

Dresden International University



Bachelorstudiengang Physiotherapie
Jahrgang: 2019

Bachelorarbeit

Traditionelle Konzepte der physiotherapeutischen
Säuglingsbehandlung - fokussiert auf den Einfluss
zwischenmenschlicher Beziehungen

Vorgelegt von: : Carolin Sonntag

zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Science

1. Gutachter: Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Joachim Kugler

2. Gutachterin: Dr. Cornelia Wehner

Eingereicht am: 28.12.2022

Abstract

Auffälligkeiten in der Entwicklung von Säuglingen zeigen sich allgemein darin, dass sich bestimmte Fähigkeiten und Funktionen eingeschränkt oder verzögert herausbilden. Säuglinge mit motorischen Entwicklungsstörungen nehmen deshalb häufig Physiotherapie, in Form von Bobath- oder Vojta-Therapie, wahr. Innerhalb der ersten Lebensmonate ist die Zuwendung insbesondere in Form von verbaler und nonverbaler Kommunikation bedeutend. Dies lässt sich als eine grundlegende Form der zwischenmenschlichen Beziehung zusammenfassen. Zur Förderung der Entwicklung gilt es, jene Beziehung der Interaktionspartner zu betrachten. Jenes soll mit folgender Forschungsfrage beantwortet werden:

Inwiefern tragen zwischenmenschliche Beziehungen bei der Anwendung traditioneller physiotherapeutischer Säuglingsbehandlungen zur motorischen Entwicklung des Säuglings bei?

Um im Sinne dieser Frage zu forschen, wurde eine Mixed-Methods-Umfrage zum Einfluss verbaler und nonverbaler Kommunikation sowie weiterer Faktoren auf die physiotherapeutische Säuglingsbehandlung durchgeführt. Diese fand in ambulanten Praxen statt. Damit wurde untersucht, wie sich der Einfluss gestaltet und dieser effektiv genutzt werden kann. Den Teilnehmenden wurden überwiegend geschlossene Fragen mit einer Antwortskala von „1 bis 6“ gestellt. Im Anschluss an die Umfragen-Durchführung erfolgte eine quantitative und qualitative Auswertung. Die daraus geschlossenen Ergebnisse zeigen, dass die physiotherapeutische Säuglingsbehandlung sowohl aus Sicht der Therapeuten als auch aus Sicht der Eltern durch die untersuchten Gesprächsformen und persönliche Faktoren beeinflusst wird. Unterschiedliche Einflussfaktoren führen zu einer hinderlichen oder fördernden Beeinflussung. Anhand dessen wurden Handlungsempfehlungen erstellt. Weiterführende Forschung in diesem Bereich könnte zur Bekräftigung der erlangten Ergebnisse hilfreich sein und zudem auf weitere Altersgruppen ausgeweitet werden.

Inhaltsverzeichnis

Abstract	II
Inhaltsverzeichnis	III
Glossar	V
1 Einleitung.....	1
1.1 Hintergrund.....	1
1.2 Zielstellung	3
1.3 Formale Hinweise.....	3
2 Theoretische Grundlagen	4
2.1 Zwischenmenschliche Beziehung.....	4
2.2 Säugling	7
2.3 Physiotherapeutische Behandlung von Säuglingen.....	9
2.3.1 Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage	9
2.3.2 Bobath-Konzept.....	9
2.3.3 Vojta-Therapie	12
2.4 Menschenbild in der Physiotherapie.....	14
2.5 Beziehungspartner in der physiotherapeutischen Behandlung.....	16
3 Methodik.....	18
3.1 Erstellung der Umfrage.....	18
3.2 Durchführung der Umfrage.....	20
3.3 Auswertung der Umfrage.....	21
4 Ergebnisdarstellung.....	24
4.1 Physiotherapeutische Säuglingsbehandlung als Wechselbeziehung	25
4.2 Einfluss verbaler Kommunikation	27
4.3 Einfluss nonverbaler Kommunikation	29

4.4	Einfluss sonstiger Faktoren	31
5	Diskussion	37
5.1	Physiotherapeutische Säuglingsbehandlung als Wechselbeziehung	37
5.2	Einfluss verbaler Kommunikation	37
5.3	Einfluss nonverbaler Kommunikation	37
5.4	Einfluss sonstiger Faktoren	38
5.5	Interpretation der Einflussfaktoren.....	39
5.6	Handlungsempfehlungen.....	41
5.7	Limitationen.....	42
5.8	Einhaltung der Gütekriterien.....	43
6	Fazit.....	45
	Abbildungsverzeichnis	IV
	Tabellenverzeichnis.....	VI
	Abkürzungsverzeichnis.....	VII
	Literaturverzeichnis.....	VIII
	Anhang	XV
	Eidesstattliche Erklärung	XLIV

Glossar

Cerebralparese, cerebralparetisch	unvollständige, gehirnbedingte Lähmung (vgl. Cerebralparese: Bedeutung, Definition, Herkunft, o.D.)
distal	von der Körpermitte entfernt (vgl. distal: Bedeutung, Definition, Herkunft, o.D.)
Fazilitation	biochemische und strukturelle Veränderung, nach wiederholter Stimulierung kommt es zu einer Signal-Verstärkung (vgl. Fazilitation: Bedeutung, Definition, Herkunft, o.D.)
Intrafusäl	innerhalb von Muskelspindeln (vgl. Antwerpes, a, o.D.)
Keypoints	Schlüsselpunkte des Körpers (vgl. Haus, 2011, S. 101)
Kinesiologie	Methodik zur Optimierung des physischen und psychischen Wohlergehens (vgl. Was ist Kinesiologie? Der Begriff einfach erklärt, o.D.)
Muskelspindel	intrafusale Muskelfasern zur Wahrnehmung absoluter Längen und Messung von Längenänderungen (vgl. Högemann, o.D.)
Ontogenese	Prozess der Individualentwicklung (vgl. Antwerpes, b, o.D.)
Postural	die Körperhaltung betreffend (vgl. Antwerpes, c, o.D.)
Primacy Effect	Neigung von Beobachtern, sich von Fakten und Dingen, welche zuerst präsentiert werden stärker beeinflussen zu lassen, Wahrscheinlichkeit, dass erste Eindrücke mehr ins Gewicht fallen als später genannte Fakten (vgl. N., 2013)

Propriozeption, propriozeptiv	unbewusste Wahrnehmung von eigenen Bewegungen, Stellungen, Spannungen, Haltungen und der Lage im Raum (vgl. Propriozeption • Definition, Bedeutung, o.D.)
Proximal	zur Körpermitte hin (vgl. Nicolay, o.D.)
Recall/Reporting Bias	Teil des Informationsbias; systematische Abweichung der Aussagen von der Wahrheit, die bei der Erhebung innerhalb einer Umfrage auftritt (vgl. N., 2013)
Stroke-Patient	Patient, der Schlaganfall erlitten hat
Taktil	Tastempfindung (vgl. Prinz, o.D.)
Therapietreue	Einhaltung der Empfehlungen des Therapeuten durch den Patienten (vgl. Fiebiger, 2021)
Tonus, Muskeltonus	Spannungszustand der Muskulatur (vgl. Antwerpes, d, o.D.)

1 Einleitung

1.1 Hintergrund

Physiotherapie gilt als eine der am meisten in Anspruch genommenen Therapieformen in Deutschland. Im Jahr 2018 nahmen 9,6 % der Kinder (KD) und Jugendlichen jene wahr (vgl. Rommel et al., 2018, S. 22). Dabei ist der physiotherapeutischen Säuglingsbehandlung (pSB) eine große Bedeutung zuzusprechen. Bei Säuglingen (SG) mit motorischen Störungen ist diese eine gängige Intervention, welche KD im Alter von null bis 18 Monaten den Start in das Erlernen motorischer Grundfertigkeiten erleichtert (vgl. Øberg et al., 2014).

Das Behandlungsspektrum ist facettenreich und umfasst SG mit geringfügigen bis starken motorischen Beeinträchtigungen. Die zwei angewandten, traditionellen Therapieformen sind die Vojta-Therapie (VT) und das Bobath-Konzept (BK). Bei der VT wird „dem Körper des Patienten eine spezifische Stimulation [an bestimmten Reflexpunkten] gegeben“ (vgl. Khan et al., 2018). Diese soll zur Anregung bestimmter reflexartiger Musterbewegungen führen, welche der SG nicht ausführen kann. Ziel ist es, dass der Patient lernt, die geforderten Bewegungsmuster ohne externe Stimulation auszuführen (vgl. Khan et al., 2018). Das BK hingegen befasst sich einerseits mit der Regulierung eines abnormalen Muskeltonus, andererseits mit der Bahnung normaler Bewegungsabläufe und Haltungen. Es werden bestimmte Schlüsselpunkte des Körpers stimuliert. Die Möglichkeit des Bobath-Therapeuten, je nach Entwicklungsstand des SG zu bahnen, versetzt ihn in die Lage, auf die Wünsche der Mutter (MT) und Bedürfnisse des SG einzugehen (vgl. Ritter, 1999, S. 32f).

Bei Betrachtung des Alltags in einer physiotherapeutischen Praxis (pP), wird die Einwanderung diverser Nationalitäten ersichtlich. Dies verdeutlicht, dass die Bedeutung der zwischenmenschlichen Beziehung (zmB) im Sinne des „sich-einander-mitteilens“ und des wechselseitigen Prozesses auf körperlicher, geistiger und seelischer Ebene zunimmt (vgl. Ritter, 1999, S. 24). Dessen Wirkung betrifft die Beziehungsgefüge zwischen dem Physiotherapeuten (PT) und dem SG, dem SG und seiner Bezugsperson (BP) sowie zwischen PT und der BP des SG (vgl. Ritter, 1999, S. 24).

Hoehne legte 1983 dar, dass bei einem Erfolg von 75 % in der Therapie, 60 % auf die persönliche Zuwendung zurückzuführen ist (vgl. Hoehne, 1983, S. 3f). Besonders in

den ersten Lebensmonaten ist diese Zuwendung von großer Bedeutung, da sie den Grundbaustein der Entwicklung des SG prägt. Das unterstreicht die Wichtigkeit der zmB in der Physiotherapie.

Welchen konkreten Einfluss die zmB auf die Therapie hat, wurde bislang unzureichend untersucht (vgl. Blanchard & Øberg, 2015; Øberg et al., 2014). Bis zum jetzigen Zeitpunkt bestehen „nur begrenzte Kenntnisse darüber, wie individuelle und kontextbezogene Handlungen das beeinflussen, was in klinischen Begegnungen zwischen PT und [...] [SG] geschaffen und erreicht wird“ (Øberg et al., 2014). Die physiotherapeutische Begegnung aus Sicht des SG wurde in der bisher über Physiotherapie veröffentlichten Literatur wenig beachtet (vgl. Blanchard & Øberg, 2015).

Es besteht eine gute Studienlage zur Untersuchung des BK in Verbindung mit Stroke-Patienten (vgl. Tunnacliffe, o.D.), jedoch ist die Anzahl an evidenzbasierten Studien zur benannten Thematik mangelhaft.

Øberg et al. stellten im Jahr 2014 fest, dass sich intentionale Handlungen und soziale Interaktion innerhalb der Therapie gegenseitig beeinflussen und dass „Interaktion mit Frühgeborenen die motorische Leistung während therapeutischer Begegnungen verbessern kann“ (Øberg et al., 2014). Ebenso legten Lillo-Navarro et al. (2015) dar, dass die Mitarbeit der BP, des SG und der Therapieerfolg von einem positiven Auftreten und Handeln des PT abhängig sind (vgl. Lillo-Navarro et al., 2015, S. 1).

Dementsprechend fehlt eine ausreichend evidenzbasierte Grundlage an Forschungsmaterial, um die Notwendigkeit der Beachtung der zmB innerhalb der pSB zu rechtfertigen. Diese wird in der folgenden Arbeit mittels einer Umfrage (UF) in ambulanten pP untersucht werden. Dabei wird auf die Forderung von Rocha et al. 2020 eingegangen, welche die weitere Erforschung des Einflusses von Interaktion auf MT und KD und dessen Einfluss auf die motorische Entwicklung jenes als notwendig festlegte. Mit Hilfe der Erkenntnisse aus der UF wird die vorliegende Evidenz bestätigt sowie im Anschluss Handlungsempfehlungen zur Anwendung in der pP definiert. Die Definition dieser Handlungsempfehlungen soll den Behandlungserfolg optimieren (vgl. Rocha et al., 2020).

1.2 Zielstellung

Ziel dieser Bachelorarbeit (BA) ist die Analyse des Einflusses der zmB auf die physiotherapeutische Behandlung (pB) von SG bei der Anwendung traditioneller Konzepte in der pSB.

Dies ist notwendig, da der Zusammenhang zwischen Interaktion und der therapeutischen Begegnung sowie der motorischen Entwicklung des SG bisher nur unzureichend betrachtet wurde (vgl. Blanchard & Øberg, 2015; Øberg et al., 2014; Rocha et al., 2020). Die Kenntnisse über die Beeinflussung der Physiotherapie durch individuelle Handlungen sind zudem begrenzt (vgl. Øberg et al., 2014).

Zur Herleitung der zu bearbeitenden Forschungsfrage wurden Parameter in Anlehnung an das PICO-Schema definiert:

- P - Population: SG im Alter von null bis achtzehn Monaten mit Abweichungen in der motorischen Entwicklung
- C - nicht angewendet
- I - Intervention: Anwendung traditioneller Konzepte der pSB (BK, VT)
- O - Outcome: verbesserte motorische Leistungen (vgl. Voigt-Radloff, 2016, S. 13ff).

Daraus ergibt sich folgende zu beantwortende zentrale Forschungsfrage:

- Inwiefern tragen zmB bei der Anwendung traditioneller pSB zur motorischen Entwicklung des SG bei?

1.3 Formale Hinweise

Aus Gründen der Lesbarkeit und Verständlichkeit ist das generische Maskulinum bei personenbezogenen Bezeichnungen als geschlechtsneutral zu verstehen. Dieses bezieht sich zugleich auf männliche, weibliche und diverse Geschlechtsidentitäten, solange nicht anders gekennzeichnet. Eine Ausnahme stellt die Bezeichnung der Säuglingsbezugspersonen (SBP) dar. Diese implizieren sowohl MT, Vater als auch Eltern (ET) als gleichwertige Personen und können an jeder Stelle dieser Arbeit synonym verwendet werden. Als grundlegende Formatierung wurde die Formatvoralge der Dresden International University und als Zitierweise die deutschen APA-Richtlinien des APA-Publication-Manuals verwendet.

2 Theoretische Grundlagen

Als Grundlage für die thematische Erarbeitung dieser Arbeit, ist es notwendig, sich mit der Definition der zmB sowie mit dem des Säuglingsbegriff und der pB von SG auseinanderzusetzen.

2.1 Zwischenmenschliche Beziehung

Die zmB wird als ein wechselseitiger Prozess des „sich-einander-mitteilens“ beschrieben. Dieser umfasst sowohl gewollte als auch ungewollte Wechselbeziehungen auf körperlicher, kognitiver und psychischer Ebene. Er wird sichtbar im äußeren Verhalten sowie als innere Haltung und Einstellung. Letztere werden mittels der Sinnesorgane wahrgenommen und über Berührungen, Bewegungen dem Denken sowie Einfühlen zugänglich. Der daraus resultierenden Wirkung kann sich kein Beteiligter der Beziehung entziehen, da jeder in jedem etwas bewirkt. Aus diesem Grund besteht ein Zusammenhang zwischen dem Handeln des Individuums und der Qualität der zmB (vgl. Ritter, 1999, S. 24).

Sie wird zudem als soziale Interaktion aufgefasst, unter welcher „man ein wechselseitig aufeinander bezogenes, aneinander orientiertes und sich ergänzendes Verhalten zweier oder mehrerer Personen“ (Ritter, 1999, S. 69) versteht (vgl. Ritter, 1999, S. 69). Wichtige Elemente der Interaktion stellen die Komplementarität, das heißt (d.h.), die wechselseitige Ergänzung und die gegenseitige Abhängigkeit, die Interdependenz, dar (vgl. Ulich, 1979, S. 101f). Der Verlauf der Therapie wird zeigen, ob sich diese Faktoren problematisch auf die zmB der Beteiligten auswirken oder ob sich die gegenseitigen Gefühle dahingehend entwickeln, dass eine zufriedenstellende zmB entstehen kann (vgl. Abbildung 1) (vgl. Ritter, 1999, S. 70).

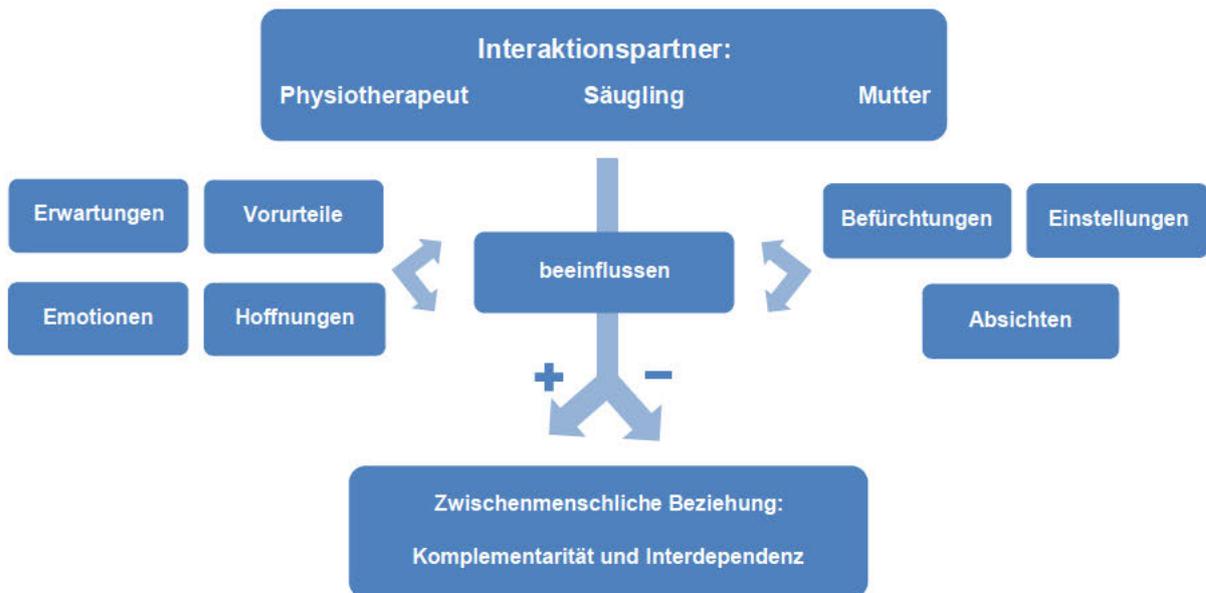


Abbildung 1: Elemente der Interaktion und deren Einfluss auf die zmB

Von Geburt an besteht ein wesentlicher Bestandteil des Lebens eines SG aus der Interaktion mit anderen Menschen (vgl. Ilyka et al., 2021). Jene Entwicklung von kommunikativen und sozialen Fähigkeiten findet innerhalb der Interaktion, vor allem mit BP, statt (vgl. Legerstee, 2009; Maurer & Werker, 2014).

Rocha et al. stellten 2020 einen Zusammenhang zwischen der Interaktion von MT und KD sowie der kognitiven, sozialen und motorischen Entwicklung im ersten Lebensjahr fest. „Die Qualität der Interaktionen zwischen Mutter und Kind“ (Rocha et al., 2020) beeinflusst die soziale, sprachliche und kognitive Entwicklung des ersten Lebensjahrs (vgl. Rocha et al., 2020).

Die Qualität des sozialen Austausches ist für eine optimale Entwicklung des Gehirns im Säuglingsalter entscheidend (vgl. Ilyka et al., 2021). Mögliche beeinflussende Faktoren der Entwicklung des SG sind Alter, Mehrlingsgeburten, mütterlicher Drogenkonsum, Angst, Frühgeburtlichkeit und Vorstrafen (vgl. Rocha et al., 2020).

Des Weiteren haben Rollenverständnisse einen Einfluss auf die zmB. Der PT hat eine Rollenvorstellung von der MT, ebenso von deren Beziehung zu ihrem SG. Ebenso hat die MT eine Rollenvorstellung vom PT als Experten. Zu beachten ist: Je mehr Handlungen von Rollenannahmen geprägt werden, desto weniger kann ein Eindruck der individuellen Persönlichkeit entstehen (vgl. Ritter, 1999, S. 71).

Neben dem Rollenverständnis sind Kommunikationsfähigkeiten bedeutend „für die Gestaltung der zwischenmenschlichen Beziehungen an sich wie auch für die“ (Ritter, 1999, S. 71) Qualität und Quantität der Interaktion (vgl. Ritter, 1999, S. 71).

Übertragungsphänomene können hemmend und fördernd auf das therapeutische Geschehen einwirken. Wichtig ist, dass der PT mit ihnen rechnet, um angemessen auf sie zu reagieren. Diese Phänomene erweitern sich in der Identifikation der MT mit dem PT, welcher als Vorbild fungiert (vgl. Ritter, 1999, S. 80f).

Interaktion im Sinne gegenseitiger Mitteilungen geschieht innerhalb der pB in verschiedenen Situationen.

Zum einen:

- im Gespräch zwischen PT und MT zum Zweck der Erklärung und in jeglichen verbalen Äußerungen,

zum anderen:

- mit nonverbalen Verhaltensweisen, wie z.B. mit den Händen, mit welchen der SG bewegt oder die MT geführt wird und mit dem Körper der therapeutisch handelnden Person (vgl. Ritter, 1999, S. 72f).

Die nonverbale Kommunikationsführung stellt vor allem in der Beziehung zwischen SG und PT ein wichtiges Kommunikationsmittel dar, auch wenn sie einen großen Raum für Fehlinterpretation offen lässt (vgl. Ritter, 1999, S. 73ff).

Der bewusste Einsatz von Interaktion innerhalb der Behandlung kann die motorische Leistung des SG fördern (vgl. Øberg et al., 2014).

Ziel der zmB ist das Verstehen. Dieses kann erreicht werden, wenn die Inhalte mit bisherigen Erfahrungen verknüpft und in ihren Bedeutungen begriffen und emotional akzeptiert werden. Wird der Mitteilung dadurch ein Sinn zugeschrieben, so wird sie für selbstständige und engagierte Handlungen brauchbar (vgl. Ritter, 1999, S. 72). Nur eine auf die zmB beruhende Wechselwirkung ermöglicht die gemeinsame Bewältigung von Aufgaben (vgl. Ritter, 1999, S. 83).

Der PT hat die Möglichkeit, die Therapietreue mittels Feedbacks über das Erreichen der gesetzten Ziele und der Darlegung der Entwicklung des KD innerhalb der Behandlung zu fördern (vgl. Lillo-Navarro et al., 2015, S. 5).

Ob Kommunikation und damit Interaktion gelingen, ist davon abhängig, welche und wie die Inhalte geäußert werden, was es im Gesprächspartner bewirkt und welche Bedeutung den Wahrnehmungen zugesprochen wird (vgl. Ritter, 1999, S. 72).

2.2 Säugling

Der Begriff des SG umfasst die Entwicklung eines Neugeborenen vom ersten bis zum zwölften Lebensmonat. Auf Grund der Tatsache, dass Patienten, welche sich in pB befinden, meist älter als zwölf Monate sind und vom Stand der Entwicklung zurückliegen, werden in die Untersuchung dieser BA SG im Alter vom ersten bis zum achtzehnten Lebensmonat eingeschlossen.

Die Entwicklung der Motorik und Statik eines Neugeborenen bis hin zum Erwachsenenalter hängt „von der Reifung des Zentralnervensystems“ (Flehmig, 2007, S. 9) ab. Festgelegte genetische Entwicklungsmuster und Stimulationen in Form von Umweltreizen bestimmen den Ablauf dieser Entwicklung. Das Gehirn als integratives und koordinatives Organ nimmt diese auf und reagiert mit komplexen, automatisch ablaufenden Reaktionen. Diese Reaktionen laufen von der Geburt an in einer bestimmten Reihenfolge ab. Durch sie entstehen die „Reflexmechanismen der Haltung und Haltungsbewahrung“ (Flehmig, 2007, S. 9). Erforderlich für dessen Entstehung sind Gleichgewichts- und Stellreaktionen, „Modifizierung[en] der primären primitiven synergistischen Massenbewegungen zu spezialisierten Einzelbewegungen, Aufbau eines sich graduell verändernden Muskeltonus, um der Schwerkraft zu widerstehen“ (Flehmig, 2007, S. 30). Die Reflexmechanismen versetzen den SG in die Lage, „sich entgegen der Schwerkraft aufzurichten und sein Gleichgewicht zu bewahren“ (Flehmig, 2007, S. 9). Die Erlangung der Motorik ermöglicht dem SG die Auseinandersetzung mit seiner Umwelt. Die ständige Weiterentwicklung und damit Verbesserung der motorischen Fähigkeiten gibt ihm „die Fähigkeit zur Adaption an soziale Gegebenheiten“ (Flehmig, 2007, S. 9) (vgl. Flehmig, 2007, S. 9ff).

Als Mittel der Motorik, ist die Regulation des Muskeltonus anzusehen. Sie umfasst die Hemmung und Bahnung unterschiedlicher Muster, welche sich durch Regulation und Gegenregulation gegenseitig beeinflussen. An dieser Stelle ist bedeutsam, dass „keine Stufe ohne die vorhergehende erreichbar“ (Flehmig, 2007, S. 10) ist. Dies ermöglicht, von einem genetisch eingprägten Muster aus, durch den Einfluss von Reizen aus der Umwelt, die Entwicklung teilweise zu bahnen und zu hemmen und somit zur vollen Entfaltung zu gelangen (vgl. Flehmig, 2007, S. 10).

Zu den genannten Mustern zählen Reflexe und Reaktionen, welche auftreten und sich zurückbilden. Sie stehen im Zusammenspiel mit der normalen motorischen Entwicklung eines SG (vgl. Tabelle 1) (vgl. Flehmig, 2007, S. 10).

Tabelle 1: Infantile Reflexe innerhalb der ersten zwölf Lebensmonate (vgl. Flehmig, 2007, S. 14)

Reflexe, die sich mit zunehmendem Alter zurückbilden	Reflexe, die mit zunehmendem Alter auftreten
Moro-Reflex	Stellreflex vom Kopf auf den Rumpf (Rotation)
asymmetrischer tonischer Nackenreflex	Stehbereitschaft
gekreuzter Adduktorenreflex beim PSR	Landau-Reflex
	Abstützreaktion der Arme
	Greifen mit der Hand

Die Vielzahl der Regulationssysteme kann zu verschiedenen Störungen dieses komplizierten Systems führen. Für den PT werden Abweichungen erst sichtbar, wenn eine Funktionsstörung des Systems vorliegt (vgl. Tabelle 3 im Anhang) (vgl. Flehmig, 2007, S. 10).

Dem PT wird durch die Beachtung des Verhaltens des SG während der körperlichen und sozialen Therapiebegegnungen ermöglicht, ihn bei diesen funktionellen Störungen zu unterstützen (vgl. Blanchard & Øberg, 2015).

Das erste Lebensjahr stellt eine kritische Lebensphase dar, in welcher sichere Beziehungen zu BP die gesunde Entwicklung der SG fördern (vgl. Center on the Developing Child, 2010; Rayce et al., 2017, S. 1; Zeanah, 2009, S. 7). „Ein gesundes Umfeld ist für das emotionale Wohlbefinden und die künftige körperliche und geistige Gesundheit des Kindes von entscheidender Bedeutung“ (Rayce et al., 2017, S. 1).

Zudem kommt es in der Kindheit zur Entwicklung von Bewegungsgewohnheiten (vgl. Petersen et al., 2020, S. 1). Diese Verhaltensweisen setzen sich bis in das Erwachsenenalter fort (vgl. Gavarry et al., 2018, S. 2). Es besteht ein vorteilhafter Zusammenhang zwischen kindlichem und elterlichem Bewegungsverhalten. Dieser ist unabhängig vom Geschlecht und Alter der ET-KD-Dyade (vgl. Gustafson & Rhodes, 2006, S. 93; Loprinzi & Trost, 2010; Petersen et al., 2020, S. 12). Beeinflussende Faktoren des Bewegungsverhaltens sind unter anderem psychologische, biologische, umweltbezogene, politische, soziale und globale Komponenten (vgl. Kohl & Hobbs, 1998; Petersen et al., 2020, S. 12).

2.3 Physiotherapeutische Behandlung von Säuglingen

Die Physiotherapie bei Neugeborenen und Kleinkindern ist ein Spezialgebiet, das PT vorbehalten ist. Diese verfügen über eine fortgeschrittene Ausbildung und die Kompetenz, Neugeborenen, Kleinkindern und ihren Familien zu helfen, ihre Ziele zu erreichen. Von der Geburt an unternehmen SG erhebliche Anstrengungen, um aktiv an ihrer Welt teilzunehmen und sie zu gestalten (vgl. Blanchard & Øberg, 2015).

2.3.1 Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage

Die grundlegende medizinische Behandlungsmöglichkeit von SG, die von einer dauerhaften Bewegungsstörung betroffen sein können, ist die Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage. Sie ist „eine gängige Intervention für Frühgeborene mit motorischen Störungen“ (Øberg et al., 2014). Teilweise wird sie ergänzt durch die Integration von Hilfsmitteln oder Medikamenten.

In Deutschland werden zwei neurophysiologische Behandlungstechniken angewandt. Zum einen das BK (vgl. Kapitel 2.3.2), zum anderen die VT (vgl. Kapitel 2.3.3). Beide Techniken zielen darauf ab, eine zentrale Tonusregulation zu erreichen und Einfluss auf die Koordination der Muskeltätigkeit zu nehmen. Sie aktivieren die Bewegung und Haltung des gesamten Körpers, unterscheiden sich jedoch sowohl im theoretischen Ansatz als auch in der praktischen Durchführung (vgl. Ritter, 1999, S. 29).

Um KD, welche unter einer Verzögerung der neurologischen Entwicklung leiden, zu unterstützen, ist die Physiotherapie praktikabel. Die Anzahl der Behandlungen und der „von den Eltern zu Hause durchgeführten Aktivitäten stehen in [unmittelbarem] und positivem Zusammenhang mit den erzielten“ (Álvarez-Gonzalo et al., 2021) Veränderungen der motorischen Entwicklung (vgl. Álvarez-Gonzalo et al., 2021).

2.3.2 Bobath-Konzept

In den 1940er Jahren entwickelten Berta und Karl Bobath das nach ihnen benannte BK (vgl. Sullivan, 2009, S. 58f). Es ist ein individualisierter und umfassender therapeutischer Ansatz, welcher zur Verbesserung des Bewegungspotentials und der Bewegungserholung von Patienten mit neurologischen Pathologien verhelfen soll. Es basiert auf den modernen Neuro- und Bewegungswissenschaften. Dabei steht der Mensch als Ganzes bei der Analyse funktioneller Bewegungen im Fokus. Innerhalb dieser Analyse finden das Zusammenspiel von selektiven Bewegungen, Haltungskontrolle und

kognitiven Prozessen sowie der Einfluss sensorischer Informationen Berücksichtigung. Ebenso wird die Kopf- und Rumpfkontrolle als gleichsam wichtig wie die Kontrolle der Extremitäten angesehen (vgl. Michielsen et al., 2019).

Bobath-Therapeuten gehen davon aus, „dass es möglich ist, einen abnormalen Muskeltonus und seine Verteilung auf den Körper zu beeinflussen“ (Ritter, 1999, S. 32). Dabei müssen bei der Behandlung zwei unterschiedliche Muskeltoni beachtet werden. Zum einen der Hypertonus, welcher über die Beeinflussung abnormaler Bewegungsmuster reduziert werden kann. Zum zweiten der Hypotonus. Dieser kann durch taktile und propriozeptive Stimulationstechniken erhöht werden (vgl. Ritter, 1999, S. 32).

Um eine Normalisierung zu erreichen, werden Hemmung und Bahnung angewandt. Dadurch wird ermöglicht, „normale Grundmuster von Haltung und Bewegung“ (Ritter, 1999, S. 32) zu aktivieren. Dabei orientieren sich die PT an „der physiologischen Bewegungsentwicklung des Säuglings“ (Ritter, 1999, S. 32). Dem SG soll ermöglicht werden, seinen eigenen Körper in Bezug auf die Stellung seiner Gliedmaßen im Raum und zueinander, zu erfahren (vgl. Ohrt, 1983, S. 194; Ritter, 1999, S. 32). Dies geschieht mittels deutlicher Berührungen an bestimmten Schlüsselpunkten und Bewegungsreizen am gesamten Körper (vgl. Abbildung 2) (vgl. Ritter, 1999, S. 32). Berta Bobath bezeichnete die spezifischen Körperpunkte als Keypoints. Es handelt sich dabei um Regionen am Körper, die eine hohe Dichte an Rezeptoren aufweisen. Der zentrale Schlüsselpunkt stellt die Körpermitte dar und unterteilt den Rumpf in einen oberen und unteren Anteil. Zu den proximalen Schlüsselpunkten zählen der Schultergürtel und das Becken und zu den distalen die Füße und Hände. Der Kopf wird entweder zu den distalen oder zu den proximalen Schlüsselpunkten gerechnet und beinhaltet, mit den Augen und den Gleichgewichtsorganen sowie Muskelspindeln der Nackenmuskulatur, die für die Bewegungsausführung wichtigste Sensorik (vgl. Haus, 2011, S. 101).

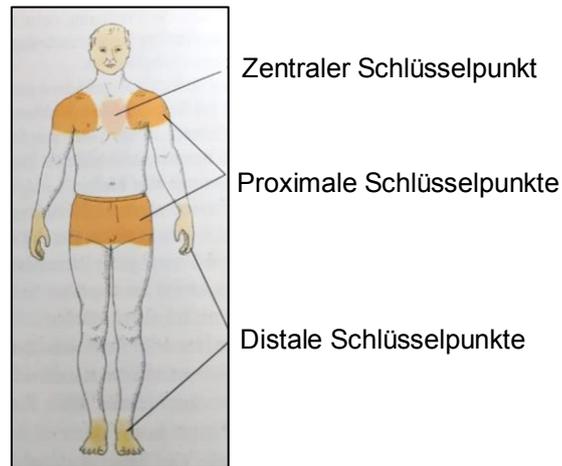


Abbildung 2: Schlüsselstellen des Körpers (vgl. Dammschäuser, 2012, S. 38)

Die Fazilitation dieser Bereiche ermöglicht es, abnorme Bewegungsmuster zu hemmen und physiologische Bewegungsabläufe zu bahnen (vgl. Haus, 2011, S. 100). Durch diese Techniken können „alle Haltungen und Bewegungsabläufe vom Liegen bis zum Stand mit allen ihren möglichen Variationen“ (Ritter, 1999, S. 32) aktiviert werden (vgl. Ritter, 1999, S. 32). Die Stimulation oder Fazilitation wird von Bobath als klinische Fertigkeit angesehen, welche als „aktiver Prozess [...] darauf abzielt, sensorische Informationen und verbale Hinweise zu beeinflussen“ (Vaughan-Graham et al., 2019). Die Reaktion des SG auf die Stimulation lässt der PT in seinen klinischen Denkprozess einfließen (vgl. Vaughan-Graham et al., 2019). Im Detail bedeutet Bahnung, die beim SG vorhandene „Fähigkeiten der Anpassung von Haltungsbewahrung“ (Wiebel, 1986, S. 254) zu erweitern. Der PT beginnt bei den Haltungen und Bewegungen, welche der SG im Ansatz selbst einleiten kann. Dadurch wird ihm ermöglicht, die bereits zur Verfügung stehenden Anteile des Bewegungsablaufs eigenaktiv zu erleben. Dies dient als Grundlage, jene Anteile zu vermehren, damit der SG „mit der Zeit den gemeinsam erarbeiteten Bewegungsablauf ganz allein“ (Ritter, 1999, S. 33) übernehmen kann (vgl. Ritter, 1999, S. 33; Wiebel, 1986, S. 254).

Des Weiteren müssen in der Behandlung allgemeine Grundsätze des Lernens beachtet werden. Wichtig sind „häufige Wiederholungen von Bewegungserfahrungen“ sowie Freude an der Bewegungsausführung im Zusammenhang mit für den SG sinnhaften Handlungen, um motorisches Lernen zu generieren (vgl. Feldkamp, 1974, S. 269ff; Horstmann, 1982; Ritter, 1999, S. 33).

2.3.3 Vojta-Therapie

Vaclav Vojta begann am Anfang der 1950er Jahre mit der Entwicklung einer Diagnosemethode, um neurologische Entwicklungsstörungen beim SG frühzeitig festzustellen (vgl. Banaszek, 2010; Schick, 2001). Diese beinhaltet die genaue Beobachtung von Spontanbewegungen und die Untersuchung von altersspezifischen Reflexen sowie von sieben Haltungs-/Lagereaktionen (vgl. Abbildung 34 im Anhang). Bei Störungen der Dynamik, der Haltungsreaktionen oder Muster definierte Vojta dies als zentralnervöse Koordinationsstörung. Notwendig dafür sind mindestens fünf abnorme Reaktionen und ein asymmetrischer Muskeltonus sowie andauernde primitive Reflexe. Die Diagnose stellt ein Alarmsignal dar, welches die Notwendigkeit einer pB anzeigt. Dafür entwickelte er ein therapeutisches Konzept, die sogenannte VT (vgl. Banaszek, 2010).

Die VT beschäftigt sich mit der Therapie von cerebralparetisch bedrohten SG und fokussiert sich dabei auf die Prävention und Rehabilitation von motorischen Störungen (vgl. Held et al., 1983, S. 1242; Ritter, 1999, S. 29f ; Vojta, 1984). Sie zielt darauf ab, die posturale Ontogenese, Muskelfunktionsdifferenzierung, Gleichgewichtsreaktionen und Aufrichtungsmechanismen im zentralen Nervensystem mittels der Anwendung von Reflexfortbewegungen und bahrenden Mustern zu aktivieren (vgl. Vojta, 1984, S. 149, S. 255). Jene bahrenden Muster sollen reziproken Charakters sein (vgl. Vojta, 1984, S. 152), da sie so „Haltungsmusterwechsel im genau vorgegebenen Koordinationskomplex ermöglichen“ (Ritter, 1999, S. 30). Reflexfortbewegungskomplexe beinhalten das Reflexkriechen (vgl. Abbildung 6) und Reflexumdrehen (vgl. Abbildung 3; 4 und 5), welche vom Neugeborenen bereits gezeigt werden.

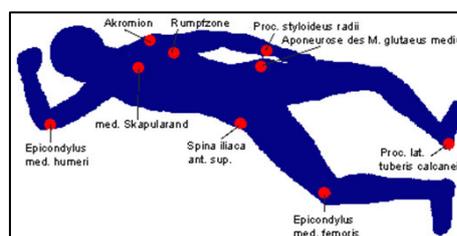


Abbildung 3: Aktivierung des Reflexkriechens in Bauchlage (vgl. Fundamentals, 2022)

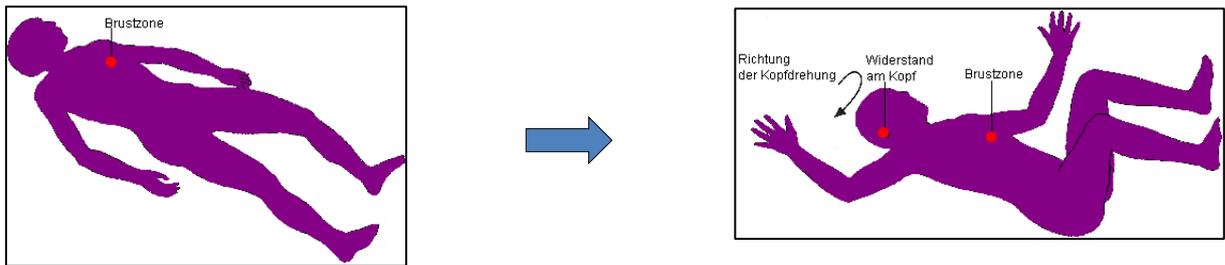


Abbildung 4: Aktivierung des Reflexumdrehens in Rückenlage (vgl. Fundamentals, 2022)

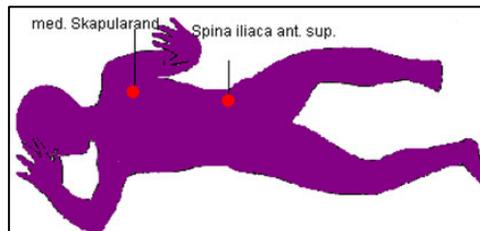


Abbildung 5: Aktivierung des Reflexumdrehens in Seitlage (vgl. Fundamentals, 2022)

„Das Muster eines Reflexfortbewegungskomplexes muss über drei Eigenschaften verfügen, die für Vojta Teil des sogenannten Lokomotionsprinzips sind“ (Ritter, 1999, S. 30):

- „1. Über die automatische Steuerung der Körperlage mit dem vorprogrammierten Verhältnis einzelner Körperteile, einschließlich der Extremitäten.
2. Über charakteristische Aufrichtungsmechanismen. Jede Art der Fortbewegung (Gehen, Schwimmen, Fliegen usw.) verfügt über artspezifische Aufrichtungsmechanismen.
3. Über eine zielgerichtete phasische Motorik. Diese wird durch isotonische Muskelkontraktion durchgeführt“ (Vojta, 1984, S. 151).

Mittels dieses Lokomotionsprinzips wird das Reflexumdrehen und Reflexkriechen geübt. Begonnen wird mit der Behandlung „auf der niedrigsten Stufe der Bewegungsontogenese“ (Ritter, 1999, S. 30). Die Therapie sollte so früh wie möglich beginnen, da somit die Voraussetzung für die Entwicklung der Kinesiologie in idealen Mustern erzielt werden kann (vgl. Ritter, 1999, S. 30; Vojta, 1984, S. 160).

Die Behandlung läuft wie folgt ab: Der PT bestimmt, welche Übungen durchgeführt werden und leitet die ET zur selbstständigen Durchführung im häuslichen Umfeld an. Die Ausführung der Übungen wird regelmäßig durch den PT kontrolliert und an den Entwicklungsstand des SG angepasst. Besonders zu beachten sind die Ausgangsstellung des SG, die Auswahl und Kombination der Auslöserzonen sowie Qualität und

Summe der propriozeptiven Reize zur Auslösung der gewünschten Bewegungsreaktion (vgl. Vojta, 1984, S. 128).

Dem Körper des Patienten wird eine spezifische externe Stimulation an bestimmten Reflexpunkten innerhalb von Auslöserzonen gegeben (vgl. Khan et al., 2018). „Die Versorgung des zentralen Nervensystems mit geeigneten externen Stimulationen ermöglicht es, durch neuronale Plastizität einen Zugang zu menschlichen Haltungsentwicklungsprogrammen zu schaffen“ (Banaszek, 2010). Die erreichten Bewegungsreaktionen werden, je nach Ziel des PT, durch einen Widerstand abgebremst oder zugelassen. Ziel ist es, dass der SG lernt, die geforderten Muster ohne externe Stimulation auszuführen, da pathologische Bewegungsmuster im zentralen Nervensystem durch Reguläre ersetzt werden (vgl. Banaszek, 2010; Khan et al., 2018). Die Effektivität einer Übung kann durch die vorhersehbare Bewegungsantwort auf reflektorischer Basis exakt kontrolliert werden (vgl. Ritter, 1999, S. 32).

Bei mehrmaliger Wiederholung der Übungen am Tag wird eine Verbesserung der automatischen Haltungskontrolle erzielt, da sich Aufrichtungs-, Stütz- und Vertikalmechanismen wieder aufbauen. Zudem entsteht ein Gleichgewicht der autochthonen Wirbelsäulenmuskulatur, was die Zusammenarbeit der Rumpfmuskulatur und der Muskeln, welche wichtige Körpergelenke umgeben, fördert. Im Endeffekt führt dies zur Korrektur von peripheren Bewegungen und der Körperhaltung, wodurch die primitiven Reflexe zunehmend abgebaut werden (vgl. Banaszek, 2010).

2.4 Menschenbild in der Physiotherapie

Grundlegend unterscheidet man zwei Menschenbilder: Das mechanistische und das organismische Menschenbild. Ersteres beschreibt den Menschen als ein Wesen, „dessen Verhalten sich nach dem Reiz-Reaktions-Schema verändert“ (Ritter, 1999, S. 51). Diese Veränderungen sind vorhersagbar, woraus ein planbares und korrigierbares Verhalten resultiert. Das organismische Menschenbild hingegen sieht den Menschen als lebendiges System, welches sich durch Integration und Differenzierung strukturell anpasst. Handelt er nach dem Prinzip der Selbstorganisation, so geschieht in ihm eine Veränderung, welche nicht vorhersagbar ist (vgl. Abbildung 6) (vgl. Ritter, 1999, S. 49ff).

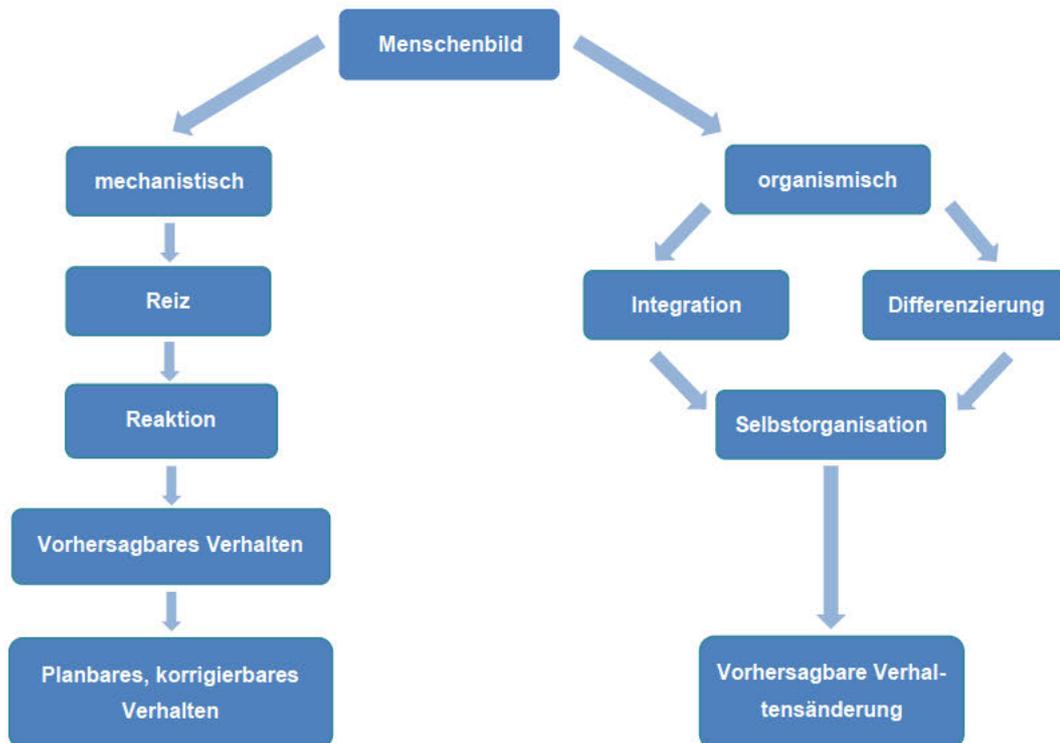


Abbildung 6: Menschenbilder in der Physiotherapie (vgl. Ritter, 1999, 49ff)

Dies lässt sich im weitesten Sinn auf die in den Punkten 2.3.2 und 2.3.3 aufgeführten Behandlungstechniken beziehen. Der SG wird dabei grundlegend auf zwei unterschiedliche Weisen betrachtet. In der VT ist er das reagierende Objekt auf vom PT ausgelöste Reflexe. Im BK hingegen wird mit der Beobachtung der Eigenaktivität des SG begonnen und somit seine Handlungsmotorik bewertet. In beiden Fällen muss der PT ein grundlegendes Verständnis des Objektes SG und seiner Merkmale vorweisen (vgl. Ritter, 1999, S. 47f).

Das BK als ganzheitliches Konzept folgt seit den 1980er Jahren in vielen Punkten dem organismischen Modell, da es den SG als planvollen Gestalter seiner Interaktion mit Menschen ansieht (vgl. Schönberger, 1966). Der SG entwickelt sich danach zum aktiv handelnden, problemlösenden Menschen (vgl. Ritter, 1999, S. 58).

In den ersten Jahren der Anwendung beider Techniken legten die PT ihr Augenmerk auf die Defizite, die der SG aufwies. Dies setzt eine Normvorstellung der Handlungen voraus. Seitdem kam es zu einer Erweiterung des Blickfeldes. Als Behandlungsgrundlage wird das, was der SG bereits kann, formuliert. Dies ist wichtig für ein gutes Verhältnis zu den BP (vgl. Ritter, 1999, S. 47f).

Für eine umfassende Therapie bedarf es der Integration des mechanistischen Menschenbildes in die organismische Gesamtheit, um den SG in seiner Komplexität zu erfassen, zu verstehen und infolgedessen zu fördern (vgl. Ritter, 1999, S. 62).

2.5 Beziehungspartner in der physiotherapeutischen Behandlung

An der pB von SG in der Praxis sind in erster Linie drei Personen beteiligt: der PT, der SG und dessen BP, in den meisten Fällen die MT. Dieses Verhältnis wird als therapeutisches Dreieck bezeichnet (vgl. Rett, 1982, S. 23, S. 82) (vgl. Abbildung 7).

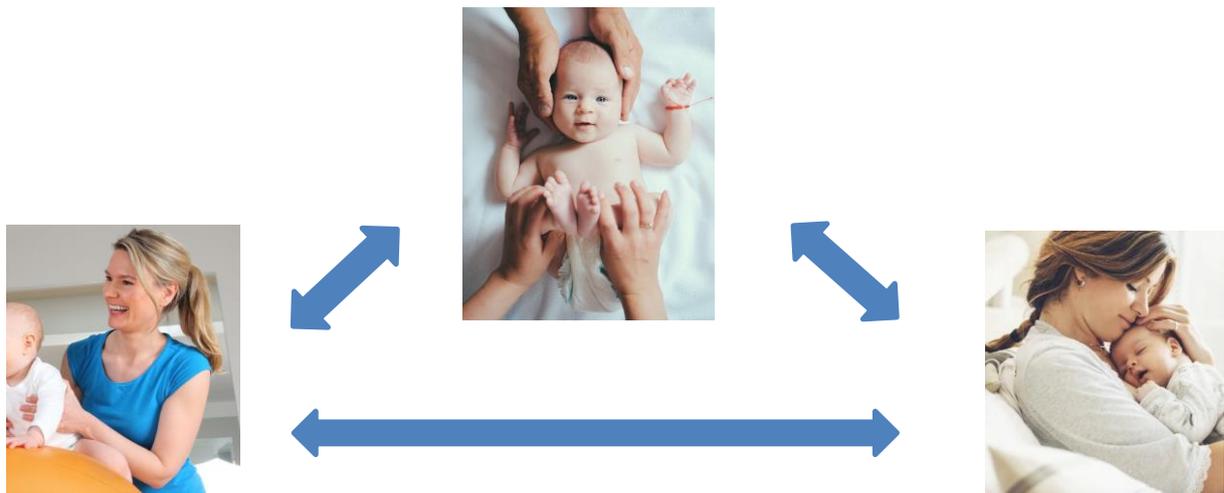


Abbildung 7: therapeutisches Dreieck (vgl. Ritter 1999, 23; Neuhaus, 2022; Tverdokhlib; TriMeXa GmbH)

Die entstehende Behandlungssituation wird bestimmt durch die frühe MT-KD-Beziehung. Je zeitiger der SG behandelt wird, desto mehr befinden sich er und seine MT in der Phase der Symbiose, das bedeutet im Übergang in die Individuations- und Loslösungsphase (vgl. Mahler et al., 2008). Diese Beziehungsstruktur wirkt sich auf die zmB, die Therapie und die Zusammenarbeit mit der MT aus, wenn der PT diese beachtet (vgl. Ritter, 1999, S. 32).

Da sich der SG in seinem ersten Lebensjahr den größten Teil in enger Gemeinschaft mit seiner MT befindet und diese seine Bedürfnisse bevorzugt einschätzen sowie stellvertretend für ihn in verbale Interaktion mit anderen Erwachsenen treten kann, begegnen dem PT in der Therapie theoretisch zwei Menschen, welche jedoch als eine Person angesehen werden müssen (vgl. Ritter, 1999, S. 93). Diese enge Verbindung kann der PT berücksichtigen, „indem [...] [er] Zugang zum Kind auch über die Mutter findet“

(Ritter, 1999, S. 110). Zudem ist es wichtig, dass es nicht zu einer Belastung der vorherrschenden MT-KD-Interaktion kommt. Dies gelingt dem PT mittels der geeigneten Auswahl der Techniken, ihrer Gesprächsführung und der Beachtung der vorliegenden zmB. Aufgrund der Hilfestellung des PT, das Bewegungshandeln des SG zu verbessern, wirkt sie einer dauerhaften Schädigung der MT-KD-Interaktion entgegen (vgl. Ritter, 1999, 1999, S. 110).

Shogi et al. stellten 2018 fest, dass die tägliche Durchführung von Massagen bei Neugeborenen die emotionale Bindung zwischen ihm und der MT stärkt. Dies lässt sich auf die Anwendung anderer physiotherapeutischer Techniken, wie sie in dieser Arbeit benannt werden, übertragen (vgl. Shoghi et al., 2018).

Des Weiteren ermöglicht der PT, durch Engagement und Gegenseitigkeit mit der SBP und dem SG, die Autonomie der gemeinsamen Interaktion, welche für erfolgreiche Lernprozesse und therapeutische Handlungen notwendig ist (vgl. Håkstad et al., 2018).

Für eine auf Vertrauen basierende Beziehung ist es folglich notwendig, die Wechselwirkung zwischen dem SG und der MT vorerst als befriedigend anzunehmen (vgl. Ritter, 1999, S. 94).

Zur Förderung der Vertrauensbildung sind drei Faktoren von Bedeutung: „regelmäßiger Kontakt mit den Eltern, die Möglichkeit für die Eltern, den PT bei der Interaktion mit ihrem KD zu beobachten, und die Beteiligung der PT an der Überprüfung der Hausübungen und der Bereitstellung von Informationen über die Krankheit und die Behandlung ihres Kindes“ (Lillo-Navarro et al., 2015, S. 5). Gefühle wie Angst und Unsicherheit seitens der ET verstärken den Informationsbedarf (vgl. Lillo-Navarro et al., 2015, S. 85).

Nur so entsteht eine Grundlage für eine erfolgreiche Therapie (vgl. Ritter, 1999, S. 94).

3 Methodik

Um zu untersuchen, welchen Einfluss zMB auf die motorische Entwicklung von SG innerhalb der pSB mittels BK oder VT hat, wurde eine UF in ambulanten pP durchgeführt, welche im Kapitel 3.1 näher erläutert ist. Im vorherigen Abschnitt dieser Arbeit sind theoretische Grundlagen zusammengefasst, um sich mit dem zu untersuchenden Thema näher auseinanderzusetzen und darauf aufbauend die UF zu erstellen. Dabei bezieht sich diese BA insbesondere auf die Literatur von Ritter aus dem Jahre 1999, da in den darauffolgenden Jahren eine geringe Anzahl an Studien zum Thema dieser BA durchgeführt wurden. Aus diesem Grund ist im Theorieteil der Blick zusätzlich auf Arbeiten aus anderen Fachbereichen als dem Bereich der Physiotherapie gerichtet wurden, um ebenso aktuelle Literatur zu analysieren und zu inkludieren. Im Kapitel 3.2 wird die Auswertung der UF vorgestellt.

3.1 Erstellung der Umfrage

Zur Untersuchung des benannten Themas wurde im Rahmen der quantitativen und qualitativen Forschung eine UF erstellt. Die Anwendung der Mixed-Methods wurde aus folgenden Gründen gewählt:

Mittels der quantitativen Forschung wurden numerische, d.h. messbare Zahlen erhoben. Diese ermöglichen eine statistische Auswertung der Ergebnisse und den Vergleich von prozentualen Anteilen. Mittels dieser Technik besteht die Möglichkeit, aus den Ergebnissen Rückschlüsse auf eine Grundgesamtheit zu ziehen sowie das aus der Quelle Ritter aus dem Jahr 1999 erworbene Wissen zu überprüfen. Die erarbeiteten Zusammenhänge werden qualitativ untersucht und interpretiert, da sich die Form der qualitativen Untersuchung zur analytischen Untersuchung subjektiver Wahrnehmungen, Motive, Werthaltungen, persönlicher Einstellungen sowie Meinungen von Befragten und komplexer sozialer und psychischer Handlungszusammenhänge eignet. Zudem werden die offenen Fragen qualitativ ausgewertet (vgl. 'Erstellung eines Fragebogens', 2007, S. 1).

Die UF richtete sich an PT, welche eine Weiterbildung im Bereich der Säuglingsbehandlung, in diesem Fall des BK oder der VT, absolviert haben sowie an ET mit SG im Alter von null bis 18 Monaten, welche sich aktuell in pB befinden (vgl. Tabelle 4). Dabei durften die PT mehrmals an der UF teilnehmen, da Sie mit jedem weiteren Patienten eine neue zMB eingehen. Die ET hingegen beantworteten die UF ein einziges Mal.

Es wurden zwei UF (vgl. Abbildung 35 und 36) erstellt, eine für den behandelnden PT (13 Fragen) und eine für die SBP (23 Fragen). Dies ist notwendig, da sich die Fragen in einzelnen Punkten unterscheiden. Die UF enthalten überwiegend geschlossene Fragen, jedoch sind zudem offene Fragen erforderlich. Letztere wurden verwendet, da sie sich besonders zur Erfassung qualitativer Inhalte eignen und die Teilnahme (Tn) nicht durch eine vorgegebene Antwortskala beeinflusst werden konnten (vgl. Loy, 2015). Zu Beginn der UF wurde den Teilnehmern (TN) kurz die Durchführung erläutert und dessen Einverständnis zum Datenschutz eingeholt. Die Tn an der UF war freiwillig und konnte jederzeit ohne die Angabe von Gründen abgebrochen werden. Darauf folgen Fragen, welche sich auf einzelne Aspekte der zMB innerhalb der Therapie beziehen. Die UF beinhalten sowohl Fragen im Nominal-, Skalar- als auch im Ordinal-Stil. Ebenso werden Daten in natürlicher Sprache erhoben (vgl. Umfragedaten auswerten: Alle Informationen & Tricks, o.D.).

Die TN wurden dazu befragt, ob sie die pB als Wechselbeziehung zwischen Menschen sehen und ob sie innerhalb dieser Therapiesitzung einen aktiven Part gegenüber den anderen Beziehungspartnern einnehmen. Daraufhin folgen Fragen zum Einfluss von verbaler Gesprächsführung (vG) und nonverbaler Gesprächsführung (nvG) auf eine allgemeine pB und auf die am Tag der UF-Durchführung durchgeführten Behandlung. Danach sollten die ET mitteilen, ob ihnen bekannt ist, um die wievielte Behandlung es sich handelt und welche Technik der PT in der tagesaktuellen Therapie angewandt hat. Zudem sollen sie angeben, welche Bedeutung sie der Behandlung ihres SG zusprechen und ob sie diese als hilfreich empfinden. Des Weiteren wird erfragt, wie oft sie die Übungen selbstständig mit ihrem SG zu Hause durchführen. Die darauffolgenden Fragen ähneln denen der PT. Es werden die Erwartung an die Therapieeinheit sowie deren Gefühlslage während der Behandlung ermittelt. Der PT wird im Folgenden nach der Technik, welche er angewandt hat und seiner Sicherheit in der Durchführung dieser, konsultiert. Die ET werden nach ihrem Zugehörigkeitsgefühl zur Rolle der MT/des Vaters oder der Gehilfin/des Gehilfen sowie ihrer emotionalen Entwicklung durch die Therapie befragt. Darauf folgt die Frage, ob sie sich innerhalb der Behandlung gut durch den PT betreut fühlten (vgl. Abbildung 42).

Die UF schließt mit der Befragung allgemeiner Daten ab. Diese umfassen beim PT die Frage nach Geschlecht, Weiter-/Fortbildungen und dessen Berufserfahrung in Jahren. Die ET wurden nach dem Geschlecht des SG, der Anzahl der Schwangerschaften und

Geburten sowie dem Geburtsverlauf konsultiert. Dabei wird eine Frühgeburt als Geburt vor dem errechneten Geburtstermin angesehen. Die UF wurde in Papierform ausgehändigt, beinhaltete jedoch einen QR-Code, um die Online-Beantwortung zu ermöglichen.

3.2 Durchführung der Umfrage

Die als Studienpopulation definierten TN wurden mittels einer Internetrecherche in ambulanten pP in Dresden gesucht. Dabei konnten sieben Praxen ermittelt und nach ihrer Tn an der UF befragt werden. Zwei der Praxen gaben keine Rückmeldung. Die anderen fünf konnten für die Durchführung der UF rekrutiert werden. Die Kommunikation mit den Praxen lief primär über die Geschäftsführer, weshalb keine Angabe zur genauen Anzahl, über die in die UF involvierten PT, gegeben werden kann. Es lässt sich abschätzen, dass weniger PT teilgenommen haben als möglich gewesen wären. Ein Grund dafür ist die geringe Behandlungszeit, welche PT für die Behandlung zur Verfügung steht. Die Tn an der UF hätte diese zusätzlich verkürzt. Zudem war innerhalb des Befragungszeitraums eine Großzahl an PT und SG krank, was sie an der Tn an der UF hinderte.

Zur Erprobung der UF wurde ein Pre-Test in einer der rekrutierten Praxen anhand einer Behandlung durchgeführt. Dabei sollte ermittelt werden, ob die UF verständlich und mit welcher Bearbeitungszeit zu rechnen war. Die danach entstandenen Verbesserungsvorschläge wurden in die UF eingearbeitet.

Nach der Anpassung wurden 60 Exemplare jeder UF an die fünf Praxen ausgehändigt. Die PT konnten selbstständig wählen, welche Patienten sie in die UF inkludieren wollten. Voraussetzung war die Zustimmung der ET zur Tn. Im Anschluss an die Behandlung sollten die UF von beiden Parteien direkt ausgefüllt werden. Dafür wurde eine Beantwortungszeit von zehn Minuten veranschlagt.

Der Zeitraum der Durchführung begann am 01.11.2022 und endete am 01.12.2022. Innerhalb dieser Zeit konnten 28 Antworten der PT und ebenso viele Antworten der ET generiert werden. Es mussten sechs UF auf Grund fehlender Datenschutzerklärungen ausgeschlossen werden. Somit beträgt die Rücklaufquote 46,67 %. Studien mit einer Rücklaufquote von 10 % bis 40 % gelten als sehr aussagekräftig. Somit ist die Anzahl der generierten Antworten als gut zu werten (vgl. Umfragedaten auswerten: Alle Informationen & Tricks, o.D.).

3.3 Auswertung der Umfrage

Nach Ablauf des UF-Zeitraums erfolgte die umfassende Auswertung aller gegebenen Antworten. Dabei wurde mit der übersichtlichen Aufbereitung der UF-Ergebnisse begonnen, um einen ersten Eindruck über die gesammelten Daten zu generieren. Die einzelnen Bögen wurden dazu bereits vor der UF-Durchführung nummeriert, um so die UF der PT und ET zuzuordnen und deren Ansichten zu ein und derselben Behandlung vergleichen zu können. Die möglichen Antwortwerte (1-6) gelten innerhalb der Auswertung als Codierung. Darauf folgte die Sammlung und Zusammenfassung der Ergebnisse, welche auf die offenen Fragen gegeben wurden, in Form von Tabellen. Die einzelnen Antworten wurden daraufhin in das Statistik-Programm Excel als Tabellen eingearbeitet.

Es folgte die umfassende Analyse der Ergebnisse, aus welchen aufbauende Schlussfolgerungen gezogen wurden. Die Analyse fand in Form einer zusammenfassenden Inhaltsanalyse statt. Zur visuellen Unterstützung der Ergebnisentwicklung und -darstellung wurden Diagramme und Grafiken erstellt, um die unterschiedlichen Verteilungen der einzelnen Antworten darzustellen. Zudem wurden die arithmetischen Mittel (AM) aller Fragen ermittelt, um die Ergebnisse innerhalb der UF besser einordnen zu können und daraus weitere Schlussfolgerungen zu ziehen. Die Formel zur Berechnung des AM lautete:

$$\bar{x} = \bar{\emptyset} = \frac{x_1 + x_2 + x_3 + \dots + x_n}{n} = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n x_i$$

Mit \bar{x} = AM, n = Anzahl der Beobachtungen, x = Wert aus der Datenreihe (vgl. Benning, 2020).

Zudem wurden die AM der Antworten auf die Fragen zur nonverbalen Kommunikation (nvK) und verbalen Kommunikation (vK) einzeln ermittelt und je nach den Kategorien und einzelnen Einflussfaktoren verglichen. Diese sind auszugsweise im Anhang aufgeführt (vgl. Tabelle 3 im Anhang).

Im Anschluss wurde das aus der Recherche für diese Arbeit erworbene Wissen auf die Daten der UF angewandt, um Erkenntnisse in Form von Handlungsempfehlungen treffen zu können.

Die zusammengefassten Ergebnisse und daraus abgeleiteten Erkenntnisse wurden im letzten Schritt auf die Erfüllung der Gütekriterien für quanti- und qualitative Forschung untersucht.

Zu den Gütekriterien der quanti- und qualitativen Forschung zählen die Objektivität, die Validität und die Reliabilität (vgl. Hussy et al., 2013, S. 277ff).

Objektivität ist gegeben, wenn alle TN dieselben schriftlichen Anweisungen erhalten, diese eigenständig lesen und somit nicht durch den UF-Leiter beeinflusst werden. Es darf kein Einfluss auf die Forschungsergebnisse durch den Forschenden entstehen (vgl. Moosbrugger & Kelava, 2020, S. 18).

Die externe Validität beschreibt die Möglichkeit der Verallgemeinerung der gesammelten Ergebnisse auf die Grundgesamtheit. Diese ist in der qualitativen Forschung in der Regel nicht gegeben, jedoch stellt das Vorhandensein einer kleinen Stichprobe mit typischen und somit für die Grundgesamtheit repräsentativen Fällen eine Ausnahme dar. Zudem umfasst die externe Validität die Verallgemeinerbarkeit auf Operationalisierungen und Situationen. Dies wird innerhalb der qualitativen Forschung versucht umzusetzen, indem die Untersuchung innerhalb des natürlichen Umfelds der Probanden durchgeführt und nicht verändert wird. Folgende Maßnahmen sollen die Validität innerhalb der Datenerhebung steigern:

- Aufklärung der TN über Inhalt der Untersuchung,
- Zusicherung von Vertraulichkeit und
- Ermöglichen einer vertrauensvollen Atmosphäre, d.h. es wird in der Befragung nicht mit persönlichen Fragen begonnen (vgl. Hussy et al., 2013, S. 279).

Die Validität der Auswertung spielt im Sinne der tatsächlichen Auswertung aller gesammelten Daten eine Rolle innerhalb der qualitativen Gütekriterien (vgl. Hussy et al., 2013, S. 280). Mittels der Festlegung strenger Ein- und Ausschlusskriterien wird eine hohe interne Validität begründet (vgl. Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek, 2022). Im Allgemeinen befasst sie sich „mit der inhaltlichen Übereinstimmung zwischen dem, was der Test misst und dem Merkmal, dass man mit dem

Test messen möchte“ (Moosbrugger & Kelava, 2020, S. 30).

Die Reliabilität ist gegeben, wenn bei wiederholter Forschung dieselben Forschungsergebnisse erzielt werden. Das bedeutet, es wird exakt gemessen, ohne Messfehler entstehen zu lassen (vgl. Moosbrugger & Kelava, 2020, 2020, S. 27).

Das wichtigste Gütekriterium stellt die Validität dar. Eine hohe Reliabilität und Objektivität sind notwendig, „aber keine hinreichenden Bedingungen für eine hohe Validität“ (Moosbrugger & Kelava, 2020, S. 30) (vgl. Moosbrugger & Kelava, 2020, S. 30).

Die Datenerhebung, die Daten selbst sowie die aus den Ergebnissen gezogenen Erkenntnisse werden im Folgenden auf die oben aufgeführten Gütekriterien untersucht.

4 Ergebnisdarstellung

Im Folgenden werden die Ergebnisse der einzelnen Fragen dargestellt. Um das Verständnis und die Weiterverarbeitung zu erleichtern, wurden diese in vier Kategorien untergliedert. Es erfolgt als erstes die Darstellung der UF der PT und als zweites die der ET.

Alle berechneten AM werden auf zwei Stellen nach dem Komma sowie prozentuale Zahlen auf ganze Zahlen gerundet. Um die Ergebnisse besser nachvollziehen zu können, wurden die in der UF erfragten sonstigen Angaben nachträglich fortlaufend nummeriert.

Bei den meisten Fragen nahmen je UF 25 TN teil. Aus diesem Grund wird die Gesamtanzahl der TN je Frage angegeben, wenn diese von der Ausgangszahl $n = 25$ abweicht. Die Antwortspanne der Mehrzahl von Fragen betrug „1“ bis „6“. Dabei war die Stufe eins die schlechteste und die Stufe sechs die bestmögliche Antwort. Um die Interpretation zu erleichtern, werden im Folgenden kurz die Zahlen „1“ bis „6“ definiert:

- 1: „nein, gar nicht wichtig“ oder „gar nicht“ oder „gar nicht gut“ oder „stimme nicht zu“
- 2: „überwiegend nicht wichtig“ oder „gar nicht“ oder „weniger gut“ oder „stimme weniger zu“
- 3: „eher nicht wichtig“ oder „eher nicht“ oder „eher nicht gut“ oder „stimme eher nicht zu“
- 4: „eher wichtig“ oder „eher“ oder „eher gut“ oder „stimme eher zu“
- 5: „wichtig“ oder „überwiegend“ oder „gut“ oder „stimme größtenteils zu“
- 6: „ja, sehr wichtig“ oder „sehr“ oder „sehr gut“ oder „stimme voll zu“.

Diese Abstufungen werden in der folgenden Ergebnisdarstellung genutzt.

Mögliche Gründe für ähnliche und unterschiedliche Ansichten in der Beantwortung der UF werden im Diskussionsteil erörtert.

4.1 Physiotherapeutische Säuglingsbehandlung als Wechselbeziehung

In den Fragen eins und zwei sowie bei den ET zusätzlich in Frage 15 bis 17 wurde erfragt, ob die pB eine Wechselbeziehung zwischen den beteiligten Personen darstellt. Alle PT (100 %), die an der UF teilnahmen, empfinden laut der zweiten Frage eine pB als Wechselbeziehung zwischen Menschen (vgl. Abbildung 37 im Anhang). Auf die Frage, ob sie in der Behandlung einen aktiven Part gegenüber dem SG übernehmen, antworteten 96 % mit „ja“ (n = 24) und 4 % mit „nein“ (n = 1). Gegenüber der MT/dem Vater übernehmen 84 % einen aktiven Part (n = 21) und 16 % nicht (n = 4) (vgl. Abbildung 8 und 9).

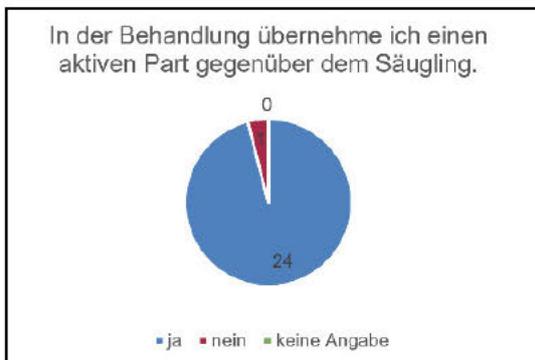


Abbildung 8: Ergebnisse Umfrage 1, Frage 2.1

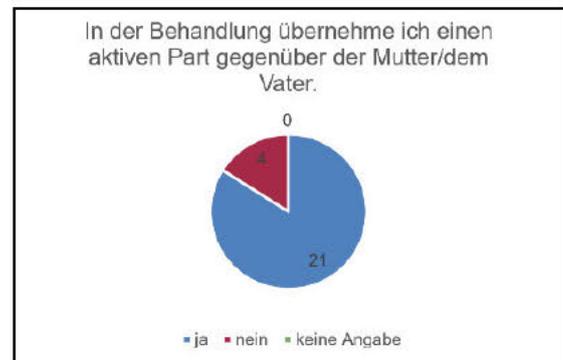


Abbildung 9: Ergebnisse Umfrage 1, Frage 2.2

Die in die UF involvierten ET empfinden mit 92 % (n = 23) eine pB als Wechselbeziehung zwischen Menschen. Zwei MT gaben zu dieser Frage keine Angabe (8 %) (vgl. Abbildung 38 im Anhang).

Innerhalb der Behandlung übernehmen 68 % (n = 17) der ET einen aktiven Part gegenüber ihrem SG, 32 % (n = 8) hingegen nicht (vgl. Abbildung 10). Gegenüber dem PT übernehmen 52 % (n = 13) einen aktiven und 36 % (n = 9) keinen aktiven Part. Hier wurde dreimal keine Angabe gemacht (12 %) (vgl. Abbildung 11).



Abbildung 10: Ergebnisse Umfrage 2, Frage 2.1

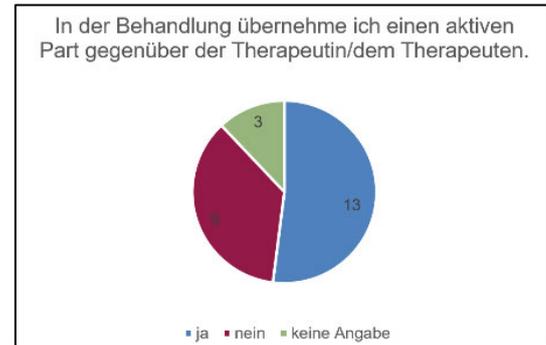


Abbildung 11: Ergebnisse Umfrage 2, Frage 2.2

Als eine der letzten Fragen wurden die ET befragt, wie stark sie sich während der Behandlung der Rolle der MT/dem Vater oder der der Gehilfin/dem Gehilfen zugeordnet gefühlt haben. Ein Prozentsatz von 44 % der ET (n = 24) fühlte sich der Rolle der MT „sehr stark“ zugehörig. 24 % (n = 6) schrieben sich „überwiegend stark“, 12 % (n = 3) „eher stark“, 16 % (n = 4) „eher nicht stark“ und 4 % (n = 1) „gar nicht“ der Rolle eines Elternteils zu ($\bar{x} = 4,84$) (vgl. Abbildung 12). Ein geringerer Anteil fühlte sich der Rolle einer Hilfsperson zugeschrieben. Im Mittel wurden $\bar{x} = 4,48$ Punkte erreicht. Nur 24 % (n = 6) konnten sich mit dieser Rolle innerhalb der Behandlung „sehr stark“ identifizieren. Weitere 24 % (n = 6) empfanden sich „überwiegend stark“, 40 % (n = 10) und damit der größte Anteil „eher stark“ und 12 % (n = 3) „überwiegend nicht“ dieser Rolle zugeschrieben (vgl. Abbildung 13).



Abbildung 12: Ergebnisse Umfrage 2, Frage 15

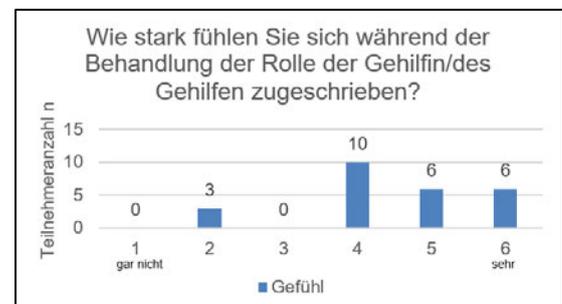


Abbildung 13: Ergebnisse Umfrage 2, Frage 16

Des Weiteren wurden die ET befragt, ob sie sich durch die pB ihrem SG emotional näher fühlen. Dabei stimmten 35 % (n = 8) dieser Aussage „voll“ zu, 17 % (n = 4) stimmten ihr „überwiegend“ zu, 13 % (n = 3) stimmten „eher“ zu, 22 % (n = 5) stimmten „eher nicht“ zu, 9 % (n = 2) stimmten „überwiegend nicht“ zu und 4 % (n = 1) stimmten dem „überhaupt nicht“ zu ($\bar{x} = 4,35$) (vgl. Abbildung 14).

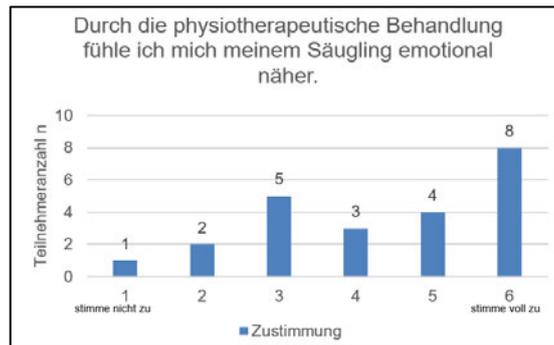


Abbildung 14: Ergebnisse Umfrage 2, Frage 17

Im Vergleich gaben beide Parteien an, die pB als Wechselbeziehung zwischen Menschen zu empfinden (ja: ET 92 %, n = 23; PT 100 %, n = 25). Unter den PT übernimmt, laut Angaben, ein Anteil von 96 % (n = 24) einen aktiven Part gegenüber dem SG als unter den ET (ja: 68 %, n = 17). Die ET sind weniger davon überzeugt, einen aktiven Part gegenüber den PT einzunehmen als es die PT gegenüber den ET sind (ja: ET 52 %, n = 13; PT 84 %, n = 21).

4.2 Einfluss verbaler Kommunikation

Die Fragen drei und vier untersuchten den Einfluss der vK.

Bezüglich der Frage nach der Einstellung zur Wichtigkeit der vG innerhalb der Behandlung zwischen dem SG und dem PT gaben 76 % der PT (n = 19) an, dass diese ihnen „sehr wichtig“ ist und sechs TN stufen die vK als „wichtig“ (20 %, n = 5) oder „eher wichtig“ (4 %, n = 1) ein. Das sich daraus ergebende AM beträgt $\bar{x} = 5,72$ (vgl. Abbildung 15). Die darauffolgende Frage bezieht sich auf die Wichtigkeit der vG zwischen dem PT und den ET. Dabei gaben 72 % der PT (n = 18) diese als „sehr wichtig“ und sieben als „eher“ und „überwiegend wichtig“ (8 %, n = 2; 20 %, n = 5) an. Im Mittel erreicht dies einen Wert von $\bar{x} = 5,40$ (vgl. Abbildung 16). Die Beantwortung der vierten Frage ergab folgende Ergebnisse: 72 % der PT (n = 18) gaben an, in der durchgeführten Behandlung eine „sehr große“ Beeinflussung der zmB durch die vK zwischen ihnen und dem SG vorgefunden zu haben. Ein Prozentsatz von 28 % der PT (n = 7) stufen die Beeinflussung auf eine Stufe fünf ein. Daraus resultiert ein Mittelwert (MW) von $\bar{x} = 5,72$ (vgl. Abbildung 17). Die Beeinflussung der zmB durch die vK innerhalb der Behandlung zwischen PT und den ET wurde hingegen abweichend eingeschätzt. Hier empfanden 52 % der PT (n = 13) eine „sehr hohe“ Beeinflussung, 36 % (n = 9) eine „überwiegende“ und 12 % (n = 3) eine „eher“ vorhandene Beeinflussung. Im Mittel

ergibt sich ein Wert von $\bar{x} = 5,40$ (vgl. Abbildung 18).

Der überwiegende Teil der ET empfindet die vK als „wichtigen“ Anteil innerhalb einer pB. Im Mittel entstehen Werte von $\bar{x} = 5,72$ sowie $\bar{x} = 5,52$. Ein Prozentsatz von 76 % ($n = 19$) empfindet sie zwischen dem PT und dem SG als „sehr wichtig“, 20 % ($n = 5$) als „überwiegend wichtig“ und 4 % ($n = 1$) als „eher wichtig“ (vgl. Abbildung 15). Bezogen auf die vK vom PT und den ET sehen 64 % ($n = 16$) diese als „sehr wichtig“, 28 % ($n = 7$) als „überwiegend wichtig“, 4 % ($n = 1$) als „eher wichtig“ sowie 4 % ($n = 1$) als „eher nicht wichtig“ an (vgl. Abbildung 16).

Ein Großteil der ET ist der Meinung, dass die durchgeführte Behandlung unter dem Einfluss vG zwischen allen beteiligten Personen stand. Im Mittel konnte in der Kommunikation zwischen dem PT und dem SG eine Beeinflussung von $\bar{x} = 5,60$, das heißt, eine „sehr starke“ ermittelt werden. Das spiegelt sich im Ergebnis des Prozentsatzes von 68 % der ET ($n = 17$) wider. 24 % von Ihnen ($n = 6$) gaben eine „überwiegende“ und 8 % ($n = 2$) eine „eher vorhandene“ Beeinflussung der Behandlung an (vgl. Abbildung 17). Innerhalb der Konstellation PT und ET zeigte sich eine „überwiegende“ Beeinflussung der zmB mittels vK ($\bar{x} = 5,40$). Ein Anteil von 60 % der ET ($n = 15$) gab eine „sehr starke“ Beeinflussung an. Die restlichen TN bewerteten die Beeinflussung mit 24 % ($n = 6$) als „überwiegend“ vorhanden, mit 12 % ($n = 3$) als „eher“ vorhanden und mit 4 % ($n = 1$) als „eher nicht“ vorhanden (vgl. Abbildung 18).

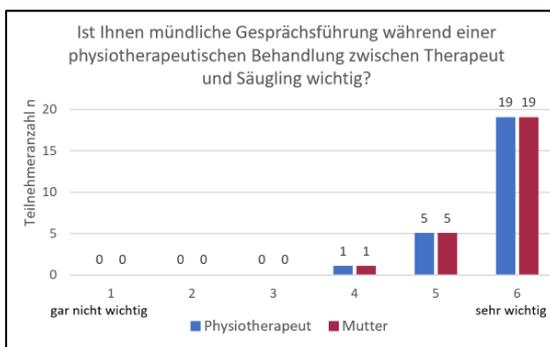


Abbildung 15: Ergebnisse Umfrage 1 und 2, Frage 3.1

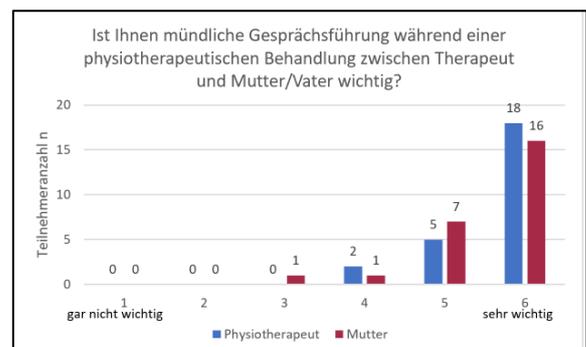


Abbildung 16: Ergebnisse Umfrage 1 und 2, Frage 3.2

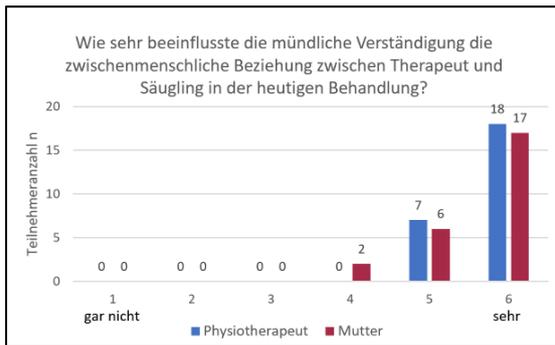


Abbildung 17: Ergebnisse Umfrage 1 und 2, Frage 4.1

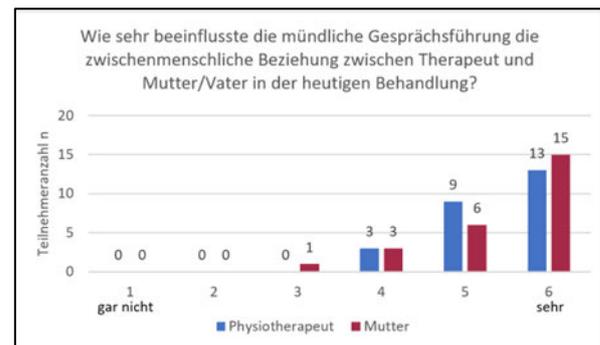


Abbildung 18: Ergebnisse Umfrage 1 und 2, Frage 4.2

Beide Parteien schätzten die Bedeutung der und die Beeinflussung durch die vK annähernd identisch ein.

4.3 Einfluss nonverbaler Kommunikation

In der fünften und sechsten Frage wurde der Einfluss nvK auf die zmB untersucht.

Die PT beurteilen diese Kommunikationsform zwischen ihnen und dem SG mit unterschiedlicher Bedeutung. Ein Anteil von 52 % (n = 13) sehen sie als „sehr wichtig“, 12 % (n = 3) als „wichtig“ ebenso je 12 % (je n = 3) als „eher wichtig“ und „eher nicht wichtig“ sowie „gar nicht wichtig“ an. Das sich daraus ergebende AM beträgt $\bar{x} = 4,68$ (vgl. Abbildung 19). In Bezug auf die zmB zwischen dem PT und den ET sind die Antworten wie folgt verteilt: 4 % für „gar nicht wichtig“ (n = 1), 8 % für „überwiegend nicht wichtig“ (n = 2), 16 % für „eher wichtig“ (n = 4), 24% der Stimmen für „überwiegend wichtig“ (n = 6) und 32 % für „sehr wichtig“ (n = 8). Im Mittel ordnen sich diese Antworten bei einem Wert von $\bar{x} = 4,44$ ein (vgl. Abbildung 20).

In der sechsten Frage zeigte die Untersuchung der Beeinflussung des Verhältnisses zwischen dem PT und dem SG (n = 24) einen Prozentsatz von 58 % der Antworten für „sehr“ beeinflusst (n = 14), je 4 % für „überwiegend“ und „überwiegend nicht“ beeinflusst (je n = 1%) sowie 13 % der Antworten für „eher beeinflusst“ (n = 3) und fünf für „eher nicht beeinflusst“ (21 %). Daraus ergibt sich ein mittlerer Antwortwert von $\bar{x} = 4,92$ (vgl. Abbildung 21). Bezogen auf die Beziehung zwischen PT und ET (n = 24) teilten 46 % der PT (n = 11) eine „sehr starke“ Beeinflussung durch die durchgeführte nvK mit. Ein Prozentsatz von 30 % (Stufe 4: n = 3, 13 %; Stufe 5: n = 4, 17 %) ordnen ihre Stimmen einer „eher“ und „überwiegend“ vorhandenen Beeinflussung und 25 % (Stufe 1: n = 2, 8 %; Stufe 3: n = 4, 17 %) einer „eher nicht“ und „überwiegend nicht“ vorhandenen Beeinflussung zu. Das AM beträgt $\bar{x} = 4,67$ (vgl. Abbildung 22).

Die Bewertung der Bedeutung der nvK während der pB durch die ET, ergab Folgendes: Zwischen dem PT und dem SG sahen 40 % der ET (n = 10) diese Kommunikationsform als „sehr“, 16 % (n = 4) als „überwiegend“, 20 % (n = 5) als „eher“, 8 % (n = 2) als „eher nicht“ und 16 % (n = 4) als „gar nicht wichtig“ an. Im Mittel entsteht ein Wert von $\bar{x} = 4,40$ (vgl. Abbildung 19). In Bezug auf das Gefüge des PT und der ET zeigte sich ein niedrigerer MW von $\bar{x} = 3,68$. Es gaben 12 % der ET (n = 3) an, dass diese Art der Kommunikation ihnen „sehr wichtig“ ist. 16 % (n = 4) hingegen, dass sie „überwiegend“, 28 % (n = 7) dass sie „eher“, 24 % (n = 6) dass sie „eher nicht“, 12 % (n = 3) dass sie „überwiegend nicht“ und 8 % (n = 2) dass sie „gar nicht wichtig“ ist, an (vgl. Abbildung 20).

Mittels der sechsten Frage wurde eine Beeinflussung der Behandlung durch nvK festgestellt. Es ergaben sich AM von $\bar{x} = 4,40$ und $\bar{x} = 3,64$. Eine „sehr starke“ Beeinflussung teilten 28 % der ET (n = 7) bei der Beurteilung der Beziehung zwischen dem PT und dem SG mit. Ein größerer Anteil 32 % (n = 8) gab eine „überwiegende starke“ Beeinflussung an. Die geringeren Antwortzahlen ergaben sich für eine „eher“ vorhandene Beeinflussung mit 16 % (n = 4), eine „eher nicht“ vorhandene Beeinflussung von 12 % (n = 3) und einer „gar nicht“ vorhandenen Beeinflussung von 12 % (n = 3) (vgl. Abbildung 21).

Eine geringere Beeinflussung findet laut ET zwischen ihnen und dem PT statt ($\bar{x} = 3,64$). 12 % (n = 3) gaben eine „sehr starke“, 16 % (n = 4) eine „überwiegend starke“, 28 % (n = 7) eine „eher“ vorhandene, 24 % (n = 6) eine „eher nicht“ vorhandene, 8 % (n = 2) eine „überwiegend nicht“ vorhandene und 12 % (n = 3) eine „gar nicht“ vorhandene Beeinflussung der zmB durch die nvK an (vgl. Abbildung 22). Die Bedeutung der und Beeinflussung durch die nvK auf die Beziehung zwischen dem PT und dem SG schätzen die ET und die PT ähnlich ein.

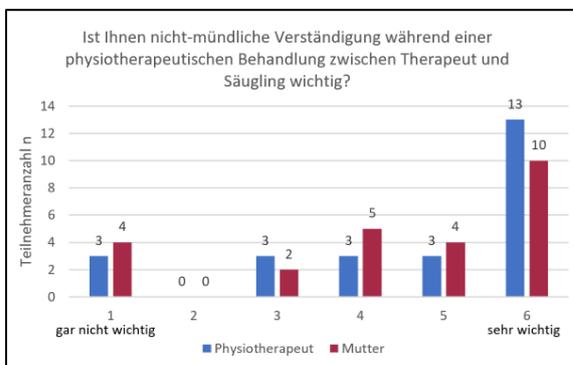


Abbildung 19: Ergebnisse Umfrage 1 und 2, Frage 5.1

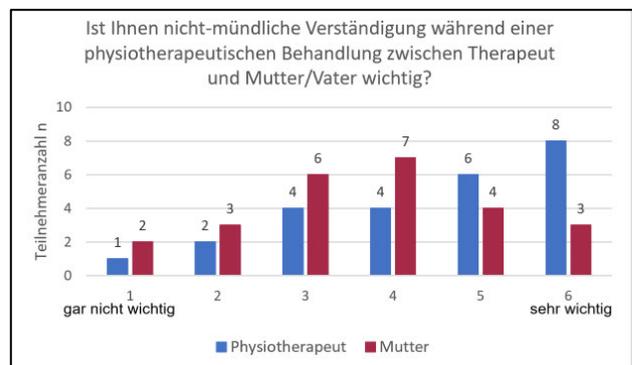


Abbildung 20: Ergebnisse Umfrage 1 und 2, Frage 5.2



Abbildung 21: Ergebnisse Umfrage 1 und 2, Frage 6.1

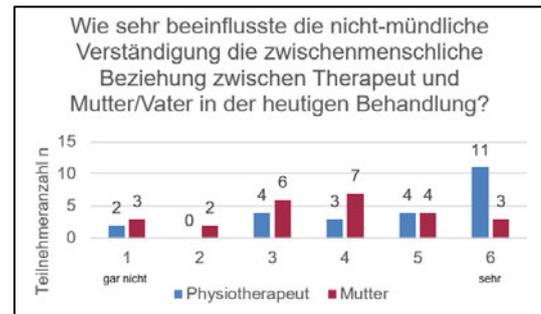


Abbildung 22: Ergebnisse Umfrage 1 und 2, Frage 6.2

4.4 Einfluss sonstiger Faktoren

In den letzten vier Fragen der PT und den Fragen sieben bis 14, 18 bis 23 wurden weitere, die zmB beeinflussende, Faktoren erfragt.

Sonstige Faktoren umfassen Erwartungen an die Behandlung, Gefühle aller beteiligten Personen, angewandte Behandlungstechniken, das Geschlecht des PT und des SG, absolvierte Weiter- und Fortbildungen sowie die Jahre der Berufserfahrung des PT. Ebenso zählen dazu das Alter des SG und wie viele Schwangerschaften und Geburten die MT erlebt hat und wie letztere verlaufen sind.

Die PT beschreiben ihre Gefühlslage während der Behandlung als „gut“ (n = 10; 42 %) bis „sehr gut“ (58 %; n = 14) ($\bar{x} = 5,58$) (vgl. Abbildung 39 im Anhang).

Ein Großteil der PT (88 %; n = 22) hat das BK angewandt. Ein Prozentsatz von 4 % der PT (n = 1) behandelten mittels VT und 4 % jener (n = 1) wandten beide Therapieformen innerhalb der Behandlung an (keine Angabe: 4 %; n = 1) (vgl. Abbildung 23).



Abbildung 23: Ergebnisse Umfrage 1, Frage 9

Eine Auflistung aller Fort- und Weiterbildungen der PT sind der Tabelle 4 im Anhang zu entnehmen.

Ein Anteil von 72 % der PT (n = 18) fühlen sich bei der Anwendung der genannten Techniken „sehr sicher“. Von den insgesamt 25 PT fühlen sich 24 % (n = 6) „sicher“

und 4 % (n = 1) fühlten sich „eher sicher“ (vgl. Abbildung 24). Im Mittel ergibt das einen Wert von $\bar{x} = 5,68$.



Abbildung 24: Ergebnisse Umfrage 1, Frage 10

Die Erwartungen, welche die PT an die Therapieeinheit stellten, fielen unterschiedlich aus und sind der Tabelle 5 im Anhang zu entnehmen.

An der UF nahmen mit 96 % überwiegend weibliche PT (n = 24) teil. Daraus resultiert ein Anteil von 4 % an männlichen PT (n = 1) (vgl. Abbildung 40 im Anhang).

Bei der Frage nach der Berufserfahrung in Jahren erstrecken sich die Ergebnisse auf eine Spanne von null bis 30 Jahren. Somit konnten sechs Gruppen im Abstand von fünf Jahren erstellt werden. Ein Anteil von 25 % der TN (n = 6) ordneten sich bei „null bis fünf“ Jahren ein, 21 % (n = 5) bei „fünf bis zehn“ Jahren, 4 % PT (n = 1) bei „zehn bis fünfzehn“ Jahren, 21 % der PT (n = 5) bei „fünfzehn bis zwanzig“ Jahren, ein weiterer Anteil von 25 % (n = 6) bei „zwanzig bis 25 Jahren“ sowie die restlichen 4 % (n = 1) bei der Kategorie „25 bis 30 Jahre“ (vgl. Abbildung 25). Die Berufserfahrung beträgt im Mittel $\bar{x} = 13,88$ Jahre.

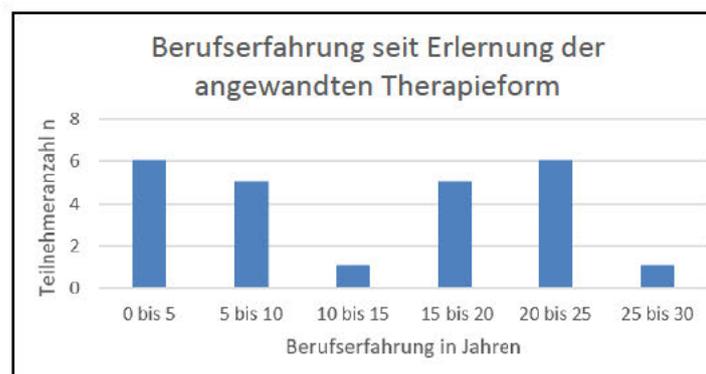


Abbildung 25: Ergebnisse Umfrage 1, Frage 13

Um weitere, die zmB beeinflussende, Faktoren herauszufinden, wurde bei den ET eine Reihe unterschiedlicher Fakten erfragt.

Als siebte Frage wurden sie nach der Anzahl der durchgeführten Behandlungen befragt. Diese Angaben wurden in fünf Kategorien eingeteilt. 17 der beteiligten SG erhielten die „1. bis 10.“ Behandlung, Zwei die „10. bis 20.“, ein SG die „20. bis 30.“, Drei von ihnen erhielten bereits die „30. bis 40.“ und die letzten Zwei „mehr als 40“ Behandlungen (vgl. Abbildung 26). Im Mittel erhielten die SG $\bar{x} = 15,44$ Therapieeinheiten.

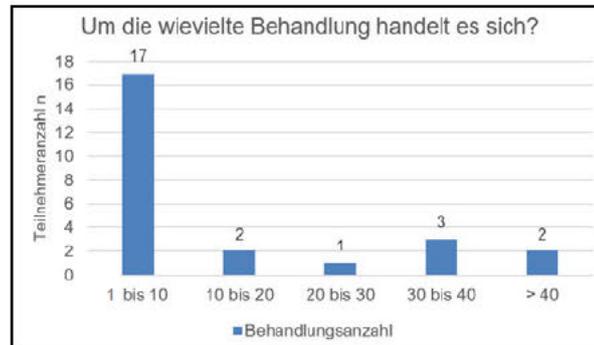


Abbildung 26: Ergebnisse Umfrage 2, Frage 7

Des Weiteren wurde erfragt, ob die ET wissen, welche Behandlungstechnik der PT in der gegenwärtigen Therapieeinheit angewandt hat. Hier gaben 96 % aller ET ($n = 24$) an, dies zu wissen. Ein Anteil von 4 % der MT ($n = 1$) verneinte diese Frage (vgl. Abbildung 41 im Anhang).

Danach wurden die ET gefragt, ob sie die Behandlung ihres KD als wichtig ansehen. Hier war es ihnen möglich, eine Antwort von eins bis sechs zu vergeben. 84 % ($n = 21$) gaben an, dass die Behandlung ihnen „sehr wichtig“ sei. Ein Prozentsatz von 16 % ($n = 4$) beurteilten diese als „überwiegend wichtig“ (vgl. Abbildung 27). Als hilfreich empfinden 88 % aller ET ($n = 22$) die Behandlung. 8 % ($n = 2$) nehmen sie als „überwiegend hilfreich“ und 4 % ($n = 1$) als „eher hilfreich“ war (vgl. Abbildung 28). Beide Einschätzungen entsprechen einem AM von $\bar{x} = 5,48$.



Abbildung 27: Ergebnisse Umfrage 2, Frage 9



Abbildung 28: Ergebnisse Umfrage 2, Frage 10

Im Anschluss wurde die Häufigkeit ermittelt, mit welcher die ET die durch den PT vermittelten Übungen selbstständig zu Hause absolvieren. Dabei gaben 4 % (n = 1) an, diese „kein Mal pro Woche“ durchzuführen. Ein Anteil von 40 % (n = 10) führen sie „1-2 Mal pro Woche“ und 56 % (n = 14) „3-5 pro Woche“ aus (vgl. Abbildung 29). Die Übungen werden somit im Mittel $\bar{x} = 2,88$ Mal pro Woche zu Hause angewandt.

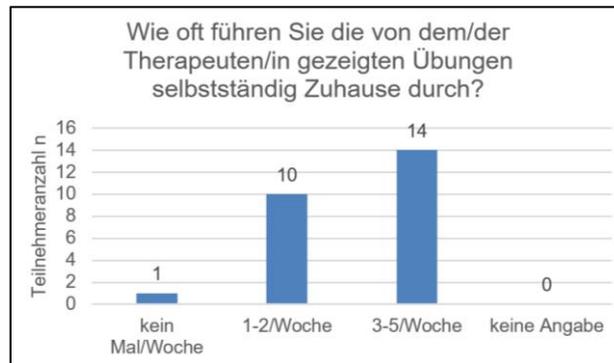


Abbildung 29: Ergebnisse Umfrage 2, Frage 11

Die Erwartungen, welche die ET an die Therapieeinheit stellten, fielen unterschiedlich aus und sind der Tabelle 5 im Anhang zu entnehmen.

Die erfragte Gefühlslage der ET wurde im MW mit $\bar{x} = 5,60$ Punkten bewertet. Das bedeutet, sie wurde mit 68 % (n = 17) als „sehr gut“, 24 % (n = 6) als „überwiegend sehr gut“ und 8 % (n = 2) als „eher sehr gut“ eingeschätzt. Die Beurteilung der Gefühle der SG durch die ET wurde abweichend angesehen. Die ET gaben mit 24 % (n = 6) an, dass es ihrem SG während der Behandlung „sehr gut“ erging. 36 % (n = 9) schätzten die Gefühlslage als „überwiegend sehr gut“, 32 % (n = 8) als „eher sehr gut“ und 8 % (n = 2) als „eher nicht gut“ (vgl. Abbildung 30) ein. Im Durchschnitt ergibt dies einen Wert von $\bar{x} = 4,76$.

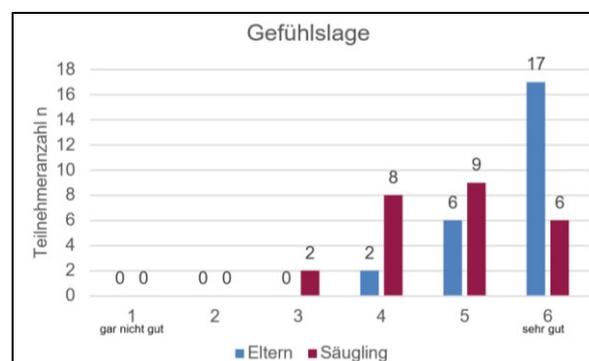


Abbildung 30: Ergebnisse Umfrage 2, Frage 13 und 14

Alle ET sollten angeben, wie sie sich während der Behandlung durch die PT betreut fühlten. Es ergab sich ein MW von $\bar{x} = 5,92$, d.h., dass sich der größte Teil der Befragten (92 %, $n = 23$) „sehr gut“ behandelt fühlte. Ein Anteil von 8 % ($n = 2$) fühlte sich „überwiegend gut“ behandelt (vgl. Abbildung 30).

In den Fragen 19 bis 23 wurden allgemeine Angaben zum SG und der Geburt erfasst. Es wurden mit 64 % ($n = 16$) überwiegend männliche SG behandelt. Unter den 25 TN befanden sich 36 % ($n = 9$) weibliche SG (vgl. Abbildung 43 im Anhang). Das Alter jener SG ($n = 24$) erstreckte sich von zwei bis 16 Monaten. Im Mittel lag es bei $\bar{x} = 6,58$ Monaten (vgl. Abbildung 31).

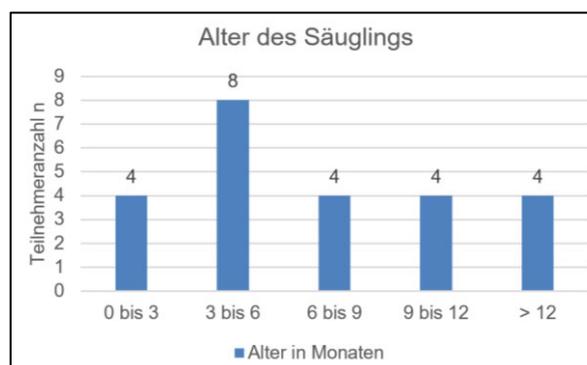


Abbildung 31: Ergebnisse Umfrage 2, Frage 20

Die ET wurden zudem nach der Anzahl der Schwangerschaften und Geburten der MT befragt. Im Durchschnitt erlebten die MT $\bar{x} = 2,29$ ($n = 24$) Schwangerschaften und $\bar{x} = 1,64$ ($n = 25$) Geburten. Eine Verteilung der einzelnen Schwangerschaften und der Geburten ist der Tabelle 6 im Anhang zu entnehmen. Bei 44 % der SG ($n = 11$) handelte es sich um Frühgeburten, d.h. sie wurden vor dem errechneten Geburtstermin geboren (vgl. Abbildung 32). Die SG kamen von einem Tag bis zu mehr als vier Wochen zu früh (vgl. Abbildung 44 im Anhang) und 56 % der KD ($n = 14$) wurden termingerecht geboren.

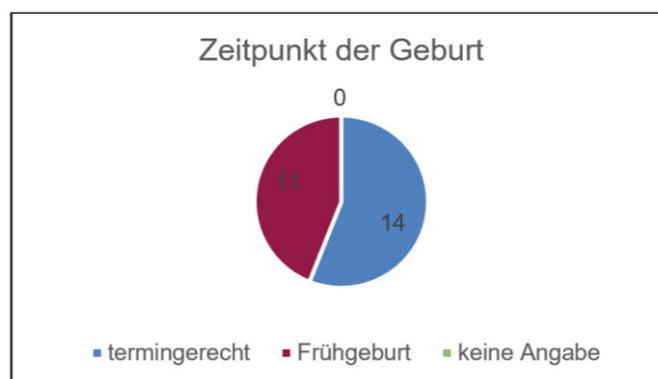


Abbildung 32: Ergebnisse Umfrage 2, Frage 23.2

Bei 63 % (n = 15) aller Geburten (n = 24) verlief diese komplikationslos. 33 % der ET (n = 8) berichteten von einer Geburt mit Komplikationen. 4 % der MT (n = 1) gaben dazu keine Auskunft (vgl. Abbildung 33).

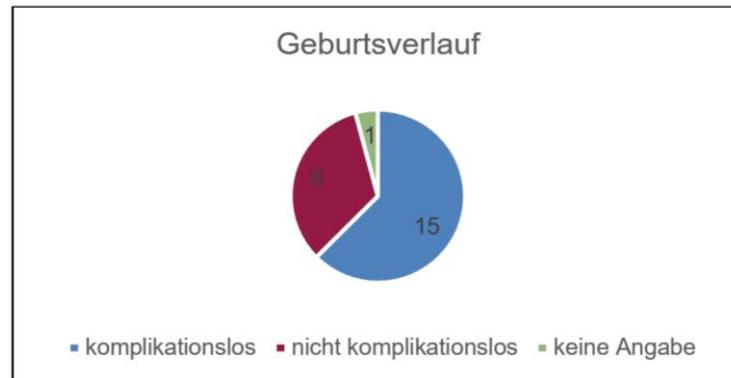


Abbildung 33: Ergebnisse Umfrage 2, Frage 23.3

Die Erwartungen von ET und PT an die durchgeführte Therapie unterscheiden sich größtenteils voneinander (vgl. Tabelle 5 im Anhang).

5 Diskussion

Ziel dieser Arbeit war es, den Einfluss zmB auf die Anwendung traditioneller Konzepte der pSB zu untersuchen. Im Vordergrund stand die Erarbeitung von Handlungsempfehlungen, um einen effektiven Einfluss auf die motorische Entwicklung der SG bewusst zu begünstigen.

Im Folgenden werden die generierten Ergebnisse interpretiert und diskutiert. Die Angaben der ET und PT werden auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede verglichen. Es wird auf Limitationen der Arbeit sowie die qualitätssichernde Einhaltung der Gütekriterien eingegangen.

5.1 Physiotherapeutische Säuglingsbehandlung als Wechselbeziehung

Beide befragten Parteien sehen die pB als Wechselbeziehung zwischen Menschen an. Innerhalb dieser Beziehung übernehmen die PT im Vergleich zu den ET einen aktiveren Part gegenüber dem SG. Die PT sind davon überzeugt, einen aktiven Part gegenüber den ET einzunehmen. Letztere empfinden diese Wechselwirkung jedoch als weniger aktiv (vgl. Abbildung 8, 9, 10, 11). Dies kann auf Grund dessen, dass der Therapeut grundlegend die leitende Rolle einnimmt, erklärt werden.

5.2 Einfluss verbaler Kommunikation

Die vK zwischen dem PT und dem SG ist sowohl von Seiten der PT als auch von Seiten der ET sehr bedeutsam. Sie beeinflusst zudem die zmB des SG mit dem PT innerhalb der Behandlung. Die vG zwischen den ET und dem PT ist sehr wichtig und beeinflusst ebenso die zmB des PT mit den ET.

5.3 Einfluss nonverbaler Kommunikation

Der nvK zwischen dem SG und dem PT ist eine enorme Bedeutung innerhalb der Behandlung zuzusprechen. PT stufen den nonverbalen Dialog zwischen ihnen und den ET als wichtig ein. Die ET tun dies in einem geringeren Ausmaß. Sie tendieren jedoch dazu, diese Kommunikationsform innerhalb der benannten Konstellation auch als wichtig einzuordnen. Aus Sicht der PT hat die nvG einen starken Einfluss auf die zmB innerhalb der durchgeführten Behandlung. Diese Einwirkung wird von den ET, als eher gering eingeschätzt. Die Stärke jener Konversationsform auf die Beziehung zwischen

den ET und dem PT wird von letzteren als ähnlich wichtig beurteilt wie der Einsatz dieser gegenüber dem SG. Die SBP schätzen den Einfluss der nvK auf die zmB zwischen ihnen und dem PT geringer ein als den auf die zmB zwischen dem SG und dem PT. Eine mögliche Ursache dafür ist, dass der SG therapiert wird und die ET deshalb diesen und nicht sich selbst im Vordergrund der Interaktion mit dem PT sehen.

5.4 Einfluss sonstiger Faktoren

Die pB ihres SG empfinden alle ET als wichtig und hilfreich.

Die Gefühlslage der ET und SG während der Therapie erstreckt sich von „gut“ bis „sehr gut“. Bei allen SG, welche mit der VT behandelt wurden, stuften die ET deren Gefühlslage als eher „gut“ ein. Dies liegt unterhalb des durchschnittlichen Wertes der Gefühlslagen aller SG. Der allergrößte Teil der ET fühlten sich während der Behandlung sehr gut vom PT versorgt.

Ein PT gab an, sich in der Anwendung seiner Behandlungstechnik „eher sicher“ zu fühlen. Die ET, welche dieser Behandlung beiwohnten, beurteilten die nvK als „weniger wichtig“ und „weniger beeinflussend“ auf die zmB. Ebenso gaben sie an, dass ihr SG sich „eher nicht gut“ während der Behandlung fühlte.

Bei den PT, die eine Berufserfahrung von „20 bis 25 Jahren“ besitzen und die Behandlung durchführten, schätzten die ET den nonverbalen Dialog jener Behandlung als „mittel-wichtig“/„eher beeinflussend“ ein. Die Behandlung von PT mit einer Berufserfahrung von „fünf bis zehn“ Jahren wurde bezüglich (bzgl.) des Einflusses nvK von den ET besser als „mittel-wichtig“ eingestuft. Eine Therapie, welche von PT mit einer Berufserfahrung von „null bis fünf“ Jahren erfolgte, wurde bzgl. der Stärke auf den nonverbalen Austausch zwischen „sehr“ und „eher nicht“ beeinflussend beurteilt. Die PT mit der geringsten Berufserfahrung schätzten die nvG als am „wenigsten“ wichtig und beeinflussend für die zmB gegenüber den PT mit längerer Berufserfahrung ein. Das bedeutet, dass PT mit längerer Berufserfahrung der nvK eine größere Bedeutung zusprechen als jene, die den Beruf kürzer ausüben.

Ein größerer Anteil der ET fühlte sich innerhalb der Behandlung mehr der Rolle der MT als der der Gehilfin zugeschrieben. Im Mittel unterscheiden sich die Rollenzuordnungen jedoch nicht signifikant voneinander. Durch die pB fühlen sich die ET weder stark noch weniger stark ihrem SG emotional näher.

Bei SG des männlichen Geschlechts wird, im Vergleich zu weiblichen SG, vor allem die nvK als „weniger“ wichtig und beeinflussend für die zmB eingeschätzt. Dies trifft sowohl auf die Aussagen der PT als auch der ET zu.

ET, deren KD älter als sechs Monate sind, empfinden die nonverbale Dialogform bedeutsamer als ET mit jüngeren SG. Das Alter der SG hat keinen Einfluss auf die wahrgenommene Wichtigkeit der vK durch die ET.

Die Beurteilung der Einwirkung nvK und vK auf die zmB durch den PT ist nicht vom Alter der SG abhängig. Die Anzahl der Schwangerschaften, welche eine MT erlebt hat ebenso, hat keinen Einfluss auf deren Bewertung der Einwirkung vK und nvK auf die zmB.

Je weniger KD eine MT geboren hat, desto geringer fällt die Einschätzung bzgl. des Einflusses des nonverbalen Austauschs auf die zmB aus. ET von SG, welche vor dem errechneten Geburtstermin geboren wurden, schätzen den Wert und den Einfluss der Kommunikation auf die Behandlung geringer ein als MT, die ihren SG termingerecht gebären. MT, die keine komplikationslose Geburt erlebten, schreiben der nvG eine größere Bedeutung und einen größeren Einfluss zu, als jene die eine komplikationslose Geburt vollzogen. Je früher ein SG geboren wurde, desto geringer wird der Einfluss der genannten Kommunikationsformen eingeschätzt.

5.5 Interpretation der Einflussfaktoren

Auf Grundlage der erläuterten Ergebnisse, können folgende 15 Schlüsse gezogen werden:

Zwischen allen drei Personen des therapeutischen Dreiecks findet eine Wechselbeziehung statt. PT übernehmen den aktivsten Part innerhalb dieser Konstellation. Der Einsatz vK ist bedeutsam und beeinflusst die pB eines SG. PT beurteilen die Stärke und Beeinflussung, welche die nvK auf die zmB ausübt als wichtiger und beeinflussender als ET.

Dass ET die Behandlung ihres SG jedoch als wichtig und hilfreich einschätzen, kann sich begünstigend auf die zmB aller Beteiligten auswirken.

Eine Berufserfahrung von weniger als zehn und mehr als 25 Jahren zieht eine stärker beeinflussende Anwendung von nvG mit sich. Dies ist als effektiv in Bezug auf die zmB zu deuten (vgl. Tabelle 7 im Anhang).

Das Geschlecht des zu behandelnden SG wirkt sich auf die Kommunikation innerhalb

der Behandlung aus. Diese ist, sowohl in verbaler als auch nonverbaler Form, bei weiblichen SG bedeutender und beeinflussender als bei männlichen (vgl. Tabelle 8 im Anhang). Der Einfluss des Geschlechtes des PT ist nicht beurteilbar, da von 25 PT 24 weiblich waren.

Je höher das Alter der behandelten SG ist, desto bedeutender wird die nvK für die ET in der Behandlung (vgl. Tabelle 9 im Anhang). Des Weiteren ist für MT mit weniger KD der nonverbale Austausch beeinflussender als für MT mit vielen KD (vgl. Tabelle 10 im Anhang). Ein komplizierter Geburtsverlauf beeinflusst zudem die Kommunikation innerhalb der Behandlung. Die nvG ist dabei von großer Bedeutung (vgl. Tabelle 11 im Anhang). Ein später Zeitpunkt der Geburt ist beeinflussender, als ein früherer Termin (vgl. Tabelle 12 im Anhang).

Das Gefühl von fehlender Sicherheit wirkt sich nachteilig auf die Gefühlslage des SG während der Behandlung aus. Zudem ist die Einwirkung dessen auf den Einsatz nonverbaler Dialoge schlecht (vgl. Tabelle 13 im Anhang). Dieser Einfluss des Sicherheitsgefühls des PT in der Anwendung seiner gewählten Behandlungstechnik auf die Gefühlslage des SG während der Behandlung ist annehmbar, auf Grund der geringen Antwortrate jedoch nicht generalisierbar.

Der Zeitpunkt der Geburt beeinflusst den Wert von Kommunikation in der Behandlung. Je früher ein KD geboren wird, desto geringer ist er (vgl. Tabelle 14 im Anhang). ET fühlen sich innerhalb der Behandlung der Rolle der ET zugeschrieben. Dies kann, je nach Fall, einen günstigen oder ungünstigen Einfluss auf die zmB bewirken. Es lässt sich zudem ein Zusammenhang zwischen der sehr guten Gefühlslage der PT und der Beurteilung der vK und nvK bzgl. dessen Wichtigkeit und Beeinflussung der zmB erkennen. Je besser sich PT fühlen, desto größer sind die Beeinflussung und Wichtigkeit (vgl. Tabelle 15 im Anhang).

Zudem hat die pB einen fördernden Einfluss auf das Gefühl von emotionaler Nähe, welches ET ihren KD gegenüber empfinden.

Die Einwirkung der angewandten Therapieform auf die zmB innerhalb der Behandlung kann auf Grund fehlender Anwendungs-Variabilität der zwei möglichen Konzepte nicht beurteilt werden. Die angegebenen Weiter- und Fortbildungen der PT ähneln sich. Eine Auswirkung auf die Fragestellung dieser Arbeit ist nicht beurteilbar. Des Weiteren besteht kein Einfluss der Anzahl der Behandlungen auf das untersuchte Thema. Die Anzahl an Übungen, welche die ET pro Woche zu Hause durchführen, steht in keinem

Zusammenhang mit der nvK innerhalb der Behandlung. ET, welche die Übungen drei bis fünf Mal pro Woche ausüben, beurteilen den Einfluss vK als bedeutender (vgl. Tabelle 16 im Anhang).

Die generierten Ergebnisse ermöglichen keine Aussage über die Stärke des Wissens der ET bzgl. der angewandten Behandlungstechnik auf die zmB innerhalb der pB des SG, da nur eine MT Unwissenheit darüber angab.

Der Einfluss aller genannten Faktoren auf die Anwendung und Bedeutung der sowie Beeinflussung durch die nvK und vK ist mit jenen auf die zmB gleichzusetzen. Dies ist mit der Definition der untersuchten Beziehung zu begründen, welche vor allem diese Kommunikationsgefüge, aber ebenso weitere Faktoren, wie Rollenverständnisse, beinhaltet. Somit sind die von Ritter im Jahre 1999 dargelegten Ausführungen als weiterhin aktuell anzusehen.

5.6 Handlungsempfehlungen

Aus den im vorherigen Kapitel aufgezeigten Interpretationen der Ergebnisse der durchgeführten UF wurden im Folgenden Handlungsempfehlungen erarbeitet. Diese dienen PT zur Anwendung im therapeutischen Alltag, um den Einfluss der zmB auf die Behandlung bewusst zum Nutzen der motorischen Entwicklung des SG einzusetzen. Die acht Handlungsempfehlungen lauten wie folgt:

1. Vor Beginn der Behandlung sollte der PT alle persönlichen Befindlichkeiten so gut wie möglich ablegen, um neutral in die Behandlung zu starten.
2. Der PT soll den Ersteindruck zu den ET als Primacy-Effekt betrachten und davon nicht die Behandlung beeinflussen lassen.
3. Es sollten vor jeder Behandlung subjektive Erwartungen und Ziele an das Therapieergebnis aufgestellt werden, um das eigene Handeln anhand dessen besser reflektieren und nachfolgend anpassen zu können.
4. Der bewusste Einsatz von Kommunikation auf Augenhöhe in verbaler und non-verbaler Form ist Voraussetzung des Handelns des PT. Dieser ermöglicht eine vielfältige Interpretation und unmittelbare Rückmeldung durch die ET.
5. Innerhalb der Behandlung sollte der PT den Austausch mit den ET über alltägliche und fachbezogene Fragen ermöglichen.
6. Im Allgemeinen ist ein sensibler Umgang mit allen an der Behandlung beteiligten Personen notwendig.

7. Die Aufgabe des PT ist die zielgerichtete Motivation der Beteiligten, um die inneren Ressourcen des SG und der ET zu aktivieren.
8. Der PT sollte innerhalb seiner Möglichkeiten seine fachlichen Fähigkeiten dazu nutzen, sich in die Einstellungen, Ängste und Befindlichkeiten des SG und der ET hineinzusetzen.

Diese Empfehlungen ermöglichen es dem PT, das Bestmögliche aus jeder Behandlung und somit jedem einzelnen Patienten herauszuholen. Er generiert sich das Vertrauen der Gesprächspartner und legt damit den Grundbaustein für eine gelungene und für die Behandlung notwendige Kommunikation.

5.7 Limitationen

Die vorliegende Arbeit und deren Ergebnisse unterliegen möglichen Limitationen. Zunächst ist anzuführen, dass ein Mangel an aktueller, deutschsprachiger Literatur im Bereich der Physiotherapie zu dem behandelten Thema besteht. Aus diesem Grund wurde Literatur aus anderen Fachbereichen und in englischer Sprache hinzugezogen, um die theoretische Grundlage zu erweitern und ein größeres Basiswissen zu ermöglichen. Ebenso wurde sich deshalb vor allem auf die Quelle von Ritter (1999) bezogen. Innerhalb der Methodenanwendung stellt die niedrige Rekrutierungsrate eine Einschränkung dar. Unter Einbeziehung einer Vielzahl an pP, hätten mehr Ergebnisse generiert und diese besser auf die Grundgesamtheit bezogen werden können. Dem schließt sich an, dass die Beschränkung auf Praxen in Dresden ohne den Einschluss anderer Städte oder sogar Gesamtdeutschland Auswirkungen auf die Ergebnisse hatte.

Trotz der hohen Rücklaufquote wäre eine höhere Anzahl an Antworten von Vorteil gewesen. Dies bezieht sich ebenso auf den vorher angeführten Absatz. Mögliche Gründe für die eingeschränkte Tn der PT liegen in der knappen, zur Verfügung stehenden Behandlungszeit und dem hohen Krankheitsstand zur Zeit der UF-Durchführung. Letzteres gilt ebenso für die ET und dessen SG. Eine Verlängerung des Zeitraumes hätte die Rücklaufquote erhöhen können.

Sowohl unter den PT als auch den SG war der Anteil des weiblichen Geschlechtes hoch. Dies stellt eine Limitation dar, ohne welche eine Verallgemeinerung besser möglich gewesen wäre.

Die TN hatten die Möglichkeit, zwischen der UF in Papier- und Onlineformat zu entscheiden. Diese Wahlmöglichkeit kann überfordernd auf sie gewirkt haben, da sie aufgefordert wurden eine Entscheidung zu treffen. Dies kann die UF beeinflusst haben. Die Beantwortung in Papierform ermöglichte den ET, nicht alle Fragen zu beantworten. Dies wirkt sich einschränkend auf die Ergebnisse aus.

Während der UF-Durchführung bestand keine Kontrolle über die Befragungssituation. Es ist nicht bekannt, unter welchem Zeitdruck oder sonstiger beeinflussender Faktoren die PT und ET beim Ausfüllen der UF standen. Zudem ist unklar, ob die Fragen überflogen oder ausführlich gelesen wurden. Des Weiteren ist es möglich, dass nicht alle Fragen wahrheitsgemäß beantwortet und identisch interpretiert wurden. Die Befragten müssen sich für die Angaben zur Geburt an zurückliegende Ereignisse erinnern können. Dies eröffnet die Möglichkeit eines Recall und Reporting Bias. Ebenso besteht ein Selektionsbias, da die erhobene UF durch eine einzige Person durchgeführt wurde. Diese Faktoren können die UF-Ergebnisse verzerrt haben.

Zudem ist für diese Arbeit zu beachten, dass Korrelation nicht in jedem Fall gleichbedeutend mit Kausalität zu verwenden ist.

5.8 Einhaltung der Gütekriterien

Bei Umsetzung dieser Arbeit wurde auf die Einhaltung der in Kapitel 3.3 erläuterten Gütekriterien geachtet.

Die Objektivität konnte gesichert werden, indem alle TN als erstes Blatt der UF eine Aufklärung über das Thema, den Zweck der BA bzw. UF und eine Datenschutzerklärung erhielten. Durch Aushändigung eines UF-Stapels an die einzelnen Praxen trat der UF-Leiter vor der UF nicht mit den TN in Kontakt. Eine Einflussnahme durch den UF-Leiter auf die Forschungsergebnisse war somit ausgeschlossen und die Objektivität gesichert.

Externe Validität konnte innerhalb dieser Arbeit größtenteils sichergestellt werden. Der Grund dafür ist, dass die untersuchte Stichprobe repräsentativ für die Grundgesamtheit ist, da jede pB unter ähnlichen Umständen durchgeführt wird. Eine größere zu untersuchende Stichprobenpopulation wäre jedoch wünschenswert für folgende Untersuchungen. Des Weiteren erfolgte die UF innerhalb der Praxen im natürlichen Umfeld der PT und ET, da kein anderer Ort als der typische der Behandlung gewählt

wurde. Die TN wurden mittels eines Anschreibens vor der UF über die Inhalte der Untersuchung und den darauf abgestellten Datenschutz aufgeklärt. Die UF endet mit personenbezogenen Fragen und beginnt nicht mit ihnen. Dadurch konnte die externe Validität ebenfalls generiert werden. Mittels der Untersuchung wurde die der Arbeit zugrundeliegende Frage, unter vorheriger Festlegung von Ein- und Ausschlusskriterien, erörtert. Dadurch konnte des Weiteren die Validität eingehalten werden.

Es wird davon ausgegangen, dass eine erneute Untersuchung mit derselben Methode zu vergleichbaren Ergebnissen führt. Aus diesem Grund ist die Reliabilität dieser Arbeit gesichert.

6 Fazit

Die vorliegende BA untersuchte folgende Forschungsfrage:

„Inwiefern tragen zmB bei der Anwendung traditioneller pSB zur motorischen Entwicklung des SG bei?“.

Für die Beantwortung wurde eine Mixed-Methods-UF zur Untersuchung des Einflusses zmB auf die pSB in pP durchgeführt.

Aus den Ergebnissen lässt sich schließen, dass alle Beteiligten der pSB diese als Wechselbeziehung zwischen Menschen ansehen und einen aktiven Part untereinander einnehmen. Innerhalb dieser Behandlung fühlen sich die ET mehr der Rolle der MT oder des Vaters zugeschrieben sowie ihrem SG emotional näher. Sowohl die vK als auch die nvK beeinflussen die zmB zwischen dem PT, dem SG und dessen ET. Weitere beeinflussende Faktoren stellen unter anderem das Geschlecht und Alter des SG, die Gefühlslage aller involvierten Personen, die Berufserfahrung und Sicherheit der PT sowie grundlegende Erfahrungen der ET dar.

Die Ergebnisse der Forschung zeigen, dass die zmB die pB von SG und damit dessen motorischen Outcome in unterschiedlichem Ausmaß beeinflusst. Einen besonders großen Einfluss haben die vK und nvK. Der bewusste, wirksame Einsatz der einzelnen Komponenten ermöglicht, das motorische Outcome der SG zu verbessern und erreicht somit das Ziel einer pB. Die Anwendung der acht Handlungsempfehlungen vergrößert das Potential der gezielten Verbesserungen von pB. Sie ermöglichen den PT, an den Einschränkungen der ET-SG-Konstellation im alltäglichen Familienleben effektiv mitzuwirken. Auf Grundlage der hohen Rücklaufquote und der gesicherten Reliabilität, können diese Erkenntnisse als repräsentativ angesehen werden.

Die von Ritter im Jahr 1999 angefertigten Ausführungen zum Einfluss zmB auf die Säuglingsbehandlung können bestätigt und als weiterhin aktuell betrachtet werden. Die angewandte Methode stellt eine mögliche Vorgehensweise zur Untersuchung des Themas dar. Dennoch bedarf es eines messbaren Testverfahrens, um motorische Verbesserungen feststellen zu können. Es handelt sich um ein bisher wenig erforschtes Thema in der Physiotherapie, welches jedoch (wie aufgezeigt) von großer Bedeutung ist. Aus diesem Grund empfiehlt es sich, weitere Untersuchungen durchzuführen. Die Bereitstellung der UF für weitere Forschende gewährleistet, dass diese Untersuchung

wiederholt werden kann. Dennoch sollte, trotz der vor allem im Säuglingsalter vorhandenen Bedeutung der nvK, geprüft werden, ob es sinnvoll ist, die Untersuchung auf andere Altersabschnitte im Leben eines KD zu erweitern. So ist es möglich, auf deren unterschiedliche Besonderheiten, z.B. die der Adoleszenz, einzugehen und somit für weitere Altersgruppen hilfreiche Ergebnisse zu erzielen.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Elemente der Interaktion und deren Einfluss auf die zmB.....	5
Abbildung 2: Schlüsselpunkte des Körpers.....	11
Abbildung 3: Aktivierung des Reflexkriechens in Bauchlage	12
Abbildung 4: Aktivierung des Reflexumdrehens in Rückenlage	13
Abbildung 5: Aktivierung des Reflexumdrehens in Seitlage	13
Abbildung 6: Menschenbilder in der Physiotherapie	15
Abbildung 7: therapeutisches Dreieck	16
Abbildung 8: Ergebnisse Umfrage 1, Frage 2.1	25
Abbildung 9: Ergebnisse Umfrage 1, Frage 2.2	25
Abbildung 10: Ergebnisse Umfrage 2, Frage 2.1	26
Abbildung 11: Ergebnisse Umfrage 2, Frage 2.2	26
Abbildung 12: Ergebnisse Umfrage 2, Frage 16	26
Abbildung 13: Ergebnisse Umfrage 2, Frage 15	26
Abbildung 14: Ergebnisse Umfrage 2, Frage 17	27
Abbildung 15: Ergebnisse Umfrage 1 und 2, Frage 3.1	28
Abbildung 16: Ergebnisse Umfrage 1 und 2, Frage 3.2	28
Abbildung 17: Ergebnisse Umfrage 1 und 2, Frage 4.1	29
Abbildung 18: Ergebnisse Umfrage 1 und 2, Frage 4.2	29
Abbildung 19: Ergebnisse Umfrage 1 und 2, Frage 5.1	30
Abbildung 20: Ergebnisse Umfrage 1 und 2, Frage 5.2	30
Abbildung 21: Ergebnisse Umfrage 1 und 2,	31
Abbildung 22: Ergebnisse Umfrage 1 und 2,	31
Abbildung 23: Ergebnisse Umfrage 1, Frage 9	31
Abbildung 24: Ergebnisse Umfrage 1, Frage 10	32

Abbildung 25: Ergebnisse Umfrage 1, Frage 13	32
Abbildung 26: Ergebnisse Umfrage 2, Frage 7	33
Abbildung 27: Ergebnisse Umfrage 2, Frage 9	33
Abbildung 28: Ergebnisse Umfrage 2, Frage 10	33
Abbildung 29: Ergebnisse Umfrage 2, Frage 11	34
Abbildung 30: Ergebnisse Umfrage 2, Frage 13 und 14	34
Abbildung 31: Ergebnisse Umfrage 2, Frage 20	35
Abbildung 32: Ergebnisse Umfrage 2, Frage 23.2	35
Abbildung 33: Ergebnisse Umfrage 2, Frage 23.3	36
Abbildung 34: Lagereaktionen nach Vojta	XV
Abbildung 35: Umfrage 1 des Physiotherapeuten.....	XIX
Abbildung 36: Umfrage 2 der Eltern.....	XXIV
Abbildung 37: Ergebnisse Umfrage 1, Frage 1	XXV
Abbildung 38: Ergebnisse Umfrage 2, Frage 1	XXV
Abbildung 39: Ergebnisse Umfrage 1, Frage 8	XXV
Abbildung 40: Ergebnisse Umfrage 1, Frage 11	XXVI
Abbildung 41: Ergebnisse Umfrage 2, Frage 8	XXVI
Abbildung 42: Ergebnisse Umfrage 2, Frage 18	XXVI
Abbildung 43: Ergebnisse Umfrage 2, Frage 19	XXVII
Abbildung 44: Ergebnisse Umfrage 2, Frage 23.2	XXVII

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Infantile Reflexe innerhalb der ersten zwölf Lebensmonate	8
Tabelle 2: Normale und abweichende Entwicklung des Säuglings	XXVIII
Tabelle 3: A priori festgelegte Ein- und Ausschlusskriterien	XXIX
Tabelle 4: Übersicht der Fort- und Weiterbildungen der Physiotherapeuten, Umfrage 1, Frage 12	XXX
Tabelle 5: Erwartungen der Physiotherapeuten und Eltern an die Therapieeinheit, Umfrage 1 (Frage 7) und Umfrage 2 (Frage 12)	XXXI
Tabelle 6: Verteilung der Schwangerschaften und Geburten, Umfrage 2, Fragen 21 und 22	XXXIII
Tabelle 7: Umfrage 1, Frage 13	XXXIV
Tabelle 8: Umfrage 2, Frage 19	XXXV
Tabelle 9: Umfrage 2, Frage 20	XXXVI
Tabelle 10: Umfrage 2, Frage 22	XXXVII
Tabelle 11: Umfrage 2, Frage 23.3	XXXVIII
Tabelle 12: Umfrage 2, Frage 23.1	XXXIX
Tabelle 13: Umfrage 1, Frage 10	XL
Tabelle 14: Umfrage 2, Frage 23.2	XLI
Tabelle 15: Umfrage 1, Frage 8	XLII
Tabelle 16: Umfrage 2, Frage 11	XLIII

Abkürzungsverzeichnis

AM	arithmetisches Mittel
BA	Bachelorarbeit
BK	Bobath-Konzept
BP	Bezugsperson
bzgl.	bezüglich
ET	Eltern
KD	Kind/er
MT	Mutter/Mütter
MW	Mittelwert
nvG	nonverbale Gesprächsführung
nvK	nonverbale Kommunikation/Konversation
pB	physiotherapeutische Behandlung/en
pSB	physiotherapeutische Säuglingsbehandlung/en
pP	physiotherapeutische Praxis/Praxen
PT	Physiotherapeut/en, Therapeut/en
SBP	Säuglingsbezugsperson/en
SG	Säugling/e
Tn	Teilnahme
TN	der/die Teilnehmer
UF	Umfrage/n
vG	verbale Gesprächsführung
vgl.	vergleiche
vK	verbale Kommunikation/Konversation
VT	Vojta-Therapie
zmB	zwischenmenschliche Beziehung

Literaturverzeichnis

- Álvarez-Gonzalo, V., Pandiella-Dominique, A., Kürlander-Arigón, G., Simó-Segovia, R., Caballero, F. F., & Miret, M. (2021). Validation of the PDMS-2 scale in the Spanish population. Evaluation of physiotherapy intervention and parental involvement in the treatment of children with neurodevelopmental disorders. *Revista De Neurologia*, 73(3), 81–88. <https://doi.org/10.33588/rn.7303.2021007>
- Antwerpes, F. (o. D., a). Intrafusul. DocCheck Flexikon. Abgerufen am 18. Dezember 2022, von <https://flexikon.doccheck.com/de/Intrafusul>
- Antwerpes, F. (o. D., b). Ontogenese. DocCheck Flexikon. Abgerufen am 18. Dezember 2022, von <https://flexikon.doccheck.com/de/Ontogenese>
- Antwerpes, F. (o. D., c). Postural. DocCheck Flexikon. Abgerufen am 18. Dezember 2022, von <https://flexikon.doccheck.com/de/Postural>
- Antwerpes, F. (o. D., d). Tonus. DocCheck Flexikon. Abgerufen am 18. Dezember 2022, von <https://flexikon.doccheck.com/de/Tonus>
- Banaszek, G. (2010). [Vojta's method as the early neurodevelopmental diagnosis and therapy concept]. *Przegląd Lekarski*, 67(1), 67–76.
- Benning, V. (2020, März 6). Arithmetisches Mittel verstehen und berechnen. Scribbr. Abgerufen am 07. Dezember 2022, von <https://www.scribbr.de/statistik/arithmetisches-mittel/>
- Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek. (2022). *Epidemiologie für Dummies* (4. Aufl.). Wiley-VCH GmbH.
- Blanchard, Y., & Øberg, G. K. (2015). Physical therapy with newborns and infants: Applying concepts of phenomenology and synactive theory to guide interventions. *Physiotherapy Theory and Practice*, 31(6), 377–381. <https://doi.org/10.3109/09593985.2015.1010243>
- Center on the Developing Child. (2010). *InBrief: The Foundations of Lifelong Health*. Center on the Developing Child at Harvard University. <https://developingchild.harvard.edu/resources/inbrief-the-foundations-of-lifelong-health/>

- Cerebralparese: Bedeutung, Definition, Herkunft. (o. D.). fremdwort.de. Abgerufen am 18. Dezember 2022, von <https://www.fremdwort.de/suchen/bedeutung/cerebralparese>
- Dammshäuser, B. (2012). Bobath-Konzept in der Pflege—Grundlagen, Problemerkennung und Praxis (2. Aufl.). Urban & Fischer Verlag.
- „Die Lagereaktionen nach Vojta“. (o. D.). Medimont Verlag GmbH. Abgerufen am 24. Dezember 2022, von <https://www.vojta.com/de/service/buecher>
- distal: Bedeutung, Definition, Herkunft. (o. D.). fremdwort.de. Abgerufen 18. Dezember 2022, von <https://www.fremdwort.de/suchen/bedeutung/distal>
- Dresden International University. (o. D.). DIU. Abgerufen am 24. Dezember 2022, von <https://www.di-uni.de/x>
- Erstellung eines Fragebogens. (2007). VWA.
- Fazilitation: Bedeutung, Definition, Herkunft. (o. D.). fremdwort.de. Abgerufen am 18. Dezember 2022, von <https://www.fremdwort.de/suchen/bedeutung/fazilitation>
- Feldkamp, M. (1974). Motorisches Lernen in der Krankengymnastik, insbesondere in der Therapie des zerebralparetischen Kindes.
- Fiebiger, S. (2021, 29. Januar). Was versteht man unter Therapietreue bzw. Adhärenz? Schlaganfallbegleitung. <https://schlaganfallbegleitung.de/praevention/adhaerenz>
- Flehmig, I. (2007). Normale Entwicklung des Säuglings und ihre Abweichungen: Früherkennung und Frühbehandlung. Georg Thieme Verlag. Abgerufen am 24. Dezember 2022, von <https://shop.thieme.de/Normale-Entwicklung-des-Saeuglings-und-ihre-Abweichungen/9783131558275>
- Fundamentals. (2022). <https://www.vojta.com/en/the-vojta-principle/vojta-therapy/fundamentals>
- Gavarry, O., Lentin, G., Pezery, P., Delextrat, A., Chaumet, G., Boussuges, A., & Piscione, J. (2018). A Cross-Sectional Study Assessing the Contributions of Body Fat Mass and Fat-Free Mass to Body Mass Index Scores in Male Youth

- Rugby Players. *Sports Medicine - Open*, 4, 17. <https://doi.org/10.1186/s40798-018-0130-7>
- Gustafson, S. L., & Rhodes, R. E. (2006). Parental Correlates of Physical Activity in Children and Early Adolescents: *Sports Medicine*, 36(1), 79–97. <https://doi.org/10.2165/00007256-200636010-00006>
- Håkstad, R. B., Obstfelder, A., & Øberg, G. K. (2018). A qualitative study of clinical reasoning in physiotherapy with preterm infants and their parents: Action and interaction. *Physiotherapy Theory and Practice*, 34(9), 692–704. <https://doi.org/10.1080/09593985.2017.1423524>
- Haus, K.-M. (2011). *Neurophysiologische Behandlung bei Erwachsenen: Grundlagen der Neurologie, Behandlungskonzepte, Alltagsorientierte Therapieansätze*. Springer-Verlag. Abgerufen 23. Dezember 2022, von: <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-642-41929-4>
- Held, D., Heisch, M., & Koch, U. (1983). *Soziale und psychologische Aspekte krankengymnastischer Frühtherapie von CR-Risikokindern (Bd. 14)*.
- Hoehne, R. (1983). *Die ärztliche Rolle in der Frühförderung. Einige kritische Anmerkungen zur ärztlichen Aufklärung*. Ernst Reinhardt Verlag.
- Högemann, D. M. S. (o. D.). *Muskelspindel*. DocCheck Flexikon. Abgerufen am 18. Dezember 2022, von <https://flexikon.doccheck.com/de/Muskelspindel>
- Horstmann, T. (1982). *Frühförderung bei Kindern mit cerebralen Bewegungsstörungen unter sonderpädagogischen Aspekten. Längsschnittuntersuchungen an 58 Kindern vom 1. bis 7. Lebensjahr*. G. Schindele.
- Hussy, W., Schreier, M., & Echterhoff, G. (2013). *Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaften für Bachelor*. Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-34362-9>
- Ilyka, D., Johnson, M. H., & Lloyd-Fox, S. (2021). Infant social interactions and brain development: A systematic review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 130, 448–469. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.09.001>

- Khan, M. H., Helsper, J., Farid, M. S., & Grzegorzec, M. (2018). A computer vision-based system for monitoring Vojta therapy. *International Journal of Medical Informatics*, 113, 85–95. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2018.02.010>
- Kohl, H. W., & Hobbs, K. E. (1998). Development of physical activity behaviors among children and adolescents. *Pediatrics*, 101(3 Pt 2), 549–554.
- Legerstee, M. (2009). The role of dyadic communication in social cognitive development. *Advances in Child Development and Behavior*, 37, 1–53. [https://doi.org/10.1016/s0065-2407\(09\)03701-x](https://doi.org/10.1016/s0065-2407(09)03701-x)
- Lillo-Navarro, C., Medina-Mirapeix, F., Escolar-Reina, P., Montilla-Herrador, J., Gomez-Arnaldos, F., & Oliveira-Sousa, S. L. (2015). Parents of children with physical disabilities perceive that characteristics of home exercise programs and physiotherapists' teaching styles influence adherence: A qualitative study. *Journal of Physiotherapy*, 61(2), 81–86. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2015.02.014>
- Loprinzi, P. D., & Trost, S. G. (2010). Parental influences on physical activity behavior in preschool children. *Preventive Medicine*, 50(3), 129–133. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2009.11.010>
- Loy, T. (2015, Oktober 16). Offene Fragen. *Statistik und Beratung - Daniela Keller*. <https://statistik-und-beratung.de/2015/10/offene-fragen/>
- Mahler, M., Pine, F., & Bergmann, A. (2008). *Die psychische Geburt des Menschen—Symbiose und Individuation*. Fischer.
- Maurer, D., & Werker, J. F. (2014). Perceptual narrowing during infancy: A comparison of language and faces. *Developmental Psychobiology*, 56(2), 154–178. <https://doi.org/10.1002/dev.21177>
- Michielsen, M., Vaughan-Graham, J. A., Holland, A., Magri, A., & Suzuki, M. (2019). The Bobath concept – a model to illustrate clinical practice: Responding to comments on Michielsen et al. *Disability and Rehabilitation*, 41(17), 2109–2110. <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1606946>
- Moosbrugger, H., & Kelava, A. (Hrsg.). (2020). *Testtheorie und Fragebogen-konstruktion*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-61532-4>

- N., S. M. S. (2013, April 28). What is PRIMACY EFFECT? Definition of PRIMACY EFFECT (Psychology Dictionary). <https://psychologydictionary.org/primacy-effect/>
- Neuhaus, A. (2022). Bobath-Therapie. <https://www.die-ergotherapie.com/cms/konzepte/195-bobath-therapie>
- Nicolay, N. (o. D.). Proximal. DocCheck Flexikon. Abgerufen 18. Dezember 2022, von <https://flexikon.doccheck.com/de/Proximal>
- Øberg, G. K., Blanchard, Y., & Obstfelder, A. (2014). Therapeutic encounters with preterm infants: Interaction, posture and movement. *Physiotherapy Theory and Practice*, 30(1), 1–5. <https://doi.org/10.3109/09593985.2013.806621>
- Ohr, B. (1983). *Kinderärztliche Vorsorge und kindliche Hirnfunktion, Therapie entwicklungsgestörter Kinder, Überdenken alter Konzepte* (Bd. 27).
- Petersen, T. L., Møller, L. B., Brønd, J. C., Jepsen, R., & Grøntved, A. (2020). Association between parent and child physical activity: A systematic review. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 17, 67. <https://doi.org/10.1186/s12966-020-00966-z>
- Prinz, D. (o. D.). Taktil. DocCheck Flexikon. Abgerufen am 18. Dezember 2022, von <https://flexikon.doccheck.com/de/Taktil>
- Propriozeption • Definition, Bedeutung. (o. D.). Studyflix. Abgerufen am 18. Dezember 2022, von <https://studyflix.de/biologie/propriozeption-3300>
- Rayce, S. B., Rasmussen, I. S., Klest, S. K., Patras, J., & Pontoppidan, M. (2017). Effects of parenting interventions for at-risk parents with infants: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 7(12), e015707. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-015707>
- Rett, A. (1982). *Neues in der Behinderung des entwicklungsgestörten Kleinkindes—Realitäten und Utopien: Bd. Psychiatrie des Säuglings- und des frühen Kleinkindalters*.
- Ritter, G. (1999). *Die zwischenmenschliche Beziehung in der Bewegungsbehandlung—Zur krankengymnastischen Arbeit mit dem Säugling* (2. Aufl.). *selbstbestimmtes leben*.

- Rocha, N. A. C. F., dos Santos Silva, F. P., dos Santos, M. M., & Dusing, S. C. (2020). Impact of mother–infant interaction on development during the first year of life: A systematic review. *Journal of Child Health Care*, 24(3), 365–385. <https://doi.org/10.1177/1367493519864742>
- Rommel, A., Hintzpeter, B., & Urbanski, D. (2018). KiGGS Welle 2 – Inanspruchnahme medizinischer Leistungen durch Kinder und Jugendliche in Deutschland, *Journal of Health Monitoring*, Robert Koch-Institut, Berlin Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Berlin. https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/JoHM_04_2018_KiGGS-Welle2_Inanspruchnahme_medizinischer_Leistungen.pdf?__blob=publication_file
- Schick, P. (2001). Vojta-Therapie. In H. Lohse-Busch, M. Riedel, & T. Graf-Baumann (Hrsg.), *Das therapeutische Angebot für bewegungsgestörte Kinder: Konzepte, Bewertungen, Ausblicke* (S. 39–50). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-642-59567-7_5
- Schönberger, F. (1966). Zur sozialpsychologischen Situation des cerebral gelähmten Kindes, *Psychologie einer Entstellung: Bd. Heilpädagogische Forschung* 1.
- Seitz, D., Siebert, J., Rahmann, T.-M., & Lüssenhop, H. (1964). *Beiträge zur Behandlung der Cerebralparese*. Richard Pflaum Verlag München.
- Shoghi, M., Sohrabi, S., & Rasouli, M. (2018). The Effects of Massage by Mothers on Mother-Infant Attachment. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 24(3), 34–39.
- Sullivan, K. J. (2009). President’s Perspective. *Journal of Neurologic Physical Therapy*, 33(1), 58–59. <https://doi.org/10.1097/NPT.0b013e318199bd20>
- TriMeXa GmbH. (o. D.). Die richtige Erstausrüstung für euer Baby | MeinBaby123. [MeinBaby123.de](https://www.meinbaby123.de). Abgerufen am 21. Dezember 2022, von <https://www.meinbaby123.de/ratgeber/babys-erstausrustung/>
- Tunnacliffe, T. (o. D.). Bobath Concept Research. IBITA. Abgerufen am 27. November 2022, von <https://ibita.org/bobath-concept-research/>

-
- Tverdokhlib, V. (o. D.). Newborn Baby Care. Pediatric Care Of Newborn. Little Baby Given Massage At Pediatricist Stock Photo - Image of family, childhood: 143941374. Abgerufen am 21. Dezember 2022, von <https://www.dreamstime.com/newborn-baby-care-pediatric-care-newborn-little-baby-given-massage-pediatricist-pediatrics-neonatology-innovations-image143941374>
- Ulich, D. (1979). Pädagogische Interaktion: Theorien erzieherischen Handelns und sozialen Lernens (2. Aufl.). Beltz.
- Umfragedaten auswerten: Alle Informationen & Tricks. (o. D.). Qualtrics. Abgerufen 30. November 2022, von: <https://www.qualtrics.com/de/erlebnismanagement/marktforschung/umfragedaten-auswerten/>
- Voigt-Radloff, S. (2016). Forschung zu komplexen Interventionen in der Pflege- und Hebammenwissenschaft und in den Wissenschaften der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie: Ein forschungsmethodischer Leitfaden zur Ermittlung, Evaluation und Implementation evidenzbasierter Innovationen; Version 2.0, März 2016. <https://doi.org/10.6094/UNIFR/10702>
- Vojta, V. (1984). Die cerebralen Bewegungsstörungen im Säuglingsalter-Frühdia- gnose und Frühtherapie (4. Aufl.). Ferdinand Enke.
- Was ist Kinesiologie? Der Begriff einfach erklärt. (o. D.). Abgerufen am 18. Dezember 2022, von https://praxistipps.focus.de/was-ist-kinesiologie-der-begriff-einfach-erklart_122820
- Zeanah, C. (2009). The Scope of Infant Mental Health.

Anhang

DIE LAGERREAKTIONEN NACH VOJTA												
Reacciones posturales Meses	1. Trimestre			2. Trimestre			3. Trimestre			4. Trimestre		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Semanas												
Reacción de Tracción												
	Postura inactiva de las piernas			Desarrollo de la sinergia flexora			Desarrollo del apoyo de las piernas					
Reacción de Landau												
	Postura inactiva			Flexión activa de las extremidades			Desarrollo del apoyo de las piernas					
Reacción a la suspensión axilar												
	Postura inactiva			Flexión activa de las piernas			Desarrollo del apoyo de las piernas					
Reacción Lateral de Vojta												
	Brazo hacia adelante tipo Moro			Extensión brazo tipo Moro			Sinergia flexora			Transición hacia la abducción del brazo y pierna superiores		
Reacción suspensión horizontal de Collis												
	Brazo hacia adelante tipo Moro			Extensión lateral tipo Moro			Pronación del antebrazo			Apoyo de la mano		
Reacción suspensión vertical de Peiper-Isbert												
	Brazo hacia adelante tipo Moro			Extensión lateral tipo Moro			Preparación al apoyo de los brazos			Patrón de apoyo de brazos completo		
Reacción suspensión vertical de Collis												
	Extensión columna cervical			Extensión columna dorsal			Extensión columna lumbar			Reacciones reflejas		
	Postura de flexión inactiva de cadera y rodilla			Comienzo de la extensión de la rodilla			Extensión de la pierna hacia delante					

Abbildung 34: Lagereaktionen nach Vojta („Die Lagereaktionen nach Vojta“, o. D.)



Liebe Physiotherapeutin, lieber Physiotherapeut,

mein Name ist Carolin Sonntag. Derzeit absolviere ich ein Studium der Physiotherapie, welches ich zeitnah mit dem Bachelor of Science abschließen werde. Im Rahmen meiner Bachelorarbeit führe ich eine Befragung zum Thema: „**Traditionelle Konzepte der physiotherapeutischen Säuglingsbehandlung – fokussiert auf den Einfluss zwischenmenschlicher Beziehungen**“ durch. Mit der Bearbeitung und Erarbeitung dieses Themas sollen Leitlinien sowohl für Eltern als auch Therapeuten abgeleitet werden, die den therapeutischen Alltag und Umgang zwischen den einzelnen Personen erleichtern. Im Folgenden finden Sie die aufgeführten Fragen. Die Ergebnisse der Umfrage werden in meiner Bachelorarbeit veröffentlicht und analysiert. Diese können Sie auf Anfrage gegen Ende des Jahres erhalten. Alle hier gegebenen Antworten unterliegen der allgemeinen Schweigepflicht sowie dem Datenschutzgesetz.

Bitte füllen Sie alle Fragen noch am selben Tag der Behandlung, am besten direkt danach aus und händigen mir die Umfrage im Nachhinein wieder aus. Alternativ können Sie auch den QR-Code zur Online-Umfrage nutzen. Die Bearbeitungszeit beträgt ca. 10 Minuten. Zur Auswertung der Umfrage ist die Beantwortung aller Fragen erforderlich.

Bei weiteren Fragen stehe ich Ihnen gern zur Verfügung. Sie erreichen mich unter folgender E-Mail-Adresse: [REDACTED]

Ich danke Ihnen für Ihre Teilnahme!

Liebe Grüße



Carolin Sonntag



Ich bin einverstanden und möchte an der Umfrage teilnehmen.

_____ (Datum, Unterschrift)

Beispiele zur Fragenbeantwortung:

1 2 3 4 5 6
stimme gar nicht zu stimme voll zu

ja nein

Kennziffer der Umfrage:



Traditionelle Konzepte der physiotherapeutischen Säuglingsbehandlung – fokussiert auf den Einfluss zwischenmenschlicher Beziehungen

1. Empfinden Sie eine physiotherapeutische Behandlung als Wechselbeziehung zwischen Menschen?

ja nein

2. In der Behandlung übernehme ich einen aktiven Part gegenüber

➤ dem Säugling.

1	2	3	4	5	6
stimme nicht zu				stimme voll zu	

➤ der Mutter/dem Vater.

1	2	3	4	5	6
stimme nicht zu				stimme voll zu	

3. Ist Ihnen mündliche Gesprächsführung während einer physiotherapeutischen Behandlung zwischen ... wichtig?

➤ Therapeut und Säugling

1	2	3	4	5	6
nein, gar nicht wichtig				ja, sehr wichtig	

➤ Therapeut und Mutter/Vater

1	2	3	4	5	6
nein, gar nicht wichtig				ja, sehr wichtig	

4. Wie sehr beeinflusste die mündliche Gesprächsführung die zwischenmenschliche Beziehung zwischen ... die heutige Behandlung?

➤ Therapeut und Säugling

1	2	3	4	5	6
gar nicht				sehr	

➤ Therapeut und Mutter/Vater

1	2	3	4	5	6
gar nicht				sehr	

Kennziffer der Umfrage:

Angaben zum Therapeuten

11. Geschlecht:

- männlich weiblich divers

12. Weiter-/Fortbildungen:

13. Berufserfahrung in Jahren (seit Erlernung einer der bei 9. stehenden Techniken):

Abbildung 35: Umfrage 1 des Physiotherapeuten

Kennziffer der Umfrage:



Traditionelle Konzepte der physiotherapeutischen Säuglingsbehandlung – fokussiert auf den Einfluss zwischenmenschlicher Beziehungen

1. Empfinden Sie eine physiotherapeutische Behandlung als Wechselbeziehung zwischen Menschen?

ja nein

2. In der Behandlung übernehme ich einen aktiven Part gegenüber ...

➤ meinem Säugling.

ja nein

➤ der Therapeutin/dem Therapeuten

ja nein

3. Ist Ihnen mündliche Gesprächsführung während einer physiotherapeutischen Behandlung zwischen ... wichtig?

➤ Therapeut und Säugling

1	2	3	4	5	6
nein, gar nicht wichtig					ja, sehr wichtig

➤ Therapeut und Mutter/Vater

1	2	3	4	5	6
nein, gar nicht wichtig					ja, sehr wichtig

4. Wie sehr beeinflusste die mündliche Gesprächsführung die zwischenmenschliche Beziehung zwischen ... in der heutigen Behandlung?

➤ Therapeut und Säugling

1	2	3	4	5	6
nein, gar nicht wichtig					ja, sehr wichtig

➤ Therapeut und Mutter/Vater

1	2	3	4	5	6
gar nicht					sehr

Kennziffer der Umfrage:

12. Was waren Ihre Erwartungen an die heutige Therapieeinheit?

13. Wie haben Sie sich während der Behandlung gefühlt?

1	2	3	4	5	6
gar nicht gut					sehr gut

14. Wie beurteilen Sie die Gefühlslage Ihres Säuglings während der Behandlung? Als:

1	2	3	4	5	6
gar nicht gut					sehr gut

15. Wie stark fühlen Sie sich während der Behandlung der Rolle der ...

Mutter/des Vaters zugeschrieben?

1	2	3	4	5	6
gar nicht					sehr

16. Wie stark fühlen Sie sich während der Behandlung der Rolle der Gehilfin/des Gehilfen zugeschrieben?

1	2	3	4	5	6
gar nicht					sehr

17. Durch die physiotherapeutische Behandlung fühle ich mich meinem Säugling emotional näher.

1	2	3	4	5	6
stimme nicht zu					stimme voll zu

18. Fühlten Sie sich von der/dem Therapeutin/en während der Behandlung gut betreut?

1	2	3	4	5	6
nein, gar nicht gut					ja, sehr gut

Kennziffer der Umfrage:

Angaben zum Säugling

19. Geschlecht

weiblich männlich

20. Alter

Angaben zur Schwangerschaft/Geburt

21. Um die wievielte Schwangerschaft handelte es sich?

22. Um ihr wieviertes Kind handelt es sich?

23. Geburt

23.1 termingerecht Frühgeburt

23.2 wenn ja, wie viele Tage/Wochen zu früh: _____

23.3 Verliefe die Geburt komplikationslos: ja nein

4

Abbildung 36: Umfrage 2 der Eltern



Abbildung 37: Ergebnisse Umfrage 1, Frage 1

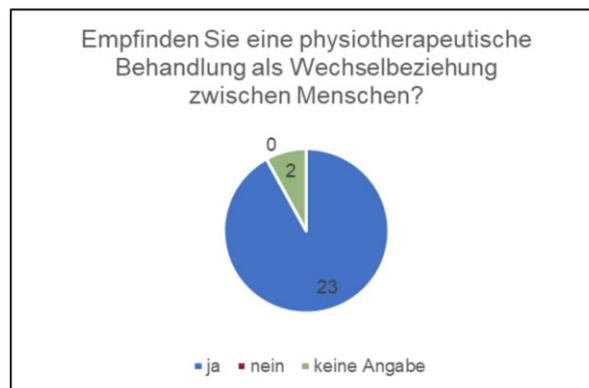


Abbildung 38: Ergebnisse Umfrage 2, Frage 1

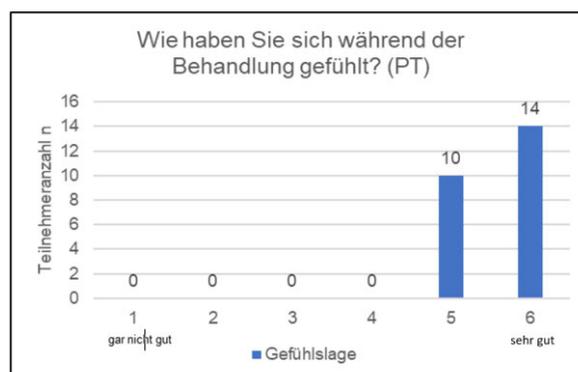


Abbildung 39: Ergebnisse Umfrage 1, Frage 8



Abbildung 40: Ergebnisse Umfrage 1, Frage 11



Abbildung 41: Ergebnisse Umfrage 2, Frage 8

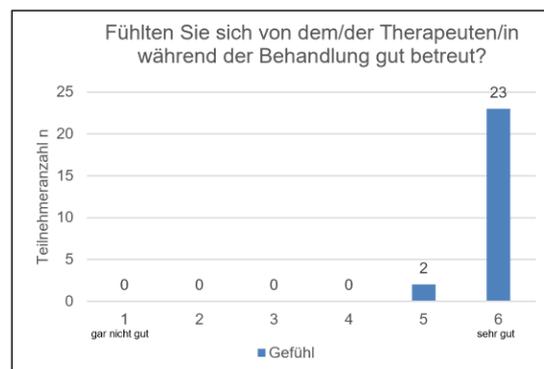


Abbildung 42: Ergebnisse Umfrage 2, Frage 18

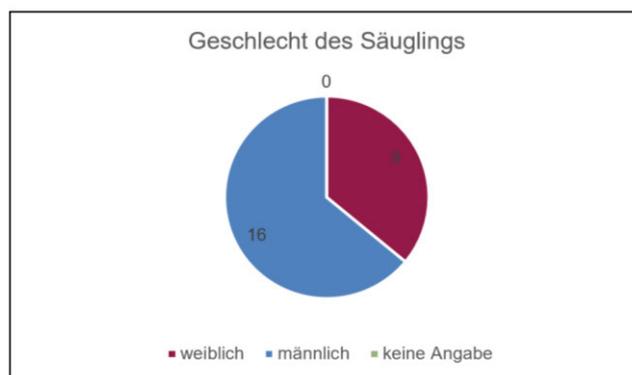


Abbildung 43: Ergebnisse Umfrage 2, Frage 19

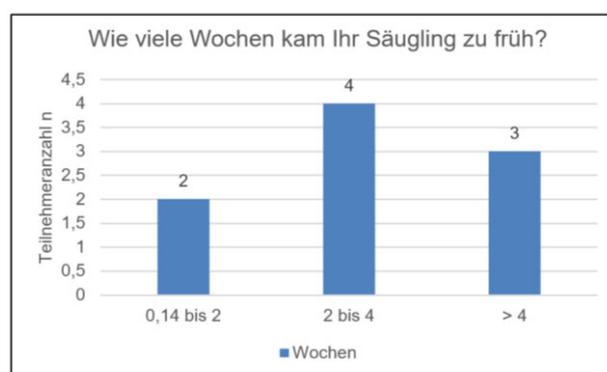


Abbildung 44: Ergebnisse Umfrage 2, Frage 23.2

Tabelle 2: Normale und abweichende Entwicklung des Säuglings (vgl. Seitz et al., 1964, 22)

Monate	Kopf und obere Extremität	Körper und untere Extremität	Verschiedenes	Pathologisches Zeichen
Neugeborenes	Starker Tonus der Halsmuskeln, Hände als Fäuste	Starker Babinski-Reflex	Saugen, Suchreflex, Schreien	Schrilles Schreien, Apathie, Saugschwäche
2. Monat	Fixieren beginnt, hebt Kinn in Bauchlage kurzfristig, Faust kurzfristig geöffnet, Greifreflex	Starker Babinski-Reflex	Saugen, Suchreflex, Schreien	Unvermindert starker Opisthotonus
3. Monat	Kopf hoch und Aufstützen auf Ellenbogen in Bauchlage	Nicht reziproke Bewegungen	Vokallaute, betrachtet eigene Hände	Starker Strabismus
4. Monat	Hält Kopf auf Rücken in Mittellage, rollt hin und her, greift gezielt, lässt los	Nicht reziproke Bewegungen	Lacht, erkennt Mutter, fixiert länger	Bleibende Fausstellung
5. Monat	Stützt sich auf ausgestreckte Arme, Kopf hoch von Rückenlage	Reziprokes Strampeln	Lacht, erkennt Mutter, fixiert länger	Bleibender Greifreflex, Kopf fällt nach hinten beim Hochziehen zum Sitzen
6. – 7. Monat	Herumrollen von Rücken- in Bauchlage, nimmt Dinge von einer Hand in die andere, steckt	Kräftiges Strampeln, setzt Beine an, beginnt zu sitzen	Unterscheidet Bekannte von Fremden, Objekte fesseln längere Zeit	Beine schwierig zu spreizen (beim Windeln), Mororeflex noch da

	Dinge in den Mund			
8. – 9. Monat	Kaut, beißt, fängt an mit Daumen und Zeigefinger zu greifen, Daumen in Opposition, isst allein alles	Kriechen, steht mit anfassen	Babbelt unverständliche Worte, antwortet auf Anruf	Beim „Kriechen“ Nachziehen der Beine, beim Stehversuch Scherenstellung
10. – 12. Monat	Supination möglich, baut mit Klötzen	Gehbeginn	Worte deutlicher, beginnt Kauen fester Speisen	Noch starker Speichelfluss
16. – 18. Monat	Isst und trinkt allein, zieht Mütze vom Kopf	Geht frei, beginnt Treppengang	Fängt an sauber zu werden, sagt Bescheid	Babinski – Reflex noch anwesend

Tabelle 3: A priori festgelegte Ein- und Ausschlusskriterien

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
PT mit Weiterbildung im Bereich der Säuglingsbehandlung (BK oder VT)	PT ohne Weiterbildung im Bereich der Säuglingsbehandlung
ET mit SG im Alter von null bis 18 Monaten, welche aktuell in pB sind	SG, welche älter als 18 Monate sind

Tabelle 4: Übersicht der Fort- und Weiterbildungen der Physiotherapeuten, Umfrage 1, Frage 12

Weiter-/Fortbildung	Prozentualer Anteil der teilnehmenden Physiotherapeuten (n = 14)
Bobath-Konzept	100 % (n = 14)
Vojta-Therapie	64 % (n = 9)
Dreidimensionale manuelle Fußtherapie bei kindlichen Fußfehlstellungen nach Zukunft-Huber	64 % (n = 9)
Atemtherapie	50 % (n = 7)
Reflektorische Atemtherapie	21 % (n = 3)
Manuelle Therapie	93 % (n = 13)
Spiraldynamik	21 % (n = 3)
Craniosacrale Therapie	43 % (n = 6)
Traumaregulationstherapie nach Intra Act	29 % (n = 4)
Ortho-Konzept©	14 % (n = 2)
Dorn-Breuss-Therapie	7 % (n = 1)
Taping	7 % (n = 1)
Sportkurse	7 % (n = 1)
Minimale cerebrale Dysfunktion-Therapie	7 % (n = 1)
Osteopathie	7 % (n = 1)

Tabelle 5: Erwartungen der Physiotherapeuten und Eltern an die Therapieeinheit, Umfrage 1 (Frage 7) und Umfrage 2 (Frage 12)

Physiotherapeuten (n=24)	Eltern
Kniestand beüben	Dass das Kind gut mitmacht.
Bauchlage tolerieren	Dass das Kind sicherer im Stehen wird.
Seitlage erarbeiten und stabilisieren (n=3)	keine
Kopf halten	Dass meinem Kind geholfen wird.
therapiefähiges Kind	Dass Kind Fortschritte in seiner Entwicklung zeigt.
hochziehen in Stand	Bewegungsabläufe hinsichtlich des Stützes/Stehens/Sitzens weiter einüben
Anleitung und Beobachtung (n=2)	harmonisierende, motivierende Wirkung
aktives Loben des Kindes	üben von Bewegungseinheiten (Drehen)
Erarbeitung einer verbesserten Beweglichkeit	Motorik linksseitig verbessern
Kräftigung der Rumpfmuskulatur und Stützaktivität des Schultergürtels in Seitlage	Entspannung des Kindes
Motivation des Kindes während/für die Übung (n=2)	Frage beantwortet zu bekommen: Wie kann ich meinem Sohn am besten helfen?
Drehen von Rückenlage in Seitlage und Rückenlage in Bauchlage (n=3)	positiv
Erarbeitung der Symmetrie der Kopfhaltung (n=2)	weitere Aktivierung der nicht-bevorzugten Körperseite
Erarbeitung Gewichtsverlagerung zur Seite	Wiederholung bereits bekannter Übungen

Kind "wach" machen, Ansprache	ggf. neue Übungen
Blickkontakt herstellen	Dass mein Sohn wieder im Augenkontakt gestärkt wird.
Regulation (n=2)	Das Kind das auf dem Bauch liegen leichter fällt.
Aktivierung physischer Bewegungsmuster	das bisherige Handling zu vertiefen
Hemmung von Pathologie (n=2)	neue Informationen für mich über eventuelle Verhaltensweisen meines Sohnes erhalten
Senkung Hypertonus (n=2)	Keine konkreten Erwartungen
Erarbeitung des Sitzes	Stück für Stück an "motorischen" Problemen arbeiten
Verbesserung der Rumpfrotation	Anregung der nächsten Entwicklungsschritte
Erarbeitung des nächsten motorischen Entwicklungsschrittes	weitere Verbesserungen zwecks des Drehens
Schossbehandlung	Stärkung Muskulatur
Förderung der Symmetrie (n=2)	aktive Behandlung
Eintritt in die Diagonale (n=2)	Tipps und Anleitung
Erarbeitung Vierfüßlerstand (n=2)	Kind soll Vierfüßler üben
Rumpfstabilität	Dass sie es besser gemacht hat als die vorherigen Termine.
beim Säugling ruhige und sichere Atmosphäre schaffen	Therapeutin positiv gegenüber Kind und motivierend sein
motivieren SL beidseits halten	Das Therapie anschlägt und hilfreich für Kind ist.

in Bauchlage Ausbau der Schultergürtelregion	Fortschritte (auch kleine) machen glücklich.
optimieren der Armposition und der Kopfhaltung	
Körperschwerpunkt caudalisieren	
Aufstehen aus dem Kniestand über den Einbeinstand ins Stehen, über den Bauch am Gegenstand, um Hände zu lösen und mit diesen zu spielen	
Stabilität des Standes (n=2)	

Tabelle 6: Verteilung der Schwangerschaften und Geburten, Umfrage 2, Fragen 21 und 22

Anzahl der Schwangerschaften (n = 24)	Anzahl der Geburten (n = 25)
1 (n = 7)	1 (n = 11)
2 (n = 8)	2 (n = 12)
3 (n = 6)	3 (n = 2)
5 (n = 1)	
6 (n = 1)	

Tabelle 7: Umfrage 1, Frage 13

Frage 13	Berufserfahrung in Jahren (seit Erlernung einer der bei 9. stehenden Techniken):					
	0 bis 5	5 bis 10	10 bis 15	15 bis 20	20 bis 25	25 bis 30
Frage 3.1	5,67	6	6	5,8	5,5	5
Frage 3.2	5,67	5,83	6	5,6	5,33	6
Frage 4.1	5,67	6	6	5,6	5,67	6
Frage 4.2	5,33	5,83	4	5,6	5	6
Frage 5.1	5,5	5,17	1	3,6	4,83	6
Frage 5.2	5	5,17	2	3,6	4,17	6
Frage 6.1	5,5	5,33	0	4,2	4,67	6
Frage 6.2	5	5,17	0	3,8	4,5	6
Zusammenhang mit der zwischenmenschlichen Beziehung						
verbal	5,58	5,92	5,5	5,65	5,38	5,75
nonverbal	5,25	5,21	0,75	3,8	4,55	6

Tabelle 8: Umfrage 2, Frage 19

Frage 19	Geschlecht des Säuglings		
	weiblich	männlich	keine Angabe
Frage 3.1	5,8	6,9	0
Frage 3.2	5,0	5,6	0
Frage 4.1	5,7	5,5	0
Frage 4.2	5,1	5,4	0
Frage 5.1	4,7	4,2	0
Frage 5.2	3,1	3,6	0
Frage 6.1	4,7	4,4	0
Frage 6.2	3,3	3,7	0
Zusammenhang mit der zwischenmenschlichen Beziehung			
verbal	5,4	5,8	0
nonverbal	3,9	4,0	0

Tabelle 9: Umfrage 2, Frage 20

Frage 20	Alter der Säuglinge				
	0-3	drei bis sechs	sechs bis neun	neun bis zwölf	>12
Frage 3.1	5,6	5,7	5,6	5,8	6,0
Frage 3.2	5,4	5,9	5,2	5,8	5,3
Frage 4.1	5,6	5,7	5,2	5,8	5,3
Frage 4.2	5,3	5,6	5,2	5,8	4,7
Frage 5.1	3,8	3,9	5,4	5,3	5,0
Frage 5.2	3,3	3,4	4,2	3,5	4,0
Frage 6.1	3,6	4,3	4,4	4,8	5,0
Frage 6.2	3,6	4,1	2,8	3,3	4,7
Zusammenhang mit der zwischenmenschlichen Beziehung					
verbal	5,5	5,7	5,3	5,8	5,3
nonverbal	3,6	3,9	4,2	4,2	4,7

Tabelle 10: Umfrage 2, Frage 22

Frage 22	Anzahl der Kinder		
	1	2	3
Frage 3.1	5,7	5,7	6,0
Frage 3.2	5,6	5,3	6,0
Frage 4.1	5,7	5,4	6,0
Frage 4.2	5,5	5,2	6,0
Frage 5.1	5,4	3,9	2,5
Frage 5.2	3,7	3,8	3,0
Frage 6.1	5,0	4,2	4,0
Frage 6.2	3,7	3,6	2,5
Zusammenhang mit der zwischenmenschlichen Beziehung			
verbal	5,6	5,4	6,0
nonverbal	4,5	3,9	3,0

Tabelle 11: Umfrage 2, Frage 23.3

Frage 23.3	Verlief die Geburt komplikationslos?		
	kompliationslos	nicht kompliationslos	keine Angabe
Frage 3.1	5,8	5,5	0
Frage 3.2	5,5	5,4	0
Frage 4.1	5,7	5,4	0
Frage 4.2	5,5	5,0	0
Frage 5.1	4,1	4,8	0
Frage 5.2	3,7	3,5	0
Frage 6.1	4,3	4,4	0
Frage 6.2	3,6	3,5	0
Zusammenhang mit der zwischenmenschlichen Beziehung			
verbal	5,6	5,3	0
nonverbal	3,9	4,0	0

Tabelle 12: Umfrage 2, Frage 23.1

Frage 23.1	Zeitpunkt der Geburt		
	termingerecht	Frühgeburt	keine Angabe
Frage 3.1	5,5	6,0	0
Frage 3.2	5,3	5,8	0
Frage 4.1	5,4	5,9	0
Frage 4.2	5,1	5,8	0
Frage 5.1	4,5	4,3	0
Frage 5.2	3,6	3,8	0
Frage 6.1	4,1	4,8	0
Frage 6.2	3,2	4,2	0
Zusammenhang mit der zwischenmenschlichen Beziehung			
verbal	5,3	5,9	0
nonverbal	3,8	4,3	0

Tabelle 13: Umfrage 1, Frage 10

Frage 10	Fühlen Sie sich in der Anwendung dieser Technik sicher?					
	1	2	3	4	5	6
Frage 3.1	0	0	0	6	5,5	5,78
Frage 3.2	0	0	0	6	5,67	5,61
Frage 4.1	0	0	0	6	5,5	5,78
Frage 4.2	0	0	0	6	5,33	5,39
Frage 5.1	0	0	0	6	5,33	4,39
Frage 5.2	0	0	0	6	4,83	4,22
Frage 6.1	0	0	0	6	5,17	4,76
Frage 6.2	0	0	0	6	4,83	4,53
Zusammenhang mit der zwischenmenschlichen Beziehung						
verbal	0	0	0	6	5,5	5,64
nonverbal	0	0	0	6	5,04	4,48

Tabelle 14: Umfrage 2, Frage 23.2

Frage 23.2	Wie viele Tage/Wochen zu früh?			
	1 Tag bis 2 Wochen	2-4 Wochen	> 4 Wochen	keine Angabe
Frage 3.1	6,0	5,7	5,7	0
Frage 3.2	6,0	5,7	5,7	0
Frage 4.1	6,0	5,7	5,3	0
Frage 4.2	6,0	5,7	5,3	0
Frage 5.1	4,0	3,3	3,0	0
Frage 5.2	3,5	2,0	3,7	0
Frage 6.1	4,0	3,3	4,7	0
Frage 6.2	3,8	1,7	4,0	0
Zusammenhang mit der zwischenmenschlichen Beziehung				
verbal	6,0	5,7	5,5	0
nonverbal	3,8	2,6	3,8	0

Tabelle 15: Umfrage 1, Frage 8

Frage 8	Wie haben Sie sich während der Behandlung gefühlt?					
	1	2	3	4	5	6
Frage 3.1	0	0	0	0	5,6	5,85
Frage 3.2	0	0	0	0	5,6	5,69
Frage 4.1	0	0	0	0	5,6	5,77
Frage 4.2	0	0	0	0	5,2	5,54
Frage 5.1	0	0	0	0	4,5	4,85
Frage 5.2	0	0	0	0	4,1	4,69
Frage 6.1	0	0	0	0	4,78	5,08
Frage 6.2	0	0	0	0	4,67	4,69
Zusammenhang mit der zwischenmenschlichen Beziehung						
verbal	0	0	0	0	5,5	5,71
nonverbal	0	0	0	0	4,51	4,83

Tabelle 16: Umfrage 2, Frage 11

Frage 11	Wie oft führen Sie die von Therapeuten gezeigten Übungen selbstständig zuhause durch?			
	kein Mal/Woche	1-2/Woche	3-5/Woche	keine Angabe
Frage 3.1	6,0	5,5	5,9	0
Frage 3.2	5,0	5,4	5,6	0
Frage 4.1	5,0	5,3	5,9	0
Frage 4.2	4,0	5,4	5,5	0
Frage 5.1	4,0	4,6	4,3	0
Frage 5.2	4,0	3,8	3,6	0
Frage 6.1	4,0	4,4	4,4	0
Frage 6.2	4,0	3,5	3,7	0
Zusammenhang mit der zwischenmenschlichen Beziehung				
verbal	5,0	5,4	5,7	0
nonverbal	4,0	4,1	4,0	0

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, die vorliegende Arbeit selbständig, ohne fremde Hilfe und ohne Benutzung anderer als der von mir angegebenen Quellen angefertigt zu haben. Alle aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche gekennzeichnet. Die Arbeit wurde noch keiner Prüfungsbehörde in gleicher oder ähnlicher Form vorgelegt.

Dresden, 28. Dezember 2022

Carolin Sonntag