

Zutrauen in die eigene Kompetenz als bedeutsames Merkmal familienorientierter Frühförderung

Klaus Sarimski, Manfred Hintermair und Markus Lang

Summary

Parental Self-Efficacy in Family-Centered Early Intervention

Parental self-efficacy is seen as an important concern in family-centered early intervention. This article reports the data from 125 parents of young children with intellectual disabilities, hearing impairment or visual impairment. The relationship between parental self-efficacy, parental stress and several parent and child variables is analyzed. The results support the relevance of parental self-efficacy for parental coping. Some recommendations for promoting their experience of participation and partnership in early intervention services are discussed.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 61/2012, 183-197

Keywords

parental self-efficacy – early intervention – parental stress

Zusammenfassung

Das Zutrauen in die eigene Kompetenz zur Förderung des Kindes stellt ein wichtiges Ziel familienorientierter Frühförderung dar. In einer Erhebung, an der sich 125 Eltern von jungen Kindern mit geistiger Behinderung, Hörschädigung oder Sehschädigung beteiligt haben, werden Zusammenhänge zwischen dem Grad des individuellen Zutrauens in die eigene Kompetenz, der erlebten Belastung in der Familie und in der alltäglichen Interaktion mit dem Kind sowie verschiedenen Merkmalen von Kind und Eltern untersucht. Die Ergebnisse belegen die Relevanz des Zutrauens in die eigene Kompetenz für das elterliche Belastungserleben. Es werden Überlegungen diskutiert, wie dieses Zutrauen in der Praxis der Frühförderung gestärkt werden kann.

Schlagwörter

elterliches Kompetenzerleben – Frühförderung – elterliche Belastung

1 Hintergrund

Gegenüber traditionellen Formen der Frühförderung als kindzentrierter Übungsbehandlung hat sich in den letzten Jahren ein konzeptioneller Wechsel vollzogen. Frühförderung wird heute als individualisiertes, beziehungs- und familienorientiertes Hilfesystem verstanden, bei dem die Förderung auf die individuellen Entwicklungsprobleme und Hilfebedürfnisse des Kindes abgestimmt wird, in den Alltag der Beziehungen zwischen Eltern und Kind integriert ist und die Stärkung der familiären Ressourcen zur Bewältigung der behinderungsbedingten Herausforderungen berücksichtigt wird (Shonkoff u. Meisels, 2000). Das Ziel der familienorientierten Arbeit ist dabei vor allem die Stärkung der eigenständigen familiären Bewältigungskompetenz im Kontext eines differenzierten Unterstützungssystems („Empowerment“). Um sich auf die familiären Bedürfnisse nach Unterstützung adäquat einstellen zu können, bedeutet das für die Praxis der Frühförderung, dass die Fachkräfte der Frühförderung um die bedeutsamen Einflussfaktoren auf das elterliche Belastungserleben wissen müssen. Das heißt vor allem, die individuellen und sozialen Ressourcen der Familie einschätzen zu können und über deren Stärkung zu einer Reduzierung des elterlichen Belastungserlebens beizutragen (Sarimski, 2009). Der Stärkung des elterlichen Zutrauens in die eigene Kompetenz, die kindliche Entwicklung zu fördern, kommt dabei im Rahmen eines familienorientierten Ansatzes der Frühförderung ein besonderer Stellenwert zu.

1.1 Zutrauen in die eigene Kompetenz

Die psychologische Forschung hat in den letzten Jahren eine Reihe von Konzepten entwickelt, die unter der Überschrift „interne und personale Protektivfaktoren“ (Bengel, Strittmatter, Willmann, 1998, S. 52) auf ihre Wirksamkeit hin untersucht wurden. Diese verschiedenen Konzepte (z. B. Kohärenzgefühl, dispositioneller Optimismus, Widerstandsfähigkeit (Hardiness), gesundheitliche Kontrollüberzeugungen, Selbstwirksamkeitserwartung) besitzen als zentrale gemeinsame Merkmale die erlebte Fähigkeit des Subjekts, Möglichkeiten des Handelns zu bewahren bzw. zu finden, auch wenn schwierige Ereignisse eintreten sowie die Fähigkeit, auch schwierigen (Lebens)Situationen Sinn verleihen zu können. Menschen, die über diese Fähigkeiten verfügen, zeigen in einer Reihe gesundheitspsychologisch relevanter Merkmale deutlich bessere Werte (vgl. Bengel et al., 1998). In diese Gruppe gehört auch das Zutrauen in die eigene Kompetenz („self-efficacy“), das für die Motivation, die kognitiven Ressourcen und den Handlungsverlauf entscheidend ist, welche nötig sind, um bestimmte Herausforderungen im Leben zu meistern (Ozer u. Bandura, 1990). Es handelt sich dabei um ein offenbar relativ stabiles kognitives Merkmal, das den Erwerb neuer Fertigkeiten erleichtert und insbesondere unter Belastungen an Bedeutung für die Steuerung des eigenen Verhaltens gewinnt (Bandura, 1982).

Dieses psychologische Konstrukt ist auch mit Blick auf die Qualität elterlichen Verhaltens und die subjektiv erlebte Belastung von Eltern untersucht worden. Ein hohes Zutrauen in die eigenen elterlichen Fähigkeiten korreliert mit responsivem und anregendem Verhalten in der Eltern-Kind-Interaktion, aktiven Problemlösestrategien und psychischem Wohlbefinden, ein geringes Zutrauen hingegen mit einem höheren Grad an Depressivität, einer Neigung, das kindliche Verhalten als schwierig zu beurteilen, einem eher passiven Hinnehmen von Problemen und einer hohen subjektiven Belastung im erzieherischen Alltag. Eltern mit geringem Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten neigen dazu, bei Schwierigkeiten rascher aufzugeben, eher auf emotionsregulierende statt problemorientierte Bewältigungsstrategien zurückzugreifen, Misserfolge internal zu attribuieren und generell weniger zufrieden mit ihrer Rolle zu sein (Bandura, 1982; Coleman u. Karraker, 1998). Eine aktuelle Übersicht über Studien zur Rolle der Zuversicht in die eigenen elterlichen Kompetenzen für die psychosoziale Entwicklung der Kinder geben Jones und Prinz (2005).

1.2 Zutrauen in die eigene Kompetenz als Ziel familienorientierter Frühförderung

Im Kontext der Erziehung und Förderung behinderter Kinder liegen bisher nur wenige empirische Studien vor, die das Zutrauen in die eigene Kompetenz zur Erziehung und Förderung und seine Zusammenhänge explizit analysieren. Es finden sich aber einige Untersuchungen, die auch hier für einen moderierenden Einfluss auf die erlebte elterliche Belastung sprechen. So kommen Eltern von sehr unreif geborenen Kindern besser mit einer drohenden Behinderung ihres Kindes zurecht, wenn sie den Eindruck haben, die Entwicklung aktiv beeinflussen zu können (Affleck, Allen, McGrade, McQueeney, 1982). Das Zutrauen in ihre eigenen Fähigkeiten korreliert in Familien von Kindern mit kognitiver Behinderung oder autistischem Störungsbild signifikant mit dem Grad, in dem sich die Eltern als depressiv schildern (Feldman et al., 2007; Lloyd u. Hastings, 2009; Sarimski, 2010). Hoch belastete Eltern erleben die eigenen Handlungen in der Gestaltung des Alltags mit ihren Kindern als wenig wirksam und effektiv (Bellingrath, Iskenius-Emmler, Haberl, Nußbeck, 2009). Hintermair (2004, 2006) führte zwei Studien zum Kohärenzerleben von Eltern hörgeschädigter Kinder durch und konnte dabei zeigen, dass Eltern mit hohem Kohärenzgefühl (sensu Antonovsky) – einem mit dem Zutrauen in die eigene Kompetenz verwandten Konstrukt – signifikant geringere Belastungen zeigten und dies insbesondere für die Gestaltung der Eltern-Kind-Interaktion. Zudem zeigten sich stimmige Zusammenhänge zwischen elterlichem Belastungs- und Kohärenzerleben und kindlichen Verhaltensauffälligkeiten dahingehend, dass Kinder mit vermehrten Verhaltensauffälligkeiten Eltern hatten, die höher belastet waren und gleichzeitig ein geringeres Kohärenzerleben zeigten.

Es kann davon ausgegangen werden, dass sich elterliches Zutrauen in die eigene Kompetenz widerspiegelt in entwicklungsförderlichen Formen der Interaktion und Beziehung zum Kind im Alltag und sich damit indirekt auf einen positiven Verlauf

der kindlichen Entwicklung auswirkt. Es ist zu erwarten, dass Eltern mit einem hohen Zutrauen in die eigene Kompetenz besser angemessene Förderziele für ihre Kinder formulieren und fachliche Empfehlungen für die Förderung in ihren Alltag umsetzen können, d. h. sich intensiver und effektiver an der Förderung des Kindes beteiligen. Es ist weiter davon auszugehen, dass sie Probleme, die im Alltag auftauchen, eher als Herausforderungen ansehen und sich beharrlich mit ihnen auseinandersetzen. Eltern, denen es an Wissen und Kompetenz für die Förderung des Kindes fehlt, werden fachliche Empfehlungen auch seltener umsetzen, sich weniger an der Förderung beteiligen und in höherem Maße auf eine Förderung durch Fachkräfte vertrauen, die sich mit den Kindern selbst beschäftigen.

In der vorliegenden Studie soll der Stellenwert des elterlichen Zutrauens in ihre Kompetenz im Kontext anderer relevanter Faktoren des Copingprozesses von Familien mit behinderten Kleinkindern untersucht und in seiner Bedeutung für den Prozess der Frühförderung diskutiert werden.

1.3 Messung elterlichen Zutrauens in die eigene Kompetenz

Zutrauen in die eigenen Fähigkeiten kann als generelles Merkmal im Sinne einer allgemeinen „Selbstwirksamkeitserwartung“ gemessen werden. Dazu eignet sich z. B. der SOC-Bogen zur Erfassung des Kohärenzgefühls nach Antonovsky (1997) oder der Fragebogen zur Selbstwirksamkeitserwartung (Schwarzer u. Jerusalem, 1999). Das Zutrauen in die eigenen erzieherischen Kompetenzen kann aber auch als zunächst unabhängig von dem generellen Vertrauen betrachtet werden, Schwierigkeiten in unterschiedlichen Lebensbereichen meistern zu können. Wenn das Merkmal auf diese Weise bereichsspezifisch erhoben wird, trägt diese Variable in der Regel einen höheren Anteil zur Erklärung der Varianz des elterlichen Verhaltens bei (Coleman u. Karraker, 2003). Teti und Gelfand (1991) setzten z. B. einen Fragebogen zur Beurteilung des Zutrauens in die eigenen Fähigkeiten bei der Versorgung von Säuglingen ein, Coleman und Karraker (2003) einen Fragebogen, der bereichsspezifisch die Selbsteinschätzung der eigenen Kompetenz bei alltäglichen Erziehungsaufgaben im Alltag mit Kleinkindern misst.

Zur Messung des Kompetenzerlebens von Eltern behinderter Kinder wurden in den letzten Jahren zwei Instrumente vorgelegt. DesJardin (2003) entwickelte einen Fragebogen („Scale of Parental Involvement and Self-Efficacy“, SPISE) zur Beurteilung der elterlichen Selbsteinschätzung in ihre Kompetenz zur Förderung und ihrer Beteiligung am Förderprozess, den sie in einer Erhebung bei 54 Müttern von Kindern mit Hörschädigungen erprobte. Es ergaben sich positive korrelative Zusammenhänge zwischen der Selbsteinschätzung der mütterlichen Kompetenz, der Sicherheit im Umgang mit den Hörhilfen des Kindes und dem Gebrauch von sprachfördernden Strategien im Alltag. Guimond, Wilcox und Lamorey (2008) entwickelten ein Instrument zur Beurteilung des elterlichen Zutrauens in die eigene Kompetenz zur Förderung („Early Intervention Parenting Self-Efficacy Scale“, EIPSES) und erprobten es in der Befra-

gung von 117 Eltern, deren Kinder in Frühförderzentren betreut wurden. Es handelt sich um eine Skala aus 16 Items mit befriedigender interner Konsistenz, die faktorenanalytisch gruppiert wurden in Items zur Messung der „elterlichen Erwartung an soziale Einflüsse auf die Entwicklung ihres Kindes“ und in Items zur Messung der „elterlichen Einschätzung der eigenen Kompetenz zur Förderung“. Die Einschätzungen der Eltern in diesem Fragebogen korrelierten mit einzelnen Aspekten der kindlichen Entwicklung und Verhaltensauffälligkeiten. Eltern, die sich selbst eine höhere Kompetenz zuschrieben, beschrieben z. B. weniger externalisierende Verhaltensauffälligkeiten und Selbstregulationsprobleme bei ihren Kindern.

2 Zielsetzung der eigenen Studie

Ein Forschungsprojekt an der Pädagogischen Hochschule Heidelberg soll einen Beitrag leisten, möglichst viele Faktoren in ihrem Zusammenwirken auf das elterliche Belastungserleben zu analysieren. Dabei soll mithilfe eines explorativen pfadanalytischen Vorgehens überprüft werden, welche Rolle das spezifische, auf die jeweilige Behinderung bezogene Kompetenzerleben von Eltern für das elterliche Belastungserleben (familiäre Belastung im Allgemeinen und Belastung in der alltäglichen Eltern-Kind-Interaktion) spielt. Es wird dabei davon ausgegangen, dass höhere subjektiv erlebte Kompetenzen mit geringeren Belastungswerten der Eltern assoziiert sind. Weiter wird davon ausgegangen, dass auf die Ausprägung des elterlichen Kompetenzerlebens zum einen die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung der Eltern als auch die erlebte Qualität der Frühförderung einen signifikanten Einfluss haben. Ergänzend soll geklärt werden, welche weiteren Merkmale des Kindes, der Eltern oder der sozialen Situation der Familie einen relevanten Beitrag zur erlebten Belastung leisten. Für die Untersuchung wurden Eltern von Kindern mit (drohender) geistiger Behinderung, Hörschädigung und Blindheit bzw. Sehbehinderung befragt.

3 Methodik

3.1 Stichprobe

An der Befragung beteiligten sich 125 Eltern (115 Mütter und zehn Väter). Tabelle 1 gibt einen Überblick über demografische Daten der Eltern und der Kinder. Das mittlere Alter der Eltern beträgt 35,4 Jahre (SD = 5,52 Jahre). Eltern mit höheren Bildungsabschlüssen sind in der Stichprobe – wie bei den meisten Studien, die auf schriftlichen Befragungen beruhen – überrepräsentiert. 58 (46,4 %) Eltern geben einen Schulabschluss mit Hochschulzugangsberechtigung an, 48 (38,4 %) Eltern einen Real- oder Fachschulabschluss, 18 (14,4 %) Eltern einen Hauptschulabschluss. 59 (47,2 %) Mütter bezeichnen sich derzeit als Hausfrau, 53 (43,2 %) sind Angestell-

te oder Beamte. Die meisten Eltern verfügen über ein mittleres oder höheres Familieneinkommen. In 85 Familien wächst neben einem Kind mit einer Behinderung mindestens ein weiteres Kind auf.

Tabelle 1: Merkmale der Eltern und ihrer Kinder

	N	%	M	SD
Eltern				
Mutter füllt Fragebogen aus	115	92.0		
Vater füllt Fragebogen aus	10	8.0		
Alter (in Lebensjahren)	125		35.4	5.5
Schulbildung	124			
Hauptschule		14.4		
Real-/Fachschule		38.4		
Hochschulreife		46.4		
Aktuelle Tätigkeit	124			
Arbeiter		4.8		
Angestellte/Beamte		42.4		
Hausfrau		47.2		
sonstige		4.8		
Familieneinkommen	116			
< 1500 €		9.6		
1500 – 3000 €		52.8		
Mehr als 3000 €		30.4		
Mehr als ein Kind in der Familie	85			
Kind				
Alter des Kindes (in Monaten)	122		30.9	12.5
Geschlecht des Kindes				
Junge	63	50.8		
Mädchen	61	49.2		
Alter bei Diagnosestellung (in Monaten)	96		8.9	10.4
Alter bei Beginn der Förderung	123		11.2	9.8
Behinderung (primäre Diagnose)				
Kognitive Behinderung	66	52.8		
Hörschädigung	37	29.6		
Blindheit/Sehbehinderung	22	17.6		
Zusatzbehinderung				
ja	51	41.8		
nein	71	58.2		
Gesundheitszustand des Kindes				
gut	105	85.4		
schlecht/wechselhaft	18	14.6		
Besuch einer Einrichtung	88	70.4		
Krippe	14	11.2		
Sonderkindergarten	11	8.8		
Integrativer Kindergarten	21	16.8		
Allgemeiner Kindergarten	23	18.4		

Das mittlere Alter der Kinder beträgt 30,9 Monate (SD = 12,55 Monate). 36,9 % der Kinder sind unter zwei Jahren alt; 29,5 % zwischen zwei und drei Jahre, 27,9 % zwischen drei und vier Jahre alt. 66 Kinder (52,8 %) gehören zur Gruppe der Kinder mit kognitiven Entwicklungsverzögerungen und werden in einer Interdisziplinären Frühförderstelle oder einer Sonderpädagogischen Beratungsstelle betreut, die einer Schule für Kinder mit Förderschwerpunkt geistige Entwicklung angeschlossen ist. 37 Kinder (29,6 %) sind Kinder mit einer Hörschädigung und werden an einer entsprechenden Frühförderstelle betreut. 22 Kinder (17,6 %) sind blind bzw. sehbehindert und werden an einer Frühförderstelle für blinde und sehbehinderte Kinder betreut. 51 Kinder (40,8 %) haben zusätzlich zu ihrer Grundbehinderung noch irgendeine andere Beeinträchtigung. Der Gesundheitszustand der Kinder wird bei 18 Kindern (14,4 %) von den Eltern als schlecht bzw. wechselhaft beurteilt. Das durchschnittliche Alter zu Beginn der Förderung lag bei 11,2 Monaten, etwa zwei Monate nach dem Zeitpunkt der Diagnosestellung. 55 Kinder der Untersuchungsgruppe besuchen einen (allgemeinen, integrativen oder sonderpädagogischen) Kindergarten.

3.2 Untersuchungsverfahren

Bei allen Kindern wurden folgende kindbezogene Grunddaten erhoben: Alter und Geschlecht des Kindes, Grad der Behinderung, Zusatzbehinderungen, Zeitpunkt des Verdachts und der Diagnosestellung einer Behinderung, Zeitpunkt des Beginns der Frühförderung, allgemeiner Gesundheitszustand, Besuch einer Fördereinrichtung. Als elternbezogene Grunddaten wurden Alter und Geschlecht des Erwachsenen, der den Fragebogen ausfüllt, Schulbildung, Berufstätigkeit, Staatsangehörigkeit, Wohnsituation, Familienstatus, Zahl und Alter weiterer Kinder sowie Familieneinkommen erhoben (vgl. Tab. 1).

Subjektives Kompetenzerleben. Zur Messung des mütterlichen Zutrauens in die eigene Kompetenz werden die vier Items einer deutschen Übersetzung der „Early Intervention Parenting Self-Efficacy Scale“ (EIPSES; Guimond et al., 2008) verwendet, die in der Studie von Guimond et al. faktorenanalytisch den „Kompetenzfaktor“ abgebildet haben. Die Items zur Messung des mütterlichen Zutrauens in die eigene Kompetenz lauten „Wenn mein Kind Probleme hat, dann finde ich Wege, ihm zu helfen“, „Wenn mein Kind Fortschritte macht, dann hat das mit meinem Beitrag zu seiner Entwicklung zu tun“, „Wenn mein Kind etwas schnell lernt, dann liegt das wahrscheinlich daran, dass ich weiß, wie ich ihm gut beim Lernen helfen kann“ und „Über das vergangene Jahr hinweg kann ich den Fortschritt erkennen, den ich auf dem Weg zu einer ‚besseren Mutter‘ bzw. einem ‚besseren Vater‘ gemacht habe“. Die Reliabilität dieser Kurzskaala ist aufgrund der begrenzten Itemzahl geringer als bei den folgenden Fragebögen (Cronbach's $\alpha = .55$).

Eltern-Kind-Belastung. Die erlebte elterliche Belastung speziell auf die Eltern-Kind-Interaktion bezogen wurde mit zwölf Items aus dem „Parenting Stress Index – Short Form“ (PSI-SF) gemessen (Abidin, 1995; es wurde die Originalversion zugrundegelegt

und ins Deutsche übersetzt). Es handelt sich um eine von drei Skalen eines Fragebogens, der in zahlreichen Studien zur Beurteilung elterlicher Belastung bei nicht behinderten und behinderten Kindern eingesetzt wird. Die Items werden von den Eltern auf einer 5-stufigen Skala (trifft gar nicht zu – trifft sehr zu) beurteilt. Erfragt werden Belastungen in der alltäglichen Interaktion mit dem Kind, z. B. „Es braucht lange und es ist schwierig für mein Kind, sich an neue Dinge zu gewöhnen“ oder „Mein Kind lächelt mich viel seltener an, als ich erwartet habe.“ Für die interne Konsistenz des Fragebogens ergab sich in der vorliegenden Stichprobe ein befriedigender Wert (Cronbach's $\alpha = .83$).

Familienbelastung. Beim „Familienbelastungsbogen“ (FaBel) als zweitem Beurteilungsmaß der erlebten Belastung handelt es sich um die deutsche Bearbeitung der „Family Impact Scale“, die Ravens-Sieberer et al. (2001) für die Diagnostik bei Familien chronisch kranker und behinderter Kinder vorgenommen haben (vgl. Sarimski u. Steinhausen, 2007). Er enthält 27 Items und bezieht sich auf folgende Themenbereiche: alltägliche Belastungen, Zukunftssorgen, finanzielle Belastungen und Probleme der partnerschaftlichen Bewältigung. Jedes Item wird auf einer vierstufigen Skala zwischen „trifft überhaupt nicht zu“ bis „trifft ganz zu“ bewertet. Für die interne Konsistenz des Fragebogens ergab sich in unserer Stichprobe ein befriedigender Wert (Cronbach's $\alpha = .90$).

Allgemeine personale Ressourcen. Personale Ressourcen zur Bewältigung von Belastungen wurden mit einem kurzen Fragebogen zur „Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung“ (SWE, Schwarzer u. Jerusalem, 1999) erhoben. Beim SWE handelt es sich um ein Selbstbeurteilungsverfahren mit zehn Items zur Erfassung von allgemeinen optimistischen Selbstüberzeugungen. Es misst das grundsätzliche Vertrauen (unabhängig von der spezifischen Lebenslage als Elternteil eines behinderten Kindes) darauf, eine schwierige Lage zu meistern, wobei der Erfolg der eigenen Kompetenz zugeschrieben wird. Die Überprüfung der internen Konsistenz des Verfahrens ergab ebenfalls einen zufriedenstellenden Wert (Cronbach's $\alpha = .87$).

Soziale Ressourcen. Die für die Eltern verfügbaren sozialen Ressourcen wurden mit der Teilskala aus dem SOEBEK (Krause u. Petermann, 1997) „Zufriedenheit mit sozialer Unterstützung“ erfasst. Diese Teilskala enthält neun Items zur Messung der Zufriedenheit mit der Unterstützung durch Ehepartner, Verwandte, Freunde und Bekannte sowie Fachleute. Dabei wird jeweils zwischen „greifbarer“ (praktischer) Unterstützung und emotionaler Unterstützung unterschieden. Die Zuverlässigkeit der Skala ist auch hier gegeben (Cronbach's $\alpha = .77$).

Verhaltensmerkmale. Verhaltensmerkmale des Kindes wurden durch einen orientierenden Fragebogen mit zwölf Items erhoben, die sich auf die soziale Reaktionsbereitschaft des Kindes, seine Ausdauer sowie Impulsivität/Hyperaktivität beziehen. Die Angaben zu den Bereichen wurden in einen Summenscore zusammengefasst, der einen Indikator für Verhaltensprobleme des Kindes darstellt (Cronbach's $\alpha = .74$).

Kindkompetenzen. Für eine grobe Einschätzung des kindlichen Entwicklungsniveaus wurden einige basale Kompetenzen der motorischen Entwicklung, der Entwicklung von Spielfähigkeiten, von Fähigkeiten zur Selbstversorgung und sprachliche

Kompetenzen abgefragt und in einen Summenscore zusammengefasst. Für die interne Konsistenz des Fragebogens ergab sich in unserer Stichprobe ein befriedigender Wert von Cronbach's $\alpha = .94$.

Erlebte Qualität der Frühförderung. Bei der Beurteilung der Qualität der Frühförderung durch die Eltern wurden die erlebten Wirkungen der Frühförderung einerseits und die erlebte Zufriedenheit andererseits erfasst. Die hierzu verwendeten zwölf Items wurden alle den Fragebögen einer landesweiten Erhebung zu Erfahrungen mit Frühförderung in den USA entnommen, die von Bailey, Scarborough, Hebbeler, Spiker und Mallik (2004) durchgeführt wurde, und ins Deutsche übersetzt. Die Antworten werden dabei auf einer vierstufigen Skala eingeschätzt (wenig zufrieden – teilweise zufrieden – ziemlich zufrieden – sehr zufrieden). Gefragt wurde dabei nach der Zufriedenheit mit Umfang und Qualität der Förderung/Therapie und der Familienunterstützung, nach der Zufriedenheit mit der Zahl der beteiligten Fachleute sowie nach der Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit mit den beteiligten Fachleuten. Die Überprüfung der internen Konsistenz des Verfahrens ergab auch für den Bereich der erlebten Qualität der Frühförderung einen sehr guten Wert (Cronbach's $\alpha = .94$).

3.3 Durchführung

Die Kontaktaufnahme zu den Eltern erfolgte über Frühförderstellen in Baden-Württemberg, Bayern und Hessen. Die Einrichtungsleiter wurden zunächst gefragt, ob sie bereit sind, sich durch Weitergabe von Fragebögen an die von ihnen betreuten Eltern zu beteiligen, und wie viele Fragebogensätze sie gegebenenfalls weiterreichen werden. Insgesamt wurden über 200 Fragebögen versendet. Da über die Zahl der tatsächlich weitergegebenen Fragebögen keine Angaben der Einrichtungen vorliegen, kann keine verlässliche Angabe über die Rücklaufquote und über mögliche Unterschiede zwischen Eltern, die sich beteiligt haben, und solchen gemacht werden, die sich nicht zu einer Beantwortung der Fragebögen entschieden haben.

Die statistische Analyse erfolgte mit PASW 18.0 (vormals SPSS) und AMOS 18. Berechnet wurden Häufigkeitsverteilungen, Korrelationsanalysen, Mittelwertvergleiche sowie eine Pfadanalyse. Die Auswertungen beziehen sich – soweit nichts Anderes vermerkt ist – jeweils auf die Gesamtgruppe der Kinder mit (drohender) geistiger Behinderung, Hörschädigung oder Blindheit bzw. Sehbehinderung.

4 Ergebnisse

Tabelle 2 gibt einen Überblick über Verteilung der Elternangaben in den einzelnen Untersuchungsverfahren. Die deskriptiven Werte der Subskala des EIPSES, die das subjektive Kompetenzerleben beschreibt, zeigen eine relativ positive Selbsteinschätzung der Mütter, aber auch eine beträchtliche interindividuelle Variabilität.

Tabelle 2: Einschätzung der eigenen Kompetenz, der Familiensituation und der kindbezogenen Merkmale

	Minimum/ Maximum	M	SD
Subjektives Kompetenzerleben (EIPSES)	1 / 5	3.63	.75
Eltern-Kind-Belastung (PSI-SF)	1 / 5	1.91	.62
Familienbelastung (FaBel)	1 / 4	2.02	.52
Selbstwirksamkeitserwartung (SWE)	1 / 4	3.05	.44
Zufriedenheit mit sozialer Unterstützung (SOEBEK)	1 / 6	4.58	.75
Verhaltensauffälligkeiten des Kindes	1 / 3	2.33	.37
Kompetenzen des Kindes	1 / 3	2.12	.67
Erlebte Qualität der Frühförderung	1 / 4	2.89	.75

Abbildung 1 zeigt das Ergebnis der pfadanalytischen Berechnungen. In der Abbildung sind aus Gründen der Übersichtlichkeit nur die signifikanten Pfade aufgeführt sowie keine Kovarianzen zwischen den unabhängigen Variablen aufgezeigt. Weiter ist zu berücksichtigen (vgl. Zielsetzung der Studie), dass die Pfade vom elterlichen Kompetenzerleben zu den beiden Belastungsvariablen sowie die beiden Pfade vom allgemeinen Selbstwirksamkeitserleben der Eltern und der erlebten Qualität der Frühförderung auf das Kompetenzerleben der Eltern „gesetzt“ waren. Alle anderen Zusammenhänge ergaben sich aus zusätzlich eingeführten Variablen, deren Stellenwert im Sinne eines weiterführenden explorativen Vorgehens überprüft wurde.

Das Gesamtmodell erweist sich bei Heranziehung einiger der zur Beurteilung relevanten Kennwerte als insgesamt noch akzeptabel (CFI = .94; RMSEA 0.07); man sieht, dass 56 % der Varianz des familiären Belastungserlebens sowie 51 % der Varianz der Eltern-Kind-Belastung mit den in das Modell einbezogenen Variablen erklärt werden können.

Es bestätigt sich, dass das elterliche Kompetenzerleben im Zusammenhang mit dem elterlichen Belastungserleben steht: Eltern mit höheren Kompetenzen schätzen sowohl ihre familiäre Belastung (-.18) als auch die Belastung in der Interaktion mit ihrem Kind (-.24) als geringer ein. Weiter bestätigt sich die Annahme, dass das biografisch gewachsene allgemeine Selbstwirksamkeitserleben mit dem Kompetenzerleben in Bezug auf die Behinderung des Kindes assoziiert ist, d. h. Eltern mit einer hohen Selbstwirksamkeitserwartung davon für die Ausbildung behinderungsspezifischer Kompetenzen profitieren (.29). Weiter bestätigt sich, dass eine als qualitativ voll erlebte Frühförderung durch Fachleute als hilfreich gesehen wird für die Ausbildung eigener Kompetenzen im Umgang mit dem Kind (.18).

Es zeigt sich jedoch bei der Betrachtung der zusätzlich einbezogenen Variablen, dass die Bedeutung des elterlichen Zutrauens für die Erklärung des Belastungserlebens von den anderen einbezogenen Einflussfaktoren z. T. übertroffen wird. Dies gilt vor allem für die kindlichen Verhaltensprobleme sowie für die kindlichen Kompetenzen, die in unterschiedlichem Ausmaß das Belastungserleben erklären: So erweisen sich kindliche Verhaltensprobleme in besonderer Weise als bedeutsam für die Eltern-Kind-

Belastung (.56), während das familiäre Belastungserleben geringer ist, wenn das Kind über bereits weiter entwickelte Kompetenzen verfügt (-.40). Auch der Gesundheitszustand des Kindes ist von Bedeutung: Ein stabileres gesundheitliches Befinden des Kindes geht mit einem niedrigeren familiären Belastungserleben (-.27) sowie einer geringeren Interaktionsbelastung (-.22) einher.

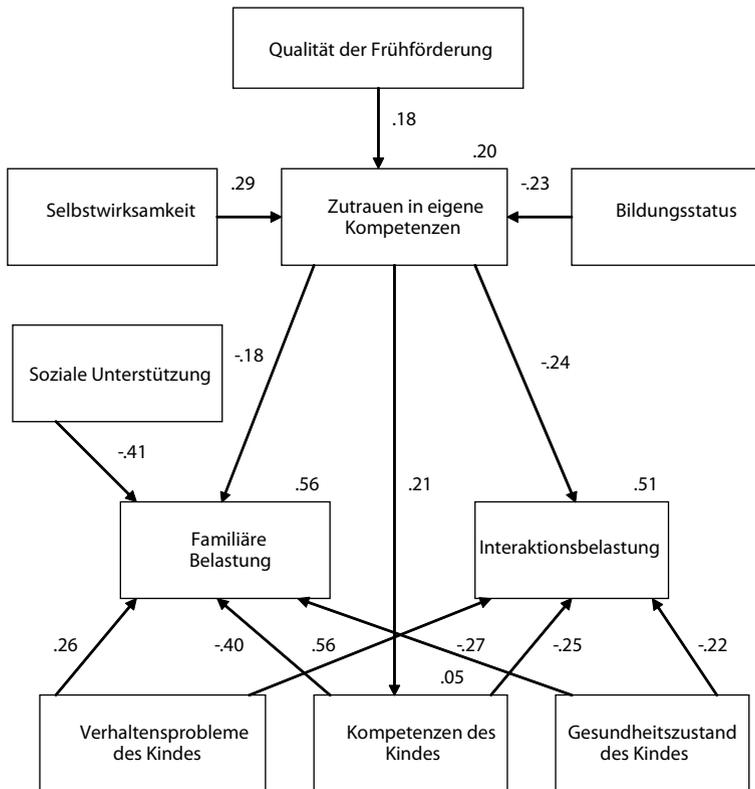


Abbildung 1: Pfadanalyse zur Darstellung relevanter Faktoren des elterlichen Copingprozesses unter besonderer Berücksichtigung des Zutrauens in die eigenen Kompetenzen

Was den Stellenwert der sozialen Unterstützung angeht, so hat diese ausschließlich für die Reduzierung der familiären Belastung eine signifikante Rolle (-.41), nicht jedoch für die Reduzierung der Interaktionsbelastung.

Schließlich leistet noch der elterliche Bildungsstatus einen bedeutsamen Beitrag zur Erklärung des elterlichen Kompetenzerlebens: Eltern mit höherem Bildungsstatus geben an, sich weniger kompetent im Umgang mit ihrem Kind zu erleben (-.23).

5 Diskussion und Schlussfolgerungen für die Praxis

Die vorgelegte Studie an 125 Eltern von Kindern mit unterschiedlicher Behinderung bestärkt die Annahme, dass in einem familienorientierten Verständnis von Frühförderung dem Zutrauen von Eltern in ihre eigenen Kompetenzen für einen erfolgreichen Bewältigungsprozess eine wichtige Rolle zukommt. Es hat sich gezeigt, dass die erlebte Belastung in einer signifikanten Beziehung mit der Zuversicht in die eigene Kompetenz steht. Mütter, die sich eine größere Kompetenz zur Förderung zuschreiben, erleben sich in der alltäglichen Interaktion mit ihrem Kind als weniger stark belastet und sehen weniger Belastungen für die Familie als Ganzes. Es handelt sich dabei um Mütter, die insgesamt eher eine höhere (biografisch erworbene) Selbstwirksamkeitserwartung haben. Sie sind gleichzeitig auch zufriedener mit der Unterstützung durch die Frühförderung. Offenbar ist es den Fachkräften der Frühförderung hier gelungen, die Mütter so in die Förderung einzubeziehen und zu beraten, dass sie sich selbst als kompetent zur Förderung der Kinder einschätzen.

Die eigene elterliche Kompetenz nimmt jedoch bei der Gesamtschau der Zusammenhänge für das Verstehen elterlichen Belastungserlebens keinen dominanten Platz ein. Kindliche Verhaltensprobleme bzw. kindliche Kompetenzen scheinen von mindestens ebenso großer, z. T. größerer Bedeutung zu sein. Dabei ist zu berücksichtigen, dass das verwendete Instrument zur Beurteilung des elterlichen Zutrauens in die eigenen Kompetenzen keine zufriedenstellende interne Konsistenz aufweist. Es ist für weiterführende Studien zu empfehlen, ein Instrument zur Erfassung der elterlichen Kompetenzen zu verwenden (bzw. zu entwickeln), das inhaltlich umfassender, stringenter und zuverlässiger den Kompetenzcharakter herausarbeitet als es bei den vier Items der hier verwendeten Skala aus dem Fragebogen EIPSES der Fall gewesen ist.

Welche Schlussfolgerungen lassen sich aus diesen Ergebnissen für die Praxis ziehen? Nachdem sich das elterliche Zutrauen in die eigene Kompetenz als bedeutsames Merkmal im Konzert der belastungsrelevanten Faktoren erwiesen hat, gilt es zu überlegen, was dazu beitragen kann, diese Kompetenz gezielt im Prozess der Frühförderung zu stärken. Um ein hohes Maß an Zutrauen in die eigene Kompetenz zu erreichen, sollten die Familien an Entscheidungsprozessen bei der Förderplanung und an der konkreten Gestaltung der Förderung von Anfang an aktiv beteiligt werden. Es ist wichtig, dass sie die Fachkraft der Frühförderung als Berater erleben, der ihre Bedürfnisse erfragt, ihnen durch fachliche Informationen hilft, die Verhaltensbesonderheiten und Hilfebedürfnisse ihres Kindes zu verstehen, mit ihnen gemeinsam Förderziele festlegt, ihnen die Möglichkeit gibt, zwischen verschiedenen Wegen der Förderung zu wählen und ihnen bei der Umsetzung der Förderung im Alltag ein regelmäßiges unterstützendes Feedback gibt. Dazu gehört auch, die Eltern zu ermutigen, soziale Unterstützung für die Bewältigung ihrer familiären Belastung zu suchen und zu mobilisieren.

Nur wenn sie die Förderziele und Fördervorschläge in ihren Alltag mit dem Kind integrieren, können sie sich selbst als jemanden erleben, der durch seine Kompetenz zu Entwicklungsfortschritten des Kindes beiträgt und mit der Zeit bei der Lösung von

Fragen der Förderung und Erziehung des Kindes mit Behinderung zunehmend unabhängig wird von der fachlichen Beratung („Empowerment“).

Diese aktive Beteiligung an der Förderung und die Übernahme einer beratenden Rolle der Fachkraft sind keineswegs selbstverständlich. Sie erfordern ein flexibles, kooperatives, auf die individuellen Ressourcen und Bedürfnisse der Familien abgestimmtes Vorgehen. Es liegen bislang nur wenige empirischen Untersuchungen vor, die die Praxis der Frühförderung in dieser Hinsicht systematisch analysieren (Campbell u. Sawyer, 2009; Basu, Salisbury, Thorkildsen, 2010; Salisbury, Woods, Copeland, 2010). Sie sprechen dafür, dass Frühförderung in der Praxis zumindest teilweise noch so gestaltet wird, dass die Fachkraft Förderaktivitäten für das Kind plant und mit dem Kind durchführt, die Eltern nur als Beobachter einbezogen sind in der Erwartung, dass sie aus dieser Beobachtung des Vorgehens der Fachkraft Anregungen für die Gestaltung ihrer Alltagsinteraktion erhalten. Ein solches Vorgehen scheint zumindest für einen Teil der Eltern behinderter Kinder nicht ausreichend, um daraus ein hohes Maß an Zutrauen in die eigenen Kompetenzen zu entwickeln. Hier besteht dringender weiterer Forschungsbedarf, um sicherzustellen, dass das Postulat der Familienorientierung in der Frühförderung auch in eine qualitativ gute Praxis übersetzt wird.

Literatur

- Abidin, R. (1995). Parenting Stress Index. Short-Form (3. Aufl.). Odessa: Psychological Assessment Resources.
- Affleck, G., Allen, D., McGrade, B., McQueeney, M. (1982). Maternal causal attributions at hospital discharge of high-risk infants. *American Journal of Mental Deficiency*, 86, 575-580.
- Antonovsky, A. (1997). Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: DGVT.
- Basu, S., Salisbury, C., Thorkildsen, T. (2010). Measuring collaborative consultation practices in natural environments. *Journal of Early Intervention*, 32, 127-150.
- Bailey, D., Scarborough, A., Hebbeler, K., Spiker, D., Malik, S. (2004). National Early Intervention Longitudinal Study. Family Outcomes at The End of Early Intervention. Neils DATA Report No. 6. Online verfügbar unter: www.sri.com/neils/pdfs/FamilyOutcomesReport_011405.pdf [20.04.11].
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37, 122-147.
- Bengel, J., Strittmatter, R., Willmann, H. (1998). Was hält Menschen gesund? Antonovsky Modell der Salutogenese – Diskussionstand und Stellenwert. Im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln. BzGA.
- Bellingrath, J., Iskenius-Emmler, H., Haberl, B., Nußbeck, S. (2009). Aspekte des Belastungserlebens von Eltern mit behinderten Kindern. *Heilpädagogische Forschung*, 35, 146-154.
- Campbell, P., Sawyer, B. (2009). Changing early intervention providers' home visiting skills through participation in professional development. *Topics in Early Childhood Special Education*, 28, 219-234.

- Coleman, P., Karraker, K. (1998). Self-efficacy and parenting quality: Findings and future applications. *Developmental Review*, 18, 47-85.
- Coleman, P., Karraker, K. H. (2003). Maternal self-efficacy beliefs, competence in parenting, and toddlers' behaviour and developmental status. *Infant Mental Health Journal*, 24, 126-148.
- DesJardin, J. (2003). Assessing parental perceptions of self-efficacy and involvement in families of young children with hearing loss. *The Volta Review*, 103, 391-409.
- Feldman, M., McDonald, L., Serbin, L., Stack, D., Secco, M., Yu, C. (2007). Predictors of depressive symptoms in primary caregivers of young children with or at risk for developmental delay. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51, 606-619.
- Guimond, A., Wilcox, J., Lamorey, S. (2008). The Early Intervention Parenting Self-Efficacy Scale (EIPSES). *Journal of Early Intervention*, 30, 295-320.
- Jones, T., Prinz, R. (2005). Potential roles of parental self-efficacy in parent and child adjustment: A review. *Clinical Psychology Review*, 25, 341-363.
- Hintermair, M. (2004). The sense of coherence – A relevant resource in the coping process of mothers with hearing impaired children? *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 9, 15-26.
- Hintermair, M. (2006). Parental resources, parental stress and socio-emotional development of deaf and hard-of-hearing children. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 11, 493-513.
- Krause, M., Petermann, F. (1997). *Soziale Orientierungen von Eltern behinderter Kinder (SOEBEK)*. Göttingen: Hogrefe.
- Lloyd, T., Hastings, R. (2009). Hope as psychological resilience factor in mothers and fathers of children with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53, 957-968.
- Ozer, E., Bandura, A. (1990). Mechanisms governing empowerment effects: A self-efficacy analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 472-486.
- Ravens-Sieberer, U., Morfeld, M., Stein, R. E. K., Jessop, D. J., Bullinger, M., Thyen, U. (2001). Der Familien-Belastungs-Fragebogen (FaBel-Fragebogen). Testung und Validierung der deutschen Version der „Impact on Family Scale“ bei Familien mit behinderten Kindern. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizin*, 51, 384-393.
- Salisbury, C., Woods, J., Copeland, C. (2010). Provider perspectives on adopting and using collaborative consultation in natural environments. *Topics in Early Childhood Special Education*, 30, 132-147.
- Sarimski, K. (2009). *Frühförderung behinderter Kleinkinder*. Göttingen: Hogrefe.
- Sarimski, K. (2010). Mütter mit (jungen) schwer behinderten Kindern: Belastungen, Bewältigungskräfte und Bedürfnisse. *Frühförderung interdisziplinär*, 29, 62-72.
- Sarimski, K., Steinhausen, H.-C. (2007). *KIDS 2. Geistige Behinderung und schwere Entwicklungsstörung*. Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R., Jerusalem. (1999). Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung (SWE). Online verfügbar unter: userpage.fu-berlin.de/~health/germscal.htm. [09.02.09].
- Shonkoff, J., Meisels, S. (2000). *Handbook of early childhood intervention (2. Aufl.)*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Teti, D., Gelfand, D. (1991). Behavioral competence among mothers of infants in the first year: The mediational role of maternal self-efficacy. *Child Development*, 62, 918-929.

Korrespondenzanschriften:

Prof. Dr. Klaus Sarimski, Institut für Sonderpädagogik, Pädagogische Hochschule Heidelberg, Keplerstraße 87, 69120 Heidelberg; E-Mail: Sarimski@ph-heidelberg.de

Prof. Dr. Manfred Hintermair, Institut für Sonderpädagogik, Pädagogische Hochschule Heidelberg, Keplerstraße 87, 69120 Heidelberg; E-Mail: Hintermair@ph-heidelberg.de

Dr. Markus Lang, Institut für Sonderpädagogik, Pädagogische Hochschule Heidelberg, Zeppelinstraße 1, 69121 Heidelberg; E-Mail: Lang@ph-heidelberg.de

Klaus Sarimski, Manfred Hintermair und Markus Lang, Institut für Sonderpädagogik, Pädagogische Hochschule Heidelberg.