigung von Ergotherapeuten oder Ergotherapeutinnen anhand von OPC im Alltag unterstützt und gecoacht werden?

Methode

Es wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt. Unter Einbezug von Ein- und Ausschlusskriterien wurden drei Hauptstudien ausgewählt. Diese wurden zusammengefasst, gewürdigt und in Bezug zueinander gestellt.

Ergebnisse

Die Ergebnisse zeigen, dass das OPC wirksam ist bei Kindern mit Performanzeinschränkungen. Spezifische Strategien sind aufgeführt, welche während des OPC Prozesses erfolgreich angewandt wurden. Die Verfasserinnen stellen eine Verbindung zu den Bedürfnissen von Eltern von Kindern mit einer geistigen Beeinträchtigung und dem OPC her.

Schlussfolgerung

Da die elterlichen Bedürfnisse variieren, muss das OPC für jede Familie individuell gestaltet werden. Die Forschungsfrage konnte grösstenteils beantwortet werden. Die Ergebnisse dieser Arbeit weisen darauf hin, dass das OPC für Eltern mit Kindern mit einer geistigen Beeinträchtigung geeignet ist.

Keywords

children, mental retardation, support, family, coach, OPC, occupational therapy

1. Einleitung

Das Leben mit einem Kind mit einer Beeinträchtigung hat auf die ganze Familie gravierende Auswirkungen (Silibello et al., 2016). Dadurch, dass die Dienstleistungen in vielen Ländern unkoordiniert sind und die finanzielle Unterstützung oft unzureichend ist, wirkt sich dies als grosse Belastung für betroffene Familien aus (Silibello, et al., 2016). Eine essentielle Rolle spielt hier die Ergotherapie, denn sie betreut solche Kinder im ambulanten Setting und begleitet sie auch punktuell in heilpädagogischen Schulen. Über Ergotherapie mit Kindern mit einer geistigen Beeinträchtigung gibt es nicht viele Daten, und das obwohl viele dieser Kinder in ihrer Alltagsperformanz* eingeschränkt sind (King, Shields, Imms, Black, & Ardern, 2013). In diesem Bereich gibt es aus Sicht der Verfasserinnen noch beträchtliches Potenzial, die Ergotherapie auszubauen und einzubeziehen. Kinder mit einer geistigen Beeinträchtigung nehmen im Gegensatz zu anderen Kindern mit einem typischen Entwicklungsverlauf weniger an Freizeitaktivitäten teil (Shields, Synnot, & Kearns, 2015).

Für das Lernen und die kindliche Entwicklung ist die Teilnahme an Betätigungen* jedoch wesentlich (Tonkin, Ogilvie, Greenwood, Law, & Anaby, 2014). Tonkin et al., (2014) finden auch, dass bei Kindern mit einer Beeinträchtigung das Risiko besteht, dass diese Teilnahme an Betätigungen abnimmt. Um die Partizipation* solcher Kinder zu ermöglichen, verkörpert die Ergotherapie eine wichtige Funktion. Besonders die Elternarbeit ist in der pädiatrischen Ergotherapie wichtig, weil der Einbezug der Angehörigen für den Erfolg der therapeutischen Interventionen essentiell ist (Adler & Hägele, 2016). Durch den Einbezug der Eltern können Therapieerfolge zu Hause besser umgesetzt werden, und der Ergotherapeut oder die Ergotherapeutin kann einen besseren Zugang zum Kind finden (Adler & Hägele, 2016).

Eltern benötigen eine starke Wissensbasis für die Betreuung eines Kindes mit einer geistigen Beeinträchtigung (Douglas, Redley, & Ottmann, 2017). Laut Douglas et al., (2017) ist für die Eltern vor allem im ersten Lebensjahr ein erhöhter Informationsbedarf vorhanden. Wird dieser durch Fachkräfte abgedeckt, kann der elterliche Stress vermindert werden (Douglas et al., 2017). Daher ist es aus Sicht der Verfasserinnen dieser Arbeit umso wichtiger als Ergotherapeut oder Ergotherapeutin, mit anderen Professionen gemeinsam den Zugang zu den Informationen zu ermöglichen und die Eltern bestmöglich zu unterstützen und zu coachen.

«Der Familienkontext hat einen enormen Einfluss auf den Fortschritt der Kinder, auf die Fähigkeiten und Möglichkeiten von Teilhabe an Aktivitäten.» Law et al. (2004, Zit. nach (Adler & Hägele, 2016).

Wie bereits oben erwähnt, werden Kinder mit einer geistigen Beeinträchtigung oft in die Ergotherapie überwiesen, da diese Kinder Schwierigkeiten haben ihren Alltag zu bewältigen und in ihrer Alltagsperformanz eingeschränkt sind. Mit dem ergotherapeutischen Ansatz «Occupational Performance Coaching» (OPC) nach Graham, Rodger & Kennedy-Behr (2017) liegt die Unterstützung der Angehörigen im Fokus. Dabei wird die Performanz* des Kindes durch das Coaching der Angehörigen gestärkt (Graham et al., 2017). Von Wichtigkeit ist gemeinsames Entwickeln von Strategien und eine partnerschaftliche Lösungsfindung zwischen Eltern und dem Ergotherapeuten oder der Ergotherapeutin (Graham et al., 2017).

In Bezug auf die Ergotherapie stellt sich die Frage, wo und wie die Eltern von solchen Kindern Unterstützung benötigen. Auch muss geklärt werden, was die Rolle des Ergotherapeuten oder der Ergotherapeutin ist und was im Umgang mit diesen Klienten zu beachten ist. Anhand der Evidenzlage sollte geprüft werden, ob das Coaching im Therapiealltag eingeplant werden sollte oder nicht.

Um diesen Themen auf den Grund zu gehen entstand folgende Fragestellung:

Wie können Eltern von Kindern mit einer geistigen Beeinträchtigung von Ergotherapeuten oder Ergotherapeutinnen anhand des Occupational Performance Coachings (OPC) im Alltag unterstützt und gecoacht werden?

Das Ziel dieser Arbeit ist zu erforschen, wie Eltern von Kindern mit einer geistigen Beeinträchtigung durch Ergotherapeuten oder Ergotherapeutinnen im Alltag unterstützt und gecoacht werden können. Da es sich beim OPC nach Graham et al. (2017) um einen evidenzbasierten Ansatz handelt, wird er in dieser Bachelorarbeit verwendet, um die Elternarbeit bei Eltern mit Kindern mit einer geistigen Beeinträchtigung aufzuzeigen.

2. Theoretischer Hintergrund

Im theoretischen Hintergrund werden die Themen OPC, geistige Beeinträchtigung und Intelligenz einzeln beschrieben und erläutert, da diese Themen wichtig sind für das Verständnis dieser Bachelorarbeit.

2.1 Occupational Performance Coaching nach Graham, Rodger und Kennedy-Behr (2017)

In diesem Abschnitt wird das Thema OPC näher erörtert. Es wird erklärt, was das OPC ist, welches Ziel das OPC verfolgt und was unter den drei Befähigungsdomänen aus dem OPC verstanden wird. Dazu muss gesagt werden, dass das OPC sehr umfangreich ist, und die folgenden Erläuterungen nur einen Überblick für das grobe Verständnis geben sollen. Für genaue Ausführungen empfehlen die Verfasserinnen dieser Arbeit die Einsehung der referenzierten Literatur.

Das OPC wurde von Fiona Graham, Sylvia Rodger und Jenny Ziviani im Jahr 2009 entwickelt (Graham et al., 2017). Das Ziel der Intervention mit dem OPC ist die Zusammenarbeit mit den Eltern, um deren Betätigungsziele und die Betätigungsziele der Kinder zu erreichen. Es ist ein ressourcenorientierter Ansatz für die Arbeit mit Kindern und deren Eltern, welche in ihrer Betätigungsperformanz* herausgefordert sind. Das OPC kann eingesetzt werden, wenn Eltern einen Weg finden möchten, die Betätigungsrollen*, Betätigungsaufgaben* und Betätigungsrouinen* des Kindes zu unterstützen. Eine verbesserte Betätigungsperformanz wird durch bessere Angleichung zwischen Person, Betätigung und Umwelt erreicht. Dies geschieht anhand eines Coachings. Das Coaching ist die Schlüsselkompetenz des OPC. Es stellt ein zielorientiertes Gesprächsformat dar, bei der der Ergotherapeut oder die Ergotherapeutin eine unterstützende Rolle im Lösungsfindungsprozess der Eltern einnimmt.

Graham, et al. (2017) beschreiben drei Enabling-Domains / *Befähigungsdomänen*: *den strukturierten Prozess, die emotionale Unterstützung und den Informationsaustausch* (Siehe Abbildung 1). Die verschiedenen Befähigungsdomänen können unterschiedlich gewichtet werden. Das hängt von den jeweiligen Eltern, ihren Bedürfnissen und vom

bisherigen Therapieprozess ab.

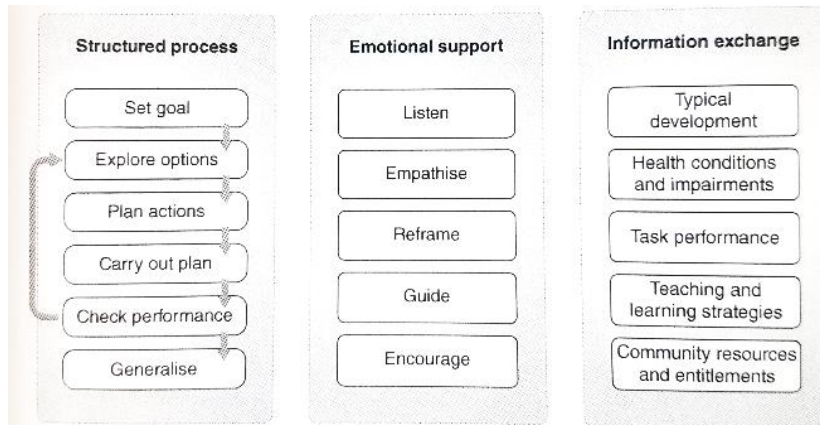


Abbildung 1: Domänen des OPC

2.1.1 Domäne: Structured process / Strukturierter Prozess (Graham et al., 2017)

Der *Strukturierte Prozess* dient den Eltern als Hilfsmittel, um Betätigungsprobleme ihrer Kinder oder von sich selbst zu analysieren und zu lösen. Er kann als Problemlöseprozess betrachtet werden. Hierbei ist es als Ergotherapeut oder Ergotherapeutin wichtig, den Eltern den Prozess genauestens zu erklären und diese durch den Prozess zu coachen. Damit die Eltern eine Situation mit allen Einflussfaktoren analysieren können finden es hilfreich, ihnen anfangs das PEO Modell zu erklären. Dieses beinhaltet die ganzheitliche Sichtweise einer Situation unter Berücksichtigung der Personenfaktoren, der Umweltfaktoren und der Betätigungsfaktoren.



Abbildung 2: Strukturierter Prozess des OPC mit PEO Modell im Zentrum

Zu Beginn des strukturierten Prozesses kommt die *Zielsetzungsphase* (Set Goal). Hierbei ist es wichtig, den Fokus auf die Ziele der Eltern zu legen und nicht etwa auf die

Ziele der Kinder. Im Idealfall werden aber Ziele behandelt, welche für alle involvierten Parteien von Bedeutung sind. Sind die Ziele, welche die Eltern nennen, zu gross gefasst, kann der Ergotherapeut oder die Ergotherapeutin Unterziele bilden. Danach folgt die *Explorationsphase* (Explore options). Zuerst wird erfasst, auf welchem Stand die Performanz des Kindes oder der Eltern ist. Dies geschieht mittels einer gemeinsamen Performanzanalyse* (Collaborative Performance Analysis). Dann wird erfasst, wie die Eltern die aktuelle Performanz wahrnehmen und welche Verbesserungen sie sich für die Zukunft wünschen. Es werden verbessernde und verschlechternde Faktoren aufgedeckt. Diese können sich auf die Umwelt, die Aufgabe, das Kind oder die Eltern beziehen. Schlussendlich wird in der Explorationsphase auch die Motivation der Eltern nach Veränderung geprüft.

Es folgt eine *Handlungsplanung* (Plan Actions). Dabei werden Handlungen und Aktivitäten* für die folgende Woche geplant. Die geplanten Aktivitäten sollten die Betätigungsperformanz des Kindes oder der Eltern fördern. Die Aufgabe der Eltern ist es, hierbei die Machbarkeit des Plans und die Wahrscheinlichkeit, dass es funktioniert, zu prüfen. Der Ergotherapeut oder die Ergotherapeutin beobachtet die Reaktionen der Eltern und spricht sie auf Unsicherheiten an. Oft ist ein Informationsaustausch oder eine emotionale Unterstützung nötig, um Wochenpläne zu erstellen.

Sobald die Planung abgeschlossen ist, folgt die *Umsetzung des Plans* (Carry out plan). Dafür ist es wichtig, dass die Eltern ihre Aufgaben genau kennen. Denn sie werden den Plan im vertrauten Performanzkontext* des Kindes oder von sich selbst durchführen, das heisst zu Hause oder im gesellschaftlichen Setting. Es ist auch wichtig, den Eltern zu vermitteln, dass Schwierigkeiten bei der Umsetzung nicht nur schlecht sind. So gewinnt man weitere Erkenntnisse über die Performanz und kann Schlüsse für den nächsten Versuch ziehen.

Nach der Ausführung, welche unterschiedlich lange dauert, folgt die gemeinsame *Überprüfung der Performanz* (Check performance). Dabei sind folgende Fragen zu beantworten:

- Was hat sich in der vergangenen Woche an der Performanz geändert?
- Was soll nächste Woche wieder gleich umgesetzt werden?
- Was hat geholfen?
- Was könnte man sonst noch tun, das helfen könnte?

- Was sollte man in Zukunft vermeiden?

Wenn nach der Überprüfung herauskommt, dass die Performanz noch nicht zufriedenstellend ist, beginnt der Prozess erneut bei der Explorationsphase.

War die Performanz befriedigend, kann zum letzten Schritt des strukturierten Prozesses übergegangen werden. Dieser letzte Schritt ist das *Generalisieren* (Generalise). Hier wird erörtert, ob hilfreiche Strategien auch auf andere Aufgaben übertragen werden können. So können mithilfe eines einzigen Lösungsvorschlags mehrere Performanzen verbessert werden.

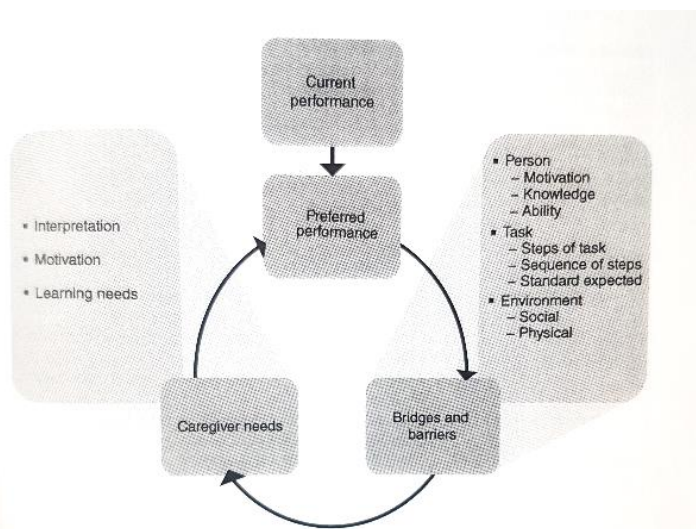


Abbildung 3: Collaborative Performance Analysis

2.1.2 Domäne: Emotional support / Emotionale Unterstützung (Graham et al., 2017)

Die *emotionale Unterstützung* ist sehr wichtig für den Therapieprozess. Sie ermöglicht den Aufbau einer soliden therapeutischen Beziehung. Ist diese vorhanden, fällt es den Eltern leichter, die Betätigungsprobleme ihrer Kinder zu erforschen und den Betätigungskontext nachhaltig zu verändern. Die *emotionale Unterstützung* durch den Ergotherapeuten oder die Ergotherapeutin zieht sich durch den gesamten Therapieprozess.

Zu den Instrumenten der *emotionalen Unterstützung* gehören aufmerksames und wertungsfreies *Zuhören* (Listen), *Einfühlungsvermögen* (Empathise), die unterstützende Umrahmung des Prozesses, zum Beispiel durch paraphrasieren oder aufzeigen verschiedener Sichtweisen (Reframe), unterstützende *Leitung* des Prozesses der Eltern (Guide) und *Ermutigung* (Encourage).

2.1.3 Domäne: Information exchange / Informationsaustausch (Graham et al., 2017)

Im Zentrum des Prozesses steht das PEO Modell (Siehe Abbildung 2, in der Mitte). Gespräche mit den Eltern sind sehr wichtig und man kann teilweise auch Performanzbeobachtungen durchführen. Es soll ein reger Wissensaustausch stattfinden, da die Eltern am besten über ihr Kind Bescheid wissen. Der Ergotherapeut oder die Ergotherapeutin unterstützt die Eltern mit dem nötigen Fachwissen. Gemeinsam kann die Betätigungsperformanz des jeweiligen Kindes oder der Eltern selbst verbessert werden.

Es gibt unterschiedliche Kategorien des Informationsaustausches, die im Folgenden kurz vorgestellt werden.

Typische Entwicklung (Typical Development):

Ein Austausch über die typische Entwicklung eines Kindes kann hilfreich sein, um herauszufinden, was der nächste Schritt in der Therapie sein sollte. Die Eltern liefern Informationen über ihr Kind, was dem Ergotherapeuten oder der Ergotherapeutin helfen kann, sich über den aktuellen Entwicklungsstand des Kindes im Klaren zu werden. Für die Eltern kann es nützlich sein zu wissen, was Kinder im Alter ihres eigenen Kindes oft schon können oder nicht können. Das hilft ihnen, weitere Schritte für ihren Prozess abzuleiten.

Gesundheitszustand und Beeinträchtigungen (Health conditions and impairments):

Natürlich ist auch der Austausch über die spezifischen Ressourcen und Beeinträchtigungen des Kindes wichtig, um die Performanz verbessern zu können. Dies geschieht auch im *Informationsaustausch*.

Aufgabenperformanz (Task performance):

Auch wird bereits im Informationsaustausch über die spezifischen Performanzen des Kindes oder der Eltern gesprochen. Unter Umständen wird auch hier schon eine gemeinsame Performanzanalyse durchgeführt. Auch gilt es, Annahmen der Eltern zu klären und gegebenenfalls zu revidieren.

Lehr- und Lernstrategien (Teaching and learning strategies):

Oft ist eine Wissensbasis über nützliche Lehrstrategien wichtig für die Eltern, damit sie ihren Kindern gewisse Fertigkeiten vermitteln können. Es ist aber auch hilfreich zu wissen, wie das Kind am besten lernen kann, da es verschiedene Lerntypen gibt. Der Ergotherapeut oder die Ergotherapeutin kann spezifisches Wissen zur Verfügung

stellen. Die Eltern können dazu beitragen, indem sie aus Erfahrungen berichten, wie ihr Kind lernt und welche Strategien sie bisher angewendet haben.

Gesellschaftliche Ressourcen und Ansprüche (Community resources and entitlements):

Oft benötigen Eltern mehr Wissen über zur Verfügung stehende, gesellschaftliche Angebote. Dazu zählen zum Beispiel Hilfsgruppen oder spezifische Websites und Workshops. Aber auch eine Aufklärung über Ansprüche, welche sie für sich und ihr Kind geltend machen können, ist wichtig. Hierzu zählen zum Beispiel finanzielle Unterstützungsmöglichkeiten.

2.2 Geistige Beeinträchtigung bei Kindern

In diesem Kapitel wird Definition, Symptomatik und Ursache des Krankheitsbildes der geistigen Beeinträchtigung bei Kindern erläutert.

Die Begriffe «Mentale Retardierung», «Intelligenzminderung», «geistige Behinderung» werden beim Krankheitsbild geistige Beeinträchtigung als Synonyme verwendet (Knipschild & Müller, 2016; Krollner & Krollner, 2018).

Geistige Beeinträchtigung wird nach International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, kurz ICD 10, nach Krollner & Krollner (2018) wie folgt definiert:

«Ein Zustand von verzögerter oder unvollständiger Entwicklung der geistigen Fähigkeiten; besonders beeinträchtigt sind Fertigkeiten, die sich in der Entwicklungsperiode manifestieren und die zum Intelligenzniveau beitragen, wie Kognition, Sprache, motorische und soziale Fähigkeiten. Eine Intelligenzstörung kann allein oder zusammen mit jeder anderen psychischen oder körperlichen Störung auftreten.»

Die Intelligenzminderung wird im ICD 10 nach Krollner & Krollner (2018) in sieben Abstufungen eingeteilt. Die Einteilung in die verschiedenen Stufen wird mittels Intelligenzquotienten, kurz IQ, bestimmt.

Folgende Gliederung wird nach ICD 10 durchgeführt:

F70.- Leichte Intelligenzminderung	IQ-Bereich von 50-69
F71.- Mittelgradige Intelligenzminderung	IQ-Bereich von 35-49
F72.- Schwere Intelligenzminderung	IQ-Bereich von 20-34
F73.- Schwerste Intelligenzminderung	IQ unter 20
F74.- Dissoziierte Intelligenz	Deutliche Diskrepanz, mindestens 15 IQ-Punkte Unterschiede zwischen Sprach-IQ und Handlungs-IQ
F78.- Andere Intelligenzminderung	
F79.- Nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung	

Nach AWMF Leitlinie (2015a, zit. nach Knipschild & Müller, 2016) sieht die Definition wie folgt aus:

«Symptome für eine geistige Behinderung im frühen Kindesalter sind:

- *Das erheblich verzögerte oder auch ausbleibende Erreichen von «Meilensteinen» oder kognitiven, sprachlichen und oft auch der motorischen Entwicklung*
- *Ein eingeschränktes Spiel- und Lernverhalten*
- *Eine erschwerte Anpassung an die Anforderungen des täglichen Lebens und der zu erwarteten Fähigkeiten der Selbstversorgung»*

Laut Otto (2013) kann als Ursache einer geistigen Beeinträchtigung alles, was die Entwicklung des Gehirns beeinträchtigt, in Frage kommen. Der Zeitpunkt dafür kann vor, während oder nach der Geburt sein (Otto, 2013). Beispiele dafür sind genetische Ursachen, Substanzkonsum während der Schwangerschaft, Hirnhautentzündungen, Sauerstoffmangel während der Geburt oder ein Unfall (Otto, 2013).

2.3 Intelligenz und Intelligenzquotient

Da eine geistige Beeinträchtigung im ICD 10 (Krollner & Krollner, 2018) über den Intelligenzquotienten definiert wird, soll kurz auf das Thema Intelligenz eingegangen werden. Es soll ein Grundverständnis für den Begriff geschaffen werden, um das Erscheinungsbild der geistigen Beeinträchtigung besser verstehen zu können. Auf eine vertiefte Auseinandersetzung des Themas wird jedoch verzichtet, da diese den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde.

Das Wort «Intelligenz» lässt sich laut Solso & Reiss (2005) nicht abschliessend definieren, da es bis heute Differenzen in der Wissenschaft gibt und unterschiedliche Theorien im Umlauf sind. Das Auftauchen von «künstlicher Intelligenz» hat Psychologinnen und Psychologen dazu veranlasst zu untersuchen, was die menschliche Intelligenz von der künstlichen Intelligenz unterscheidet (Solso & Reiss, 2005). Mit künstlicher Intelligenz ist hier Computerintelligenz gemeint.

Nickerson, Perkins und Smith (1985, zit. nach Solso & Reiss, 2005, S.424-425) kamen dabei zum Schluss, dass folgende Punkte die Einzigartigkeit der menschlichen Intelligenz ausmachen:

- Klassifikation von Mustern
- Verhaltensanpassung und Lernen
- Deduktive und induktive Schlussfolgerung
- Entwicklung und Verwendung von begrifflichen Modellen
- Zusammenhänge verstehen

Es ist gemeinhin akzeptiert, den menschlichen Intellekt aufgrund eines universalen Intelligenzfaktors, wie z.B. den Intelligenzquotienten, zu unterscheiden (Wentura & Frings, 2013).

Man kann laut Margraf (2018) die Intelligenz an sich nicht messen, sondern nur deren Funktionen. Der Intelligenzquotient, kurz IQ, bezeichnet die intellektuelle Leistungsfähigkeit (Margraf, 2018). Die Interpretation der Ergebnisse erfolgt mit einer Punkteskala. Von einer über- oder unterdurchschnittlichen Intelligenzentwicklung wird gesprochen, wenn die erreichte Punkteanzahl deutlich vom Mittelwert der entsprechenden Altersgruppe abweicht (Margraf, 2018). Zu beachten ist, dass die sogenannte emotionale Intelligenz, laut Berk, Schönpflug, Petersen, & Aralikalti (2011), losgelöst vom Intelligenzquotienten betrachtet wird. So kann zum Beispiel ein Mensch einen unterdurchschnittlichen IQ, und gleichzeitig eine ausserordentlich hohe emotionale Intelligenz haben (Berk et al., 2011).

3. Methodik

In der Methodik wird das Vorgehen über die gesamte Arbeit dokumentiert. Für eine übersichtliche Darstellung wurde das Vorgehen in Themen untergeordnet, diese sind: methodisches Vorgehen, Kriterien zur Auswahl der Literatur, Selektionsprozess, Beurteilung der Forschungsqualität und Analyse des Datenmaterials aus der Literatur.

3.1 Methodisches Vorgehen

Das methodische Vorgehen zeigt auf, wie die Literatursuche durchgeführt wurde. Um Evidenzen zur aufgestellten Fragestellung zu finden, wurde fachübergreifend in wissenschaftlichen Datenbanken nach Literatur gesucht. Für die Literaturrecherche wurden folgende Datenbanken verwendet: AMED¹, CINAHL², Cochrane Library, Medline³ und PubMed. Anfangs wurde allgemein nach ergotherapeutischen Interventionen für Kinder mit einer geistigen Beeinträchtigung gesucht, um diese in ihrer Partizipation in ausserschulischen Aktivitäten zu unterstützen. Für die Hauptstudien wurden nach Primär- und / oder Sekundärliteratur gesucht. Für den theoretischen Hintergrund und die Diskussion wurde zusätzlich Tertiärliteratur verwendet.

Tabelle 1: Keywords

Begriff	Suchbegriff	Synonyme (weitere Suchbegriffe)
Kinder	children	youth, kids
Geistige Beeinträchtigung	mental retardation	intellectual disability, mental disability
Intervention	intervention	therapy, treatment
Ergotherapie	occupational therapy	occupational therapist
Unterstützung	support	benefit, aid, subvention
Partizipation	participation	integration, inclusion
Freizeit	leisure	leisure time, free time, leisure activity, offer, out-of-school activities
Eltern	parents	folks
Begleiten	coach	instruct, teach
OPC	OPC	occupational performance coaching

¹ Allied and Complementary Medicine Database

² The Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

³ Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

Die oben aufgeführten Keywords wurden aus der Fragestellung abgeleitet und ins Englische übersetzt. Des Weiteren wurde mit Hilfe von Online Wörterbüchern Englische Synonyme recherchiert. Die Suchbegriffe wurden im Verlauf der Literaturrecherche erweitert. In der Literaturrecherche wurden die Keywords mit den Bool'schen Operatoren (AND, OR) kombiniert. Um die Literaturrecherche weiter einzugrenzen, wurde in einem nächsten Schritt teilweise nach Studien gesucht, die nicht älter als zehn Jahre sind. Da bereits vor der Recherche angenommen wurde, dass wenig Literatur zum gewählten Thema vorhanden ist, wurden direkt während der Suche wenig Eingrenzungsmöglichkeiten angewendet. Daher wurden entsprechende Schlagwörter wie CINAHL Headings oder Medical Subjects Headings (MeSH Terms) in der Literaturrecherche nicht verwendet, um mit den gesuchten Keywords auf möglichst viele Treffer zu stossen. Um trotzdem den vorrangigen bestimmten Ein- und Ausschlusskriterien gerecht zu werden, wurde diese in den gefundenen Ergebnissen manuell angewendet. Die verwendeten Keywords und Synonyme sind in der Tabelle 1, Keywords, auf Seite 17 aufgelistet.

3.2 Kriterien zur Auswahl der Literatur

Hier soll verdeutlicht werden, welche Ein- und Ausschlusskriterien verwendet worden sind bei der Suche nach den Hauptstudien für diese Arbeit.

Die Hauptstudien dieser Arbeit sollten entweder auf Kinder mit einer geistigen Beeinträchtigung oder pädiatrische Studien ohne spezifisches Krankheitsbild begrenzt sein. Pädiatrische Studien mit einem anderen spezifischen Krankheitsbild wurden ausgeschlossen, da diese das Ergebnis verfälschen würden. Es wurde darauf geachtet, dass Kinder nicht älter als achtzehn Jahre waren. Um die aktuelle Situation der Eltern mit Kindern mit einer geistigen Beeinträchtigung zu erfassen, sollten die Hauptstudien nicht vor dem Jahr 2009 erschienen sein.

Für die Abgrenzung zu anderen Themengebieten mit Kindern mit einer geistigen Beeinträchtigung, wurden (Heil-)pädagogische Studien ausgeschlossen. Da wie oben bereits erwähnt, wenig Studien zur gestellten Fragestellung erwartet wurden, waren ergotherapeutische Studien in der Suche nicht immer ein Einschlusskriterium. Es wurde fachübergreifend nach Literatur aus dem Gesundheitswesen zu Kindern mit einer geistigen Beeinträchtigung gesucht.

Damit die Studien- und Diskussionsergebnisse verglichen werden können, wurden Studien mit westlich geprägter Kultur verwendet.

Als Übersicht über die Ein- und Ausschlusskriterien wurde folgende Tabelle erstellt:

Tabelle 2: Ein- und Ausschlusskriterien

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Kinder mit geistiger Beeinträchtigung und deren Eltern / Familie	Erwachsene mit geistiger Beeinträchtigung
Kinder bis 18 Jahren	ab 18 Jahren
Studien ab 2009	Studien vor 2009
Pädiatrische, ergotherapeutische Studien mit Bezug auf geistige Beeinträchtigung	(Heil-) pädagogische Studien
Pädiatrische, nicht- ergotherapeutische Studien mit Bezug auf geistige Beeinträchtigung	
Pädiatrische, ergotherapeutische Studien ohne spezifisches Krankheitsbild	
Westlich geprägte Kultur	

3.3 Selektionsprozess

Im Selektionsprozess soll aufgezeigt werden, wie die Auswahl zu den Hauptstudien durchgeführt wurde.

Um eine Übersicht über die vorhandene Literatur zu erlangen, wurde mit Ein- und Ausschlusskriterien gearbeitet. Am Anfang wurden wenig bis keine passenden Studien zur gestellten Fragestellung gefunden. Die Stichwörter wurden darauf mehrmals angepasst und ausgewechselt. Anfänglich lag der Fokus auf den Kindern mit einer geistigen Beeinträchtigung. Da es hier keine Literatur gab, wurde die Elternarbeit mehr in den Vordergrund gestellt. Um die Elternarbeit aufzuzeigen, wurde das Occupational Performance Coaching (Graham, Rodger, & Ziviani, 2013) ausgewählt. Die Fragestellung wurde angepasst und die Begriffe parents, family, coach, support wurden in den Suchprozess aufgenommen und mit OPC ergänzt. Um auf die spezifischen Bedürfnisse von Eltern mit Kindern mit einer geistigen Beeinträchtigung einzugehen, wurde nach Studien gesucht, welche dies aufzeigen.

Trotz der Anpassung der Fragestellung stiess man im Suchprozess teilweise auf bereits gefundene Studien. Teils fand man auch zu alte Studien, welche die momentane Situation der Eltern nicht widerspiegeln würde. Es gab oft auch Studien ohne Kinder

oder Studien mit Kindern, welche ein spezifisches Krankheitsbild hatten, jedoch keine geistige Beeinträchtigung diagnostiziert hatten.

Die Literaturrecherche stellte sich als vielschichtig heraus. Es wurden verschiedene Studien zur Beantwortung der Fragestellung verwendet. In erster Linie musste die Wirksamkeit des OPC und wie diese erreicht werden kann bestätigt werden. Des Weiteren musste aber auch das Wissens- und Aufklärungsdefizit der Eltern mit Kindern mit einer geistigen Beeinträchtigung aufgezeigt werden. Abschliessend war es wichtig, die Verknüpfung zwischen Kindern mit einer geistigen Beeinträchtigung und dem OPC herzustellen.

Aufgrund der Ein- und Ausschlusskriterien wurden drei Hauptstudien ausgewählt, um die Fragestellung zu beantworten.

Tabelle 3: Ausschnitt aus der Suchmatrix

«occupational performance coaching» AND children	AMED	6	5	5	Graham, F., Rodger, S., & Ziviani, J. (2013). Effectiveness of occupational performance coaching in improving children's and mothers' performance and mothers' self-competence. <i>American Journal of Occupational Therapy</i> , 67, 10–18.
					Graham, F., Rodger, S., Ziviani, J., & Jones, V. (2016). Strategies Identified as Effective by Mothers During Occupational Performance Coaching. <i>Physical & Occupational Therapy in Pediatrics</i> , 36(3), 247–259.
Mental retardation OR intellectual disability AND parents needs	CINAHL	70	1	1	Huus, K., Olsson, L. M., Elgmark Andersson, E., Granlund, M., & Augustine, L. (2017). Perceived needs among parents of children with a mild intellectual disability in Sweden. <i>Scandinavian Journal of Disability Research</i> , 19(4), 307–317.

3.4 Beurteilung der Forschungsqualität

In diesem Kapitel wird erläutert, welche Arbeitsinstrumente für die Qualitätsüberprüfung der Studien verwendet worden sind. Zusätzlich wird aufgezeigt, nach welcher Definition die Gütekriterien verwendet worden sind.

Die Hauptstudien wurden mit Hilfe des Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal (AICA) eines Forschungsartikels von Ris & Preusse- Bleuler (2015) systematisch zusammengefasst und kritisch gewürdigt. Das Critical Appraisal wurde gewählt, da es für qualitative, wie auch für quantitative Studien anwendbar ist. Je nach

Forschungsdesign werden im Critical Appraisal andere Leitfragen verwendet. Die Leitfragen des qualitativen Forschungsdesigns basieren auf Lincoln & Guba (1985), LoBiondo-Wood, Haber & Nohl (2005) und Burns & Grove (2005). Die Leitfragen des quantitativen Forschungsdesign basieren auf LoBiondo-Wood et al. (2005) und Burns & Grove (2005). Um die qualitative Studie zu beurteilen, wurden aufbauend auf der Würdigung die qualitativen Gütekriterien nach Flick, Kardorff, & Steinke (2010) verwendet. Dazu gehören intersubjektive Nachvollziehbarkeit, Indikation des Forschungsprozesses, empirische Verankerung, Limitation, Kohärenz, Relevanz und reflektierte Subjektivität. Bei den quantitativen Studien wurden Gütekriterien nach der Definition von Bartholomeyczik & Käppeli (2008) verwendet. Diese sind Objektivität, Reliabilität und Validität einer Studie. Eine ausführliche Zusammenfassung und Würdigung der Hauptstudien sind in den Anhängen C, D und E ab Seite 60 bis Seite 76 zu finden.

3.5 Analyse des Datenmaterials aus der Literatur

In der Analyse wird verdeutlicht, wie die Ergebnisse aus den Studien zusammengeführt werden.

Die gefundene Literatur wurde mit dem oben genannten Evaluationsinstrument Critical Appraisal bewertet. Die erste Hauptstudie belegte die Wirksamkeit des OPC. Um die Fragestellung zu beantworten und das OPC mit der geistigen Beeinträchtigung zu verbinden, wurden die Ergebnisse aus den zwei anderen Hauptstudien in die drei Domänen des OPCs eingeordnet, welche in diesem Zusammenhang als Kategorie dienten.

4. Ergebnisse

Nachfolgend werden die drei Hauptstudien dieser Arbeit vorgestellt.

- Die Hauptstudie 1 ist von Graham et al. (2013) mit dem Titel:
Effectiveness of occupational performance coaching in improving children's and mothers' performance and mothers' self-competence.
- Die Hauptstudie 2 ist von Graham et al. (2016) mit dem Titel:
Strategies Identified as Effective by Mothers During Occupational Performance Coaching.
- Die Hauptstudie 3 ist von Huus et al. (2017) mit dem Titel:
Perceived needs among parents of children with a mild intellectual disability in Sweden.

Jede Hauptstudie ist in Zusammenfassung und Würdigung gegliedert. Anschliessend an die Studien, werden alle Hauptstudien in Tabellenform zusammengefasst dargestellt. Am Schluss des Ergebnisteiles wird der Zusammenhang der Bedürfnisse von Eltern mit Kindern mit einer geistigen Beeinträchtigung und dem OPC dargestellt.

4.1 Hauptstudie 1, Graham et al. (2013)

Graham, F., Rodger, S., & Ziviani, J. (2013). Effectiveness of occupational performance coaching in improving children's and mothers' performance and mothers' self-competence. *American Journal of Occupational Therapy*, 67, 10–18. <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.2013.004648>

4.1.1 Zusammenfassung Hauptstudie 1

In der Studie wurde die Wirksamkeit des OPC für die Verbesserung der Betätigungsperformanz des Kindes und der Mutter, die Verbesserung der Fähigkeiten und Erziehung der Mutter untersucht. Folgende Forschungsfragen wurden in der Studie gestellt, um die Wirksamkeit des OPC zu überprüfen:

1. Führt OPC zu einer Verbesserung der Betätigungsperformanz von Kindern und Eltern in den von den Eltern relevanten identifizierten Bereichen?
2. Tritt eine Verbesserung auch in den Bereichen der Performanz von Kindern oder Eltern ein, die während der Intervention nicht angesprochen werden?
3. Führt OPC zu einer Verbesserung des Kompetenzgefühls der Eltern im Bereich der Erziehung?

Es handelt sich um eine quantitative Studie mit einem deduktiven Ansatz. Das bedeutet, dass eine logische Schlussfolgerung vom Allgemeinen auf das Individuum erfolgte

(Hussy, Schreier, & Echterhoff, 2013). Es wurde ein Zeitserien-Design verwendet, da es in dieser Studie keine Kontrollgruppe gab. So konnte die Veränderung des zu untersuchenden Faktors zu verschiedenen Zeiten gemessen und verglichen werden (Kuss, 2012). Um die Fragestellung zu beantworten, wurde die Veränderung der Betätigungs-performanz der Kinder und die Kompetenzen der Mütter an vier verschiedenen Zeitpunkten in der Studie gemessen. Die Stichprobenbestimmung wurde mittels Daten von PSOC (Parenting sense of Competence scale) durchgeführt, welche eine Stichprobengrösse von 30 Teilnehmenden anstrebte. Der PSOC ist ein Fragebogen, welcher das Kompetenzgefühl der Eltern in ihrer Rolle misst. Es wurden Eltern gesucht, welche Bedenken in der Betätigungsperformanz ihrer Kinder hatten. Um Teilnehmende zu rekrutieren, wurde eine Warteliste für Ergotherapien und eine lokale katholische Schulzeitschrift konsultiert. Die Kinder mussten in mindestens drei Bereichen des COPM (Canadian Model of Occupational Performance) auffällig sein, um an der Studie teilzunehmen. Beim COPM handelt es sich um ein halbstrukturiertes Interview, um die Performanz und die Zufriedenheit der Performanz zu erfassen, und darauf aufbauend Ziele zu formulieren.

An der Studie nahmen 29 Kinder im Alter von 5-11 Jahren mit ihren Müttern teil. 83% der teilnehmenden Kinder hatten keine offizielle medizinische Diagnose. 83% der teilnehmenden Kinder waren Knaben. Die Studie wurde im Bundesstaat Queensland in Australien durchgeführt.

Die Betätigungsperformanz wurde anhand des GAS (goal attainment scaling) und des COPM an den vier verschiedenen Zeitpunkten in der Studie gemessen. Der GAS ist ein weiteres Instrument, um Ziele mit dem Klienten oder der Klientin zu formulieren. Diese Ergebnisse wurden danach miteinander verglichen. In den untenstehenden Diagrammen 1 und 2 wurden die Ergebnisse durch die Verfasserinnen dieser Arbeit visualisiert, damit ein besseres Verständnis für die Lesenden entsteht.

Aufgrund der drei verschiedenen Forschungsfragen gab es verschiedene Ergebniskategorien. Einige davon waren:

- Behandelte Ziele, Performanz und ihre Zufriedenheit der Kinder
- Nicht behandelte Ziele, Performanz und ihre Zufriedenheit der Kinder
- Behandelte Ziele, Performanz und ihre Zufriedenheit der Mütter
- Nicht behandelte Ziele, Performanz und ihre Zufriedenheit der Mütter

Diagramm 1: Veränderung des COPM-Scores: Kinder

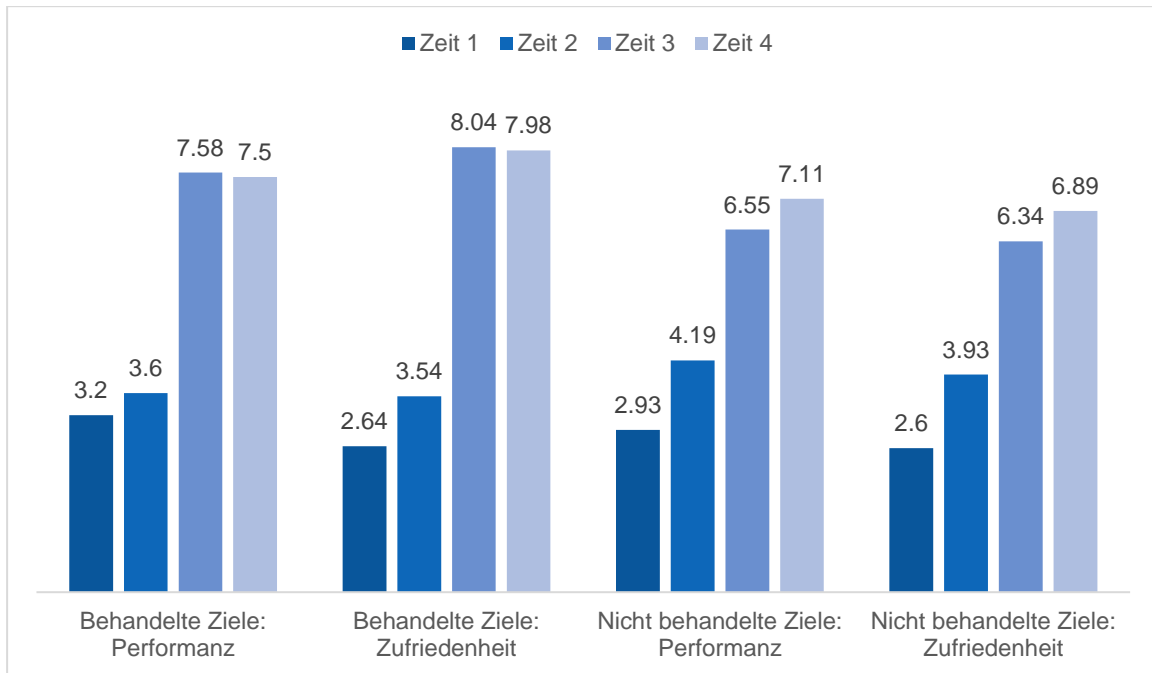
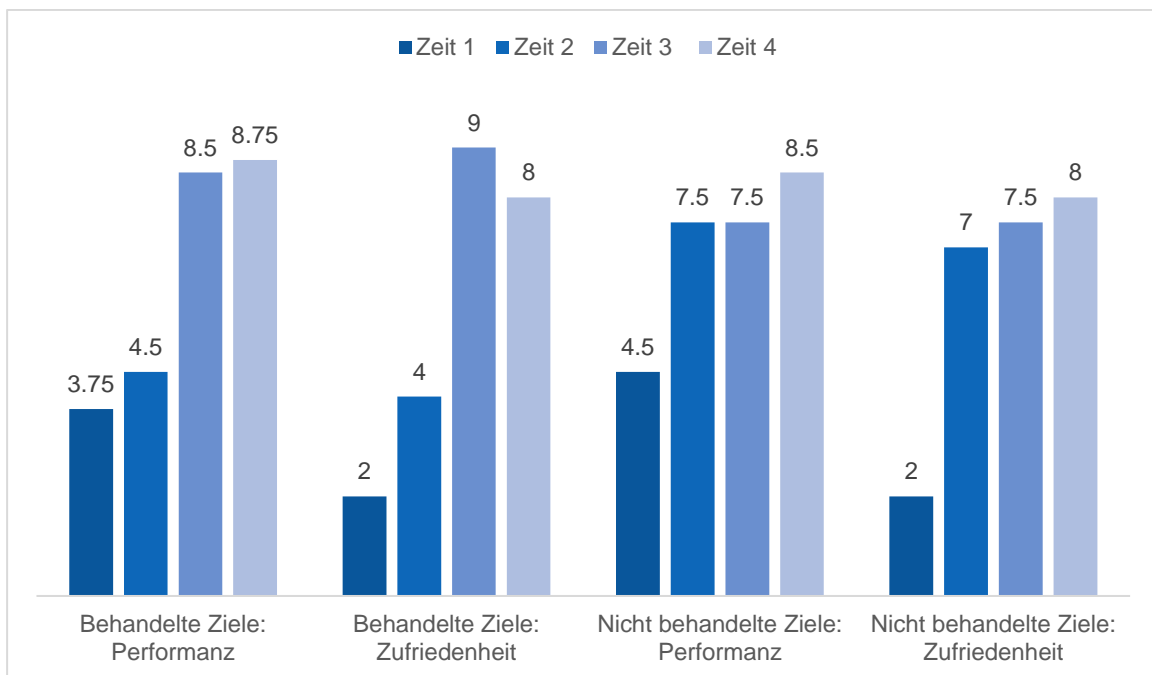


Diagramm 2: Veränderung des COPM-Scores: Mütter



Zur Verständigung werden die vier Zeiten aus den Diagramm 1 und 2 kurz erläutert.

Zeit 1: 6-8 Wochen vor der Intervention

Zeit 2: 1 Woche vor der Interventionsphase

Zeit 3: 1 Woche nach der Beendigung der OPC-Intervention

Zeit 4: 6-8 Wochen nach Beendigung des OPC

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass sich die Betätigungsperformanz der Kinder positiv verbessert hat. Die Zufriedenheit der Mütter und deren Performanz, hat sich ebenfalls gesteigert. Auch nicht angesprochene Betätigungsperformanzen der Kinder verbesserten sich positiv, was natürlich auch einen Einfluss auf die Zufriedenheit der Mütter hatte. Durch das OPC verbesserte sich auch die Selbstkompetenz der Mütter in der Erziehungsrolle und das Selbstwirksamkeitsgefühl der Mütter. Das OPC kann allgemein zu Verbesserungen der Performanz von Kindern in anderen Betätigungen führen, die über spezifische Aktivitäten und Ziele hinausgehen.

4.1.2 Würdigung und Güte Hauptstudie 1

Die Studie wurde mittels der 6S-Pyramide nach DiCenso, Bayley, & Haynes (2009) eingeschätzt. Sie befindet sich auf der tiefsten Evidenzstufe der Pyramide. Durch die Studie wird eine wichtige Fragestellung aus der Praxis beantwortet. Der Forschungsgrund wird empirisch belegt und die Wissenslücke in der Praxis wird ersichtlich. Für den Leser wird in der Einleitung das OPC kurz und übersichtlich erklärt. Die Fragestellung wird in der Einleitung klar definiert und in drei Forschungsfragen unterteilt. Im Diskussionsteil werden die Forschungsfragen wieder zusammengeführt, um die Fragestellung der Studie zu beantworten. Die Ethikkommission hat die Studie bewilligt.

Es gibt zwar keine Kontrollgruppe, was jedoch im gewählten Studiendesign auch nicht nötig ist. Die Daten wurden mittels GAS- und COPM-Score an vier verschiedenen Zeitpunkten erhoben, welche klar beschrieben sind. Es wurde jedoch lediglich eine kurze Nachbeobachtungszeit durchgeführt. Es ist deshalb nur schwer bestimmbar, wie nachhaltig OPC ist. Die Stichprobenbestimmung, welche mittels PSOC-Daten durchgeführt wurde, wird als negativ beschrieben, da das PSOC eher eine geringe Reliabilität aufweist. Die Drop-outs* wurden angegeben. Teilnehmende, welche die Studie vorzeitig abbrachen, wurden nicht in die Ergebnisse inkludiert, um diese nicht zu verfälschen. Die Stichprobe war tendenziell eine homogene Gruppe. 83% der Kinder hatten keine medizinischen Diagnosen und ebenfalls 83% der Kinder waren Knaben, was als nachteilig betrachtet wird. Das Bildungsniveau der Mütter war sehr hoch. Dies kann als positiv und negativ bewertet werden. Einerseits ist die Gruppe so sehr homogen, andererseits hat es einen positiven Einfluss auf die Kommunikation und das Verständnis für die Forschung. Fragwürdig ist auch, warum nur Mütter teilgenommen haben und die Väter aussen vorgelassen wurden. Es war ausserdem verboten,

während der Studie an anderen Dienstleistungen teilzunehmen. So wurden Störvariablen, welche die Ergebnisse beeinflussen könnten vermindert. Positiv kann gewertet werden, dass die Datenerhebung mit vielen validierten und reliablen Instrumenten durchgeführt wurde, welche alle kurz erläutert wurden. Das gewählte statistische Verfahren passt zum Datenniveau. Die Forscher haben die Daten, falls normalverteilt, von Ordinal- auf Intervallniveau umgerechnet. Dies muss kritisch beäugt werden, doch das Verfahren wird in der Psychologieforschung regelmässig angewendet. Das Signifikanzniveau wurde bei jedem Instrument angegeben und empirisch begründet. Die Treue bei der Anwendung von OPC wurde mit Inhaltsanalysen, Videomaterial und Transkripten bestätigt. Im Diskussionsteil werden die Ergebnisse mit bereits vorhandener Forschungsliteratur verknüpft und abgeglichen, um den Erfolg des OPC aufzuzeigen. Leider wurden nicht alle Resultate diskutiert. Die Wirkung der Zielsetzung des OPC darf nicht unterschätzt werden, da diese bereits positive Auswirkungen auf die Betätigungsperformanz und die Zufriedenheit hat. Die Interventionstherapeutin könnte befangen gewesen sein, da in diesem Punkt keine Gegenmassnahmen ergriffen wurden. Viele Schwächen wurden von den Autorinnen in der Diskussion autonom aufgezählt und begründen somit die weitere Forschung mit einer anderen Untersuchungsgruppe.

Zusammengefasst kann gesagt werden, dass die Studie die Gütekriterien nach Bartholomeyczik & Käppeli (2008) erfüllt. Die Studie misst die angegebene Fragestellung und kann eine gute empirische Antwort geben. Jedoch sind die Ergebnisse mit Vorsicht zu konsultieren. Es wurde eine homogene Gruppe untersucht. Für andere Konstellationen von untersuchten Kindern und deren Umwelt sind die Resultate mit Achtsamkeit zu interpretieren, jedoch sicherlich nicht zu verwerfen, wenn die oben genannten Punkte mitbeachtet werden.

4.2 Hauptstudie 2, Graham et al. (2016)

Graham, F., Rodger, S., Ziviani, J., & Jones, V. (2016). Strategies Identified as Effective by Mothers During Occupational Performance Coaching. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 36(3), 247–259. <https://doi.org/10.3109/01942638.2015.1101043>

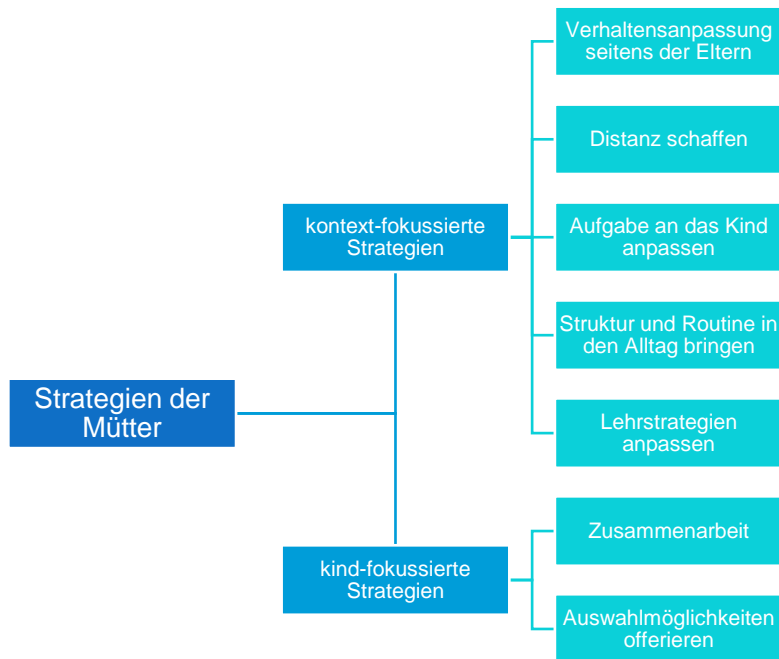
4.2.1 Zusammenfassung Hauptstudie 2

Die Studie hat zum Ziel, spezifische Strategien herauszufinden, welche Mütter anwenden, um ihre Kinder in der Betätigungsperformanz zu unterstützen. Ins Deutsche übersetzt lautete die Forschungsfrage wie folgt:

- Welche Strategien beschreiben Mütter als effektiv, um die Performanz ihrer Kinder während OPC-Sessionen zu unterstützen?

Es handelt sich um eine qualitative, deskriptive Studie mit einem induktiven Ansatz. Induktiv bedeutet, dass durch die Beurteilung von Einzelsituationen auf die Allgemeinheit geschlossen wird (Hussy et al., 2013). Die Studie baut auf jener von Graham et al. (2013) auf, welche als Hauptstudie 1 vorgestellt wurde. Die Stichprobe ist dieselbe. Um die benötigten Daten zu sammeln, wurden jeweils zwei von maximal acht OPC-Sessionen gefilmt. Die Gespräche wurden anschliessend transkribiert und analysiert. Aus der Analyse ergaben sich zwei Hauptkategorien und mehrere Unterkategorien, welche im Diagramm 3 ersichtlich sind. Bei den kontext-fokussierten Strategien ist das Ziel, den Performanzkontext des Kindes so anzupassen, dass es die gestellte Aufgabe erfolgreich meistern kann. Die kind-fokussierten Strategien verfolgen das Ziel, die Fertigkeiten der Kinder zu fördern und zu entwickeln. Die herausgearbeiteten Strategien wurden von den Müttern als erfolgreich wahrgenommen. Die Autorinnen der Studie präsentierten ihre Ergebnisse mit Erklärungen zu den jeweiligen Unterkategorien und untermauerten diese mit wörtlichen Zitaten und Fallbeispielen der teilnehmenden Mütter. Durch die umfangreichen Ergebnisse konnte die Forschungsfrage erfolgreich beantwortet werden. Allerdings weisen die Autoren der Studie darauf hin, dass die genannten Strategien, unabhängig davon ob das Kind eine Beeinträchtigung hat oder nicht, typisch sind für alle Eltern. Um Bezug zu bereits existierender Forschung zu nehmen, haben die Studienautoren ihre Ergebnisse mit vier weiteren Studien über kontext-orientierte Interventionen verglichen. Dabei stellten sie fest, dass sich die Forschungsergebnisse decken. Dies betont, dass die Reflexion und Einsicht in die Situation der Eltern essentiell ist um nachhaltige Veränderungen im Heim- oder Gesellschaftssetting der Kinder vorzunehmen.

Diagramm 3: Strategien



4.2.2 Würdigung und Güte Hauptstudie 2

Der Evidenzlevel dieser qualitativen Studie befindet sich auf der tiefsten Hierarchiestufe der 6S-Pyramide nach DiCenso et al. (2009). Eine Ethikkommission hat die Forschungsarbeit bewilligt. Es werden keine weiteren ethischen Fragen diskutiert. In der Einleitung der Studie wird der Forschungsbedarf aufgezeigt, welcher mit genügend passender Literatur untermauert wird. Die Studie weist eine klare Formulierung der Forschungsfrage und des Forschungsziels auf. Das erforschte Thema ist für die Ergotherapie relevant, da es um die Ausführung eines ergotherapeutischen Konzepts geht. Der Gegenstand der Forschung dreht sich um das menschliche Erleben und Handeln und wie die Performanzziele von Kindern und Eltern erreicht werden können. Daher ist ein qualitatives Forschungsdesign angebracht. Der methodologische Ansatz wird nicht genannt. Das Vorgehen ist für den Leser trotzdem verständlich und nachvollziehbar, deswegen wird das nicht negativ bewertet. Die Verfasserinnen dieser Arbeit gehen von einem phänomenologischen Ansatz aus. Für ein qualitatives Forschungsdesign ist die Grösse der Stichprobe genügend. Die Teilnehmenden sind für das Verständnis der Studie ausreichend beschrieben und für die Beantwortung der Frage geeignet, da sie sich in der zu erforschenden Lebenswelt bewegen. Allerdings ist die Stichprobe einseitig, da keine männlichen Elternteile miteinbezogen wurden und die Kinder hauptsächlich Knaben sind. Bei der Verwendung der Resultate muss daher beachtet werden, dass diese nicht unbedingt auf Klientinnen und Klienten jeden

Geschlechts angewendet werden können. Die Erhebung der Stichprobe wird nicht beschrieben, weil die Studie einer Vorgängerstudie entstammt (Graham et al., 2013). Da dies im Text gekennzeichnet und korrekt referenziert wird, wird dieser Punkt nicht als negativ bewertet. Der Ablauf der Datenerhebung durch den Videodreh von Therapiesequenzen wird nachvollziehbar aufgezeigt, und die Analyse der erhobenen Daten ist klar beschrieben. Zur Datenanalyse wurde der induktive Kodierungsprozess nach Thomas (2006) angewandt. Da sich die Autoren der Studie hier auf einen bereits bestehenden, literarisch begründeten Prozess stützen, stärkt dies die Aussagekraft der Datenanalyse. Die Ergebnisse der Studie sind präzise, vielseitig, kontextnah und reichhaltig. Durch die Analyse der Videosequenzen wurden die Strategien der Mütter kategorisiert. Die Kategorien werden mit passenden Zitaten aus den Videosequenzen untermauert. Es wurde ein Peer-Review durchgeführt, was die Glaubwürdigkeit der Resultate steigert. Die Kategorien sind logisch, konsistent und lassen sich inhaltlich voneinander unterscheiden. Da die Datensättigung in der Studie nicht diskutiert wird, muss davon ausgegangen werden, dass die Ergebnisse nicht abschliessend sind. Im Diskussionsteil werden die Ergebnisse mit bereits vorhandener Forschungsliteratur verknüpft. Für die Ergotherapie sind die Resultate sehr relevant, da sie Implikationen für die konkrete Umsetzung von Interventionen bieten. Dies wird auch in der Schlussfolgerung der Studie gespiegelt. Zusammengefasst kann gesagt werden, dass die Studie die Gütekriterien nach Flick et al. (2010) erfüllt und man die Ergebnisse verwenden kann, wenn man die oben genannten Punkte beachtet.

4.3 Hauptstudie 3, Huus, et al. (2016)

Huus, K., Olsson, L. M., Elgmark Andersson, E., Granlund, M., & Augustine, L. (2017). Perceived needs among parents of children with a mild intellectual disability in Sweden. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 19(4), 307–317. <https://doi.org/10.1080/15017419.2016.1167773>

4.3.1 Zusammenfassung Hauptstudie 3

Die Studie hat zwei Ziele. Das erste Ziel ist, die Bedürfnisse von Eltern von Kindern mit einer leichten geistigen Beeinträchtigung (Mild Intellectual Disability, MID) zu erforschen. Das zweite Ziel der Studie ist eine Untersuchung der Zusammenhänge zwischen der Selbstwirksamkeitserfahrung in der Elternrolle, der Zusammenarbeit mit Fachkräften und der wahrgenommenen Bedürfnisse nach Unterstützung. Übersetzt ins Deutsche ergaben sich folgende Forschungsfragen:

- Was sind familiäre Unterstützungsbedürfnisse bezüglich Information, psychologischer Unterstützung, Bedarf sich zu erklären, Dienstleistungen in der Gesellschaft, finanzieller Bedürfnisse und funktionierender Familie?
- Dokumentieren Eltern mit tiefem wahrgenommenem Supportlevel eine hohe elterliche Selbstwirksamkeit und Kontrolle über Dienstleistungen?
- Gibt es Unterschiede bei wahrgenommenen Unterstützungsbedürfnissen zwischen Familien mit Kindern mit MID und Familien mit Kindern mit MID und weiteren Erkrankungen?

Es handelt sich hierbei um ein quantitatives Forschungsdesign mit einem deduktiven Ansatz. Die Stichprobe besteht aus den Eltern von 38 Kindern, alle Teilnehmenden stammen aus dem gleichen Landkreis in Schweden. Es nahmen sowohl Elternpaare teil, als auch alleinerziehende Mütter und Väter. Die Kinder waren alle zwischen 7 und 17 Jahren alt. Das Durchschnittsalter lag bei 13 Jahren. 24 Kinder waren Knaben, 14 Kinder waren Mädchen. 32% der Kinder haben eine MID, die restlichen 68% sind von mindestens einer zusätzlichen Diagnose betroffen. Dazu gehören Epilepsie, Autismus, Asperger-Syndrom, Cerebralparese, Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS), umschriebene Entwicklungsstörung motorischer Funktionen (UEMF) und Sprachstörungen. Die Stichprobenziehung erfolgte über Informationsanlässe in allen Schulen für Kinder mit MID in besagtem Landeskreis. Interessierte Eltern konnten sich freiwillig für die Studienteilnahme melden. Um die Daten zu erheben, wurden zwei Fragebögen verwendet. Der erste basierte auf einer Entwicklung von Bailey et al. (2006). Er beinhaltete Fragen zu den Themen Soziodemographie, Dienstleistungen in

der Gesellschaft und Gesundheitsversorgung. Die Fragen wurden in vier Domänen unterteilt:

- Elterliche Selbstwirksamkeit
- Elterliche Kontrolle über Services
- Wahrnehmung der Eltern bezüglich genereller Hilfestellungen
- Wahrnehmung der Eltern bezüglich spezifischer Hilfestellungen

Die Beantwortung der Fragen erfolgte auf einer 5-Punkt-Likertskala (Likert, 1932).

Der zweite Fragebogen enthielt Fragen über familiäre Bedürfnisse. Er wurde von Bailey & Simeonsson (1988) entwickelt, und die Fragen wurden in folgende sechs Domänen unterteilt:

- Informationsbedarf
- Bedarf an Hilfestellungen
- Erklärungen an andere
- Dienstleistungen in der Gesellschaft
- Finanzielle Bedürfnisse
- Familiäre Funktionen

Die Beantwortung dieser Fragen erfolgte auf einer 3-Punkte-Skala. Die Resultate der Fragebögen sind in den Diagrammen 4-6 abgebildet. Die Resultate ergaben auch Schlussfolgerungen über die Mütter und die Unterschiede zwischen den Versuchsgruppen. Darauf wird jedoch nicht näher eingegangen, da dies nicht zur Beantwortung der Fragestellung dieser Arbeit beiträgt. Es wurde auch ein Zusammenhang zwischen der elterlichen Selbstwirksamkeit, Kontrolle und dem Level der Unterstützungsbedürftigkeit festgestellt. Die Forschenden interpretieren das so, dass die angebotenen Hilfestellungen die Selbstwirksamkeitserfahrung und Kontrolle der Eltern stärken soll und sich somit die Unterstützungsbedürftigkeit verringert. Auch wird im Diskussionsteil darauf hingewiesen, dass die Familien darin unterstützt werden sollten, eine geeignete Freizeitaktivität für das Kind zu finden. Schlussfolgernd wird gesagt, dass die Eltern dabei unterstützt werden sollten, sich selber Fertigkeiten anzueignen, um sich Informationen zu beschaffen, diese zu interpretieren und Schlussfolgerungen zu ziehen.

Diagramm 4: Informationsbedarf

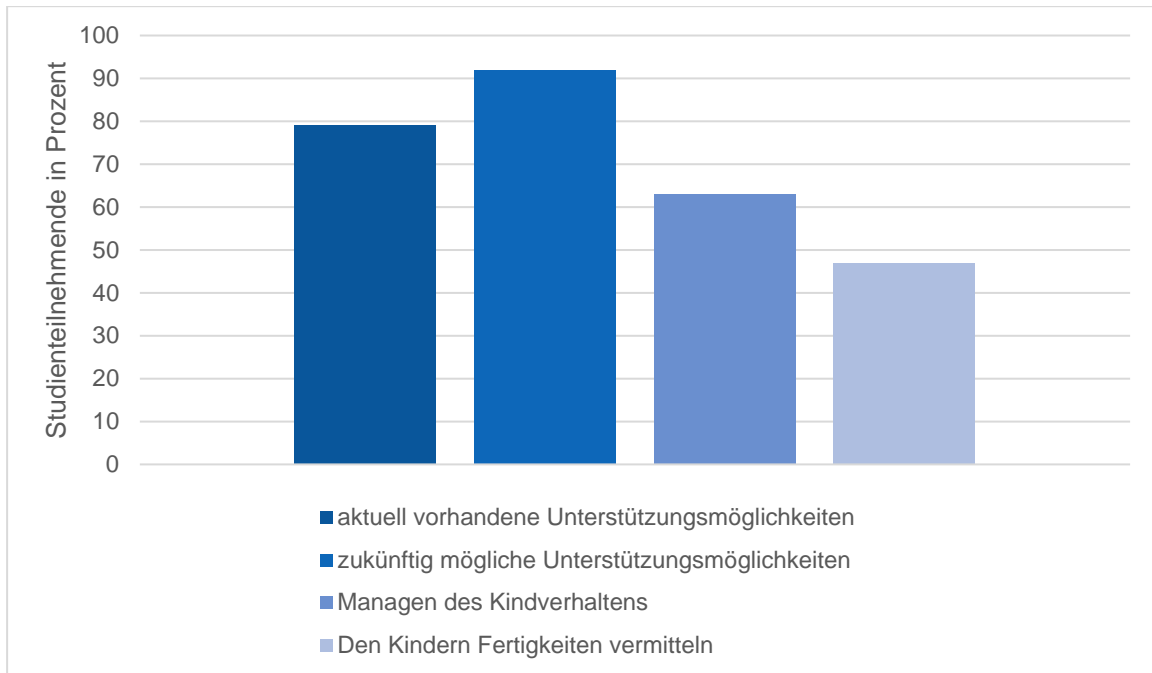


Diagramm 5: Persönliche Bedürfnisse der Eltern

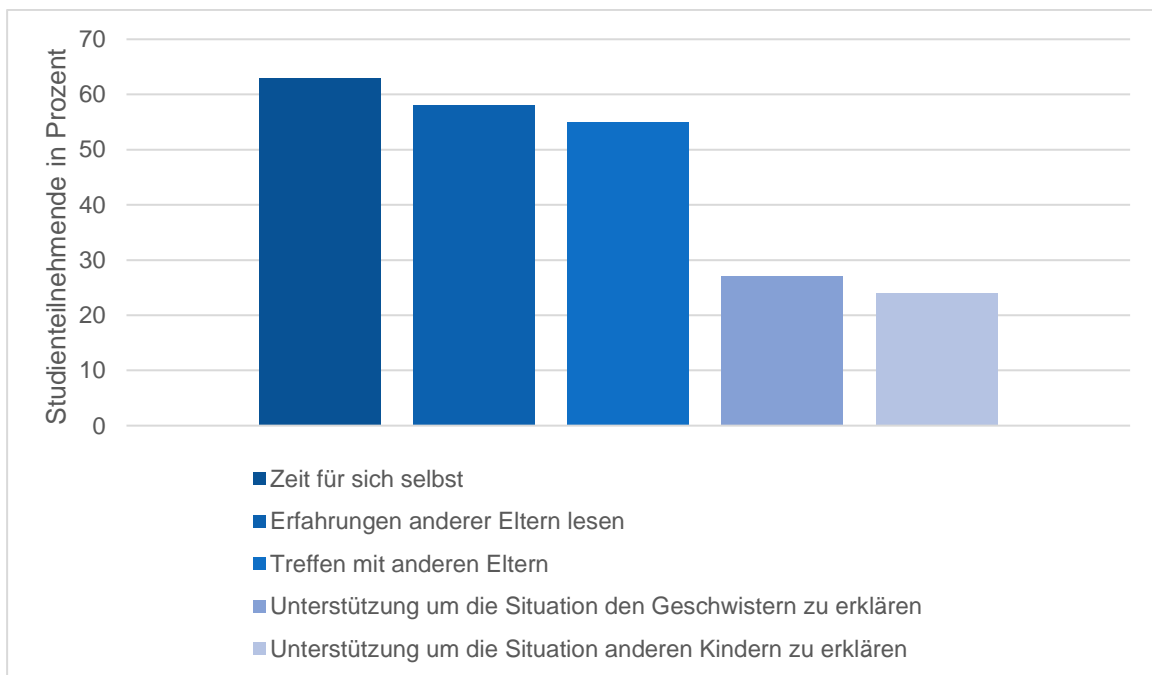
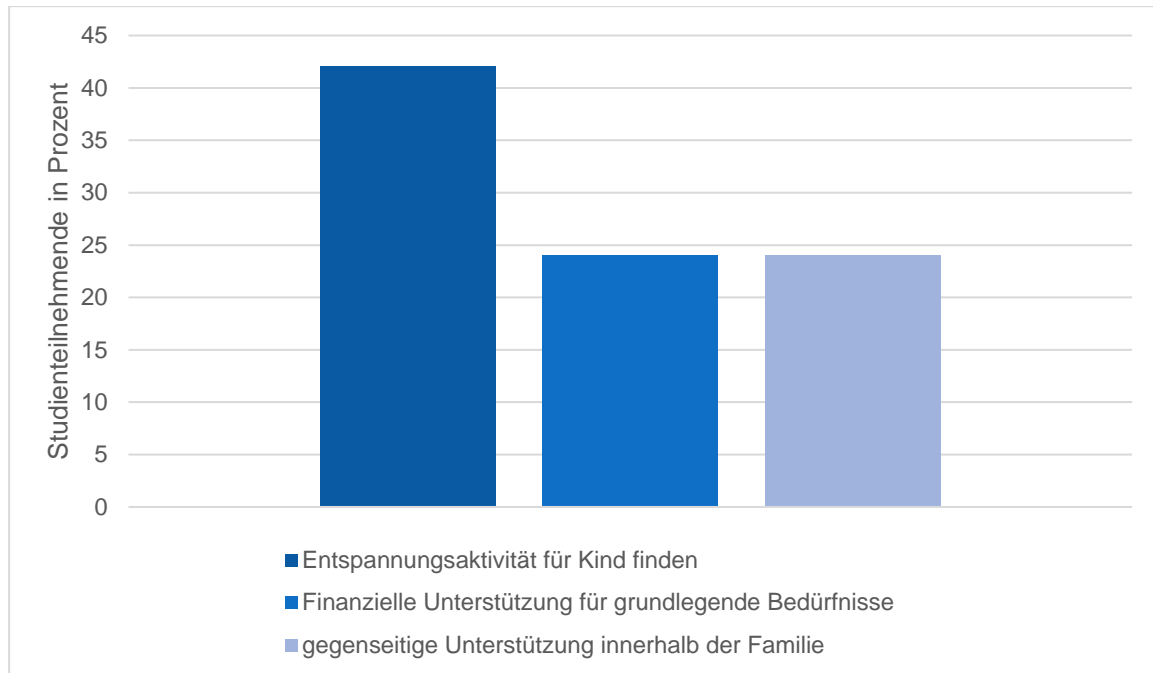


Diagramm 6: Dienstleistungen in der Gesellschaft



4.3.2 Würdigung und Güte Hauptstudie 3

Auch diese Studie befindet sich auf der tiefsten Evidenzstufe der 6S-Pyramide nach DiCenso et al. (2009). Die Studie untersucht mit ihren Fragestellungen ein für die Berufspraxis relevantes Thema. Die Forschungsfragen sind klar definiert. Der Forschungsbedarf wird ausführlich aufgezeigt und mit Literatur untermauert. Die zwei Fragebögen, die als Messinstrumente dienen, sind auf Validität und Reliabilität geprüft worden. Die Stichprobe beinhaltet Familien mit Kindern unterschiedlichen Geschlechts, Alters und unterschiedlicher Gesellschaftsschichten. Es wurden Elternpaare und alleinerziehende Mütter und Väter einbezogen. Die Heterogenität der Stichprobe in diesen Punkten ist positiv für die Übertragbarkeit der Resultate. Allerdings ist die Studie geographisch sehr begrenzt, da alle Teilnehmenden aus dem gleichen Landeskreis in Schweden stammen. Ausserdem ist die Stichprobe für eine quantitative Erhebung klein ausgefallen. Dies begründen die Autoren und Autorinnen der Studie damit, dass die Werbung für die Studienteilnahme an Elternabenden stattfand, und eventuell nicht alle in Frage kommenden Eltern anwesend gewesen waren. Trotzdem sollte die Stichprobengrösse bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden. Es handelt sich auch nicht um eine Zufallsstichprobe, sondern um eine Gelegenheitsstichprobe. Das kann die Ergebnisse verfälschen. Allerdings ist dieses Vorgehen bei gesundheitlichen Studien üblich, da sich sonst nicht genügend Daten sammeln lassen. Das Vorgehen der Datenerhebung wird ausreichend beschrieben. Die

Beschreibung der Datenanalyse ist jedoch etwas kurz ausgefallen. Es sind nicht alle Schritte nachvollziehbar, weswegen die Resultate der Analyse mit Vorsicht behandelt werden müssen. Die verwendeten Daten beim Pearson-Korrelationstest sind nicht metrisch, obwohl dies eigentlich eine Voraussetzung wäre. Es werden aber in der Psychologie-Forschung oft Likert-Skalen wie Intervallskalen behandelt, dies ist darum allgemein akzeptiert. Da die Autoren nicht auf das Forschungsdesign eingehen, ist die kritische Würdigung des Methodenteils erschwert. Trotzdem ist für den Leser transparent dargestellt, welches Vorgehen gewählt wurde. Die ethische Vertretbarkeit der Studie wurde von einer Ethikkommission bestätigt. Die Ergebnisse sind nachvollziehbar dargelegt und mit passenden Tabellen ergänzt. Die Gliederung der Studie ist übersichtlich und ermöglicht dem Leser eine gute Orientierung. Die Diskussion der Ergebnisse ist kurz, behandelt aber alle Resultate und ist somit vollständig. Die Forschungsfragen konnten vollständig beantwortet werden. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Ergebnisse verwendet werden können. Allerdings sollte man Vorsicht walten lassen, da die Stichprobe und die Beschreibung der Datenanalyse teilweise ungenügend sind.

4.4 Zusammenfassung

Tabelle 4: Zusammenfassung der Ergebnisse

Studien	Ziel	Methodik	Ergebnisse	Schlussfolgerung
Graham et al. (2013)	Untersuchung der Wirksamkeit des OPC zur Verbesserung der Betätigungsperformanz von Mutter und Kind.	Quantitative Studie mit Zeitserien-Design, Zielüberprüfung anhand GAS und COPM.	Auswirkung des OPC auf die Kinder: Verbesserte Betätigungsperformanz Auswirkung des OPC auf die Mütter: Verbesserte Betätigungsperformanz, Selbstkompetenz und Selbstwirksamkeit.	Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass das OPC zu einer allgemeinen und nachhaltigen Verbesserung der Betätigungsperformanz von Mutter und Kind führt.
Graham et al. (2016)	Erforschung spezifischer Strategien, welche Mütter anwenden, um die Betätigungsperformanz ihrer Kinder zu unterstützen.	Qualitative Studie mit Videoanalysen von gefilmten OPC Sessionen, in denen Mütter selber erarbeitete Strategien beschreiben.	Kategorisierung der beschriebenen Strategien: Kontext-fokussiert: Der Performanzkontext des Kindes wird angepasst, damit eine Aufgabe erfolgreich beendet werden kann. Kind-fokussiert: Es werden Fertigkeiten des Kindes gefördert, wobei die Beendigung der Aufgabe nicht im Vordergrund steht.	Bezugspersonen bringen Ressourcen mit, selbst Lösungen für herausfordernde Situationen zu finden, wenn sie ein entsprechendes Coaching erhalten.
Huus et al. (2017)	Untersuchung der Bedürfnisse von Eltern mit Kindern mit einer leichten geistigen Beeinträchtigung und der Zusammenhänge zwischen der Selbstwirksamkeitserfahrung der Eltern in ihrer Elternrolle und der Zusammenarbeit mit Fachpersonen.	Quantitative Studie, Datenerhebung anhand von zwei Fragebögen.	Es wurden Bedürfnisse in den Bereichen Informationsbedarf, persönliche Bedürfnisse und gesellschaftliche Leistungen erhoben. Das Selbstwirksamkeitsgefühl hängt mit dem Informationsbedarf, aber nicht mit der Wahrnehmung der Hilfestellungen zusammen.	Fachpersonen sollten an den Fertigkeiten der Eltern bezüglich Nachfragen von Informationen und deren Interpretation arbeiten.

4.5 Erfüllen der elterlichen Bedürfnisse anhand des OPC

Die Wirksamkeit des OPC bei Eltern mit Kindern, deren Betätigungsperformanz eingeschränkt ist, ist wissenschaftlich bestätigt (Graham et al., 2013). Auch wurden Strategien vorgestellt, welche von den Müttern als wirksam empfunden wurden (Graham et al., 2016). Es wird in diesen beiden Studien aber nicht spezifisch auf die Bedürfnisse von Eltern mit Kindern mit einer geistigen Beeinträchtigung eingegangen. Deshalb soll in diesem Abschnitt der Zusammenhang der Bedürfnisse von Eltern von Kindern mit einer geistigen Beeinträchtigung (Huus et al., 2017) und dem OPC dargestellt werden. Anhand der OPC-Domänen *Informationsaustausch*, *emotionale Unterstützung* und *strukturierter Prozess* wird das Vorgehen zur Erfüllung der elterlichen Bedürfnisse dargelegt. In den Studien wurden noch mehr Bedürfnisse und Strategien genannt, als hier aufgeführt werden. Die Verfasserinnen der Arbeit entschieden sich für jene Bedürfnisse und Strategien, welche für die Beantwortung der Fragestellung relevant sind.

4.5.1 Den Kindern Fertigkeiten vermitteln

Vielen Eltern von Kindern mit einer geistigen Beeinträchtigung ist es ein Anliegen, ihren Kindern verschiedene Fertigkeiten vermitteln zu können (Huus et al., 2017). Um dieses Ziel zu erfüllen, sollte jeweils bei jeder der zu vermittelnden Fertigkeit beim *Informationsaustausch* nach (Graham et al., 2017) begonnen werden. Durch die Performanzanalyse, die von dem Ergotherapeuten oder der Ergotherapeutin gemeinsam mit den Eltern durchgeführt wird, lassen sich die Ursachen der Performanzprobleme ableiten. Die Eltern lernen dabei, die Performanzprobleme ihres Kindes zu analysieren und Schlüsse zu ziehen, welche Fertigkeiten verbessert werden sollten, damit sich die Gesamtleistungsperformanz verbessert. Um dieses Ziel zu erreichen, bedarf es aber auch guter Lehrstrategien seitens der Eltern. In der Studie von Graham et al. (2016) beschrieben Mütter Strategien wie Modelllernen, Erklärungen und Visualisierungen als erfolgreich. Beim Vermitteln von Fertigkeiten sollte darauf geachtet werden, dass die Aktivitäten in kleine Teilschritte runtergebrochen werden, damit sie für die Kinder einfach zu verstehen sind (Graham et al., 2016). Dieses Wissen kann von dem Ergotherapeuten oder der Ergotherapeutin beim *Informationsaustausch* vermittelt werden.

In derselben Studie beschrieben Mütter, wie sie anhand von kind-fokussierten Strategien Fertigkeiten vermitteln konnten (Graham et al., 2016). Dazu gehört das partnerschaftliche Lösen des Problems. Die Kinder wurden aktiv in den Problemlöseprozess miteinbezogen, ihre Ideen wurden ernstgenommen und wenn möglich auch umgesetzt. Auch wurde von vielen Müttern beschrieben, wie das *Offerieren von verschiedenen Lösungsmöglichkeiten* die Performanz ihrer Kinder positiv beeinflusst hat (Graham et al., 2016). Bei dieser Strategie bleibt das Kind autonom und trotzdem können von den Eltern gewisse Regeln und Grenzen eingebaut werden.

Die kind-fokussierten Strategien (Graham et al., 2016) können in den *strukturierten Prozess* eingebaut werden, um die Performanzziele des Kindes zu erreichen.

4.5.2 Erklärung der Situation

Huus et al. (2017) fanden in ihrer Studie auch heraus, dass Eltern teilweise Probleme haben, die spezielle Situation ihrer Kinder anderen Kindern zu erklären. Dazu zählen beispielsweise Geschwister oder Klassenkameraden und Klassenkameradinnen. Hier lohnt es sich, sich in einem *Informationsaustausch* (Graham et al., 2013) darüber auszutauschen, wie man Kindern dies erklären kann. Der Ergotherapeut oder die Ergotherapeutin verfügt als Fachperson über das Wissen verschiedenster Lehr- und Lernmethoden, während die Eltern sich selbst und die Kinder sehr gut kennen und am besten beurteilen können, welche Strategien zu ihnen passen.

4.5.3 Freizeitaktivität für das Kind finden

Auch nannten Eltern von Kindern mit einer geistigen Beeinträchtigung das Bedürfnis, eine geeignete Freizeitaktivität für ihr Kind zu finden (Huus et al., 2017). Hier bietet es sich an, im Sinne einer *kontext-fokussierten* Strategie die Aktivität an das Kind anzupassen (Graham et al., 2016). Auch hier spielt das partnerschaftliche Lösen des Problems eine Rolle, denn die Aktivität soll beim Kind Interesse wecken. Sollte es für das Kind schwierig sein, die eigenen Möglichkeiten adäquat einzuschätzen, können wiederum *Auswahlmöglichkeiten offeriert* werden, so wie es die Mütter in der Studie von Graham et al. (2016) getan haben. Mit dem *strukturierten Prozess* aus dem OPC (Graham et al., 2013) verfügen die Eltern über einen Plan, wie sie beim Suchen einer passenden Aktivität vorgehen können. Dabei werden sie von dem Ergotherapeuten oder der Ergotherapeutin punktuell gecoacht, sofern nötig.

4.5.4 Managen des Kindverhaltens

Eltern von Kindern mit einer geistigen Beeinträchtigung wünschen sich, das teilweise problematische Verhalten ihrer Kinder besser managen zu können (Huus et al., 2017). Um dies zu erreichen, könnte mit einem *strukturierten Prozess* (Graham et al., 2017) gearbeitet werden, um das Ziel (verbessertes Verhalten) zu erreichen. Man kann dieses Ziel aber auch im Sinne eines *Informationsaustauschs* erreichen. Dabei können die Eltern, als Experten in der Beziehung zu ihrem Kind, dem Ergotherapeuten oder der Ergotherapeutin genau erklären, wann und wie problematisches Verhalten auftritt. Der Ergotherapeut oder die Ergotherapeutin kann den Eltern mit Wissen über Strategien dienen, die sich als wirksam erwiesen haben. Nach der Studie von Graham et al. (2016) gehören dazu Folgende:

Verhaltensanpassung seitens der Eltern: Wenn die Eltern sich über ihr eigenes Verhalten bewusst sind, während sie die Performanz ihres Kindes begleiten, kann das zu einem besseren Umgang mit problematischem Verhalten führen. Sie verhalten sich dann achtsam mit ihren eigenen Gedanken sowie Gefühlen und auch mit denen des Kindes.

Struktur und Routine in den Alltag bringen: Wenn der Alltag nach klaren, sich wiederholenden Abläufen stattfindet, kann sich das Kind besser auf eine bevorstehende Aufgabe einstellen. Dies führt zu einem niedrigerem Erregungslevel. Es ist so auch möglich, genügend Zeit für die Aktivitäten und Aufgaben einzuplanen.

Distanz schaffen: Bei problematischem Verhalten ist es sinnvoll, erst einmal Abstand zum Kind und zur Aufgabe zu nehmen. Dies kann physisch geschehen, indem die Mutter das Zimmer verlässt und sich einer anderen Aufgabe widmet. Sobald sie wieder bereit ist, kann sie es gemeinsam mit dem Kind noch einmal versuchen. Die Distanz kann aber auch mental geschaffen werden, indem das Verhalten des Kindes akzeptiert, aber nicht darauf eingegangen wird. Eine Mutter beschreibt dieses Vorgehen in Graham et al. (2016), S. 251, wie folgt:

«Just ignoring the behavior like not removing myself from the situation but just like okay, carry on, shout and cry and stomp but we're just leaving now, c'mon.»

4.5.5 Zeit für sich selbst

Für viele Eltern ist es ein Problem, dass sie sich zu viel mit der Unterstützung ihres Kindes beschäftigen und dadurch zu wenig Zeit für sich selbst haben (Huus et al.,

2017). Hier kommt die Domäne *emotionale Unterstützung* (Graham et al., 2017) zum Einsatz. Einerseits kann der Ergotherapeut oder die Ergotherapeutin den Eltern durch empathisches Zuhören eine Stütze sein. Andererseits kann der Ergotherapeut oder die Ergotherapeutin die Eltern darin unterstützen, ihren Alltag zu reflektieren und mögliche Optimierungen des Zeitmanagements auszuarbeiten. Auch Zuspruch und Ermutigungen können in schwierigen Zeiten für die Eltern sehr wertvoll sein. Die Strategie *Distanz schaffen* (Graham et al., 2016) kann auch hier von Nutzen sein. Durch die physische Distanzierung von einer Situation kann sich die Mutter oder der Vater einen Freiraum schaffen.

4.5.6 Gegenseitige Unterstützung innerhalb der Familie

Knapp ein Viertel der befragten Eltern äussern das Bedürfnis, die Unterstützung innerhalb der Familie zu verbessern (Huus et al., 2017). Das OPC eignet sich durchaus, um Problemstellungen innerhalb der ganzen Familie zu bewältigen. Denn das PEO Modell, das im Zentrum des *strukturierten Prozesses* steht, beinhaltet die Domäne *Umwelt* (Environment) (Graham et al., 2017). Dazu gehört sowohl die physische, wie auch die soziale *Umwelt* der Klienten und Klientinnen. Es bietet sich an, das Problem mittels des *strukturierten Prozesses* anzugehen, um Lösungsmöglichkeiten zu finden. In der Studie von Graham et al. (2016) wird das Einbeziehen aller Familienmitglieder unter der kind-fokussierten Strategie *Zusammenarbeit* beschrieben. Die anfängliche Zurückhaltung eines Vaters in der Studie von Graham et al. (2016) bei der Unterstützung des Kindes mit einer Einschränkung war darauf zurückzuführen, dass das gegenseitige Verständnis fehlte. Nachdem die Mutter Aufklärungsarbeit geleistet und darlegt hat, weshalb das Kind Probleme mit der Aufgabe hat, konnte der Vater mehr Verständnis aufbringen und das Kind besser unterstützen. Laut den Verfasserinnen dieser Arbeit heisst das, dass alle Familienmitglieder in die Aufklärung über das Krankheitsbild und die damit verbundenen Einschränkungen mit einbezogen werden müssen, damit sich alle gegenseitig unterstützen können. Die Eltern sind die Experten und Expertinnen ihrer eigenen Familie. Sie können Auskunft geben über das Verhalten ihres Kindes mit einer Beeinträchtigung, dessen Geschwister, Grosseltern und sonstigen Familienmitgliedern. Schlägt der Ergotherapeut oder die Ergotherapeutin im Sinne des *Informationsaustauschs* eine Lösung vor, können die Eltern abschätzen, ob die Strategien durchführbar sind.

4.5.7 Erfahrungen anderer Eltern lesen, Eltern treffen

Zum *Informationsaustausch* (Graham et al., 2017) gehört auch die Besprechung von gesellschaftlichen Ressourcen und Ansprüchen, welche die Eltern geltend machen können. Hier kann der Ergotherapeut oder die Ergotherapeutin gemeinsam mit den Eltern ausfindig machen, ob es Gruppen gibt, in denen sie sich austauschen können. Es ist auch möglich, dass dem Ergotherapeuten oder der Ergotherapeutin bereits solche Angebote bekannt sind. Auch denkbar wäre der Austausch über Internetforen oder Chats. Im *Informationsaustausch* (Graham et al., 2017) können solche Kenntnisse geteilt werden. Auch kann der Ergotherapeut oder die Ergotherapeutin eine Stütze sein, wenn es darum geht sich für ein Angebot zu entscheiden.

4.5.8 Aktuelle und zukünftige Unterstützungsmöglichkeiten und finanzielle Unterstützung

Aktuelle und zukünftige Unterstützungsmöglichkeiten und finanzielle Unterstützung sind Bedürfnisse, die nicht allein anhand des OPC nicht gedeckt werden können. Im Sinne eines *Informationsaustauschs* (Graham et al., 2017) kann der Ergotherapeut oder die Ergotherapeutin den Eltern gesellschaftliche Ressourcen aufzeigen, welche für die Unterstützung ihrer Bedürfnisse geeignet sind.

5. Diskussion

In diesem Abschnitt werden die wichtigen Ergebnisse unter Einbezug weiterer Literatur kritisch gegenübergestellt und diskutiert. Es wird Bezug genommen auf die Fragestellung und eine Verbindung zum theoretischen Teil geschaffen.

5.1 Kritisches Gegenüberstellen der Ergebnisse

Anhand des OPC zeigten die Verfasserinnen dieser Arbeit auf, wie die Elternarbeit bei Eltern mit Kindern mit einer geistigen Beeinträchtigung aussehen könnte. Um eine Antwort auf die Frage zu finden, wie das OPC bei Eltern von Kindern mit geistiger Beeinträchtigung aussieht, wurde Bezug genommen auf die spezifischen Bedürfnisse der Eltern, welche in der Studie von (Huus et al., 2017) erhoben wurden. Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse unter Einbezug weiterer Literatur kritisch gegenübergestellt und diskutiert.

5.1.1 *Das OPC als wirksame Interventionsmethode*

Die Wirksamkeit des OPC wurde mit einer Studie von den Entwicklerinnen des Konzepts gestützt (Graham et al., 2013). Dass Elternarbeit wichtig ist, deckt sich auch mit Ergebnissen aus anderen Studien:

In der Studie von Jansen, van der Putten, & Vlaskamp (2012) hat die Beziehung zwischen Eltern und Fachleuten einen hohen Stellenwert. Die Beziehung wird hier als Schlüsselement in der familienzentrierten Betreuung betrachtet (Jansen et al., 2012).

Graham, Rodger, & Ziviani (2014) führten eine Umfrage durch, um die Erfahrungen der Mütter mit dem Einsatz des OPCs zu untersuchen. Die Durchführung des OPC wurde durch die Mütter überwiegend als positiv bewertet. Sie sammelten Lernerfahrungen, gewannen Erkenntnisse über sich und ihre Kinder und lernten spezielle Strategien zur Unterstützung der Betätigungsperformanz ihrer Kinder. Dadurch entwickelten sie ein besseres Verständnis für ihre Kinder (Graham et al., 2014). In der ganzen Familie war ein glücklicherer, ruhigerer und emotionaler Grundton spürbar. Die Mütter empfanden das OPC als wertvolles Mittel, sich und ihre Kinder selbst dabei zu unterstützen, um eine bessere Betätigungsperformanz zu erreichen (Graham et al., 2014).

Weiter berichteten Eltern in einer Studie von Robert, Leblanc, & Boyer (2015), dass sie durch Fachpersonen gelernt haben, die Erfahrungen ihres Kindes besser zu verstehen und besser mit ihnen kommunizieren zu können. Sie bekamen auch Tipps, wie sie mit

den herausfordernden Verhaltensweisen ihres Kindes umgehen können. Dies beeinflusste die Atmosphäre in der Familie positiv (Robert et al., 2015). Einige Eltern beschwerten sich auch, dass im Allgemeinen zu wenig Rücksicht auf ihre Bedürfnisse genommen wird. Sie wünschen sich, bei Entscheidungen und Zielsetzungen mehr einbezogen zu werden. Es sollte aber auch beachtet werden, dass es Eltern gibt, die möglichst viele Entscheidungen und Aufgaben an Fachpersonen abgeben möchten, da sie sich selbst nicht in der Expertenrolle sehen (Robert et al., 2015).

Im letzteren Fall könnte man aus Sicht der Verfasserinnen dieser Arbeit versuchen, mittels OPC die Selbstwirksamkeitserfahrung der Eltern zu verbessern. Man sollte jedoch Rücksicht auf die Wünsche der Eltern nehmen und gegebenenfalls eine andere Therapiemethode wählen.

5.1.2 Den Kindern Fertigkeiten vermitteln

Es gibt verschiedene Interventionen, die von Ergotherapeuten oder Ergotherapeutinnen durchgeführt werden können, um die Performanz eines Kindes mit geistiger Beeinträchtigung zu verbessern. So fanden zum Beispiel Wuang, Wang, Huang, & Su (2009) heraus, dass die Ansätze Sensory Integrative Therapy, Neurodevelopmental Treatment und Perceptual-Motor Approach eine Verbesserung der sensomotorischen Fertigkeiten der Kinder mit geistigen Beeinträchtigungen bringen. Die AWMF Leitlinie für Intelligenzminderung (Hässler et al., 2014) empfiehlt jedoch für jegliche Form der Intervention bei Kindern mit einer geistigen Beeinträchtigung den Einbezug der Eltern oder anderen primären Bezugspersonen. Dies liegt laut der AWMF daran, dass Kinder mit einer geistigen Beeinträchtigung oft eine längere und intensivere Abhängigkeitsbeziehung zu ihren Eltern haben, als dies bei Kindern mit einer durchschnittlichen Intelligenzentwicklung der Fall ist (Hässler et al., 2014). Deshalb bietet sich das OPC für die Behandlung von Kindern mit einer geistigen Beeinträchtigung an, um an ihren Fertigkeiten zu arbeiten. Ob Eltern oder andere Bezugspersonen allerdings das nötige Wissen mitbringen, um die Kinder vollumfänglich motorisch, sensorisch und mental zu fördern, ist für die Verfasserinnen dieser Arbeit fraglich. Vorstellbar wäre eine Kombination von OPC mit einer anderen Therapiemethode, da die Ergotherapeuten und die Ergotherapeutinnen das Fachwissen zur Förderung von motorischen, sensorischen und mentalen Fertigkeiten mitbringen.

5.1.3 Erklärung der Situation

Oft sind Kinder mit einer geistigen Beeinträchtigung in ihrer Partizipation beeinträchtigt, weil ihre Peers sie nicht mitspielen lassen möchten (Melbøe & Ytterhus, 2017). Die Verfasserinnen dieser Arbeit vermuten, dass sich dieses Problem beheben lassen könnte, wenn die Kinder die Situation besser verstehen würden. Dafür braucht es Aufklärungsarbeit, die von den Eltern geleistet werden muss.

5.1.4 Freizeitaktivität für das Kind finden

Nicht nur in der vorgestellten Hauptstudie von Huus et al. (2017) wird dieses Bedürfnis genannt. Auch Chien, Rodger, & Copley (2017) fanden heraus, dass sich die Eltern von Kindern mit einer geistigen Beeinträchtigung mehr Veränderungen in der Partizipation von Freizeitaktivitäten wünschen verglichen mit Eltern mit Kindern mit durchschnittlicher Intelligenzentwicklung. Sie wünschen sich von ihren Kindern mehr Selbständigkeit und eine häufigere Partizipation.

Das Problem dabei ist, dass die Kinder mit einer geistigen Beeinträchtigung wenig eigeninitiativ in eine Handlung starten (Melbøe & Ytterhus, 2017). In Interviews erzählen verschiedene Eltern, dass es schwierig ist, die Kinder bei einer Aktivität alleine zu lassen (Melbøe & Ytterhus, 2017). Sie brauchen viel Unterstützung, um in die Handlung zu finden. Die Eltern erzählen, dass ihre Kinder ganz einfach nichts tun würden, wenn keine Aktivität von einer Bezugsperson begonnen wird.

Eine weitere Studie von Woodmansee, Hahne, Imms, & Shields (2016) weist darauf hin, dass Kinder mit einer Beeinträchtigung Hilfestellung benötigen, um an einer Aktivität teilzunehmen. Hier spielen verschiedene Faktoren hinein, welche laut den Autoren der Studie behandelt werden sollten. Kinder mit einer Beeinträchtigung befinden sich in einer anderen Position in der Gesellschaft und haben andere Präferenzen für die Teilnahme (Woodmansee et al., 2016). Das Verständnis und die Bewältigung dieser Faktoren können die Teilnahme solcher Kinder steigern (Woodmansee et al., 2016).

Weitere Punkte, welche bei der Teilnahme an Aktivitäten von Kindern mit einer Beeinträchtigung hineinspielen, sind laut Shields et al. (2015) Vorlieben für die Aktivitäten, Schweregrad der Beeinträchtigung, Typ der Beeinträchtigung und das Alter des Kindes. Daher ist es wesentlich, die Aktivitätspräferenz des jeweiligen Kindes zu kennen, um die Steigerung der Beteiligung an Aktivitäten zu steigern (Shields et al., 2015).

Aus der Sicht der Verfasserinnen dieser Arbeit spielt das Finden einer geeigneten Freizeitaktivität eine zentrale Rolle, denn wenn dieses Problem gelöst ist, haben die Eltern mehr Zeit für sich selbst oder andere Aktivitäten. Somit wäre ein weiteres elterliches Bedürfnis erfüllt. Auch die Kinder wünschen sich, in denselben Aktivitäten partizipieren zu können wie ihre Peers (Melbøe & Ytterhus, 2017).

5.1.5 Managen des Kindverhaltens

Knagge (2016) beschreibt eine mögliche Intervention zur Behandlung von Störungen des Sozialverhaltens: die therapeutische Triangulation nach Steele, Elkin, & Roberts (2008). Unter Triangulation versteht man ein Zusammenspiel von drei verschiedenen Bereichen. Es werden verhaltenstherapeutische Elemente verwendet, welche darauf lenken, das problematische Verhalten zu vermindern und positives Verhalten zu fördern. Dies wird mit drei Behandlungsweisen durchgeführt. Die Verfasserinnen dieser Arbeit gehen hier nur auf die Behandlungsweisen der Eltern ein, da diese relevant sind für die vorliegende Arbeit. In Bezug auf die Eltern sollen Strategien gelernt werden, welche zu einer gesteigerten Eltern-Kind-Kommunikation führen und Verhaltensprobleme der Kinder abbauen. Beispiele dafür sind wirkungsvolle Aufforderungen, Ignorieren von Kleinigkeiten, natürliche und logische Konsequenzen und positive Zeit mit dem Kind verbringen. Die Eltern sollten auch in enger Zusammenarbeit mit der Schule stehen.

Die Verfasserinnen dieser Arbeit sehen diese weiteren Strategien als Ergänzung zu den Strategien aus der Studie von Graham et al. (2016). Sicherlich gibt es auch noch andere solche Strategien, welche das *Managen des Kindverhaltens* verbessern und vereinfachen. Solche Strategien sind sehr individuell, da jedes Kind einzigartig ist und anders auf solche Strategien reagiert. Welche Strategie für welches Kind die beste ist, muss durch Ausprobieren seitens der Eltern getestet werden.

5.1.6 Zeit für sich selbst

Zeit für sich selbst und für erfüllende Betätigungen ist sehr wichtig. Um das zu erklären, gehen die Verfasserinnen dieser Arbeit hier kurz auf das Konzept der Occupational Balance von Jonsson & Persson (2006) ein. Damit ein Mensch zufrieden und ausgeglichen leben kann, sollten seine Betätigungen in einem Gleichgewicht zwischen *herausfordernd* (Exacting), *ausgeglichen* (flowing) und *beruhigend* (calming) sein (Jonsson & Persson, 2006). Manchmal kommt es vor, dass durch verschiedene

Umstände dieses Gleichgewicht gestört wird. Die Folge davon kann laut Jonsson & Persson (2006) eine *Betätigungsüberlastung* (Occupational Overload) oder ein *Betätigungsentzug* (Occupational Deprivation) sein. Dies kann zu einer Minderung des Wohlbefindens und zu negativen, gesundheitlichen Folgen führen (Jonsson & Persson, 2006).

Da die Eltern von Kindern mit einer geistigen Beeinträchtigung diversen Verpflichtungen nachkommen müssen, um den Bedürfnissen ihrer Kinder gerecht zu werden, ist aus Sicht der Verfasserinnen dieser Arbeit vor Allem die Gefahr einer *Betätigungsüberlastung* gegeben. Um die Gesundheit der Eltern zu schützen, ist es deshalb laut den Verfasserinnen dieser Arbeit essentiell, am Bedürfnis *Zeit für sich selbst* zu arbeiten. Wie bereits erklärt wurde, kann das mittels OPC geschehen.

5.1.7 Gegenseitige Unterstützung innerhalb der Familie

Unterstützung innerhalb der Familie ist aus Sicht der Verfasserinnen dieser Arbeit sehr wichtig, da sich die Familienmitglieder untereinander entlasten können. Dabei ist es wichtig, auf die Occupational Balance (Jonsson & Persson, 2006) von allen Familienmitgliedern zu achten.

Luijckx, van der Putten, & Vlaskamp (2016) haben in einer Studie Erfahrungen von Geschwistern erhoben, die mit einem Bruder oder eine Schwester mit einer schweren geistigen Beeinträchtigung zusammenleben. Sie berichten von positiven und negativen Erfahrungen. Trotzdem würde kein befragtes Kind etwas an der Situation ändern wollen (Luijckx et al., 2016). Vertieft auf die Bedürfnisse und Erfahrungen von Geschwistern einzugehen, würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Aber aufgrund der Erfahrungsberichte in der genannten Studie, möchten die Verfasserinnen dieser Arbeit darauf hinweisen, dass nicht nur der Einbezug der Eltern, sondern auch der Einbezug von Geschwistern in die Therapie essentiell ist. Denn sie können eine wertvolle Ressource sein. Viele Geschwister berichten von schönen Erfahrungen und dass sie gerne Zeit mit ihrem Bruder oder ihrer Schwester mit einer geistigen Beeinträchtigung verbringen (Luijckx et al., 2016). Es muss aber auch auf das Wohlbefinden der Geschwister geachtet werden. Denn sie berichten auch von zeitweiser Überforderung, und dass sie sich manchmal von ihrem Bruder oder ihrer Schwester genervt fühlen (Luijckx et al., 2016).

5.1.8 Erfahrungen anderer Eltern lesen, Eltern treffen

Viele Eltern mit Kindern mit einer geistigen Beeinträchtigung haben Unterstützungsbedürfnisse, welche unzureichend gestillt werden (Douglas, Redley, & Ottmann, 2016). Neben emotionaler Unterstützung und Unterstützung bei der Suche nach Wissen sind Netzwerke mit anderen betroffenen Familien laut Douglas et al. (2016) ebenfalls bedeutungsvoll. Hier spielt das Fachpersonal aus dem Gesundheitswesen eine essentielle Rolle. Daher ist es wichtig diese Eltern zu unterstützen, um Peer-Netzwerke entstehen zu lassen.

Somit können Eltern zu spezifischen Themen und Erfahrungen ihr Wissen weitergeben und andere Familien somit unterstützen. So können sie voneinander profitieren.

Dadurch entsteht eine Win-Win-Situation. Beide Eltern profitieren voneinander. Man kann die Kompetenzen anderer nutzen und seine eigenen Stärken einbringen. Solche Netzwerke erhöhen die Lebensqualität der Beteiligten (Wittig, 2012).

6. Schlussfolgerung

6.1 Beantwortung der Forschungsfrage

Am Anfang dieser Arbeit stellten sich die Verfasserinnen die Frage, wie Eltern von Kindern mit einer geistigen Beeinträchtigung von Ergotherapeuten oder Ergotherapeutinnen anhand des OPC im Alltag unterstützt und gecoacht werden können. Dass das OPC an sich effektiv ist, konnte wissenschaftlich belegt werden (Graham et al., 2013). Erforscht werden sollte, wie effektiv das OPC bei Eltern von Kindern mit einer geistigen Beeinträchtigung aussieht. Abschliessend kann gesagt werden, dass es in einem hohen Mass darauf ankommt, welche Bedürfnisse die Eltern mit in die Therapie bringen. Aufgrund der Bedürfnisse kann dann ein individuelles Vorgehen festgelegt werden. Empfehlungen dazu finden sich im folgenden Kapitel.

6.2 Empfehlungen für die Praxis

In diesem Abschnitt erfolgt eine Aufstellung für Empfehlungen für die Praxis, wenn es um die Ausführung des OPC mit Eltern von Kindern mit einer geistigen Beeinträchtigung geht. Folgende Punkte sollten besonders in der Planung und Durchführung berücksichtigt werden:

- Eine geistige Beeinträchtigung beim Kind bringt Konsequenzen für die ganze Familie mit sich. Deshalb ist es wichtig, mit den Eltern zusammenzuarbeiten (Adler & Hägele, 2016; Silibello et al., 2016).
- Bei der Arbeit mit Eltern von Kindern mit einer geistigen Beeinträchtigung wird das OPC durch die Verfasserinnen dieser Arbeit empfohlen, da es sich um einen evidenzbasierten Ansatz (Graham et al., 2013) handelt. Die Verbindung zur geistigen Beeinträchtigung konnte in dieser Arbeit geschaffen werden (Graham et al., 2016; Huus et al., 2017).
- Bei der Arbeit mit dem OPC sollten die Bedürfnisse der Eltern nach Ansicht der Verfasserinnen dieser Arbeit für die Ergotherapeuten oder die Ergotherapeutinnen im Vordergrund stehen.
- Die elterlichen Bedürfnisse, die in dieser Arbeit vorgestellt wurden, geben einen Hinweis darauf, welche Bedürfnisse bei den Eltern auftauchen könnten (Huus et al., 2017). Mit diesen Ideen kann sich der Ergotherapeut oder die Ergotherapeutin schon im Vorfeld Gedanken über ein mögliches Vorgehen machen. Dabei sollte aber beachtet werden, dass Bedürfnisse individuell sind

(Huus et al., 2017). Man sollte laut den Verfasserinnen dieser Arbeit offen und flexibel zum Erstgespräch gehen und das Vorgehen den jeweiligen Eltern anpassen.

- Im OPC hat die Rolle des Ergotherapeuten oder der Ergotherapeutin eine unterstützende Funktion (Graham et al., 2017). Es ist nicht die Aufgabe des Ergotherapeuten oder der Ergotherapeutin, Lösungen vorzugeben. Vielmehr sollten die Lösungen partnerschaftlich erarbeitet werden.
- Eltern verbringen einen Grossteil ihrer Zeit damit, sich um ihr Kind zu kümmern. Da das Aufziehen eines Kindes mit einer geistigen Beeinträchtigung zusätzliche Herausforderungen mit sich bringt, ist es wichtig, auf die psychische Gesundheit der Eltern zu achten (Graham et al., 2016; Huus et al., 2017).
- Bei herausforderndem Verhalten des Kindes sollte geprüft werden, ob eine Verhaltensanpassung seitens der Eltern die Performanz des Kindes verbessern kann (Graham et al., 2016).
- Um die Performanz des Kindes zu verbessern, haben sich kind-fokussierte sowie kontext-fokussierte Strategien bewährt (Graham et al., 2016).
- Obwohl die Eltern selbst Lösungsstrategien erarbeiten sollen, ist es laut den Verfasserinnen dieser Arbeit hilfreich, wenn der Ergotherapeut oder die Ergotherapeutin auch Ideen mitbringt. Es ist also empfehlenswert, sich einen Wissensschatz an Strategien und Lösungsmöglichkeiten anzueignen. Einige nützliche Strategien wurden in dieser Arbeit vorgestellt (Graham et al., 2016).

6.3 Limitationen

Für die Beantwortung der Fragestellung konnten nur drei Hauptstudien ausgewählt werden. Diese Auswahl ist relativ klein und reicht nicht aus, um das umfangreiche Thema komplett abzudecken. Alle drei Studien befinden sich auf dem tiefsten Evidenzlevel, deshalb müssen die Ergebnisse kritisch betrachtet werden und ein Übertrag in die Praxis sollte sorgfältig geprüft werden. Ausserdem weist die Studie Huus et al. (2017) einige methodische Mängel auf. Somit müssen vor allem die Bedürfnisse der Eltern kritisch betrachtet werden und können nicht unbedingt auf andere Eltern in einer ähnlichen Situation übertragen werden.

Die Verbindung des OPC mit den Bedürfnissen von Eltern von Kindern mit einer geistigen Beeinträchtigung wurde durch die Verfasserinnen dieser Arbeit geschaffen. Obwohl die Literatur möglichst sachlich analysiert und miteinander verknüpft wurde,

kann die Objektivität der Ergebnisse nicht durchgehend garantiert werden. Darum wurde versucht, die Ergebnisse in der Diskussion mit passender Literatur zu stützen.

Die Hauptstudien wurden in Schweden und Australien durchgeführt. Deswegen muss die Umsetzbarkeit der Ergebnisse in der Schweiz geprüft werden.

6.4 Offene und weiterführende Fragen

Bezüglich der Umsetzbarkeit der Ergebnisse stellt sich die Frage, wie die Therapie mit dem OPC in der Schweiz finanziert werden könnte. Auch besteht das Problem, dass viele Eltern tagsüber arbeiten und daher keine Zeit haben für die Ergotherapie. Dieser Umstand müsste systematisch untersucht werden. Wichtig ist es auch zu wissen, wie oft und wie lange die Therapie mit OPC durchgeführt werden sollte.

Um Sicherheit zur Wirksamkeit vom OPC bei Eltern von Kindern mit geistiger Beeinträchtigung zu gewinnen und um die Umsetzbarkeit in der Schweiz zu gewährleisten, ist daher noch weitere Forschungsarbeit nötig.

Verzeichnisse

Literaturverzeichnis

- Adler, C., & Hägele, A. (2016). *Ergotherapie in der Pädiatrie: klientenzentriert - betätigungsorientiert - evidenzbasiert* (1. Auflage; A. Baumgarten & H. Strebel, Eds.). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Bailey, D. B., Bruder, M. B., Hebbeler, J. C., Defosset, M., Greenwood, C., Kahn, L., ... Spiker, D. (2006). Recommended Outcomes for Families of Young Children with Disabilities. *Journal of Early Intervention, 28*(4), 227–251.
- Bailey, D. B., & Simeonsson, R. J. (1988). Assessing Needs of Families with Handicapped Infants. *The Journal of Special Education, 22*(1), 117–127.
- Bartholomeyczik, S., & Käppeli, S. (Eds.). (2008). *Lexikon der Pflegeforschung: Begriffe aus Forschung und Theorie* (1. Aufl.). München: Elsevier, Urban & Fischer [u.a.].
- Berk, L. E., Schönpflug, U., Petersen, K., & Aralikalti, E. (2011). *Entwicklungspsychologie* (5., aktualisierte Aufl.). München: Pearson.
- Burns, N., & Grove, S. K. (Eds.). (2005). *Pflegeforschung verstehen und anwenden* (1. Aufl.). München: Elsevier, Urban & Fischer.
- Chien, C.-W., Rodger, S., & Copley, J. (2017). Differences in patterns of physical participation in recreational activities between children with and without intellectual and developmental disability. *Research in Developmental Disabilities, 67*, 9–18.
- DiCenso, A., Bayley, L., & Haynes, R. B. (2009). Accessing pre-appraised evidence: fine-tuning the 5S model into a 6S model. *Evidence-Based Nursing, 12*(4), 99–101.
<https://doi.org/10.1136/ebn.12.4.99-b>
- Douglas, T., Redley, B., & Ottmann, G. (2016). The first year: the support needs of parents caring for a child with an intellectual disability. *Journal of Advanced Nursing, 72*(11), 2738–2749. <https://doi.org/10.1111/jan.13056>
- Douglas, T., Redley, B., & Ottmann, G. (2017). The need to know: The information needs of parents of infants with an intellectual disability-a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing, 73*(11), 2600–2608. <https://doi.org/10.1111/jan.13321>

- Flick, U., Kardorff, E. von, & Steinke, I. (Eds.). (2010). *Qualitative Forschung: ein Handbuch* (8. Auflage, Originalausgabe). Reinbek bei Hamburg: rowohlt's enzyklopädie im Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Graham, F., Rodger, S., & Kennedy-Behr, A. (2017). Occupational Performance Coaching (OPC): Enabling Caregivers' and Children's Occupational Performance. In *Occupation-Centred Practice with Children: A Practical Guide for Occupational Therapists* (2nd ed., pp. 209–231). John Wiley & Sons Ltd.
- Graham, F., Rodger, S., & Ziviani, J. (2013). Effectiveness of Occupational Performance Coaching in Improving Children's and Mothers' Performance and Mothers' Self-Competence. *American Journal of Occupational Therapy*, 67(1), 10–18.
<https://doi.org/10.5014/ajot.2013.004648>
- Graham, F., Rodger, S., & Ziviani, J. (2014). Mothers' Experiences of Engaging in Occupational Performance Coaching. *British Journal of Occupational Therapy*, 77(4), 189–197.
<https://doi.org/10.4276/030802214X13968769798791>
- Graham, F., Rodger, S., Ziviani, J., & Jones, V. (2016). Strategies Identified as Effective by Mothers During Occupational Performance Coaching. *Physical & Occupational Therapy In Pediatrics*, 36(3), 247–259. <https://doi.org/10.3109/01942638.2015.1101043>
- Graham, F., Rodger, S., & Kennedy-Behr, A.. (2017). Occupational Performance Coaching (OPC): Enabling Caregivers' and Children's Occupational Performance. In *Occupation-centred Practice with Children: A Practical Guide for Occupational Therapists* (2nd ed., pp. 209–231). Oxford: John Wiley & Sons.
- Hässler, F., Bienstein, P., Buscher, M., Caby, F., Hennicke, K., Hoffmann, K., ... Roosen-Runge, G. (2014, December). *Praxisleitlinie Intelligenzminderung*. Retrieved from <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/028-042.html>
- Hussy, W., Schreier, M., & Echterhoff, G. (2013). *Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaften für Bachelor: mit 23 Tabellen* (2., überarbeitete Auflage). Berlin Heidelberg: Springer.

- Huus, K., Olsson, L. M., Elgmark Andersson, E., Granlund, M., & Augustine, L. (2017). Perceived needs among parents of children with a mild intellectual disability in Sweden. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 19(4), 307–317.
<https://doi.org/10.1080/15017419.2016.1167773>
- Jansen, S. L. G., van der Putten, A. A. J., & Vlaskamp, C. (2012). What parents find important in the support of a child with profound intellectual and multiple disabilities: Parental views on family-centred care. *Child: Care, Health and Development*, 39(3), 432–441.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2012.01381.x>
- Jonsson, H., & Persson, D. (2006). Towards an experiential model of occupational balance: an alternative perspective on flow theory analysis. *Journal of Occupational Science*, 13(1), 62–73. Retrieved from ccm.
- King, M., Shields, N., Imms, C., Black, M., & Ardern, C. (2013). Participation of children with intellectual disability compared with typically developing children. *Research in Developmental Disabilities*, 34(5), 1854–1862. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2013.02.029>
- Knagge, S. (2016). *Ergotherapie in der Pädiatrie: klientenzentriert - betätigungsorientiert - evidenzbasiert* (1. Auflage; A. Baumgarten & H. Strebel, Eds.). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Knipschild, I., & Müller, W. (2016). *Ergotherapie in der Pädiatrie: klientenzentriert - betätigungsorientiert - evidenzbasiert* (1. Auflage; A. Baumgarten & H. Strebel, Eds.). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Krollner, B. D., & Krollner, D. D. (2018). ICD-10-GM-2019 F70-F79 Intelligenzstörung - ICD10. Retrieved March 8, 2019, from <http://www.icd-code.de/icd/code/F70-F79.html>
- Kuss, A. (2012). *Marktforschung: Grundlagen der Datenerhebung und Datenanalyse* (4., überarb. Aufl). Wiesbaden: Springer Gabler.
- Likert, R. (1932). A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology*, 22(140), 55.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, Calif: Sage Publications.

- LoBiondo-Wood, G., Haber, J., & Nohl, A. (Eds.). (2005). *Pflegeforschung: Methoden, Bewertung, Anwendung* (2. Aufl). München: Elsevier, Urban & Fischer.
- Luijkx, J., van der Putten, A. A. J., & Vlaskamp, C. (2016). "I love my sister, but sometimes I don't": A qualitative study into the experiences of siblings of a child with profound intellectual and multiple disabilities. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 41(4), 279–288. <https://doi.org/10.3109/13668250.2016.1224333>
- Margraf, J. (2018). Pschyrembel Online | Intelligenzquotient. Retrieved April 7, 2019, from <https://www.pschyrembel.de/Intelligenzquotient/K0AWE/doc/>
- Melbøe, L., & Ytterhus, B. (2017). Disability leisure: in what kind of activities, and when and how do youths with intellectual disabilities participate? *Scandinavian Journal of Disability Research*, 19(3), 245–255. <https://doi.org/10.1080/15017419.2016.1264467>
- Otto, K. (2013, May). MyHandicap. My Chance. Retrieved March 27, 2019, from Geistige Behinderung Was ist eine geistige Behinderung? Viele Institutionen haben sich darüber Gedanken gemacht und sind zu folgender Auffassung gekommen. website: <https://www.myhandicap.de/gesundheit/geistige-behinderung/>
- Ris, I., & Preusse- Bleuler, B. (2015). *AICA: Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal eines Forschungsartikels*. Schulungsunterlagen Bachelorstudiengänge Departement Gesundheit ZHAW.
- Robert, M., Leblanc, L., & Boyer, T. (2015). When satisfaction is not directly related to the support services received: understanding parents' varied experiences with specialised services for children with developmental disabilities. *British Journal of Learning Disabilities*, 43(3), 168–177. <https://doi.org/10.1111/bld.12092>
- Shields, N., Synnot, A., & Kearns, C. (2015). The extent, context and experience of participation in out-of-school activities among children with disability. *Research in Developmental Disabilities*, 47, 165–174. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2015.09.007>
- Silibello, G., Vizziello, P., Gallucci, M., Selicorni, A., Milani, D., Ajmone, P. F., ... Lalatta, F. (2016). Daily life changes and adaptations investigated in 154 families with a child

- suffering from a rare disability at a public centre for rare diseases in Northern Italy. *Italian Journal of Pediatrics*, 42(1). <https://doi.org/10.1186/s13052-016-0285-0>
- Solso, R. L., & Reiss, M. (2005). *Kognitive Psychologie*. Heidelberg: Springer.
- Steele, R. G., Elkin, T. D., & Roberts, M. C. (Eds.). (2008). *Handbook of evidence-based therapies for children and adolescents: bridging science and practice*. New York, NY: Springer.
- Thomas, D. R. (2006). A General Inductive Approach for Analyzing Qualitative Evaluation Data. *American Journal of Evaluation*, 27(2), 237–246. <https://doi.org/10.1177/1098214005283748>
- Tonkin, B. L., Ogilvie, B. D., Greenwood, S. A., Law, M. C., & Anaby, D. R. (2014). The participation of children and youth with disabilities in activities outside of school: A scoping review: Étude de délimitation de l'étendue de la participation des enfants et des jeunes handicapés à des activités en dehors du contexte scolaire. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 81(4), 226–236. <https://doi.org/10.1177/0008417414550998>
- Wentura, D., & Frings, C. (2013). *Kognitive Psychologie*. Wiesbaden: Springer VS.
- Wittig, C. (2012). *30 Minuten Kreatives Netzwerken* (2. Auflage). Offenbach: GABAL Verlag GmbH.
- Woodmansee, C., Hahne, A., Imms, C., & Shields, N. (2016). Comparing participation in physical recreation activities between children with disability and children with typical development: A secondary analysis of matched data. *Research in Developmental Disabilities*, 49–50, 268–276. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2015.12.004>
- Wuang, Y.-P., Wang, C.-C., Huang, M.-H., & Su, C.-Y. (2009). Prospective Study of the Effect of Sensory Integration, Neurodevelopmental Treatment, and Perceptual-Motor Therapy on the Sensorimotor Performance in Children With Mild Mental Retardation. *American Journal of Occupational Therapy*, 63(4), 441–452. Retrieved from ccm.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Domänen des OPC (Graham et al., 2017, S. 211).....	10
Abbildung 2: Strukturierter Prozess des OPC mit PEO Modell im Zentrum (Graham et al., 2017, S. 212).....	10
Abbildung 3: Collaborative Performance Analysis (Graham et al., 2017, S. 215).....	12

Die Abbildungen stammen aus:

Graham, Fiona, Rodger, Sylvia, & Kennedy- Behr, Ann. (2017). Occupational Performance Coaching (OPC): Enabling Caregivers' and Children's Occupational Performance. In *Occupation-centred Practice with Children: A Practical Guide for Occupational Therapists* (2nd ed., pp. 209–231). Oxford: John Wiley & Sons.

Diagrammverzeichnis:

Diagramm 1: Veränderung des COPM Scores: Kinder.....	24
Diagramm 2: Veränderung des COPM Scores: Mütter.....	24
Diagramm 3: Strategien.....	28
Diagramm 4: Informationsbedarf.....	32
Diagramm 5: Persönliche Bedürfnisse der Eltern.....	32
Diagramm 6: Dienstleistungen in der Gesellschaft.....	33

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Keywords.....	17
Tabelle 2: Ein- und Ausschlusskriterien.....	19
Tabelle 3: Ausschnitt aus der Suchmatrix.....	20
Tabelle 4: Zusammenfassung der Ergebnisse.....	35

Wortzahl

Wortanzahl des Abstracts: 200 Wörter

Wortanzahl der Arbeit: 10'392 Wörter

(Die Wortanzahl der Arbeit ist exklusive Titelblatt, Abstract, Tabellen, Grafiken und deren Beschriftung, Verzeichnisse, Eigenständigkeitserklärung, Danksagung und Anhang gerechnet.)

Eigenständigkeitserklärung

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

Corina Baumann

Rahel Meleri

Danksagung

Wir bedanken uns herzlich bei Frau Citrini-Hunger für das Begleiten und Betreuen unserer Bachelorarbeit. Sie stand uns während des Schreibprozesses jederzeit für Fragen und Anliegen zur Verfügung und hat uns beim Verfassen der Arbeit mit konstruktiven Rückmeldungen und ermutigenden Worten begleitet.

Ein Dank geht auch an Marion Huber, welche uns mit der Methodenberatung über statistische Fakten begleitet hat. Sie unterstütze uns mit wertvollen Tipps.

Des Weiteren richten wir einen herzlichen Dank an unsere Lektorinnen: Nadine Frei, Natalie Meleri und Vanessa Singer. Sie investierten viel Zeit in die sorgfältige Korrekturlesung unserer Bachelorarbeit und leisteten so einen enormen Beitrag für ein gutes Gelingen.

Auch möchten wir uns bei unserem Freundes- und Familienkreis bedanken für die Unterstützung und Geduld in dieser intensiven Zeit.

Anhang

A Glossar

Begriffe	Erklärung
Aktivität	Aktivität ist eine Aktion, welche beobachtbar ist. Es bedeutet ein Zustand des Tätig-Sein, aktiven Tun (Fisher, 2014).
Alltagsperformanz	Nach der Ableitung von der Definition Performanz: Alltägliche Ausführung von Handlungen (Fisher, 2014).
Betätigung	Betätigung ist eine Aktivität, welche für die ausführende Person eine Bedeutung oder einen Zweck haben muss (Fisher, 2014).
Betätigungsaufgabe	Nach der Ableitung von der Definition Betätigung: Eine Aufgabe, welche man in einer Betätigung innehat.
Betätigungsrolle	Nach der Ableitung von der Definition Betätigung: Eine Rolle, welche man in einer Betätigung einnimmt.
Betätigungsroutine	Nach der Ableitung von der Definition Betätigung: Eine Routine, welche man in einer Betätigung hat.
Betätigungsperformanz	Betätigungsperformanz bedeutet die Art und Weise wie eine Person eine Betätigung ausführt (Fisher, 2014).
Drop-out	Damit sind Studienteilnehmer und Studienteilnehmerinnen gemeint, welche während der Durchführung einer Studie aus der Stichprobe fallen (Law et al., 1998).
Partizipation	Bedeutet Teilhaben, Teilnehmen, Beteiligtsein (Dudenredaktion (Bibliographisches Institut), 2015).
Performanz	Die Durchführung von Handlungen ist die Performanz (Fisher, 2014).
Performanzanalyse	Unter Performanzanalyse wird die Qualität der Betätigung verstanden. Was und wie gut eine Person etwas tut (Fisher, 2014).
Performanzkontext	Bildet einen Rahmen, welche Bedürfnisse ein Klient hat, was er tut und welche Probleme er bei der Ausführung von

Alltagsaufgaben hat in verschiedenen Kontexten (Freizeit, Arbeit, Schule etc.) (Fisher, 2014).

B Literaturverzeichnis Glossar

Dudenredaktion (Bibliographisches Institut) (Ed.). (2015). Duden deutsches

Universalwörterbuch (8., überarbeitete und erweiterte Auflage). Berlin: Dudenverlag.

Fisher, A. G. (2014). OTIPM: Occupational therapy Intervention Process Model: Ein Modell zum Planen und Umsetzen von klientenzentrierter, betätigungsbasierter Top-down-Intervention (1. Auflage; B. Dehnhardt, Trans.). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.

Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J., & Westmorland, M. (1998). Anleitung zum Formular für eine kritische Besprechung quantitativer Studien. Retrieved from <https://srs-mcmaster.ca/wp-content/uploads/2015/04/Guidelines-for-Critical-Review-Form-Quantitative-Studies-German.pdf>

C AICA Raster Hauptstudie 1, Graham et al., (2013)

Zusammenfassung der Studie:

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Ziel Die Studie untersuchte die Wirksamkeit von OPC für die Verbesserung der Betätigungsleistung des Kindes und der Mutter und die Verbesserung der Fähigkeiten/Erziehung der Mutter/Eltern.</p> <p>Problembeschreibung Familien- und betätigungsbezogenen Praktika werden heute allgemein erwartet in der Ergotherapie, kann teils aber eine Herausforderung sein. Der betätigungsbasierte Kern in der Ergotherapie, hat eine hohe Relevanz für die Praxis mit Kindern und Familien (Rodger 2010). Obwohl es viel Handlungsbedarf für ET gäbe, betätigungsbasiert zu arbeiten, gibt es nur wenig evidenzbasierte Interventionen mit den Eltern in Einbezug für die Zielformulierung ihrer Kinder. Erziehung eines beeinträchtigten Kindes hat tiefgreifende Auswirkungen auf das gesamte Familiensystem, einschliesslich der psychischen Gesundheit der Mütter (Hauser Cram et al., 2001), Familienroutine (Marquenie et al., 2011), Finanzstatus (Emerson, 2003).</p> <p>Bezugsrahmen Betätigungsbasierter Ansatz, OPC</p>	<p>Design 1 Zeitserien-Design für eine Gruppe wurde verwendet um die Fragestellung zu überprüfen. Die Messung der Veränderung der Betätigungsleistung des Kindes, Kompetenzen der Eltern wurden an 4 Punkten wiederholt. 1) 6-8 Wochen vor der Intervention 2) 1 Woche vor der Intervention 3) 1 Woche nach der Intervention 4) 6 Wochen nach Abschluss der Intervention. Interventionszeitraum 3-8 Wochen, bis zum Erreichen der Ziele, bis zu maximal 8 Sitzungen pro Woche.</p> <p>Stichprobe Stichprobenbestimmung wurde durchgeführt mit den Daten von PSOC (Parenting sense of Competence scale). Stichprobengrößen von 30 angestrebt, vollständige Daten innerhalb des verfügbaren Zeitrahmens nur 29 erfasst. TN: Eltern von Kindern im Alter von 5-12 Jahren, bedenken in Betätigungsleistung hatten, mind. in 3 Bereichen durch COPM (Canadian Model of Occupational Performance) identifiziert wurde. OPC ist auf eine breite Altersgruppe anwendbar, wurde für eine homogenere Studie, Kinder in der mittleren Kindheit gesucht. Rekrutierung der Teilnehmer über eine Warteliste für die Ergotherapie und durch einen lokalen katholische Schulzeitschrift. → „Catholic Education“ ist der 2. grösste Anbieter von Grundschulbildung in Queensland, die Familien mit gemischtem sozioökonomischem Status bedient. Telefonischer Kontakt mit Fiona Graham, leitende Forscherin und Interventions-therapeutin, welche das Screening eingeleitet hat und falls zutreffend die Beteiligung der Studie befürwortete. Während der Studienteilnahme, wurde es verboten, andere Dienstleistungen für die Kindern an einer anderen Stelle zum gleichen Thema teilzunehmen. Queensland, Australien.</p> <p>Messverfahren Alle Instrumente werden genau erklärt. Zeitpunkt der Anwendung, siehe Tbl. 1. Instrumente wurden teils mit Studien untermauert. Die Betätigungsleistung der Eltern/Kindern wurde anhand des COMP und des GAS (goal attainment scaling) gemessen. - COPM (halbstrukturiertes Interview), gleich/grösser als 2 Pkt. sign. - GAS/Zielerreichungsskala, 7 Pkt.-Skala modifiziert nach King et al. (1999) - PSOC verwendet für Veränderung in Elternkompetenz nach OPC zu identifizieren. Misst Kompetenzgefühl in elterliche Rolle in Dimension Wirksamkeit + Zufriedenheit. 16Pkt. Umfassender Fragebogen (höhere Werte, höhere elterliche SSKompetenz)</p>	<p>39 Mütter (Eltern) kontaktierten die Hauptforscher für die Teilnahme. 2 wurden ausgeschlossen, entsprachen nicht den Kriterien. Zeitpunkt 1: 37 Mütter. Zeitpunkt 2: 5 von 37 lehnten ab + 2 wegen Arbeitsverpflichtung. Zeitpunkt 3: 28 Mütter, 2 gaben es nicht ab. Zeitpunkt 4: 25 Mütter füllten die Instrumente per E-Mail aus. → daher herausgestrichen: Zeitpunkt 1 29 Mütter inkludiert. Zeitpunkt 2 29 Zeitpunkt 3 29/28 Zeitpunkt 4 25 (Tbl. 1)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Z1 Pre-wait list - Wait phase, 6-8wk, keine Interv. - Z2 Preintervention (1wk vor Interv.) - Interventionsphase 3-8wk - Z3 Postintervention - Maintenance phase, 6-8wk, keine Intervention - Z4 Follow-up, 6-8wk nach Ende <p>alle Assessments bei Z-Phase, ausser GAS bei Z4. Z4, nicht alle Fragebögen retourniert.</p> <p>Teilnehmer Mütter zw. 31-45 J., zwischen 1-5 Kinder zuhause, meisten waren Doppeleltern (80%). Einkommen verschieden, Bildungsniveau der Mutter hoch. 5-11J, viele Jungs. Meisten Kinder hatten keine offizielle med. Diagnose.</p>	<p>Diskussion und Interpretation der Ergebnisse Verbesserungen in allen Zielen (Performanz der Mutter oder des Kindes, Behandlung während Intervention) waren nach OPC signifikant, bei 6-Wöchiger Nachbeobachtung beibehalten. Fokus von OPC auf die Performanz bei Müttern/Kindern ist bei der Intervention von pädiatrischen ET ungewöhnlich. → Betonung auf familienzentrierten Praxis auf die weiteren Bedürfnisse der Familie bei der Unterstützung von Kindern mit einer Beeinträchtigung, Anwendbarkeit von OPC auf die Performanz der Eltern und der Kindern für die klinische Praxis relevant. Durch den Einsatz von OPC können ET den Betätigungseinsatz über die unmittelbaren Probleme des Kindes hinaus, zu weitreichenden betätigungsbasierten Einschränkungen, die Eltern und Familien von Kindern mit betätigungsbasierten Herausforderungen betreffen, erleichtern. Verallgemeinert, Verbesserung anderen Aufgaben, als welche besprochen wurden. GAS-Ziele, welche nicht angesprochen, sich überschneiden, wurde wiederlegt. Unerwartete sign. Verbesserung von Zeit 1 zu 2 bei BP von Kindern, Zufriedenheit Mütter mit BP, mit Zielen welche vor Beginn Intervent. Aber nicht bei Z1 angesprochen wurde. +emp. Literatur</p> <p>Es ist bekannt, dass das Setzen von Zielen die Aufmerksamkeit, Ausdauer und Anwendung von Wissen in Bezug auf die Performanz/Ausführung von Aufgaben beeinflusst, was wiederum die Performanz Ausführung von Aufgaben beeinflussen kann (Locke & Latham 2002).</p>

<p>Hintergrundinfo zu OPC OPC, ein stärkenbasierter Ansatz für die Arbeit mit Menschen, welche in ihrer Betätigungseffektivität herausgefordert sind. OPC konzentriert sich auf die von Klienten festgelegte Ziele der Performanz. Coaching, ein zielorientiertes Gesprächsformat wird verwendet, um den Klienten in seinem Ziel detailliert zu prüfen. Damit der Performanzkontext verbessert/verändert werden kann um das Ziel zu erreichen → Schlüsselkompetenz OPC. ET kann auch Strategien entwickeln und ausprobieren, um der Lösung näher zu kommen.</p> <p>Durch das OPC wird man als Therapeut durch 3 Domäne/Bereiche geleitet. - emotionale Unterstützung (verbale & nonverbale Strategien) - Informationsaustausch (Erhebung vorhandenen Wissen, um Lösungen zu finden) - strukturierter Prozess (zeitlichen Leitfaden für die Sitzung, Problemlöseprozess für Unabhängigkeit des Klienten) Jede Domäne ist entscheidend, für die Verbesserung der Performanz. Untersuchung von zielspez. Performanzsituationen durch den Therapeuten wird geleitet von dem Prozess namens „collaborative performance analysis“, welche der Therapeut die Wahrnehmung des Klienten identifiziert. → Was passiert während der Performanz, bevorzugte Performanz-</p>	<p>- ABAS (Adaptive Behavior Assessment System II- Parent Form) 232Pkt umfassender, selbstverwalteter Fragebogen.</p> <p>Datenerhebung In Universitätskliniken wurden COPM/Gas-Daten in einem persönlichen Gespräch durch den Interventionsth. (keine Erblindung) zum Zeitpunkt 1 durchgeführt. Mütter mussten Ziele auswählen in Bezug auf das Kind oder die eigene Performanz. 135 Ziele für die Kinder, 16 Ziele für die Eltern. Alle anderen Massnahmen per Email/Post vor der 1. Sitzung vervollständigen. Während Interventionsphase, wöchentlich 1h OPC-Sitzungen in den gleichen Räumen. Zeitpunkt 3, sammelte Interventionstherapeut erneut COPM/Gas-Daten in einem pers. Gespräch. Alle anderen Massnahmen wurden von den Eltern ss durchgeführt per E-Mail oder Post. Treue bei der Anwendung von OPC wurde durch Inhaltsanalyse von Videomaterial und Transkripten bestätigt. 54% der Kinder besuchten zwischen 1-8 Sitzungen über max. 8 Wochen. 46% besuchten keine Interventionssitzungen. Sitzung endeten, wenn Eltern die Ziele erreicht hatten, auf die sie sich konzentrieren wollten. Eltern besuchten im Durchschnitt 5 Sitzungen.</p> <p>Methodologische Reflexion Interventionstherapeutin (Graham) trainierte die Mütter, um Wege zu finden, wie sie die Betätigungseffektivität ihres Kindes erleichtern können um die Zielerreichung zu unterstützen. Interventionstherapeut + Ergotherapeut zum Zeitpunkt der Studie, 10 Jahre klinische Erfahrung, 6 Jahre mit Kindern/Familien zusammengearbeitet. Teilnahme an OPC-Sitzung lag im Ermessen der Eltern.</p> <p>Datenanalyse Mehrere Ziele wurden nicht während der Intervention angesprochen, da zum Zeitpunkt 1 das gesamte Spektrum an Probleme in der Betätigungseffektivität berichtet wurde. Eltern priorisierten die Ziele welche angesprochen werden sollen. Ziele welche nicht priorisiert wurden, wurden während der ganzen Studie weiterhin erhoben. (angesprochene/nicht angesprochene Ziele → in Berichterstattung. 4 Zielarten. 1 angesprochene Performanz bei Kindern + Zufriedenheit. 2 nicht angesprochene Performanz bei Kindern + Zufriedenheit. 3 angesprochene Performanz bei Eltern + Zufriedenheit. 4 nicht angesprochene Performanz bei Eltern + Zufriedenheit. Alle Daten wurden analysiert mit SPP Version 17.0. Daten auf Normalität und Schräglagen untersuchen. Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test durchgeführt.</p> <p>Ethik Die zuständige Ethikkommission der Universität von Queensland und das katholische Bildungswesen hat die Studie genehmigt.</p> <p>Deduktives Vorgehen. Überprüfung der Hypothese. Quantitative Studie.</p>	<p>17% medizinische Diagnose davon 7% geist. Beh., 10% Asperger. ¼ zuvor bei versch. Fachpersonen. Ziele zu den Fähigkeitsbereichen in ABAS: 45% Selbstversorgung, 27% Produktivität (Hausaufgaben/-arbeiten), 13% Spiel, 15% soziale Kommunikation. Ziele zur Performanz der Mütter 7%.</p> <p>BP=Betätigungseffektivität <u>1 angesprochene Perf. Kinder + Zufriedenheit</u>: Performanz unterschied sich stark vor/nach OPC. (Tab. 2), Zufried. gesteigert von Müttern. Sign. Verbesserung Performanz (COPM-Score) während Intervention, aber nicht in Warte-/Erhaltung. Die Verbesserung der Performanz wurde in der Nachbereitung beibehalten. Zufried Mütter mit Performanz des Kindes bei den Zielen, während OPC erreicht wurden, verbessert sich in Warte+ Interventphase. GAS-Score, zeigt während Z1-3 sign. der BP der Kinder. Post hoc Analyse BP sign. über Interventionsphase, gleich wie COPM + Verbesserung über Warteliste. Die Effektgrösse war über die Interventionsphase die Grösste.</p> <p><u>2 Perf. Kinder + Zufried. nicht ang.</u> BP für Ziele, welche nicht benannt wurden, waren nach dem OPC sign. COPM Score zeigt, dass sich die BP in der Interventionsphase sign. verbessert hat, aber nicht in der Warte oder Erhaltungphase.</p>	<p>Wenn Ziele von grosser Bedeutung sind, werden die Interventionseffekte der Zielsetzung erhöht (Fan et al 2008) → weitere Untersuchung der Wirkung der Zielsetzung innerhalb OPC ist gerechtfertigt. Verbesserung der Selbstkompetenz, insbesondere Wirksamkeit bei der Elternschaft, waren nach OPC signifikant. Klinische Bedeutung dieser Verbesserung ist jedoch unklar. Obwohl Effektstärke der Verbesserung mittelgross war, im Vergleich zu anderen Studien mit ähnlichen Populationen jedoch gering (Odom 1996). Geringe interne Konsistenz des PSOC für diese Stichprobe, erfordert bei der Interpretation Vorsicht. (wenig homogene Items)</p> <p>Einschränkung fehlen der Kontrollgruppe, keine Erblindung der Interventionstherap (Voreingenommen), hohe Bildungsniveau der Mütter, überwiegend nicht diagnostizierte Kinderprobe, kurze Nachbeobachtungszeit.</p> <p>Zukünftig eine randomisierte kontrollierte Studie, gerechtfertigt. Studie mit Müttern und Kindern mit spez. Gesundheitszuständen und solche mit niedrigem Bildungsniveau konzentrieren, würde das Verständnis für die Wirksamkeit von OPC erweitern. OPC weiter erforschen, wenn es von anderen ET durchgeführt wird, um sicherzustellen, dass andere geschult werden können, um diese Massnahmen effektiv und treu umzusetzen.</p> <p>Schlussfolgerung OPC ist eine vielversprechende, effektive Intervention für ET, die versuchen die Anforderungen der heutigen Praxis zu erfüllen. Einsatz von OPC bei Müttern von Kindern mit einem Problem in BP bietet eine vorläufige Unterstützung für die Wirksamkeit in dieser Zielgruppe. Es deutet darauf hin, dass OPC zu einer allgemeinen und</p>
--	---	--	---

<p>szenario, Barrieren & Brücken für die Performanz, welche Klientenbedürfnisse zur Umsetzung von Veränderungen zu erwarten sind für die Verbesserung der Performanz. OPC steht im Einklang mit den familienzentrierten Praxisidealen, wie der Berücksichtigung der Bedürfnisse der ganzen Familie und der Befähigung der Eltern, sich in ihrer Rolle kompetent zu fühlen.</p> <p>Forschungsfragen</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Führt OPC zu einer Verbesserung der Betätigungsperformanz von Kindern und Eltern in den von den Eltern relevanten identifizierten Bereichen? 2. Tritt eine Verbesserung auch in den Bereichen der Performanz von Kindern oder den Eltern ein, die während der Intervention nicht angesprochen werden? 3. Führt OPC zu einer Verbesserung des Kompetenzgefühls der Eltern im Bereich der Erziehung? 		<p>GAS Score zeigte, BP verbesserte sich deutlich in Warte-/Interventionsphase. Verbesserung der Zufriedenheit der Mütter mit BP der Kinder in Interventionsphase sign., nicht aber in Warte/Erhaltphase. Zufriedenheit während Instandhaltungsp. aufrechterhalten.</p> <p><u>3 ang. Perf. Mütter + Zufried.</u> P und Zufried. der Mütter verbesserten sich sign. nach COPM Score und GAS Score. (Tbl. 3) Post hoc Analyse mit COPM und GAS zeigte, dass sich die BP der Mütter während Interventph. deutlich verbessert, nicht aber in Warte/Erhaltph. Zufried. der Mütter mit BP verbesserte sich in Warte- und Interventph deutlich.</p> <p><u>4 Perf. Mütter + Zufried. nicht ang.</u> 2 Ziele in Bezug auf BP der Mütter wurden nicht angesprochen während Intervention. Sign. mittlere Verbesserung trat bei diesen Zielen über die Warteph., in Zufried. und BP. Änderung in Intervent- und Wartungsph. nicht sign.</p> <p>Interne Konsistenz des PSOC für Mutter war gering, Vorsicht mit Interpretation der Resultate. Allg. SSKompetenz der Mütter in Erziehungsrolle verbessert sich nach OPC deutlich. Post hoc-Analyse, Verbesserung der totalen SSKompetenz während Interventph. sign. + Instandsp. Beibehalten. Zufried. mit Erziehungsrolle in keiner Phase sign. verbessert.</p>	<p>nachhaltigen Verbesserung der BP führen kann.</p> <p>Anwendung und Verwertung in der Praxis</p> <ul style="list-style-type: none"> - vorläufige Unterstützung für den Einsatz von OPC bei der Arbeit mit Müttern, mit Fokus auf Ziele für Kind+ Mütter. - OPC kann allg. zu Verbesserung der Performanz von Kindern in anderen Betätigung führen, die über spez. Aktivitäten/Ziele hinausgehen, die angesprochen wurden. - Wirkung der Zielsetzung, wie sie in OPC verwendet wurde, sollte nicht unterschätzt werden, da der Prozess selbst zu erheblichen Verbesserung der von Kindern und Eltern wahrgenommenen Performanz führen kann.
---	--	--	--

		Wirksamkeitsgefühl der Mütter verb. sich sign. in Interventph, nicht Warte/ Erhaltphase,	
--	--	---	--

Würdigung der Studie:

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Wichtige Frage der Berufspraxis Zweck der Studie ist es die Wirksamkeit von OPC für die Verbesserung der Betätigungsperformanz des Kindes und der Mutter und die Verbesserung der Fähigkeiten/ Erziehung der Mutter/Eltern zu erforschen. Die Studie beantwortet eine wichtige Frage der Berufspraxis. Das OPC wird teils in der Pädiatrie angewendet. Es ist jedoch noch nicht überall bekannt und etabliert. Daher ist es von Wichtigkeit, die Wirksamkeit des OPCs evidenzbasiert darzustellen.</p> <p>Wichtige Frage der BA-Fragestellung Die Studie beantwortet nicht direkt die Fragestellung der Bachelorarbeit, kann aber gut damit in Verbindung gebracht werden. 7% der untersuchten Kinder hatte eine diagnostizierte, geistige Beeinträchtigung.</p> <p>Forschungsfragen klar definiert Die Forschungsfragen sind klar in der Einleitung aufgelistet und in drei Forschungsfragen unterteilt. Im Ergebnisteil, wird einzeln auf die Forschungsfragen eingegangen.</p> <p>Problem im Kontext mit Literatur logisch dargestellt</p>	<p>Verbindung Forschungsfrage und Design logisch Es wurde ein Zeitserien Design für eine Gruppe gewählt. Das Design ist logisch gewählt, da eine Vergleichsgruppe nicht inkludiert werden kann. Die Messung wurde zu vier verschiedenen Zeitpunkten durchgeführt, um veränderte Werte an verschiedenen Zeitpunkten festzustellen. Somit kann eine Wirksamkeit des OPCs aufgezeigt werden.</p> <p>Gefahr interner/externer Validität kontrolliert Mit der Studienteilnahme, wurde es den Studienteilnehmern verboten, anderen Dienstleistungen für ihre Kindern an anderen Stellen zum gleichen Thema teilzunehmen. Somit wurde eine Störvariable verhindert. Es wurde ein Screening durchgeführt, um nur die gewünschten Teilnehmer zu erreichen. Rekrutierung durch TN auf Ergoliste + Ausschreibung in Schulzeitschrift mit Bedenken auf verminderte Betätigungsperformanz. mind. 3 Bereiche im COPM identifiziert.</p> <p>Stichprobenziehung angebracht für Design Auf der Grundlage von Leistungsberechnungen aus den vorhandenen normativen Daten vom PSOC, wurde eine Stichprobengröße von 30 angestrebt.</p> <p>Stichprobe repräsentativ für Zielpopulation Es wurde eine homogene Untersuchungsgruppe angestrebt. Kinder zwischen 5-12 Jahren, Durchgeführt mit TN im Alter von 5-11J. Hohes Bildungsniveau der Mütter. Viele nicht diagnostizierte Kinder, lediglich 17% hatten eine med. Diagnose. Mind. in drei Bereichen im COPM Schwierigkeiten mit der Betätigungsperformanz aufzeigten. → Nichtwissen der Diagnosen der Kinder, 83% → Mütter hohes Bildungsniveau: Verständigung und Kommunikation gut möglich. → hohes Bildungsniveau der Mütter. Gleich Effektiv bei Müttern mit tiefem Bildungsniveau? → viele Jungs, 83%</p> <p>Stichprobengröße angemessen Stichprobengröße durch Leistungsberechnung von PSOC berechnet, nicht ganz entsprechend. Reliabilität wird ein wenig anklagend dargestellt des Assessments, wenig homogene Items.</p> <p>Erstellung Vergleichsgruppe Keine Vergleichsgruppe vorhanden.</p>	<p>Ergebnisse präzise Ergebnisse sind präzise. Zu jeder Untergruppe gibt es einen eigenen Abschnitt. Im jeweiligen Abschnitt wird auf die sign. der versch. Messzeiten eingegangen. Es ist jedoch nur geschrieben, ob sign. oder ob es sich verbessert hat. Wie sie dies geschafft haben, ist in einer anderen Studie beschrieben. Es wurden die versch. Messzeitpunkte miteinander verglichen. Klare Erklärung, warum es nur 29 TN am Schluss in der Studie hat. Teils Begründungen, warum diese herausgefallen sind.</p> <p>Tabellen/Grafiken vollständig, ergänzend Tabellen sind präzise und vollständig. Legenden sind jeweils direkt unter der jeweiligen Tabelle. Durch den Titel, ist es klar ersichtlich, um welche Gruppe es sich handelt (Mütter oder Kinder).</p>	<p>Alle Resultate diskutiert Es werden nicht alle Resultate diskutiert. Es wird allgemein die Studie diskutiert. Da die Fragestellung in der Einleitung in drei Forschungsfragen aufgeteilt wird. Wird im Ergebnisteil auf alle Forschungsfragen eingegangen. Im Diskussionsteil, wird versucht, die Ergebnisse zusammenzuführen um wieder zurück auf die Fragestellung zu kommen.</p> <p>Stimmt Interpretation mit Resultaten überein Es wurde eine kritische Interpretation mit den Resultaten durchgeführt. Es wurden auch Erklärungen gesucht für aufgefallene Resultate. Teils widerlegt, teils empirisch belegt. Achtung mit geringer Reliabilität mit PSOC für die Stichprobe.</p> <p>Werden Resultate in Bezug auf Fragestellung, Konzepte und andere Studien diskutiert + verglichen Die Resultate werden in Bezug zur Fragestellung gestellt. Es werden Praxiseempfehlungen abgegeben. Eine kritische Hinterfragung der Forschung wird durchgeführt. Viele Schwächen werden von den Forschern bereits selber aufgezählt. Die Resultate werden mit anderer Literatur abgeglichen und diskutiert.</p> <p>Alternativen Erklärungen gesucht Es wurden mehrmalig alternativen gesucht für gewisse Resultate. Konnte aber empirisch widerlegt werden. Es wurden weitere Ergebnisse mit fremder Literatur abgeglichen und aufgeschrieben. - GAS-Ziele, welche nicht angesprochen, sich überschneiden, wurde widerlegt.</p>

<p>In der Einleitung wird das Problem klar dargestellt und mit empirischer Literatur untermauert. Die Wissenslücke wird dadurch ersichtlich. Es handelt sich um eine ergotherapeutische Studie mit psychologischem Hintergrund. In der Einleitung wird das OPC für die Leser kurz erklärt.</p>	<p>Drop-Outs angegeben Drop Outs wurden angegeben mit Begründung, falls diese vorhanden war. Laut Studie, nicht immer bekannt. (Abgänge TN) Die Abgänge wurden aus der Studie herausgestrichen, da es nicht präsentabel wäre.</p> <p>Datenerhebung für Fragestellung nachvollziehbar Aufwändige Datenerhebung mit vielen Instrumenten. Datenerhebung für die 3 aufgeteilten Forschungsfragen, um die Fragestellung zu beantworten, ist nachvollziehbar.</p> <p>Methoden der Datenerhebung bei TN gleich Alle Methoden der Datenerhebung wurde bei allen TN gleich durchgeführt.</p> <p>Daten komplett Daten komplett. 4 Zeitpunkte der Messung. 1-3 gleiche Anzahl. Zeitpunkt 4, 4 weniger (follow up).</p> <p>Reliabilität der Messinstrumente COPM: Test-Retest Reliabilität moderat. Korrelation zwischen COPM und standardisierten Test ist gering und nicht signifikant. GAS: Reliabel. Umfassende Schulung für Therapeut notwendig. Stellen sicher, dass die Ziele gutgeschrieben werden. Unab. Bewerter. PSOC: Reliabilität teils gut. Wenig homogene Items, wird als anklagend bewertet. ABAS: Stellt die zuverlässigste und genaueste Schätzung der gesamten adaptiven Funktion dar. Reliabilität gut.</p> <p>Validität der Messinstrumente COPM: Valide: Wichtigkeit, Zufriedenheit, Performanz. (Nein, Eigenwahrnehmung Pat.) GAS: Valide. Es misst, was es Messen soll. PSOC: PSOC-Werte korrelierte stark mit anderen Messungen elterliche Einstellungen, was eine zusammenwirkende Validität unterstützt. ABAS: Gute Validität.</p> <p>Auswahl der Messinstrumente begründet Alle Messinstrumente werden klar erklärt. Instrumente wurden teils mit Studien untermauert. Es wurde aufgeschrieben, welches Instrument mit welchem Fokus eingesetzt wurde. Damit wird begründet, warum die Forscher diese Instrumente verwendet haben.</p> <p>Mögliche Verzerrung/Einflüsse auf Intervention erwähnt Treue der Anwendung mit OPC, wurde durch Videomaterial und Transkripten bestätigt. Alle Daten wurden analysiert & untersucht mit SPP Version 17.0 auf Normalität und Schräglagen. → Keine Erblindung der Interventionstherapeutin</p> <p>Verfahren der Datenanalyse klar</p>	<p>- Unerwartete sign. Verbesserung von Zeit 1 zu 2 bei BP von Kindern, Zufriedenheit Mütter mit BP, mit Zielen welche vor Beginn Intervent. Aber nicht bei Z1 angesprochen wurde. +emp. Literatur</p> <p>- Setzen von Zielen Einfluss Aufmerksamkeit, Ausdauer, Anwendung von Wissen Bezug auf Performanz, die P beeinflusst. (Locke & Latham 2002)</p> <p>- Wenn Ziele von grosser Bedeutung sind, werden die Interventionseffekte der Zielsetzung erhöht (Fan et al 2008).</p> <p>Studie sinnvoll, Stärken/Schwächen Die Studie ist sehr sinnvoll und zeigt auch auf, dass sie Erfolg mit OPC hatte. Stärken: Vielversprechende, effektive Intervention für ET. OPC führt zu einer allgemeinen und nachhaltigen Verbesserung der BP. Schwächen: fehlende Kontrollgruppe, keine Erblindung der Interventionstherapeut, hohe Bildungsniveau Mutter, nicht diagnostizierte Kinderproben, kurze Nachbeobachtungszeit</p> <p>Wie, unter welchen Bedingungen umsetzbar in Praxis Vorläufige Unterstützung mit Arbeit mit Müttern, mit Fokus auf Ziele von Kind/ Mutter. OPC zu einer allgemeinen und nachhaltigen Verbesserung der BP führen kann, welche über spez. Aktivitäten/Ziele hinausgehen. Wirkung der Zielsetzung, wie diese in OPC verwendet wird, sollte nicht unterschätzt werden.</p> <p>Möglich, die Studie in einem anderen klinischen Setting zu wiederholen Die Autoren schreiben, dass eine randomisierte kontrollierte Studie gerechtfertigt sei. Es soll auch eine Studie mit Müttern und Kindern mit spez. Gesundheitszuständen + niedriges Bildungsniveau der Mütter konzentrieren. OPC weiter erforschen, wenn es von anderen ET durchgeführt wird, um sicherzustellen, dass die Massnahmen effektiv und treu umgesetzt werden.</p>
--	--	---

	<p>Verfahren der Datenanalyse klar aufgeschrieben. 4 Zielarten wurden verfolgt. Berichterstattungen während ganzer Studie.</p> <p>Statistische Verfahren sinnvoll angewendet Die Forscher haben passende statistische Verfahren gewählt → präsentiert Ergebnisse sinnvoll und begründet Forschung.</p> <p>Verwendete statistische Tests entsprechend den Datenniveaus Daten von GAS und COPM sind im Ordinalniveau. Haben die Daten auf Schräglagen und Normalität untersucht und analysiert. Tabelle 2: Ist Normalverteilt, daher haben sie die ordinalskalierten Daten auf Intervallniveau umgerechnet. Haben für die nun metrischen Daten eine ANOVA durchgeführt. Für den Einzelvergleich eine Bonferroni-Korrektur (spez- Anpassung sign. Niveau). → Korrekt Tabelle 3: Nicht normalverteilt. Daher haben sie eine Friedman ANOVA durchgeführt (Rangvarianzanalyse). Für den Einzelvergleich ein Wilcoxon (Vorzeichen-Rang-Test, nicht paramterischer statistischer Test). → Korrekt Tabelle 4: Normalverteilt (siehe unten) → Korrekt durchgeführt. Normalverteilt: Daten umrechnen, ANOVA, Bonferroni Nicht Normalverteilt: Friedmans ANOVA, Wilcoxon</p> <p>Erlauben statistische Angaben eine Beurteilung Das Skalenniveau wurde eingehalten/umgerechnet, daher erlauben die statistischen Angaben eine Beurteilung.</p> <p>Höhe des Signifikantsniveau begründet Höhe des Signifikantsniveau bei jedem Instrument angegeben, wurde empirisch begründet. + Bonferroni/Wilcoxon Korrektur angewendet, für richtige Interpretation</p> <p>Relevante ethische Fragen diskutiert, Massnahmen durchgeführt Ethikkommission der Universität von Queensland und das kath. Bildungswesen hat die Studie genehmigt. Steht nichts in der Studie über eine Diskussion. Ethiknummer in Studie vorhanden.</p>		
--	--	--	--

Güte/ Evidenzlage:

PRO	KONTRA
Studie beantwortet wichtige Fragestellung aus Praxis, empirisch belegt	Keine Kontrollgruppe/Vergleichsgruppe → Studiendesign, wenn man keine KG hat
OPC wird in Einleitung erklärt und empirisch untermauert	Nichtwissen der Diagnose der Kinder, 83%
Einleitung mit empirischer Literatur untermauert, Wissenslücke wird ersichtlich	viele Jungs, 83%
Fragestellung ist klar definiert und in 3 Forschungsfragen unterteilt	Mütter hohes Bildungsniveau. Gleich effektiv wie bei Müttern mit tiefem Bildungsniveau?
4 verschiedene Messzeitpunkte in Studie, klar beschrieben	nur Mütter in der Studie teilgenommen, Väter? Rollentausch in Familien?
Stichprobenbestimmung mit PSOC Daten durchgeführt	nicht alle Resultate werden diskutiert
Verhindern Störvariable durch Verbot an Teilnahme bei anderen Dienstleistungen	eher geringe Reliabilität mit PSOC für die Stichprobenbestimmung, anklagend beschrieben
Mütter hohes Bildungsniveau: pos. Auswirkung auf Verständigung, Kommunikation, Verständnis	Keine Erblindung der Interventionstherapeutin, Voreingenommen
Drop-Outs angegeben	kurze Nachbeobachtungszeit (6-8Wochen), Nachhaltigkeit?
Aufwändige Datenerhebung mit vielen validierten und reliablen Instrumenten.	Wirkung der Zielsetzung von OPC, nicht zu unterschätzen. Einfluss auf Prozess selbst zu erheblichen Verbesserung der von Kindern und Eltern wahrgenommenen Performanz führen kann
grösstenteils valide und reliable Instrumente gewählt	

gute Erklärung einzelner Instrumente	
Berichterstattung während ganzer Studie	
passendes statistisches Datenniveau	
Skalenniveau eingehalten bei Testverfahren (umgerechnete Daten verwendet)	Umrechnung Skalenniveau kann kritisiert werden, keinen grossen Einfluss auf Daten!
Signifikanzniveau bei jedem Instrument angegeben, empirisch begründet + Bonferroni & Wilcoxon	
durch Ethikkommission genehmigt	
Ergebnisse präzise, zu jeder Untergruppe eigener Abschnitt mit Fokus auf versch. Messzeitpunkte	
im Diskussionsteil, Rückführung von den 3 Forschungsfrage auf die Fragestellung zurück	
Erklärungen für aufgetretene Resultate gesucht, teils empirisch belegt	
viele Schwächen aufgeschrieben in Diskussionsteil	
Praxisempfehlungen werden abgegeben	
Resultate werden mit anderer Literatur abgeglichen	
Erfolg mit OPC auf die BP bei Kindern	
allgemeine, nachhaltige Verbesserung der BP, auch auf nicht fokussierte Ziele	
weitere Forschung notwendig mit anderem Fokus	
Treue bei Anwendung von OPC durch Inhaltsanalyse von Videomaterial und Transkripten bestätigt	

Reliabilität:

Reliabilität wurde angestrebt. Es wurden Störfaktoren bewusst ausgeschaltet. Bsp. Verbot bei anderen Dienstleistungen während Studie teilzunehmen (Confounder ausgeschaltet). Durch das validierte und reliable Assessments verwendet wurden, ist die Studie zum grösstenteils reproduzierbar. Menschlichkeitsbasierte Ergebnisse schwer 100% reproduzierbar. Klare und genaue Fragestellung aufgestellt und unterteilt in 3 Forschungsfrage, klar was die Forschenden untersuchen wollten.

Validität:

Die Studie misst die angegebene Fragestellung und kann auf diese eine gute empirische Antwort geben. Jedoch ist die teils Antwort nur mit Vorsicht zu geniessen. → es wurde eine homogene Gruppe untersucht. Für die homogene Gruppe können die Resultate ohne Probleme verwendet werden. Für andere Konstellationen von untersuchten Kindern und deren Umwelt, sind die Resultate mit Achtsamkeit zu interpretieren, jedoch sicherlich nicht ganz verwerflich.

Objektivität:

- + grösstenteils valide und reliable Messinstrumente verwendet, um die Studie durchzuführen
- Ausnahme PSOC, Stichprobenbestimmung mittels PSOC sei mit Vorsicht zu geniessen.
- Keine Erblindung der Interventionstherapeutin, Voreingenommen
- + Transkripte und Videodateien für Treue bei Anwendung von OPC
- + alle TN genau die gleichen validen, reliablen Instrumente zur Auswertung der Daten benützt

D AICA Raster Hauptstudie 2, Graham et al., (2016)

Zusammenfassung der Studie:

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Problembeschreibung/ Phänomen: Vorgehende Forschungen indizieren, dass OPC einen positiven Einfluss auf die Kinder und deren Familien haben. Auch die Beurteilungen der Mütter sind positiv. Allerdings weiss man noch wenig Spezifisches über die Strategien, welche die Betreuungspersonen der Kinder, als Resultat einer erfolgreichen OPC-Intervention, anwenden.</p> <p>Forschungsfrage: «Welche Strategien beschreiben Mütter als effektiv, um die Performanz ihrer Kinder während OPC-Sessionen zu unterstützen?»</p>	<p>Ansatz/ Design: Qualitative Studie mit induktivem Ansatz. Die Studie ist ein Teil einer grösseren Mixed- Methods Studie. Die Autoren berichten von Strategien, welche von Eltern betroffener Kinder beschrieben werden. Durch den Induktiven Ansatz können Themen aus den erhobenen, qualitativen Daten entstehen.</p> <p>Stichprobe: Die Studienteilnehmer sind dieselben, die auch in der grösseren Studie teilgenommen haben. Es sind Eltern von Kindern zwischen 5- 12 Jahren, welche in 3 oder mehr Bereichen durch Performanzprobleme auffielen. Die Bereiche wurden im Vorfeld durch Anwendung des COPM identifiziert. Für die weitere Studie meldeten sich 29 Mütter im Alter zwischen 30 und 50 Jahren. Es wurden Familien mit allen Einkommensklassen berücksichtigt. Die Kinder waren zwischen 5 und 11 Jahren alt, 24 von 29 Kindern waren männlich (83%). Das genaue Prozedere bei der Auswahl der Teilnehmenden wird in der Studie Effectiveness of Occupational Performance Coaching in Improving Children's and Mothers' Performance and Mothers' Self-Competence von Graham, Rodger und Ziviani aus dem Jahr 2013 erläutert.</p> <p>Datenerhebung: Zwei zufällig ausgewählte OPC-Sessionen wurden auf Video aufgenommen. Die Randomisierung erfolgte vor der Durchführung der Interventionen, wobei die Autoren davon ausgingen, dass die Mütter jeweils 8 Interventionen beanspruchen würden. Der Dialog in den Videos wurde transkribiert und nach induktivem Ansatz analysiert. Da die Mütter frei waren, die Interventionsreihe zu beenden, sobald sie ihre Ziele als erfüllt ansahen, fanden durchschnittlich nur fünf Interventionen pro Mutter statt. Folglich wurden 44 von 157 OPC- Interventionen gefilmt, mindestens eine pro Mutter. Von jeder Aufnahme wurden 20 Minuten transkribiert.</p> <p>Methodologische Reflexion: Die Autoren führen auf, dass sie ein qualitativ- deskriptives Studiendesign auswählten, da die Strategien durch</p>	<p>Ergebnisse: Die Strategien der Mütter wurden in zwei Themengruppen unterteilt: Kontext- fokussierte Strategien und Kind- fokussierte Strategien. Unter Kontext- fokussierten Strategien verstehen die Autoren solche, die Mütter an sich selbst oder im Performanzkontext der Kinder anwandten. Es wurden Unterthemen dazu generiert. Verhaltensanpassung: Die Eltern achteten auf ihren eigenen emotionalen Zustand, und ihre Haltung gegenüber ihren Kindern während oder bevor einer Performanz. Die hing oft auch zusammen mit einem veränderten Umgang mit den Kindern, zum Beispiel Erwartungshaltungen oder den Umgangston. Distanz schaffen: Einige Mütter realisierten, dass sie im ersten Schritt emotionalen Abstand zwischen sich, dem Kind und der Aufgabe schaffen müssen, wenn eine Situation Stress auslöste. Sie beschrieben dies als Ignorieren von negativen oder nicht-konstruktiven Verhaltensweisen des Kindes. Auch das Verlassen des Performanzkontextes des Kindes wurde als hilfreich beschrieben, um sich abzugrenzen. Um dem Kind zu helfen, sich zu distanzieren, wendeten Mütter Ablenkungsstrategien an.</p> <p><i>Aufgabe auf das Kind anpassen:</i> Mütter beschrieben verschiedene Möglichkeiten, wie sie sich auf die aktuellen Möglichkeiten des Kindes fokussierten und die Aufgaben darauf abstimmten. Zum Beispiel verbesserten sie den Ablauf der Aufgabe, bauten Pausen ein und reduzierten die Komplexität der Erklärungen.</p> <p><i>Struktur und Routine:</i> Einige Mütter etablierten Struktur und Routine in die Aufgaben. Dies förderte die Vorhersehbarkeit der Aufgabe und machte es dem Kind einfacher, den Erregungszustand tief zu halten.</p> <p><i>Lehren:</i> Die Mütter berichteten von einigen Lehr- und Lernstrategien um die Performanz des Kindes zu unterstützen. Diese enthielten Modelllernen, Demonstrieren, Erklären und Visualisieren. Der Fokus dieser Strategien lag auf den Lernbedürfnissen des Kindes, und entstanden, als die Mütter ihre Kinder bei Performanzproblemen beobachteten.</p> <p>Unter den Kind- fokussierten Strategien verstehen die Autoren Strategien, welche die Entwicklung der Skills der Kinder zum</p>	<p>Diskussion und Interpretation der Ergebnisse:</p> <p>Beantwortung der Forschungsfrage: Die Forschungsfrage konnte erfolgreich beantwortet werden. Die Ergebnisse der Studie bauen auf denen früherer Studien auf, in denen festgestellt wurde, dass Mütter positive Rückmeldungen auf das OPC gaben. In dieser Studie wurden konkrete Strategien erforscht, welche die Mütter erfolgreich anwenden. Letztendlich muss man sagen, dass viele der genannten Strategien typisch sind für alle Eltern, egal ob das Kind eine Beeinträchtigung aufweist oder nicht.</p> <p>Bezug zu bereits existierender Forschung: Die Ergebnisse stimmen mit vier weiteren Studien über kontext- orientierte Interventionen überein, und betonen somit die Wichtigkeit der Reflexion und der Einsicht in die Situation der Eltern, um nachhaltige Änderungen im Heim- oder Communitysetting vorzunehmen. In diesen Studien stehen die Kollaboration und partnerschaftliche Lösungsfindung im Vordergrund. In einer weiteren Studie wird mehr auf die elterliche Selbstreflexion und das Bewusstsein des eigenen Verhaltens eingegangen. Zwei weitere Studien beschreiben die Achtsamkeit der Eltern wesentlich zur Identifikation von Strategien beiträgt. Kind-fokussierte Strategien unterscheiden sich durch die zusammenarbeitende Haltung von Interventionen, die Partizipations-orientiert sind.</p> <p>Schlussfolgerung, Anwendung und Verwertung in der Praxis: Die Studie zeigt nützliche Strategien auf, die Mütter selbst identifizierten, um die</p>

	<p>Eltern beschrieben wurden.</p> <p>Datenanalyse: Thomas' inductive coding process wurde von der Autorin Virginia Jones angewandt. Haupt- und Unterkategorien wurden in einer Diskussion zwischen Fiona Graham und Virginia Jones herausgearbeitet.</p> <p>Ethik: Die Studie wurde vom «Behavioural and Social Sciences Ethics Committee of The Univesity of Queensland» genehmigt.</p>	<p>Ziel hatten, anstatt die Beendigung einer Aufgabe. Auch lag der Fokus auf der Zusammenarbeit mit dem Kind, und nicht auf der Veränderung der Umwelt. Es wurden 2 Unterthemen generiert.</p> <p><i>Zusammenarbeit:</i> Zusammenarbeitende Strategien beinhalten das partnerschaftliche Lösen einer herausfordernden Situation. Es beinhaltet die Diskussion und Verhandlung von Lösungsansätzen, und die Kinder werden aktiv mit ihren Ideen und Bedürfnissen in den Prozess einbezogen.</p> <p><i>Auswahlmöglichkeiten offerieren:</i> Viele Mütter beschrieben, dass das Offerieren von Auswahlmöglichkeiten die Performanz ihrer Kinder positiv beeinflusste. Diese Strategie berücksichtigt, dass die Kinder Kontrolle über ihre Performanz wahren können, gleichzeitig aber gewisse Regeln oder Grenzen von den Eltern eingebaut werden können.</p> <p>Präsentation der Ergebnisse: Die Autoren präsentieren jeweils eine kurze Erklärung zu den jeweiligen Unterkategorien, gefolgt von Fallbeispielen und wörtlichen Zitaten der teilnehmenden Mütter.</p>	<p>Performanz ihrer Kinder zu unterstützen. Daraus lässt sich schliessen, dass Bezugspersonen Ressourcen mitbringen, um selbst Lösungen für herausfordernde Situationen zu finden, wenn man sie entsprechend coacht. Für die Therapeuten kann diese Art der Intervention herausfordernd sein, da die primäre Rolle dabei im Bereitstellen von Informationen besteht.</p>
--	--	--	--

Würdigung der Studie:

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Beantwortet die Studie eine wichtige Frage der Ergotherapie? Ja. Die Strategien helfen bei der Bewältigung von Betätigungen, und sind somit ergotherapeutisch relevant.</p> <p>Ist die Beschreibung des Phänomens klar und relevant für die Ergotherapie? Ja. Denn nur zu wissen, dass eine Intervention erfolgreich ist, reicht noch nicht. Für Therapeuten ist es wichtig zu wissen, wie genau die Erkenntnisse der Intervention umgesetzt werden.</p>	<p>Ist die Verbindung zwischen der Forschungsfrage und dem gewählten Ansatz/Design logisch und nachvollziehbar? Ja. Es erscheint logisch, aus den gesammelten Daten einen Schluss zu ziehen (induktiver Ansatz).</p> <p>Ist die Stichprobenziehung für den Ansatz / das Design angebracht? Die Stichprobenziehung wird nicht beschrieben, da die Studie Teil einer grösseren Studie ist. In der grossen Studie wird die Stichprobenziehung beschrieben (F. Graham et al., 2013).</p> <p>Ist die Stichprobe repräsentativ für die Population? Auf welche Population können die Ergebnisse übertragen werden? In der Stichprobe sind deutlich mehr Mütter von Knaben vorhanden, als Mütter von Mädchen. Auch sind Väter nicht in die Studie involviert. Deshalb ist es fraglich, ob die Ergebnisse auf alle Geschlechterkonstellationen angewendet werden können. Ist die Stichprobengrösse angemessen? Wird sie begründet? Die Stichprobengrösse ist für eine qualitative Studie angemessen. Sie wird nicht begründet.</p> <p>Sind das Setting und die Teilnehmenden reichhaltig beschrieben?</p>	<p>Demonstrieren die Ergebnisse „artfulness“, „versatility“ und „sensitivity to meaning and context“, d.h. sind aufgrund einer präzisen und „kunstvollen“ Analyse entstanden? Ja. Die Ergebnisse sind fein unterschieden und vielseitig.</p> <p>Reflektieren die Ergebnisse die Reichhaltigkeit der Daten? Ja. Der Ergebnisteil ist ausführlich und geht in die Tiefe. Es ist ersichtlich, dass reichhaltiges Wissen aus der Studie hervorging.</p> <p>Sind die Ergebnisse im Kontext verankert und präzise in ihrer Bedeutung?</p>	<p>Leistet die Interpretation einen Beitrag zum besseren Verstehen des Phänomens und dessen Eigenschaften? Die Autoren diskutieren, was die Ergebnisse für die Praxis bedeuten. Nämlich, dass es weniger darum ging, neue Strategien zu finden, sondern darum, wie Strategien umgesetzt werden. Das wie hat laut den Autoren einen entscheidenden Einfluss auf den Outcome der Therapie.</p> <p>Inwiefern kann die Forschungsfrage mit den Ergebnissen beantwortet werden? Die Frage kann mit den Ergebnissen umfassend beantwortet werden.</p> <p>Werden die Ergebnisse in Bezug auf konzeptionelle und empirische Literatur zum Phänomen gesetzt und diskutiert? Ja. Es werden Verbindungen zur Kontext-orientierten Therapie hergestellt und diese</p>

<p>Ist das Ziel der Forschungsarbeit explizit dargestellt? Ja. Das Ziel wird im Abstract klar genannt, sowie in der Einleitung nochmal erläutert. Sind die Forschungsfragen klar formuliert? Ja. Die Frage ist in der Einleitung klar aufgeführt.</p> <p>Wird das Thema mit vorhandener Literatur eingeführt? Ja. Es werden mehrere Referenzen genannt.</p> <p>Wird die Signifikanz der Arbeit stichhaltig diskutiert? Ja. Die Autoren beschreiben die Arbeit als wichtig für das Verständnis des OPC als Intervention.</p>	<p>Die Teilnehmendenkonstellation ist ausreichend beschrieben, um die Studie zu verstehen. Weitere Informationen finden sich in Graham et al., 2013.</p> <p>Sind die ausgewählten Teilnehmenden als „Informanten“ geeignet, um Daten für die Forschung bereitzustellen? Ja, denn es werden Menschen befragt, die selbst in der Situation leben, die erforscht wird. Allerdings werden nur Mütter befragt, obwohl auch Väter miteinbezogen werden sollten.</p> <p>Erleben die Teilnehmenden das zu beforschende Phänomen? Ja.</p> <p>Geht es bei der Datenerhebung um menschliches Erleben, Muster, Verhalten, soziale Prozesse, Kulturen? Ja, es geht in erster Linie um das Menschliche Erleben und die Verhaltensmuster, sowie soziale Prozesse.</p> <p>Sind die Vorgehensweisen bei der Datenerhebung explizit dargestellt und klar beschrieben (Rigor in der Vorgehensweise)? Ja, es wird klar beschrieben, woher die Informationen kommen und wie die Autoren zu diesen gelangt sind.</p> <p>Wird die Datensättigung diskutiert? Nein.</p> <p>Wird die Selbstbestimmung bei Teilnehmenden diskutiert (ethischer Rigor)? Die Teilnehmenden waren frei, die Studienteilnahme zu beenden, wenn sie die anfangs ausgearbeiteten Ziele als erfüllt ansahen.</p> <p>Stimmt das methodische Vorgehen mit dem gewählten Forschungsansatz überein (z. B. Stichprobenziehung, Datenerhebung etc.)? Die Datenanalyse erfolgt nach induktivem Vorgehen, was sich mit dem Design der Studie deckt. Auch als Leser erscheint es logisch, dass das Vorgehen, nämlich von einzelnen Videosequenzen auf die Allgemeinheit zu schliessen, als induktiv angesehen wird. Zur Analyse wird eine Coding Prozess verwendet, welcher zu einer induktiven Vorgehensweise passt.</p> <p>Folgt der gewählte methodologische Ansatz logisch aus der Fragestellung? z.B.: ist die Methode für das Phänomen geeignet? Ja, um die Fragestellung zu beantworten, wurden die Protagonisten der Fragestellung gefilmt und deren Verhalten und Aussagen analysiert.</p> <p>Ist das Vorgehen bei der Datenanalyse klar und nachvollziehbar beschrieben? Ja.</p> <p>Analysemethode nach „so und so“, werden entsprechende Referenzierenden gemacht?</p>	<p>Ja. Die Ergebnisse gehen direkt aus den Gesprächen mit den involvierten Müttern hervor, sind somit sehr kontextnah und präzise.</p> <p>Stimmen die Konzeptualisierungen der Forschenden mit den Daten überein? Die Konzepte mit den Ober- und Unterkategorien passen sehr gut zu den aufgeführten Beispielen und Zitaten.</p> <p>Sind die Kategorien, Konzepte etc. mit Zitaten und Geschichten (d.h. Daten) illustriert und bestätigt? Ja.</p> <p>Beleuchten und erklären die Kategorien, Konzepte etc. das Phänomen als Ganzes? Ja. Die Kategorien und Konzepte erklären das Phänomen schlüssig.</p> <p>Sind die Kategorien, Konzepte etc. logisch konsistent & inhaltlich unterscheidbar? Ja. Die Konzepte und Kategorien sind einfach zu verstehen, logisch und inhaltlich klar zu unterscheiden.</p> <p>Sind Beziehungen zwischen den Kategorien fundiert und leisten die gegebenenfalls entwickelten Modelle eine plausible Interpretation der Daten? Die Unterkategorien der Ergebnisse beziehen sich klar auf die zwei Hauptkategorien.</p>	<p>wird mit Literatur unterlegt. Auch wird Literatur über die Elternrolle und die Achtsamkeit der Eltern bereitgestellt und im Zusammenhang mit den Studienergebnissen diskutiert. Auch Vorgängerstudien über das OPC werden referenziert.</p> <p>Sind die Ergebnisse für die Pflege Ergotherapie relevant und brauchbar (i.e. ist Bedeutung für die Pflege Ergotherapie diskutiert)? Die Ergebnisse sind für die Ergotherapie sehr relevant, da sie eine konkrete Idee davon geben, welche Strategien für die Mütter von Kindern mit einer geistigen Beeinträchtigung hilfreich sind, und so kann man diese in der Ergotherapie mittels OPC mit den Müttern (und Vätern) erarbeiten. Die Autoren der Studie diskutieren die Konsequenz der Ergebnisse auf die therapeutische Rolle.</p> <p>Bieten die Schlussfolgerungen, Implikationen und Empfehlungen einen Kontext, in dem sich die Befunde benutzen lassen? Nochmal wird auf die therapeutische Rolle hingewiesen, und dass die Ergebnisse eine Herausforderung für Therapeuten darstellen kann, wenn diese ihre Rolle eher als „Informationsgeber“ sehen. Denn die Studie impliziert, dass man in diesem Kontext mehr mit den Eltern zusammenarbeitet und sie in ihrer eigenen Lösungsfindung coacht. (Keine Lösung vorkauen)</p> <p>Spiegeln die Schlussfolgerungen die Ergebnisse der Studie? Ja, absolut. Durch die Schlussfolgerung werden die in den Ergebnissen präsentierten Bedürfnisse gespiegelt.</p> <p>Welches ist der Evidence-Level der Studie? Unterste Stufe der 6S- Pyramide nach DiCenso et al. (2009)</p>
--	---	---	---

	<p>Ja. Es wurde ein Induktiver Coding Prozess nach Thomas verwendet, und es wird korrekt auf eine entsprechende Quelle im Anhang verwiesen.</p> <p>Werden die analytischen Schritte genau beschrieben? Ja. Die Schritte werden beschrieben, auch wer sie durchgeführt hat, und es wird eine exemplarische Tabelle zur Ansicht bereitgestellt.</p> <p>Ist die Datenanalyse präzise und glaubwürdig? Ja.</p> <p>Wie wurde die Glaubwürdigkeit der Analyse sichergestellt (trustworthiness-being true to the data)? Die Analyse an sich wurde von einer Autorin durchgeführt. Die Ergebnisse wurden dann aber noch mit einer Kollegin diskutiert, was die Glaubwürdigkeit steigert.</p> <p>Sind analytische Entscheidungen dokumentiert und überprüfbar (z. B. reflexive journal, decision diary, memos, etc.)? Die Entscheidungen wurden diskutiert (2 Autorinnen involviert).</p> <p>Inwiefern sind alle relevanten ethischen Fragen diskutiert und entsprechende Massnahmen durchgeführt worden? Unter anderem zum Beispiel auch die Beziehung zwischen Forschenden und Teilnehmenden? Es wurden keine spezifischen Themen diskutiert, die Studie wurde aber von einer Ethikkommission genehmigt.</p>		
--	--	--	--

Güte/ Evidenzlage:

PRO	CONTRA
Aktuelle Studie	Methodologie der Studie wird nicht genannt (Tendenz: Phänomenologie)
Wichtige Fragestellung für die Ergotherapie	Einseitige Stichprobe (mehr Knaben als Mädchen, keine Väter)
Ziel und Forschungsfrage sind klar formuliert	Datensättigung wird nicht diskutiert
Forschungsbedarf wird mit Referenzen untermauert.	
Verbindung zwischen Frage und Design der Studie ist nachvollziehbar.	
Stichprobengrösse für qualitatives Design angebracht	
Setting und Teilnehmende sind genügend beschrieben	
Teilnehmende sind zur Beantwortung der Frage geeignet	
Datenerhebung wird klar beschrieben	
Selbstbestimmung der Teilnehmenden	
Methodisches Vorgehen deckt sich mit Forschungsansatz	
Vorgehen der Datenanalyse ist klar beschrieben	
Kodiervorgehen wurde angewandt	
Studie wurde von einer Ethikkommission bewilligt.	
Präzise und vielseitige Ergebnisse	
Reichhaltige und kontextnahe Ergebnisse	
Zitate steigern Glaubwürdigkeit	
Konzeptualisierung der Forschenden stimmt mit Daten überein	
Die Kategorien sind logisch, konsistent und inhaltlich unterscheidbar	
Interpretation hilft für das Verständnis des Phänomens	

Die Forschungsfrage wurde umfassend beantwortet	
Ergebnisse werden mit vorhandener Literatur verknüpft	
Ergebnisse sind für Ergotherapie relevant	
Schlussfolgerung bietet Implikationen für Therapie	
Schlussfolgerung spiegelt Ergebnisse	
Neutral, aber zu erwähnen: - Stichprobenziehung wird in der Studie nicht beschrieben, da sie einer anderen Studie entstammt.	

Gütekriterien nach Flick et al. (2010)

Intersubjektive Nachvollziehbarkeit

Erfüllt

Indikation des Forschungsprozesses

Erfüllt

Empirische Verankerung

Erfüllt

Limitation

Erfüllt

Kohärenz

Erfüllt

Relevanz

Erfüllt

Reflektierte Subjektivität

Erfüllt

E AICA Raster Hauptstudie 3, Huus et al., (2017)

Zusammenfassung der Studie:

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Um welche Konzepte / Problem handelt es sich? Was ist die Forschungsfrage, -zweck bzw. das Ziel der Studie?</p> <p>Ziel: Untersuchung der familiären Bedürfnisse von Eltern mit Kindern mit Mild Intellectual Disability (MID) und Untersuchung der Zusammenhänge zwischen der Selbstwirksamkeitserfahrung der Eltern in ihrer Elternrolle mit ihren Bedürfnissen und mit der Zusammenarbeit mit Fachpersonen.</p> <p>Forschungsfragen: Was sind familiäre Unterstützungs- Bedürfnisse in Bezug auf Information, Psychologische Unterstützung, Bedarf, sich zu erklären, Community Service, Finanzielle Bedürfnisse und funktionierende Familie? Dokumentieren Eltern mit tief wahrgenommenem Supportlevel eine hohe elterliche Selbstwirksamkeit und Kontrolle über Services? Gibt es Unterschiede bei wahrgenommenen Unterstützungsbedürfnissen zwischen Familien mit Kindern mit MID und Familien mit Kindern mit MID und weiteren Erkrankungen?</p>	<p>Um welches Design handelt es sich? Quantitatives Design mit deduktiven Ansatz (wird im Text nicht genannt)</p> <p>Wie wird das Design begründet? Gar nicht. Das Design wird im Text nicht angesprochen.</p> <p>Um welche Population handelt es sich? Eltern von Kindern im obligatorischen Schulalter mit einer MID</p> <p>Welches ist die Stichprobe? – Wer? Wieviel? Charakterisierungen? Eltern von 38 Kindern, aus einem Landkreis in Schweden, Durchschnittalter: 13 Jahre, alle Kinder zwischen 7 und 17 Jahre alt, 24 Knaben, 14 Mädchen.</p> <p>Wie wurde die Stichprobe gezogen? Non- Probability- Sampling An Elterninformationsanlässen in allen Schulen für Kinder mit ID des Landkreises in Schweden wurde über die Studie informiert, und konnten sich dann melden, wenn sie Interesse an der Teilnahme hatten.</p> <p>Wird die Auswahl der Teilnehmenden beschrieben und begründet? Beschrieben: Ja. Begründet: Nein.</p> <p>Gibt es verschiedene Studiengruppen? Ja. Eine Gruppe mit Kindern mit alleiniger MID, und eine Gruppe mit Kindern mit MID und zusätzlich anderen Erkrankungen (Epilepsie, Autismus, Asperger Syndrom, Cerebralparese, Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS), umschriebene Entwicklungsstörung motorischer Funktionen (UEMF) und Sprachstörungen)</p> <p>Datenerhebung Welche Art von Daten wurde erhoben? – physiologische Messungen – Beobachtung – schriftliche Befragung, – Interview Interviews anhandli von 2 Fragebögen. Die Interviews wurden mit beiden Eltern, oder auch nur mit der Mutter oder nur mit dem Vater durchgeführt.</p> <p>Wie häufig wurden Daten erhoben? Messverfahren & oder Intervention Welche Messinstrumente wurden verwendet (Begründung)? <i>Fragebogen 1, basierend auf einer Entwicklung von Bailey et al. (2006):</i> Soziodemographische Variablen und Fragen zu Community Services und Gesundheitsversorgung. Die Fragen wurden in 4 Domänen unterteilt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elterliche Selbstwirksamkeit - Elterliche Kontrolle über Services - Wahrnehmung der Eltern bezüglich genereller Hilfestellungen - Wahrnehmung der Eltern gegenüber spezifischen Hilfestellungen. 	<p>Welche Ergebnisse werden präsentiert? Bedarf an Informationen: - Zukünftige (92%) und aktuell verfügbare Unterstützungsmöglichkeiten (79%) - Managen des Verhaltens der Kinder (63%) - Fertigkeiten vermitteln (47%) Bedürfnisse der Eltern: - Zeit für sich selbst (63%) - Lesen von Erfahrungen anderer Eltern mit Kindern mit einer ID (58%) - Treffen von anderen Eltern mit Kindern mit Beeinträchtigungen (55%) - Unterstützung dabei, die Situation des Kindes den Geschwistern (27%) oder anderen Kindern (24%) zu erklären. Community Services: - Probleme, eine passende Freizeitaktivität für das Kind zu finden (42%) - Finanzielle Unterstützung für grundlegende Bedürfnisse (24%) - Gegenseitige Unterstützung innerhalb der Familie (24%) Zusammenhänge: - Der Informationsbedarf hängt mit dem Selbstwirksamkeitsgefühl der Eltern zusammen. - Die wahrgenommene elterliche Kontrolle über Services hängt damit zusammen, wie hilfreich die Services empfunden wurden. - Die Selbstwirksamkeit hängt nicht mit der Wahrnehmung der Hilfestellungen zusammen.</p>	<p>Diskussion und Interpretation der Ergebnisse Werden signifikante und nicht signifikante Ergebnisse erklärt? Ja.</p> <p>Wie Interpretieren die Forschenden die Ergebnisse? - Der Zusammenhang zwischen dem «Level of Needs», elterlicher Selbstwirksamkeit und wahrgenommener Kontrolle über Services, indiziert dass die angebotenen Services die Selbstwirksamkeit und die Kontrolle der Eltern stärken sollte. - Das Bedürfnis nach mehr Freizeitaktivitäten für die Kinder und Community Services betonen, dass die Familien darin unterstützt werden sollten, dass ihr Kind bei Freizeitaktivitäten partizipieren kann.</p> <p>Kann die Forschungsfrage aufgrund der Daten beantwortet werden? Ja.</p> <p>Werden Limitationen diskutiert? Ja. - Sample Size: Eltern von nur 38 Kindern - Alle aus dem gleichen Landkreis (aber 11 versch. Gemeinden) - Die Gruppe mit alleiniger MID ist kleiner (12 Kinder) als die Gruppe mit Kindern mit zusätzlichen Erkrankungen (25 Kinder) - Cronbach's Alpha für Informationsbedarf ist 0.49 (aber die Ergebnisse sind vergleichbar mit den Ergebnissen weiterer Studien)</p> <p>Werden die Ergebnisse mit ähnlichen Studien verglichen? Ja, diverse.</p> <p>Schlussfolgerung Anwendung und Verwertung in der Pflegepraxis Welche Implikationen für die Praxis,</p>

	<p>Die Fragen konnten anhand einer 5- Punkt- Likertskala beantwortet werden. Im folgenden eine wörtliche Übersetzung der Skala: Punkt 1: «Wir wissen fast nichts über die vorhandenen Hilfestellungen.» Punkt 2: «Wir wissen ein kleines bisschen etwas über die vorhandenen Hilfestellungen.» Punkt 3: «Wir wissen ein bisschen etwas über die vorhandenen Hilfestellungen.» Punkt 4: «Wir wissen fast alles über die vorhandenen Hilfestellungen.» Punkt 5: «Wir wissen alles über die vorhandenen Hilfestellungen.» <i>Fragebogen 2, 36 Fragen über familiäre Bedürfnisse, von Bailey und Simeonsson (1988):</i> Antworten anhand einer 3- Punkte- Skala (Ja, Nein, Unsicher). Die Fragen wurden in 6 Domänen unterteilt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informationsbedarf - Bedarf an Hilfestellungen - Erklärungen an Andere - Community Services - Finanzielle Bedürfnisse - Familiäre Funktionen <p>Beide Fragebögen wurden zuvor von anderen Autoren auf Reliabilität und Validität überprüft.</p> <p>Welches Datenniveau weisen die erhobenen Variable auf? Welche statistischen Verfahren wurden zur Datenanalyse verwendet (deskriptive und / oder schliessende)? Deskriptiv. Fragebogen 2: Cronbach's Alpha.</p> <p>Wurde ein Signifikanzniveau festgelegt? Ja. $p < 0.05$</p> <p>Ethik Welche ethischen Fragen werden von den Forschenden diskutiert und werden entsprechende Massnahmen durchgeführt? Es wurden schriftliche Einverständniserklärungen der Eltern eingeholt, und die Fragebögen wurden anonymisiert und sicher verwahrt.</p> <p>Falls relevant ist eine Genehmigung einer Ethikkommission eingeholt worden? Ja</p>	<p><u>Informationen über Mütter:</u> - Arbeitstätige Mütter haben einen reduzierten Bedarf an Hilfestellung und Finanzierung. - Der Bildungsgrad der Mütter hängt mit den Bedürfnissen zusammen, wobei Mütter mit einem hohen Bildungslevel weniger Bedürfnisse beschrieben.</p> <p><u>Unterschiede zwischen Versuchsgruppen:</u> - Familien mit einem Kind mit einer alleinigen MID benötigten weniger Unterstützung, als Familien mit einem Kind mit MID und zusätzlichen Einschränkungen/ Erkrankungen.</p> <p>Werden die Ergebnisse verständlich präsentiert (Textform, Tabellen, Grafiken)? Ja. Textform und Tabellen.</p>	<p>Theorien und zukünftige Forschung sind beschrieben? - Empfehlung für die Praxis: Fachpersonen sollten an den Skills der Eltern bezüglich Nachfragen von Informationen und der Interpretation dieser arbeiten. - Keine Implikationen für zukünftige Forschung.</p>
--	---	--	---

Würdigung der Studie:

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Beantwortet die Studie eine wichtig Frage der Berufspraxis/ BA-Fragestellung? Ja.</p>	<p>Ist die Verbindung zwischen der Forschungsfrage und dem gewählten Design logisch und nachvollziehbar? Nein, die Verbindung ist nicht nachvollziehbar, da die Autoren nicht auf das Forschungsdesign eingehen. Die Wahl des Designs erscheint logisch, da die Resultate aus den Fragebögen in Zahlen angegeben sind und gleichzeitig die</p>	<p>Sind die Ergebnisse präzise? Die Ergebnisse werden präzise und verständlich dargelegt. Text wurde mit Tabellen ergänzt.</p>	<p>Werden alle Resultate diskutiert? Die Resultate werden geclustert diskutiert. Es sind aber alle Cluster in der Diskussion erwähnt.</p>

<p>Sind die Forschungsfragen klar definiert? Ev. durch Hypothesen ergänzt? Ja.</p> <p>Wird das Thema / das Problem im Kontext von vorhandener konzeptioneller und empirischer Literatur logisch dargestellt? Ja.</p>	<p>Forschungsfragen hervorragend beantworten. Allerdings wäre auch ein qualitatives Design denkbar, unter Verwendung anderer Erhebungsinstrumente.</p> <p>Werden die Gefahren der internen und externen Validität* kontrolliert? Die Validität der Messinstrumente kann aufgrund von Studien von anderen Autoren belegt werden. Ansonsten wird die Validität nicht angesprochen.</p> <p>Ist die Stichprobenziehung für das Design angebracht? Es handelt sich um eine Gelegenheitsstichprobe. Dies ist ein übliches Vorgehen.</p> <p>Ist die Stichprobe repräsentativ für die Zielpopulation? Pro: Die Kinder sind unterschiedlichen Alters, Geschlechts und stammen aus unterschiedlichen Gesellschaftsschichten. Kontra: Die Familien stammen alle aus demselben Landeskreis in Schweden. Gelegenheitsstichprobe ist wenig repräsentativ.</p> <p>Auf welche Population können die Ergebnisse übertragen werden? Eltern von Kindern mit MID und MID mit zusätzlichen Diagnosen, Alter der Kinder 7-17 Jahre, unterschiedliche gesellschaftliche Schichten, westliche Kultur</p> <p>Ist die Stichprobengröße angemessen? Wie wird sie begründet? Die Stichprobe fällt für eine quantitative Studie klein aus. Die Autoren begründen dies so, dass die Teilnahme an der Studie an Elternanlässen kommuniziert wurde, und da evtl. nicht alle Eltern anwesend waren.</p> <p>Beeinflussen die Drop-Outs** die Ergebnisse? Es sind keine Drop- Outs dokumentiert.</p> <p>Wie wurden die Vergleichsgruppen erstellt? Sind sie ähnlich? Die Familien wurden unterteilt. Gruppe 1: Familien mit Kindern mit MID Gruppe 2: Familien mit Kindern mit MID und zusätzlichen Diagnosen</p> <p>Werden Drop-Outs angegeben und begründet? Es sind keine Drop- Outs dokumentiert.</p> <p>Ist die Datenerhebung für die Fragestellung nachvollziehbar? Die verwendeten Instrumente werden genau beschrieben.</p> <p>Sind die Methoden der Datenerhebung bei allen Teilnehmern gleich? Ja. Nur der Ort der Durchführung ist unterschiedlich (bei den TN zu Hause oder in der Universität)</p> <p>Sind die Messinstrumente zuverlässig (reliability)? Sind die Messinstrumente valide (validity)? Beide Fragebögen wurden, durch andere Autoren, auf Reliabilität und Validität überprüft. Dies ist in der Studie vermerkt und referenziert.</p> <p>Wird die Auswahl der Messinstrumente nachvollziehbar begründet?</p>	<p>Wenn Tabellen / Grafiken verwendet wurden, entsprechen diese folgenden Kriterien? Sind sie präzise und vollständig (Titel, Legenden..) Sind sie eine Ergänzung zum Text? Die Tabellen enthalten einen Titel und sind nummeriert. Die Nummerierungen sind im Text wiederzufinden, sodass man weiss, wo die Tabellen zugehörig sind.</p>	<p>Stimmt die Interpretation mit den Resultaten überein? Ja.</p> <p>Werden die Resultate in Bezug auf die Fragestellung / Hypothesen, Konzepte und anderen Studien diskutiert und verglichen? Die Diskussion ist gewissermassen in 3 Teile geteilt, wobei sich jeder Teil auf eine der 3 Forschungsfragen bezieht.</p> <p>Wird nach alternativen Erklärungen gesucht? Nein.</p> <p>Ist diese Studie sinnvoll? Werden Stärken und Schwächen aufgewogen? Es sind einige methodische Mängel zu erkennen. Jedoch sind die Aussagen der Fragebögen eher subjektiver Art, denn die Daten sind ordinalskaliert, und somit sind keine klaren Abgrenzungen zwischen den Antwortmöglichkeiten möglich, was eine quantitative Auswertung schwierig macht. Deshalb sind die Ergebnisse brauchbar, sofern man die methodischen Mängel berücksichtigt und, insbesondere errechnete Resultate, welche nicht genau die Antworten des Fragebogens wiedergeben (z.B. Pearsson) mit Vorsicht behandelt.</p> <p>Wie und unter welchen Bedingungen sind die Ergebnisse in die Praxis umsetzbar? Wichtig ist, dass man als Ergotherapeut/in immer persönlich mit den Eltern spricht und sie nach ihren Bedürfnissen fragt. Die Studie gibt uns aber eine Idee davon, was die Bedürfnisse sein könnten. Anhand dieser Erkenntnisse können wir uns auf Interventionen vorbereiten.</p> <p>Wäre es möglich diese Studie in einem anderen klinischen Setting zu wiederholen? Es wäre angebracht, die Studie mit einer grösseren Stichprobe zu wiederholen. Auch ist es denkbar, die Bedürfnisse von Eltern mit Kindern mit anderen Beeinträchtigungen</p>
--	---	--	---

	<p>Die Auswahl wird von den Autoren nicht begründet. Für den Leser erscheint die Wahl aufgrund der Fragestellung logisch.</p> <p>Sind mögliche Verzerrungen/ Einflüsse auf die Intervention erwähnt? Nein.</p> <p>Werden die Verfahren der Datenanalyse klar beschrieben? Die Analyse für den zweiten Fragebogen wird klar beschrieben (Cronbach's Alpha), die Resultate tabellarisch dargestellt. Allerdings wird zu den meisten Werten keine Stellung bezogen, ausser zu einem Wert, der schlecht ausfiel. Für den ersten Fragebogen werden keine Analyseverfahren beschrieben.</p> <p>Wurden die statistischen Verfahren sinnvoll angewendet? Die Anwendung des Cronbach's Alpha bei der Auswertung des zweiten Fragebogens ist durchaus sinnvoll. Es ist jedoch fraglich, weshalb nicht auch der erste Fragebogen der Analyse unterzogen wurde.</p> <p>Entsprechen die verwendeten statistischen Tests den Datenniveaus? Aus Tabelle 3 geht hervor, dass eine Pearson-Korrelation errechnet wurde. Jedoch befinden sich die erhobenen Daten auf Nominal- und Ordinalniveau, obwohl für eine Pearson- Korrelation das Intervallniveau Voraussetzung ist.</p> <p>Erlauben die statistischen Angaben eine Beurteilung? Die Daten befinden sich auf Nominal- und Ordinalniveau, es wurde jedoch ein Pearson- Korrelationskoeffizient erstellt, was grundsätzlich erst am Intervallniveau gemacht werden darf. Allerdings ist das in der psychologischen Forschung üblich. Die statistischen Berechnungen können somit unter nötigen Vorsicht verwendet werden.</p> <p>Ist die Höhe des Signifikanzniveaus nachvollziehbar und begründet? Die Höhe des Signifikanzniveaus ist bei Tabelle 3 vermerkt, und liegt mit 0.05 auf dem Normalwert.</p> <p>Sind alle relevanten ethischen Fragen diskutiert und entsprechende Massnahmen durchgeführt worden? Unter anderem zum Beispiel auch die Beziehung zwischen Forschenden und Teilnehmenden? Es wird lediglich erwähnt, dass die Studie von einer Ethikkommission genehmigt wurde, und die Daten vertraulich behandelt werden. Es besteht kein Grund zur Annahme, dass Forschende und Teilnehmende eine Beziehung ausserhalb des wissenschaftlichen Settings pflegen, da die Stichprobe zufällig erhoben wurde.</p> <p>*intern: misst das Instrument innerhalb der Studie das, was es soll? Extern: lassen sich die Ergebnisse generalisieren? **vorzeitiger Ausstieg aus der Studie</p>		(z. B. körperliche) oder auch ohne Beeinträchtigungen zu erheben.
--	--	--	---

Güte/ Evidenzlage:

PRO	CONTRA
Der Forschungsbedarf des Themas wird sehr ausführlich beschrieben und mit Literatur untermauert.!	Die Autoren gehen nicht auf das Forschungsdesign ein.!
Die Fragestellung/ Forschungsziel ist klar ersichtlich.!	Alle Teilnehmenden stammen aus dem gleichen Landkreis in Schweden.!
Validität/ Reliabilität der Messinstrumente ist gegeben.!	Die Stichprobe fällt klein aus.!
Es wurde eine Zufallsstichprobe gemacht.	Das Verfahren in der Datenanalyse ist knapp beschrieben.!
Die persönlichen Merkmale der Kinder in der Stichprobe sind heterogen (Geschlecht, Alter, Gesellschaftsschichten)!	Der Pearson- Korrelationstest entspricht nicht dem Datenniveau! → Ist aber gebräuchlich, Likert-Skalen intervallskaliert zu behandeln in der Psychologie
Eltern bestehen aus Paaren und Alleinerziehenden w/m!	Gelegenheitsstichprobe ist nicht sehr repräsentativ, in Anbetracht der Population aber besser als nichts.
Die Datenerhebung ist klar nachvollziehbar.!	
Die Studie ist von einer Ethikkommission genehmigt, und die Daten werden vertraulich behandelt.!	
Die Ergebnisse sind präzise dargelegt und mit Tabellen ergänzt.!	
Die Studie ist übersichtlich gegliedert.!	
Die Resultate werden übersichtlich, aber komplett diskutiert.!	
Die Forschungsfragen konnten beantwortet werden.!	

Objektivität:

- Es nahmen Autoren von verschiedenen Fachrichtungen an der Studie teil.
- Die Autoren pflegten ausserhalb der Studie keine Beziehungen zu den Teilnehmenden.
- Die Interviews waren standardisiert (liefen bei allen Beteiligten gleich ab).
- Die Studie kann als objektiv gewertet werden, da nichts offensichtlich dagegenspricht.

Reliabilität:

- Das Vorgehen der Datenerhebung ist nachvollziehbar.
- Das methodische Vorgehen bei der Datenanalyse ist unzureichend beschrieben.
- Die Reliabilität der Studie ist fragwürdig. Man kann nicht sagen, dass dasselbe Vorgehen mit anderen Kandidaten dieselben Ergebnisse erzielen würde.

Validität:

- Die Fragen konnten beantwortet werden. Jedoch müssen die Antworten kritisch hinterfragt werden.
- Die Validität ist aufgrund der fraglichen Reliabilität geschwächt. Trotzdem können Teile der Studie verwendet werden.

F Suchmatrix

Datum	Stichwörter Schlagwörter (Englisch)	Filter	Daten- bank	Anzahl Treffer	Anzahl relevante Titel	Anzahl relevante Abstracts	Relevante Literatur (Quelle nennen)
19.7.18	(children OR kids OR youth OR child) AND (mental retardation OR intellectual disability) AND intervention		CINAHL	865	0	0	-
19.7.18	(children OR kids OR youth OR child) AND (mental retardation OR intellectual disability) AND intervention AND occupational therapy		CINAHL	19	5	0	-
19.7.18	(children OR kids OR youth OR child) AND (mental retardation OR intellectual disability) AND intervention AND occupational therapy		AMED	4	2	0	-

19.7.18	(children OR kids OR youth OR child) AND (mental retardation OR intellectual disability) AND intervention AND occupational therapy		Medline	26	5	0	-
31.7.18	children AND «mental disability» AND «intellectual disability» AND integration		CINAHL	2	0	0	-
31.7.18	children AND «mental disability» AND «intellectual disability»		CINAHL	12	5	3	Nina Xiong *, Li Yang, Yang Yu, Jiaxun Hou, Jia Li, Yuanyuan Li, Hairong Liu, Ying Zhang, Zhengang Jiao (October 2010). Investigation of raising burden of children with autism, physical disability and mental disability in China. <i>Research in Developmental Disabilities</i> ; 32, S.306-311. Silibello, G.; Vizziello, P.; Gallucci, M.; Selicorni, A.; Milani, D.; Ajmone, P. F.; Rigamonti, C.; De Stefano, S.; Bedeschi, M. F.; Lalatta, Faustina (August 2016). Daily life changes and adaptations investigated in 154 families with a child suffering from a rare disability at a public centre for rare diseases in Northern Italy. <i>Italian Journal of Pediatrics</i> ; 42, S. 1-10.
2.8.18	(«mental retardation» OR «intellectual disability») AND children		CINAHL	3211	16	9	Durch Mulligan & John (2015) → WHO Kongress (2010) Better health (...) Su et al. (2018) Douglas et al. (2017) Douglas et al. (2016) Davis et al. (2017)

	AND support AND family						Jansen et al. (2016) Jansen et al. (2012) <i>Ersten 4 Seiten durchgeschaut.</i>
7.8.18	«intellectual disability» AND children AND support AND «occupational therapy»		CINAHL	9	0	0	-
8.8.18	("mental retardation" OR "intellectual disability") AND children AND support AND leisure AND Integration		Medline	0	0	0	-
8.8.18	("mental retardation" OR "intellectual disability") AND children AND support AND leisure AND participation		Medline	7	4	3	Kaljaca et al. 2018 Shields et al. 2015
8.8.18	("mental retardation" OR "intellectual		Medline	2	0	0	<i>Bereits auf gefundene Studien gestossen</i>

	disability") AND "out-of-school activities"						
8.8.18	("mental retardation" OR "intellectual disability") AND "out of- of-school" AND children		Medline	39	6	0	<i>Nur über 30-Jährige Studien gefunden</i>
8.8.18	(children OR kids OR youth OR child) AND (mental retardation OR intellectual disability) AND intervention AND occupational therapy		Cochran e Library	2	0	0	-
9.8.18	(children OR kids OR youth OR child) AND (mental retardation OR intellectual disability) AND intervention AND occupational therapy		PubMed	138	0	0	-

9.8.18	(children OR kids OR youth OR child) AND (mental retardation OR intellectual disability) AND intervention AND occupational therapy AND leisure		PubMed	5	1	1	Chien et al. 2017, Differences in patterns of physical participation in recreational activities between children with and without intellectual and developmental disability
9.8.18	Link « Similar articles » über Chien et al. 2017		PubMed	1	1	1	King et al. 2013, Participation of children with intellectual disability compared with typically developing children
9.8.18	Link « Similar articles » über King et al. 2013		PubMed	1	1	1	Floyd & Olsen 2017, Family-peer linkages for children with intellectual disability and children with learning disabilities
9.8.18	(children OR kids OR youth OR child) AND (mental retardation OR intellectual disability) AND intervention AND occupational therapy AND activities of daily living		PubMed	20	3	3	Harr et al. 2011, Case study on effect of household task participation on home, community and work opportunities
15.8.18	(children OR kids OR youth	<i>Clinical</i>	PubMed	79	0	0	-

	OR child) AND (mental retardation OR intellectual disability) AND intervention program	<i>Trial und 10 years</i>					
15.8.18	(children OR kids OR youth OR child) AND (mental retardation OR intellectual disability) AND intervention program AND occupational therapy		PubMed	3	3	1	Yee-Pay Wuang, Guang-Sheng Ho, Chwen-Yng Su (2012). Occupational therapy home program for children with intellectual disabilities: A randomized, controlled trial
15.8.18	(children OR kids OR youth OR child) AND (mental retardation OR intellectual disability) AND intervention program AND occupational therapy	10 years	PubMed	18	1	1	Wilson et al. (2018). Intergenerational mentoring at Men's Sheds: A feasibility study
15.8.18	(mental retardation OR intellectual disability) AND participation AND (children	15	PubMed	1	1	1	Rubin et al. (2014). Rationale and design of active play @ home: a parent-led physical activity program for children with and without disability

	OR kids OR youth OR child)						
15.8.18	(children AND "mental retardation" OR "intellectual disability") AND intervention AND therapy)		AMED	31	13	10	Lee et al. 2014 Crnic et al. 2017 Smith et al. 2005 Wuang et al. 2009 (Adams et al. 2001) Duffy 2000
16.8.18	(children AND "mental retardation" OR "intellectual disability") AND approach)		AMED	76	11	0	<i>Bereits auf gefundene Studien gestossen. Auf Studien gestossen, wo keine Kinder mit geist. Beeinträchtigung vorkamen.</i>
17.8.18	(children AND "mental retardation" AND intervention)		CINAHL	114	3	0	- <i>Viele Studien ohne Kinder.</i>
17.8.18	(children AND "intellectual disability" AND intervention)		CINAHL	709	16	2	Krilich et al. 2018 Jeongil et al. 2018 <i>Einige Studien gefunden mit Bezug zur Schule. Ersten 4 Seiten durchgeschaut.</i>
17.8.18	children AND "sensory integration" AND		CINAHL	7	0	0	<i>Bereits auf gefundene Studien gestossen.</i>

	"intellectual disability"						
17.8.18	children AND "sensory integration" AND "intellectual disability"		AMED	0	0	0	-
17.8.18	children AND «mental retardation OR intellectual disability AND occupational therapy AND intervention		AMED	5	2	0	<i>Bereits auf gefundene Studien gestossen.</i>
23.8.18	children AND «mental retardation OR intellectual disability AND intervention		AMED	111	14	4	Gavidia-Payne et. al 2002 <i>Bereits auf gefundene Studien gestossen.</i>
27.9.18	«occupational performance coaching» AND children		AMED	6	5	5	Graham et al. 2016 Graham et al. 2014 Graham et al. 2013 <i>→ 2 andere Studien, ältere von Graham et al. («mehr Forschung nötig»)</i> <i>Fulltexte nicht über die Datenbank verfügbar (Google scholar)</i>
27.9.18	participation AND children AND disability		AMED	202	13	9	Woodmansee et al. 2015 Gaebler 2016 Brenna et al. 2014 Michelsen et al. 2013

							<i>Bereits auf gefundene Studien gestossen.</i>
23.1.19	(opc OR occupational performance coaching) AND parents		AMED	5	1	1	
23.1.19	(mental retardation OR intellectual disability) AND children AND parents		AMED	127	0	0	-
23.1.19	(mental retardation OR intellectual disability) AND children AND parents AND occupational therapy		AMED	1	1	1	Facilitating family occupations: Family member perceptions of a specialized environment for children with mental retardation.
23.1.19	(opc OR occupational performance coaching) AND parents		CINAHL	16	0	0	-
23.1.19	(mental retardation OR intellectual disability) AND children AND parents		CINAHL	1518	0	0	-
23.1.19	(mental retardation OR intellectual disability) AND		CINAHL	14	0	0	-

	children AND parents AND occupational therapy						
23.1.19	(mental retardation OR intellectual disability) AND family centered care		CINAHL	46	1	1	Ylikauma P. (2009). Everyday life in the families of children with intellectual disabilities: the need for support and help with the family work...Proceedings of the 10th Congress of the European Federation for Research in Rehabilitation, Riga, Latvia, 09-12 September 2009. International Journal of Rehabilitation Research, 32, S51-2. Retrieved from http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=105444934&site=ehost-live Full Text nicht gefunden
23.1.19	(mental retardation OR intellectual disability) AND parents influence on children	Since 2009	CINAHL	10	2	1	<i>Bereits auf gefundene Studien gestossen</i>
23.1.19	Children with (mental retardation OR intellectual disability) AND parents influence	Since 2009	CINAHL	8	0	0	-
23.1.19	Children with (mental retardation OR intellectual disability) AND parents role	Since 2009	CINAHL	12	2	2	Willingham-Storr, G. L. (2014). Parental experiences of caring for a child with intellectual disabilities: A UK perspective. Journal of Intellectual Disabilities, 18(2), 146–158. https://doi.org/10.1177/1744629514525132 King, G., Williams, L., & Hahn Goldberg, S. (2017). Family-oriented services in pediatric rehabilitation: a scoping review and framework to promote parent and family wellness. Child: Care, Health & Development, 43(3), 334–347. https://doi.org/10.1111/cch.12435

5.2.19	Mental retardation OR intellectual disability AND parents needs		CINAHL	102	0	0	-
5.2.19	Mental retardation OR intellectual disability AND parents needs	Since 2009	CINAHL	70	1	1	Huus, K., Olsson, L. M., Elgmark Andersson, E., Granlund, M., & Augustine, L. (2017). Perceived needs among parents of children with a mild intellectual disability in Sweden. <i>Scandinavian Journal of Disability Research</i> , 19(4), 307–317. https://doi.org/10.1080/15017419.2016.1167773
7.2.19	Mental retardation OR intellectual disability AND parents needs		Medline	3	0	0	-
7.2.19	Mental retardation OR intellectual disability AND parents needs		PubMed	486	0	0	-
7.2.19	Mental retardation OR intellectual disability AND parents needs	Since 2009	PubMed	256	0	0	-
7.2.19	Mental retardation OR intellectual disability AND parents needs AND participation	Since 2009	PubMed	23	0	0	-
7.2.19	Mental retardation OR intellectual		AMED	1	0	0	-

	disability AND parents needs						
7.2.19	Mental retardation OR intellectual disability AND parents needs		Cochrane Library	1	1	1	Coren E, Ramsbotham K, Gschwandtner M. Parent training interventions for parents with intellectual disability. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 7. Art. No.: CD007987. DOI: 10.1002/14651858.CD007987.pub3.