

Ein Tabu brechen: Sexualität von Frauen mit einer Querschnittlähmung

Eine Untersuchung zum ergotherapeutischen Handlungsbedarf

Anina Stauber
S14639645

Malena Lötscher
S14639405

Departement Gesundheit
Institut für Ergotherapie
Studienjahr: ER14
Eingereicht am: 05.05.2017
Begleitende Lehrperson: Beate Krieger

**Bachelorarbeit
Ergotherapie**

Inhaltsverzeichnis

Abstract	5
1. Einleitung.....	6
1.1 Einführung ins Thema	6
1.2 Problemstellung.....	7
1.3 Relevanz für die Ergotherapie	8
1.4 Fragestellung.....	9
1.5 Zielsetzung	10
2. Theoretischer Hintergrund	10
2.1 Anatomie und Physiologie des Rückenmarks	10
2.2 Traumatisch erworbene Querschnittlähmung.....	11
2.3 Sexualität.....	12
2.4 Querschnittlähmung und Sexualität.....	13
2.5 Gender – Aspekt	14
2.6 CMOP-E Modell	15
3. Methodik	21
3.1 Literaturrecherche	21
3.2 Selektionsprozess	23
3.3 Auswahl der Hauptstudien.....	24
3.4 Evaluation der Studienqualität.....	26
4. Ergebnisse.....	28
4.1 Zusammenfassung und Würdigung Hauptstudien.....	28
4.1.1 Studie von Beckwith & Yau (2013).....	28
4.1.2 Studie von Fritz, Dillaway & Lysack (2015)	31
4.1.3 Studie von Leibowitz (2005)	34
4.1.4 Studie von McAlonan (1996).....	37

4.1.5 Studie von Westgren und Levi (1999)	41
4.2 Kategorisierung Ergebnisse im CMOP-E Modell.....	44
4.2.1 Bedürfnisse	44
4.2.2 Ergotherapie.....	52
5. Diskussion	53
5.1 Qualität der Hauptstudien.....	54
5.2 Diskussion der Ergebnisse	54
5.2.1 Bedürfnisse	55
5.2.2 Ergotherapie im CMCE Modell.....	59
6. Schlussfolgerungen	61
6.1 Theorie – Praxis Transfer.....	62
6.2 Limitationen	66
6.3 Mögliche weiterführende Fragestellungen.....	66
6.4 Fazit	67
Literaturverzeichnis	68
Abbildungsverzeichnis	73
Tabellenverzeichnis.....	74
Abkürzungsverzeichnis.....	75
Wortzahl	76
Danksagung	77
Eigenständigkeitserklärung.....	78
Anhang	79
A: Glossar	79
B: Datenbanken.....	83
C: Suchmatrix.....	84
D: Selektionsprozess.....	90
E: Studienwürdigungen	101

F: Übersichtstabelle aus Studie Leibowitz (2005).....	127
H: Broschüre	131

Anmerkungen

Mit der Aussage „traumatisch erworbene Querschnittlähmung“ (QL) werden in dieser Bachelorarbeit (BA) Rückenmarksverletzungen bezeichnet, welche die Betroffenen im Verlauf ihres Lebens durch äussere Einflüsse erlitten haben. Dabei wird nicht zwischen Paraplegie oder Tetraplegie unterschieden.

Mit „Ereignis“ wird der Zeitpunkt definiert, an welchem die Betroffenen die Rückenmarksverletzung erlitten haben.

Alle Leistungen, welche Frauen mit einer Querschnittlähmung während der Rehabilitation bezüglich Sexualität erhielten, werden in der Bachelorarbeit als „Aufklärung“ bezeichnet.

Die Urheberinnen dieser Arbeit werden folgend als „Verfasserinnen“ bezeichnet, während die Urheberinnen und Urheber der verwendeten Studien „Autorinnen“ und Autoren“ genannt werden.

Die in der Arbeit mit (*) markierten Wörter werden im Glossar beschrieben.

Abstract

Darstellung des Themas: Der Sexualität von Frauen mit einer Querschnittlähmung wird während der Rehabilitation kaum Beachtung geschenkt. Für eine ganzheitliche Behandlung von Betroffenen ist die Betätigung Sexualität in der ergotherapeutischen Praxis durchaus relevant.

Ziel: Bedürfnisse von erwachsenen Frauen mit einer traumatisch erworbenen Querschnittlähmung bezüglich Sexualität während der Rehabilitation evaluieren. Daraus sollen Empfehlungen für die ergotherapeutische Praxis aufgezeigt werden.

Methode: Zur Erreichung des Ziels dieser Bachelorarbeit wurde ein systematisches Literaturreview in den Datenbanken AMED, CINAHL, IBSS, Medline, OTDBase, PsycINFO und WebOfScience durchgeführt. Anhand bestimmter Einschlusskriterien wurden fünf Hauptstudien inkludiert, welche zusammengefasst und kritisch gewürdigt wurden. Die gefundenen Bedürfnisse von betroffenen Frauen wurden in das „Canadian Model of Occupation Performance and Engagement“ [CMOP-E] eingeteilt und mithilfe des „Canadian Model of Client-Centred Enablement“ [CMCE] passende ergotherapeutische Handlungsansätze evaluiert.

Relevante Ergebnisse: Ein Grossteil der Betroffenen empfindet die Aufklärung während der Rehabilitation als ungenügend. Sie wünschen sich, dass eine adäquate und individuelle Aufklärung während der Rehabilitation, sowie auch danach, vorhanden ist.

Schlussfolgerung: Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen stellen mit ihren Enablement Skills kompetente Fachpersonen dar, um die Sexualität bei Frauen mit einer QL während der Rehabilitation zu thematisieren. Dabei steht der Grundsatz der Klientenzentrierung im Vordergrund.

Keywords: Ergotherapie, Querschnittlähmung, Sexualität, Frauen, Bedürfnisse, Aufklärung

1. Einleitung

„When I was in rehab I was the only woman in that group, OK? There were 12 people there and I was the ONLY WOMAN, and all of the information they had was geared towards men. And I'm like, what's wrong with these people? Don't they know there are women in wheelchairs?“ (Leibowitz, 2005, S. 88)

Dieses Zitat spricht die Hauptthemen der vorliegenden BA an. Es stammt von einer Frau mit einer QL, die im Rehabilitationssetting eine Gruppentherapie besuchte, welche Themen wie die veränderte Sexualität behandelte. Die Aussage kann so interpretiert werden, dass die Frau mit dem erhaltenen Aufklärungsangebot nicht zufrieden war, da es ihre Bedürfnisse nicht deckte.

1.1 Einführung ins Thema

In der Schweiz werden jährlich allein im Schweizer Paraplegiker-Zentrum [SPZ] in Nottwil rund 1'000 Patienten und Patientinnen mit QL behandelt und rehabilitiert (Schweizer Paraplegiker-Gruppe, eingesehen am 15.04.2017). Menschen mit einer QL können krankheitsbedingte Einschränkungen in physischen, psychosozialen und emotionalen Aspekten erleben. Neben der erschwerten Ausführung von Aktivitäten des täglichen Lebens können auch Probleme bezüglich sexueller Funktionen aufgrund der QL vorherrschen (Gill, 1999). Die Ergotherapie unterstützt und befähigt solche Menschen mit einer Einschränkung beim Erwerb, der Wiederherstellung oder Erhalt von Lebensqualität, einer optimalen Handlungsfähigkeit(*) und grösstmöglicher Selbstständigkeit (ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz [EVS], 2005).

Die sexuelle Funktion ist ein fundamentaler Aspekt von Gesundheit und Wohlbefinden (Esmail, Knox & Scott, 2010) und nimmt einen wichtigen Stellenwert im Leben eines jeden Menschen ein (Reitz, Burgdörfer & Schurch, 2004).

In Maslows Hierarchie der Bedürfnisse, ersichtlich in Abbildung 1, wird die Sexualität als Grundbedürfnis eingestuft. Liebes- und Zugehörigkeitsbedürfnisse werden der dritten Ebene zugeteilt und somit bezüglich menschlichen Bedürfnissen auch sehr stark gewichtet (Maslow, 1943; Poduska, 1992).



Abbildung 1. Maslow Bedürfnispyramide

In der Literatur ist zudem beschrieben, dass die Verbesserung der sexuellen Funktion für Betroffene mit einer QL ihre Lebensqualität steigert (Anderson, Borisoff, Johnson, Steins & Elliott, 2007; Cramp, Courtois & Ditor, 2015).

Obwohl weniger Frauen von einer QL betroffen sind als Männer (Schweizer Paraplegiker Vereinigung, 2012), bezieht sich diese BA nur auf die Bedürfnisse von betroffenen Frauen. Der Sexualität von Frauen mit einer QL wird in der Literatur weniger Aufmerksamkeit gewidmet als der von Männern (Sipski, Alexander & Rosen, 2001). Deshalb wird in dieser BA untersucht, welche Bedürfnisse explizit für Frauen mit einer QL bezüglich Aufklärung bestehen.

1.2 Problemstellung

Ein Grossteil der Frauen mit einer QL möchte auch nach dem Ereignis in sexuellen Aktivitäten partizipieren(*) können (Kreuter, Taft, Siösteen & Biering-Sørensen, 2011). Die Ausübung wird jedoch meist als frustrierend und deprimierend wahrgenommen, was sich negativ auf das Selbstwertgefühl und die Motivation auswirkt (Kreuter et al., 2011). Aus bestehender Literatur geht hervor, dass viele Frauen mit dem unzureichenden Erhalt von Informationen und unbefriedigender Betreuung während der Rehabilitation bezüglich Sexualität unzufrieden sind (Kreuter, Siösteen & Biering-Sørensen, 2008; Richard, Tepper, Whipple & Komisaruk, 1997). Während der Rehabilitation besteht die Aufklärung laut Tepper, Whipple, Richards und Komisaruk (2001) für Frauen mit einer QL meist nur aus der Information, dass

Anina Stauber & Malena Lötscher

eine Schwangerschaft noch möglich ist.

Die sexuelle Dysfunktion und die Bedürfnisse von Männern mit einer QL sind besser erforscht als bei Frauen (Kreuter et al., 2008; Parker & Yau, 2012). Ursachen dafür können laut Summerville et al. (1998) sein, dass mehr Männer von einer QL betroffen sind und die Annahme vorherrscht, dass es für Frauen einfacher sei, sich den veränderten sexuellen Funktionen anzupassen.

1.3 Relevanz für die Ergotherapie

Die Ergotherapie geht davon aus, dass die Fähigkeit eines Menschen für ihn bedeutungsvolle Handlungen auszuführen, in einem positiven Zusammenhang steht mit seiner Gesundheit (EVS, 2005). Sexuelle Aktivitäten gelten gegenwärtig als Betätigung(*) (AOTA, 2014). Mc Grath und Sakellariou (2016) fordern, dass in der Ergotherapie der Sexualität die gleiche Priorität beigemessen werden muss wie anderen Betätigungen. Jedoch wird das Thema Sexualität von Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen in der Praxis häufig vermieden (Esmail et al., 2010; Hyland & Mc Grath, 2013). Diese Nichtbeachtung von Sexualität während der Therapie kann laut Hyland et al. (2013) unterschiedliche Gründe haben. Neben fehlendem Fachwissen kann es sein, dass Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen das Gefühl haben, ungenügend vorbereitet zu sein um Sexualität anzusprechen oder Angst haben, Kränkung oder Zorn bei den Betroffenen zu verursachen (Hyland et al., 2013). Um aber einen holistischen(*) Therapieansatz zu bieten, müssen Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen die Sexualität als wesentliche Identitätskomponente während der Therapie unbedingt miteinschliessen (Sakellariou & Algado, 2006).

Daher ist es in allen Rehabilitationszentren für Menschen mit einer QL notwendig, dass Sexualität angesprochen wird und ihr gleich viel Beachtung geschenkt wird wie anderen wichtigen Themen während der Rehabilitation (Esmail et al., 2010; Northcott & Chard, 2000). Summerville et al. (1998) schlussfolgern, dass Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen als Teil eines multidisziplinären Teams eine aktive Rolle bei der Bereitstellung von sexuellen Beratungsprogrammen von Menschen mit physischen Einschränkungen einnehmen. Sie stellen aufgrund ihrer Fertigkeiten in Problemlösestrategien und Aktivitätsanalysen(*) auch passende Fachpersonen dar,

um Menschen mit einer QL bei Performanzproblemen(*) in sexuellen Handlungen Hilfe zu bieten (Summerville et al., 1998).

Das ergotherapeutische Modell „Psychosocial Components of Occupational Therapy“ von Anne Cronin Mosey definiert bereits 1986 die sexuelle Identität eines Individuums als eine Performanzkomponente. Dabei wird die Sexualität der Komponente der psychischen Funktion zugeordnet. Mosey bringt zum Ausdruck, dass die sexuelle Funktion oder Aktivität ein relevantes Problem für Individuen mit einer Einschränkung und deren Partner darstellen kann und somit relevant für die ergotherapeutische Behandlung ist (Mosey, 1986). Nicht alle Autoren sind jedoch der Meinung, dass Sexualität und sexuelle Funktionen legitime Anliegen für die Ergotherapie seien. Kielhofner (1993, zit. in Northcott et al., 2000, S. 413), beispielsweise sagt aus, dass sexuelle Aktivitäten keine Betätigung seien.

Trotz dieser Haltung von Kielhofner (1993) und der oftmals fehlenden Beachtung der Thematik Sexualität in der Praxis, erachten die Verfasserinnen dieser BA die sexuellen Anliegen von Menschen mit einer QL als relevant für die Ergotherapie. Die oben erläuterte, aktuelle Literatur lässt nämlich darauf schliessen, dass Sexualität eine wichtige Dimension der Gesundheitsversorgung ist, welche im Rehabilitationsteam diskutiert werden sollte.

1.4 Fragestellung

Der Anteil der Ergotherapie an der Behandlung von Menschen mit einer QL, die Relevanz der Thematik Sexualität für das Wohlbefinden von Individuen und die Vernachlässigung der sexuellen Aktivität von betroffenen Frauen mit einer QL in der Literatur wie auch in der Praxis stellen die Gründe für das Verfassen dieser BA dar. Aufgrund dessen wurde folgende Fragestellung für diese BA definiert.

Welche Bedürfnisse haben erwachsene Frauen mit einer traumatisch erworbenen Querschnittlähmung in Bezug auf ihre Sexualität und wie können diese Anliegen von der Ergotherapie im Rehabilitationsprozess unterstützt werden?

1.5 Zielsetzung

Als Ziel dieser BA steht zum einen die Evaluation von den Bedürfnissen von erwachsenen Frauen mit einer QL in Bezug auf Aufklärung während der Rehabilitation. Zum anderen sollen daraus Empfehlungen für die ergotherapeutische Praxis aufgezeigt werden.

2. Theoretischer Hintergrund

Der theoretische Hintergrund soll als Unterstützung für das Verständnis der behandelnden Themen dienen. Nachfolgend werden die Themen Anatomie und Physiologie des Rückenmarks, traumatisch erworbene QL, Sexualität, sowie QL und Sexualität, Gender-Aspekt und das Canadian Occupational Performanz and Engagement [CMOP-E] Modell vertieft dargestellt.

2.1 Anatomie und Physiologie des Rückenmarks

Das Rückenmark weist eine komplexe Struktur auf. Es besteht aus Nerven, welche als Kommunikationssystem für den Körper agieren. Diese Nerven übermitteln Informationen über Empfindungen, sowie motorische und autonome Funktionen zum und vom Gehirn. Aufgrund der wichtigen Rolle im Nervensystem ist das Rückenmark durch eine knöcherne Wirbelsäule geschützt. Es handelt sich dabei um sieben zervikale(*), zwölf thorakale(*), fünf lumbale(*) und fünf sakrale(*) Wirbelsegmente. Das Rückenmark kann anatomisch in 31 Segmente aufgeteilt werden. Jedes Segment kann mit einem Paar von Spinalnerven assoziiert werden, welche durch Zwischenwirbelkörper auf beiden Seiten der Wirbelsäule austreten. In Abbildung 2 sind die Wirbelsegmente sowie die Spinalnerven ersichtlich. Die Spinalnerven bestehen einerseits aus sensorischen Nervenfasern, die Nervenimpulse von der

Peripherie(*) zum Zentralnervensystem leiten. Andererseits bestehen sie aus motorischen Nerven, die Impulse vom Zentralnervensystem her weiter leiten. Innerhalb des Rückenmarks werden die einzelnen Nerven zu Bündeln zusammengefasst, die in aufsteigende und absteigende Bahnen eingeteilt werden. Aufsteigende Bahnen leiten sensorische Informationen, wie Berührung, Temperatur, Schmerz oder Gelenkstellung, aus dem Körper nach oben zum Gehirn. Die

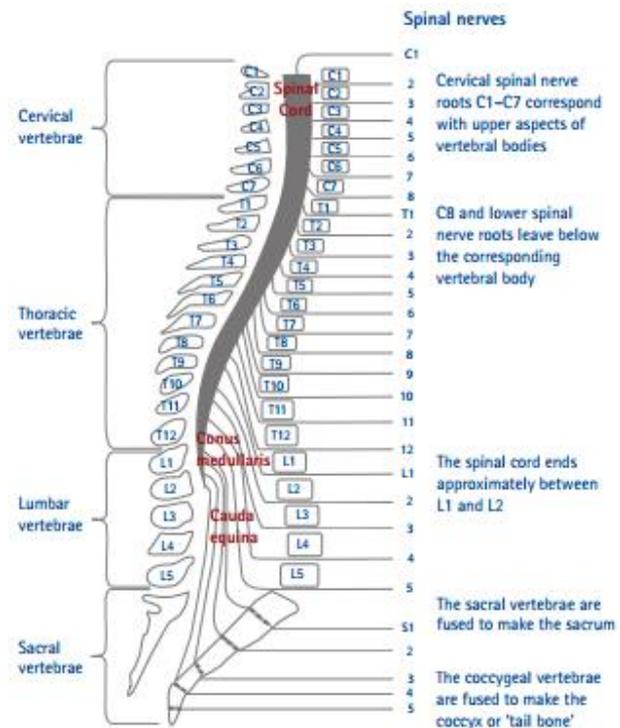


Abbildung 2. Rückenmark

absteigenden Bahnen übermitteln Informationen über auszuführende Bewegungen vom Gehirn zum Rückenmark. Die motorischen Nerven, die innerhalb der Grosshirnrinde liegen, werden erstes Motoneuron(*) genannt. Die spinalen motorischen Nerven, die sich vom Rückenmark bis in die Peripherie verzweigen, werden als zweites Motoneuron(*) bezeichnet (Sarhan, Saif & Saif, 2012).

2.2 Traumatisch erworbene Querschnittlähmung

In dieser BA wird die Population auf Personen mit dem Krankheitsbild einer QL eingeschränkt. Die häufigsten Ursachen für eine QL sind Autounfälle, Stürze, Gewaltakte, wie beispielsweise Schussverletzungen und Sportunfälle (Sarhan et al., 2012). Zug- und Druckkräfte auf das Rückenmark sind Auslöser für eine QL. Die daraus resultierende Kompression von neuronalen Elementen durch gebrochene und verschobene Knochenfragmente, Scheibenmaterial und Bänder verletzt sowohl das zentrale als auch das periphere Nervensystem (McDonald & Sadowsky, 2002). Nach der Gewalteinwirkung beginnt das verletzte Rückenmark ödematös(*) zu werden. Durch die strukturellen Begrenzungen des Wirbelkanals wird das anschwellende Rückenmark gegen die umliegenden Knochen gepresst. Dadurch wird eine

Gewebsnekrose ausgelöst, also der Tod von Zellen durch die Schädigung der Zellstruktur. Deshalb folgt rasch die Zerstörung des Blut- und Sauerstoffkreislaufes im Rückenmark. Infolgedessen wird die Leitung über die Rückenmarksneuronen, das erste und zweite motorische Neuron, unterbrochen (Sarhan et al., 2012).

Durch die Läsion des Rückenmarks kann ein Ausfall der Bewegungsfähigkeit der Muskulatur und der Sensibilität, sowie eine Störung des autonomen Nervensystems unterhalb der Verletzung vorliegen (Schweizer Paraplegiker Vereinigung, 2012).

2.3 Sexualität

Um Überlegungen zum sexuellen Wohlergehen in der täglichen Praxis aufnehmen zu können, ist es wichtig, die Definition von Sexualität, sexueller Gesundheit und sexuellen Rechten zu verstehen (Esmail et al., 2010).

Es gibt keine einheitliche Definition des Begriffes Sexualität. Je nach Fachbereich wird Sexualität ganz unterschiedlich definiert (Schramm, 2014). Als sexuelle Handlung werden neben dem Geschlechtsverkehr jegliche Tätigkeiten angesehen, welche für eine Person ihre sexuelle Identität ausmacht. Im Rahmen dieser BA werden die Begriffe „Sexualität“, „sexuelle Gesundheit“ und „sexuelle Rechte“ auf Basis der Definition der World Health Organization [WHO] (2006) definiert:

„Die Sexualität ist ein zentraler Aspekt des menschlichen Lebens und umfasst Sex, Geschlechtsidentität und Rollen, sexuelle Orientierung, Erotik, Lust, Intimität und Reproduktion. Die Sexualität wird in Gedanken, Phantasien, Wünschen, Überzeugungen, Einstellungen, Werten, Verhaltensweisen, Praktiken, Rollen und Beziehungen erlebt und ausgedrückt. Obwohl die Sexualität all diese Dimensionen einschliessen kann, werden nicht immer alle erlebt oder ausgedrückt. Die Sexualität wird durch das Zusammenspiel von biologischen, psychologischen, sozialen, ökonomischen, politischen, kulturellen, ethischen, rechtlichen, historischen, religiösen und spirituellen Faktoren beeinflusst.“ (S. 5)

"Die sexuelle Gesundheit ist ein Zustand des körperlichen, emotionalen, geistigen und sozialen Wohlbefindens in Bezug auf die Sexualität. Es ist nicht nur das Fehlen von Krankheit, Dysfunktion oder Gebrechen. Die sexuelle Gesundheit erfordert einen

positiven und respektvollen Zugang zu Sexualität und sexuellen Beziehungen sowie die Möglichkeit, angenehme und sichere sexuelle Erfahrungen zu haben, frei von Zwang, Diskriminierung und Gewalt. Um die sexuelle Gesundheit zu erreichen und zu erhalten, müssen die sexuellen Rechte aller Personen respektiert, geschützt und erfüllt werden." (S. 5)

„Sexuelle Rechte umfassen Menschenrechte, die bereits in nationalen Gesetzen, internationalen Menschenrechtsdokumenten und anderen Konsensaussagen anerkannt sind.

- Das Recht auf den höchsten erreichbaren Standard der sexuellen Gesundheit, einschließlich des Zugangs zu sexuellen und reproduktiven Gesundheitsdiensten
- Das Recht Informationen im Zusammenhang mit der Sexualität zu suchen, zu empfangen und zu vermitteln
- Das Recht auf sexuelle Beratung
- Das Recht auf die Achtung der körperlichen Unversehrtheit
- Das Recht den Partner selbst auszuwählen
- Das Recht selbst entscheiden zu dürfen, ob man sexuelle aktiv sein möchte oder nicht
- Das Recht auf einvernehmliche sexuelle Beziehungen
- Das Recht auf eine einvernehmliche Heirat
- Das Recht zu entscheiden ob und wann man Kinder haben möchte
- Das Recht ein befriedigendes, sicheres und angenehmes Sexualeben zu verfolgen

Die Ausübung der Menschenrechte erfordert, dass alle Personen die Rechte anderer respektieren.“ (S. 5)

2.4 Querschnittlähmung und Sexualität

Verschiedene Aspekte der Sexualität von Menschen mit einer QL sind durch die Rückenmarksverletzung betroffen.

- die Beziehungen der Individuen
- die sexuellen Wünsche
- die Häufigkeit der Teilnahme an sexuellen Aktivitäten
- die Arten der sexuellen Aktivitäten, an denen Betroffene teilhaben
- Stimulation und Erregung
- Orgasmus und sexuelle Befriedigung
- psychische Einflüsse auf das Selbstbild und die Selbstwertschätzung

Diese Auswirkung einer Rückenmarksverletzung auf die Sexualität kann wiederum die Lebensqualität beeinflussen (Cramp et al., 2015). Die Schädigung von motorischen und sensorischen Funktionen des Körpers durch die QL hat grossen Einfluss auf die sexuelle Aktivität. Solche physischen Veränderungen zeigen sich in Bezug auf die Sexualität durch mögliche Spastizität(*), Sensibilitätsverlust, Immobilität, Schmerzen, fehlende Blasen-Darm-Kontrolle oder Dekubitus(*). Der Menstruationszyklus von betroffenen Frauen mit einer QL ist allerdings nicht eingeschränkt und somit die Reproduktion und Schwangerschaft noch möglich (Wiwanitkit, 2009).

2.5 Gender – Aspekt

Bei der Thematik Sexualität fällt in der bestehenden Literatur eine klare Rollenverteilung zwischen Mann und Frau auf. Tepper et al. (2001) besagen, dass der Frau eher eine passive und dem Mann die aktive Rolle bei sexuellen Handlungen zusteht. Die weibliche Sexualität existiert in dieser Publikation nur in Verbindung mit einer Beziehung zum Ehemann und hat dabei die sexuelle Befriedigung des Mannes zum Ziel. Summerville et al. (1998) weisen auch auf eine allgemein gesellschaftliche Sichtweise hin. Diese besagt, dass Frauen angeblich weniger Schwierigkeiten haben, sich an ihre veränderte sexuelle Funktion anzupassen, denn sie können leichter eine passive sexuelle Rolle akzeptieren. Zudem weist die Forschung auf ein veraltetes Frauenbild hin, welches die Frau nur als Mutter und Hausfrau darstellt (Summerville et al., 1998). Eine weitere Studie sagt aus, dass Frauen deutlich weniger sexuelle Probleme haben als Männer, dass sie immer noch schwanger werden und während des Koitus gut funktionieren können (Becker, 1978, zit. in Leibowitz, 2005, S. 82).

In anderen Studien beklagen sich die teilnehmenden Frauen jedoch über das mindere Verständnis für deren Sexualität seitens der Gesundheitsprofessionen. Zudem weisen Bildungsprogramme und Materialien eine schlechte Qualität auf und konzentrieren sich ausschliesslich auf die Sexualität des Mannes (Forsythe et al., 2006; Richards et al., 1997).

2.6 CMOP-E Modell

In dieser BA werden die Ergebnisse der verwendeten Studien mit Hilfe des Kanadischen Modelles „Canadian Model of Occupation Performance and Engagement“ (CMOP-E) gegliedert. Im Diskussionsteil werden anschliessend die Ergebnisse der Studien mit Hilfe des „Canadian Model of Client-Centred Enablement“ (CMCE) diskutiert.

Das CMOP-E wurde für diese BA gewählt, da dieses Modell in der ergotherapeutischen Praxis und Forschung eine breite Anwendung findet. Trotz des Fehlens der Betätigung „Sexualität“ im CMOP-E haben sich die Verfasserinnen dieser BA für dieses Modell entschieden und gegen das psychosoziale Modell von Mosey (1986). Mosey (1986) teilte die sexuelle Identität in eine von ihren vier definierten Performanzkomponenten ein. Das CMOP-E enthält, gleich wie das Modell von Mosey (1986), sogenannte Performanzkomponenten, welche in bestimmten Betätigungsbereichen stattfinden. Auf Grundlage von Moseys psychosozialem Modell (1986) teilen die Verfasserinnen dieser Arbeit die Betätigung „Sexualität“ in den Betätigungsbereich „Freizeit“ des CMOP-E ein. Durch diese Übertragbarkeit und aufgrund dessen, dass das CMOP-E aktueller und bekannter ist, erachten die Verfasserinnen das Modell als geeignet für den Einbezug in dieser Arbeit.

Entstehung des CMOP-E

Für die ergotherapeutische Praxis in Kanada wollten der Berufsverband (CAOT) und das Gesundheitsministerium (DNHW) während den 1980er und 1990er Jahren Richtlinien entwickeln. Im Fokus dabei standen die Konzepte der Occupational Performance(*), Enbaling Occupation(*) und Klientenzentrierung(*). So wurde zwischen 1980 und 1993 das Canadian Model of Occupational Performance (CMOP)

entwickelt. 2007 wurde das CMOP überarbeitet und nebst dem CMOP-E wurden zusätzlich das Canadian Practice Process Framework (CPPF) und das CMCE entwickelt. Man spricht heute von einer Modell-Triplette (George, 2014).

Wertevorstellungen des CMOP-E

Bei der Entwicklung des CMOP-E wurden gewisse Werte und Überzeugungen definiert, um Betätigung zu ermöglichen (enabling occupation). Diese Überzeugungen und Wertevorstellungen werden folgend in Tabelle 1 aufgezeigt.

Tabelle 1. Wertevorstellung CMOP-E und Definition

Wertevorstellung CMOP-E	Definition
Betätigung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ gibt dem Leben Bedeutung ▪ ist eine wichtige Determinante von Gesundheit, Wohlbefinden und Occupational Justice(*) ▪ organisiert Betätigung ▪ entwickelt und verändert sich über die Lebensspanne ▪ formt die Umwelt und wird von der Umwelt geformt ▪ hat therapeutisches Potenzial
Person	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Menschen sind betätigende Wesen ▪ Jede Person ist einzigartig ▪ Jede Person hat eine innere Würde und innere Werte ▪ Jede Person hat das Recht eigene Entscheidungen über ihr Leben zu machen ▪ Jede Person hat das Recht auf Selbstbestimmung ▪ Menschen haben die Fähigkeit in Betätigungen zu partizipieren ▪ Menschen haben das Potenzial etwas zu verändern ▪ Menschen sind soziale und spirituelle Wesen ▪ Menschen haben unterschiedliche Fähigkeiten um in Betätigungen zu partizipieren ▪ Menschen formen die Umwelt und werden von ihr geformt

Fortsetzung

Tabelle 1. Wertevorstellung CMOP-E und Definition

Wertevorstellung CMOP-E	Definition
Umwelt	<ul style="list-style-type: none">▪ enthält kulturelle, institutionelle, physische und soziale Komponente▪ beeinflusst die Wahl, Organisation, Performanz und Zufriedenheit von Betätigungen
Gesundheit, Wohlbefinden und Occupational Justice	<ul style="list-style-type: none">▪ Gesundheit ist mehr als nur die Abwesenheit einer Krankheit▪ Gesundheit wird stark davon beeinflusst, ob man freie Wahl und Kontrolle über alltägliche Betätigungen hat▪ Gesundheit hat persönliche Dimensionen assoziiert mit spiritueller Bedeutung und Zufriedenheit während Betätigungen, und auch soziale Dimensionen assoziiert mit Fairness und gerechten Möglichkeiten während Betätigungen▪ Wohlbefinden erstreckt sich über die Gesundheit bis hin zur Lebensqualität▪ Anliegen bezüglich der Occupational Justice stehen für eine sinnvolle Wahl und soziale Eingliederung, damit alle Menschen so gut wie möglich an der Gesellschaft teilnehmen können
Klientenzentrierte Praxis	<ul style="list-style-type: none">▪ Klienten sind Experten in Bezug auf ihre Betätigungen▪ Klienten müssen während des ergotherapeutischen Prozesses aktive Partner sein

Nebst der Klientenzentrierung als Grundlage ergotherapeutischen Handelns stellt der Fokus auf die Ausführung einer Betätigung die Besonderheit des CMOP-E dar. Also die Performanz und das Ermöglichen von Betätigungen. Dies wird im Modell durch die Verbindung zwischen Mensch und Umwelt dargestellt (Townsend & Polatajko, 2013).

Komponente des CMOP-E

Im Zentrum des Modells steht die **Person** mit ihrer Spiritualität, sowie ihren kognitiven, affektiven und physischen Performanzkomponenten. Die physischen Performanzkomponenten umfassen dabei alle sensorischen, motorischen und sensomotorischen Funktionen eines Menschen. Die affektiven beinhalten alle sozialen und emotionalen Funktionen. Die kognitiven Komponenten enthalten alle mentalen, kognitiven, wie auch intellektuellen Funktionen. Der Begriff „Spiritualität“ steht für den Geist oder das Wesen eines Menschen, keinesfalls für dessen Religion, als die er im normalen Sprachgebrauch gewöhnlicher Weise interpretiert wird. Die Spiritualität wird im CMOP-E als Werte und Normen, sowie auch persönliche Präferenzen und Wünsche eines Menschen gesehen.

Die **Betätigungen**, welche ein Mensch täglich ausführt, finden in den Lebensbereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit statt. Diese Betätigungen werden durch persönliche Konstitutionen eines Menschen und dessen Umwelt beeinflusst und geprägt.

Die **Umwelt** wird dabei in physische, institutionelle, kulturelle und soziale Komponente unterteilt. Die physische Umwelt beinhaltet natürliche und geschaffene Räume, in welchen Betätigung stattfindet. Die kulturelle Umwelt umfasst Traditionen und Werte von Personengruppen. Die institutionelle Umwelt stellt gesellschaftliche Praktiken und Institutionen dar. Soziale Beziehungen, Einstellungen und Überzeugungen werden der sozialen Umwelt zugeteilt. Die Komponenten eines Menschen, sowie die Umwelt können Betätigungen unterstützen oder beeinträchtigen.

Abbildung 3 verdeutlicht, dass das CMOP-E zudem eine Front- und eine Querschnittansicht aufweist.

Der Wirkungsbereich der Ergotherapie wird im Querschnitt definiert. Also genau da, wo sich

Betätigung, Umwelt und

menschliche Komponente überschneiden (Townsend et al., 2013).

Anina Stauber & Malena Lötscher

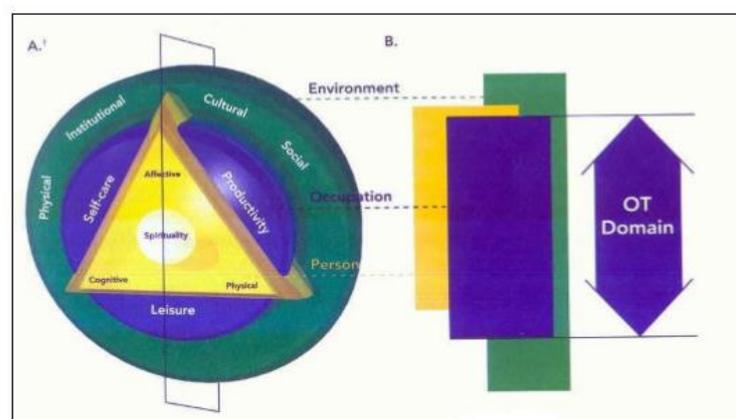


Abbildung 3. CMOP-E

Das CMCE

Das CMCE ist eine visuelle Metapher für klientenzentriertes Enabling basierend auf folgendem Grundsatz:

„Enabling and enablement, focused on occupation, describe what occupational therapists actually do. Enablement is occupational therapists’ core competency.“
(Townsend et al., 2013, S. 109)

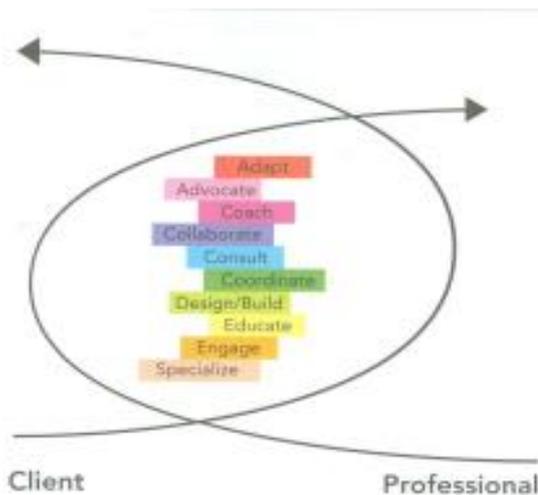


Abbildung 4. CMCE Enablement Skills

Ergotherapie kann mit der Kernkompetenz „Enabling“ sehr gut beschrieben werden. Die Kernkompetenz „Enabling“ kann dabei mit den zehn Enablement Skills beschrieben werden (Townsend et al., 2013). In Abbildung 4 ist das CMCE mit den zehn Enablement Skills ersichtlich.

Zusätzlich beinhaltet die Kernkompetenz auch drei allgemeine Generic Skills(*). (Townsend et al., 2013). Die zehn Enablement Skills *Adapt, Advocate, Coach, Collaborate, Consult, Coordinate, Design/ Built, Educate, Engage und Specialize* und die drei Generic Skills werden in der Tabelle 2 näher beschrieben.

Tabelle 2. Enablement und Generic Skills

Zehn Enablement Skills	Definition
Adapt (Anpassen)	adaptieren, anpassen, analysieren und Betätigungen in machbare Kleinschritte herunterbrechen
Advocate (Fürsprechen)	für Rechte einsetzen, juristisch vertreten, Rechte ein- und herausfordern, strategisch politisieren, aufklären, lobbyieren, sichtbar machen, mobilisieren, unterstützen, bewusstseinsbildend wirken

Fortsetzung

Tabelle 2. Enablement und Generic Skills

Zehn Enablement Skills	Definition
Coach (Coachen)	ermutigen, führen, betreuen, Entscheidungen/ Möglichkeiten erweitern, zuhören, mentorieren, motivieren, reflektieren, unterstützen
Collaborate (Zusammenarbeiten)	kommunizieren, zusammenarbeiten, kooperieren, ermutigen, ermöglichen, Bündnisse bilden, gemeinsam tun, konkurrierende Interessen beseitigen,
Consult (Beraten)	Beraten, Optionen ausdenken, empfehlen, einbeziehen, vorschlagen
Coordinate (Koordinieren)	vereinbaren, zusammenbringen, koordinieren, managen, Budgets entwickeln und managen, dokumentieren, einbeziehen, identifizieren, zusammen verweben, Raum- und Materialressourcen, lenken, verbinden, vernetzen, organisieren, synthetisieren
Design/ Built (Entwerfen/ Konstruieren)	entwerfen, bauen, kreieren, entwickeln, erfinden, herstellen, sich etwas vorstellen, evaluieren, planen, neu entwerfen, wieder aufbauen, visualisieren
Educate (Informieren)	aufzeigen, aufklären, anleiten, anregen, Lernen durch Tun erleichtern, das Erlernen von Fähigkeiten anregen, Auswendig und repetitives Lernen provozieren, transformatives Lernen anregen, beibringen, erziehen, schulen
Engage (Beteiligen)	Vertrauen und Bereitschaft aufbauen, an Tätigkeiten heranführen, Betätigungsprobleme und –potenzial identifizieren, einbeziehen, Potenzial optimieren, Visionen von Möglichkeiten und Hoffnung entfachen, den kreativen Ausdruck durch Betätigung stimulieren, optimale Partizipation anregen, Potenzial erwecken
Specialize (Spezialisieren)	Körperfunktionen ermöglichen, Spezialwissen anwenden

Fortsetzung

Tabelle 2. Enablement und Generic Skills

Drei Generic Skills	Definition
Process skills	analysieren, beurteilen, Empathie zeigen, evaluieren, untersuchen, durchführen, intervenieren, planen, reflektieren
Professional skills	Ethischen und moralischen Grundsätzen nachgehen, den berufsrechtlichen Anforderungen entsprechen, dokumentieren
Scholarship skills	Evidenz verwenden, Programme und Dienste evaluieren, Wissen entwickeln und verbreiten, Wissen transferieren

Die zentrale Eigenschaft des CMCE sind die beiden asymmetrischen geschwungenen Linien. Sie repräsentieren die Dynamik, Veränderlichkeit, Variabilität, Risikobereitschaft und Leistungsunterschiede in der Beziehung zwischen Klient und Therapeut. Die asymmetrische Kurve weist auf die Möglichkeit unterschiedlicher Formen der Zusammenarbeit hin (Townsend et al., 2013).

3. Methodik

Im folgenden Kapitel werden das Vorgehen der Literatursuche und die Auswahl der Hauptstudien dieser BA dargelegt. Die Methodik für die Bearbeitung der Fragestellung geschah in Form eines systematischen Literaturreviews.

3.1 Literaturrecherche

Zu Beginn der Literatursuche wurden Schlüsselwörter und dazugehörige Keywords definiert. Die Keywords wurden darauf ausgelegt, die Fragestellung zu beantworten und die Zielsetzung dieser BA zu erreichen. Aufgrund einer unstrukturierten Recherche von Juli bis Oktober 2016 wurden die Keywords laufend angepasst. Die

deutschen Schlüsselwörter, die englischen Keywords und Synonyme dazu sind in Tabelle 3 ersichtlich.

Tabelle 3. Schlüsselwörter, Keywords & Synonyme

Schlüsselwörter	Keywords	Synonyme
Querschnittlähmung	Spinal cord injury, SCI	Paraplegia, tetraplegia
Sexualität	Sexuality	Coitus, sexual intercourse
Ergotherapie	Occupational therapy	OT, ergotherapy, intervention
Erfahrung	Experience	Knowledge
Bedürfnis	Need	Requirement, demand, desire
Beeinträchtigung	Dysfunction	Issue, problem
Lebensqualität	Quality of life, QOL	Well-being, satisfied

Für die anschließende systematische Literaturrecherche wurden sieben Datenbanken definiert. Genutzt wurden die medizinischen Datenbanken AMED, CINAHL, IBSS, Medline, WebOfScience, sowie die psychologische Datenbank PsycINFO und die ergotherapeutische Datenbank OTDBase. Eine genauere Beschreibung der einzelnen Datenbanken ist im Anhang B ersichtlich. Diese Auswahl wurde getroffen, da die Thematik Sexualität in Verbindung mit QL zum einen medizinische Aspekte, zum anderen psychologische Inhalte enthalten. Für die Beantwortung der Fragestellung dieser Arbeit war es zudem sinnvoll, auch eine für die Ergotherapie spezifische Datenbank miteinzubeziehen.

Für die systematische Literaturrecherche wurden die Keywords mit dem Bool'schen Operator(*) „AND“ zu sieben Keyword-Verbindungen zusammengeführt (siehe Tabelle 4). Somit wurde in allen Datenbanken mit den gleichen Keyword-Verbindungen nach passender Literatur recherchiert. Aufgrund der tiefen Trefferanzahl pro Suchdurchgang mit 100 Treffern wurden alle Studientitel quergelesen und gegebenenfalls die Abstracts dazu erfasst. Die Suchmatrix mit den

erzielten Treffern von jeder Datenbank befindet sich im Anhang B. Diese systematische Literaturrecherche fand im Januar 2017 statt.

Tabelle 4. Keyword-Verbindungen

Keyword-Verbindungen
▪ Spinal cord injur* AND sexuality
▪ Paraplegia AND sexuality
▪ Spinal cord injur* AND sexuality AND occupational therapy
▪ Spinal cord injur* AND sexuality AND experience
▪ Spinal cord injur* AND sexuality AND quality of life
▪ Spinal Cord injur* AND sexuality AND need*
▪ Spinal Cord injur* AND sexual dysfunction*

3.2 Selektionsprozess

Anhand zu Beginn bestimmter Einschlusskriterien wurde geprüft, welche in der systematischen Literaturrecherche gefundenen Treffer für die BA miteinbezogen werden könnten. Diese Einschlusskriterien inklusive Begründung sind in Tabelle 5 ersichtlich. Ein erster Abgleich mit diesen Einschlusskriterien wurde grob während der Suche in den Datenbanken anhand der Abstracts vorgenommen.

Tabelle 5. Einschlusskriterien

Kriterium	Einschlusskriterium	Begründung
Studienverfügbarkeit	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Studie ist als Volltext erhältlich und in deutscher oder englischer Sprache verfasst. ▪ Es handelt sich dabei um Primärliteratur oder um Reviews. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zwecks Verständnis der Verfasserinnen ▪ Literaturreview soll auf Evidenzen basieren

Fortsetzung

Tabelle 5. Einschlusskriterien

Kriterium	Einschlusskriterium	Begründung
Erscheinungsjahr	<ul style="list-style-type: none">Die Literatur sollte nicht älter als 20 Jahre alt sein, also zwischen 1996 und 2016 publiziert worden sein.	<ul style="list-style-type: none">Zahlreiche relevante Literatur ist älter als 10 Jahre. Wenig Unterschiede der Resultate zu jüngeren Studien ersichtlich.
Population	<ul style="list-style-type: none">Die Studie untersucht als Population Frauen, welche im Erwachsenenalter eine QL (ohne Komorbiditäten) erlitten haben.Studien mit weiblichen und männlichen Teilnehmern werden ebenfalls inkludiert.	<ul style="list-style-type: none">Rückenmarksverletzungen seit Geburt oder als Komorbiditäten durch andere Erkrankungen sind nicht relevantAnzahl Studien mit nur weiblichen Teilnehmern gering.
Setting	<ul style="list-style-type: none">Die Studie wird in einem industrialisierten Land mit ähnlichen soziodemographischen Gegebenheiten wie in der Schweiz durchgeführt.	<ul style="list-style-type: none">Gewährleistung der Übertragbarkeit auf die Schweiz.

Der genauere Selektionsprozess erfolgte danach mit 51 gefundenen Studien. Diese wurden eingehend gelesen und genau mit den Einschlusskriterien abgeglichen. Zusätzlich wurde geprüft, ob die Studien die Fragestellung der BA beantworten können. Durch diesen Selektionsprozess wurden zehn Studien als mögliche Hauptstudien definiert. Diese sind mit einer blauen Markierung im Anhang C ersichtlich.

3.3 Auswahl der Hauptstudien

Die zehn möglichen Hauptstudien, welche durch den Selektionsprozess definiert wurden, sind anschliessend methodologisch und inhaltlich sorgfältig geprüft worden. Da die Mehrheit der gefundenen Studien Literatur mit qualitativem Ansatz war, wurde

das Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal [AICA] von Preusse-Bleuer und Ris (2015) zur Zusammenfassung und Würdigung ausgewählt. Dieses Arbeitsinstrument ist auch für quantitative Studien geeignet.

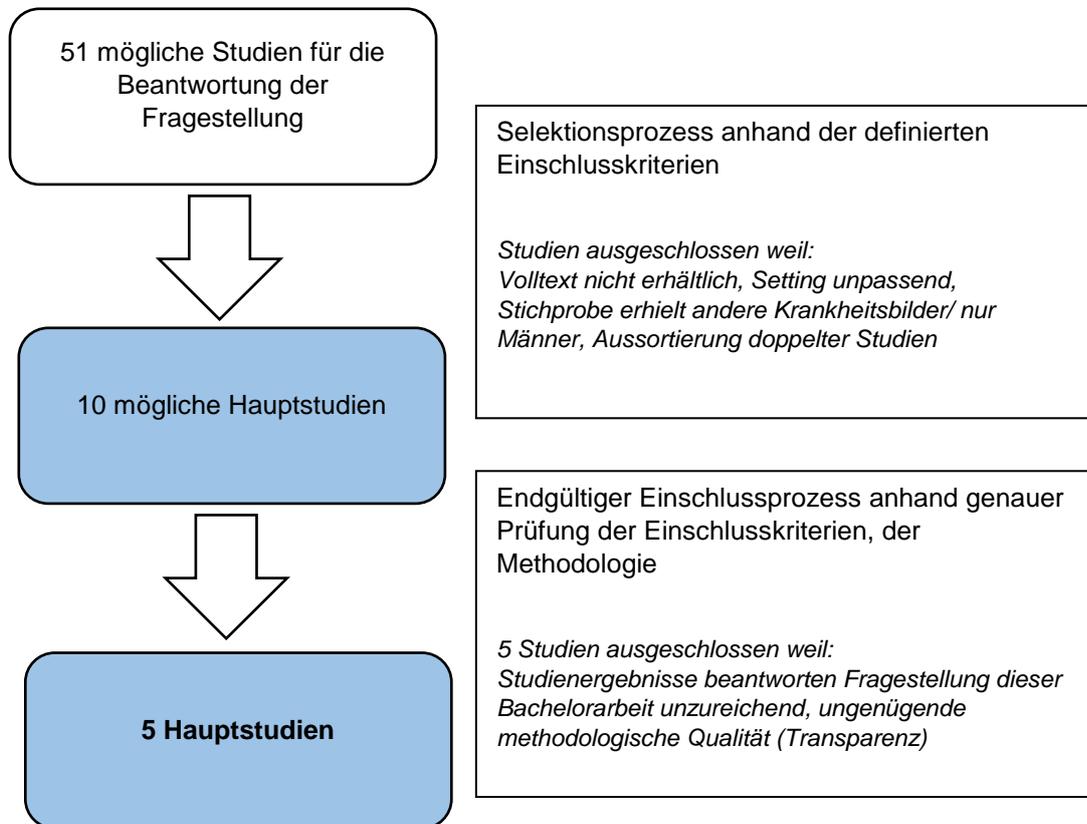


Abbildung 5. Selektionsprozess

Wie in Abbildung 5 ersichtlich, wurden fünf der zehn möglichen Hauptstudien ausgeschlossen. Der Ausschluss erfolgte nach der genauen Prüfung der Volltexte auf inhaltliche und methodologische Qualität mit Hilfe des AICA's sowie der Übereinstimmung mit den definierten Einschlusskriterien. Die Gründe für den Ausschluss werden folglich kurz erläutert. Drei Studien (Black, Sipski & Strauss, 1998; Fronek, Booth, Kendall, Miller & Geraghty, 2005; Kreuter et al., 2011) wurden ausgeschlossen, da die Studien die Fragestellung dieser BA zu wenig aussagekräftig beantworten. Oftmals wurde den Bedürfnissen der untersuchten Teilnehmenden, welche sie sich vom Fachpersonal gewünscht hätten, zu wenig Beachtung geschenkt. Bei einer Studie (Forsythe et al., 2006) war die methodologische Transparenz bezüglich Datenerhebung und -analyse zu wenig ersichtlich. Eine weitere Studie (Leibowitz & Stanton, 2007), welche ein Modell basierend auf der

Sexualität von Frauen mit einer QL enthielt, war zu wenig auf die Ergotherapie übertragbar und wurde deswegen ebenfalls ausgeschlossen.

Somit wurden am Ende des Selektionsprozesses fünf definitive Hauptstudien für die Beantwortung der Fragestellung dieser BA, welche in Kapitel 1.4 beschrieben wurde, bestimmt. Im Anhang C sind diese fünf Studien fett markiert.

3.4 Evaluation der Studienqualität

Wie oben erwähnt wurden die inhaltlichen und methodologischen Zusammenfassungen und Würdigungen der Hauptstudien mit dem AICA durchgeführt. Um die Güte der integrierten Publikationen zu bestimmen und somit eine möglichst hohe Qualität für diese BA zu gewährleisten, wurden zehn Kriterien festgelegt. Diese Qualitätskriterien beziehen sich auf die Zielformulierung, die Stichprobe, das Design, die Ergebnisse, die Erreichung des Forschungsziels, die Relevanz für die Ergotherapie sowie die vier Gütekriterien von Lincoln und Guba (1985). Die genaue Beschreibung der Inhalte dieser Qualitätskriterien ist in Tabelle 6 ersichtlich. Von allen Hauptstudien wurde definiert, ob sie diese Kriterien erfüllen, teilweise erfüllen oder nicht erfüllen. Je nachdem, wie viele Kriterien von den einzelnen Studien erfüllt waren, wurde die Qualität als hoch, gut, mässig oder tief beurteilt.

- Die Qualität einer Studie wurde als hoch gewertet, wenn mindestens acht von zehn Kriterien erfüllt und kein Kriterium nicht erfüllt sind
- Die Studienqualität wurde als gut eingestuft, wenn mindestens sechs von zehn Kriterien erfüllt und kein Kriterium nicht erfüllt sind
- Eine mässige Qualität wurde definiert, wenn mindestens drei von 10 Kriterien erfüllt sind und nicht mehr als zwei Kriterien nicht erfüllt sind
- Wenn alle Kriterien nicht erfüllt, sondern nur teilweise oder nicht erfüllt wurden, hat die Studie eine tiefe Qualität erreicht

Darauf basierend können Ergebnisse von Studien mit einer guten Qualität höher gewichtet werden, als Ergebnisse von Studien mit einer schlechteren Qualität.

Tabelle 6. Qualitätskriterien

Kriterien	Beschreibung
Klare Zielformulierung	Das Ziel der Forschung ist klar und verständlich definiert und mit passender Hintergrundliteratur begründet.
Stichprobe	Die Stichprobenauswahl ist sinnvoll und begründet (Bei einer Stichprobe von teilnehmenden Männern und Frauen muss mehr als die Hälfte davon aus Frauen bestehen)
Passendes Design	Datensammlung und Analyse sind aufeinander abgestimmt und transparent dargelegt.
Umfassende Darstellung der Resultate	Die Ergebnisse sind logisch kategorisiert und mit Zitaten unterlegt.
Erreichung des Forschungsziel	Das Forschungsziel ist mit den aufgeführten Ergebnissen erreicht.
Relevanz für Ergotherapie	Die Ergebnisse können in Berufsgruppe Ergotherapie übertragen werden.
Bestätigung (Confirmability)	Die Güte der Studiendurchführung ist gewährleistet, indem die Interviews aufgenommen und transkribiert und somit durch eine externe Person überprüfbar sind.
Zuverlässigkeit (Dependability)	Die Zuverlässigkeit der Datenerhebung und –analyse ist gewährleistet, wenn diese regelmässig und zeitnah geschieht und Analysen und Ergebnisse von einem Gremium überprüft werden.
Glaubwürdigkeit (Credibility)	Die Glaubwürdigkeit der Daten ist gewährleistet, wenn die Ergebnisse mit anderen Forschenden oder den Forschungsteilnehmenden kritisch begutachtet und diskutiert werden.
Übertragbarkeit (Transferability)	Die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf ein anderes Setting ist gewährleistet, wenn eine ausreichende Beschreibung der Ergebnisse sowie eine Anreicherung mit Zitaten vorliegen.

4. Ergebnisse

Im folgenden Kapitel werden die Hauptstudien zusammengefasst und kritisch gewürdigt. Jeder der fünf Hauptstudien ist eine Nummer zugeteilt. Diese dienen als Abkürzung und werden im nachfolgenden Fliesstext mit eckigen Klammern [1-5] beschrieben. Die vollständige inhaltliche und methodologische Würdigung der Hauptstudien im AICA sind im Anhang E ersichtlich. Anschliessend folgt eine detaillierte Beschreibung der Bedürfnisse von den Studienteilnehmerinnen bezüglich Sexualität eingegliedert im COPM-E Modell.

4.1 Zusammenfassung und Würdigung Hauptstudien

Die fünf Hauptstudien für die Beantwortung der Fragestellung dieser BA werden folgend in den Tabellen 7-11 vorgestellt. Darin sind jeweils die wichtigsten Aspekte der Studien bezüglich Ziel, Stichprobe, Kontext, Design, Prozedere sowie Ergebnisse zusammengefasst. Weiter ist die Würdigung der Studien durch die Verfasserinnen aufgeführt. Am Ende der Würdigung sind die Gütekriterien (Lincoln et al., 1985) ersichtlich, welche die Studien erfüllen.

4.1.1 Studie von Beckwith & Yau (2013)

In Tabelle 7 wird die Studie „Sexual recovery: Experiences of women with spinal injury reconstructing a positive sexual identity“ zusammengefasst. Dieser Studie wird die Nummer [1] zugeteilt.

Tabelle 7. Zusammenfassung Beckwith, A., & Yau, M. K. (2013)

Studienabschnitte	Zusammenfassung [1]
Zielsetzung:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Erfahrungen von Frauen mit einer Rückenmarksverletzung eine sexuelle Identität zu entwickeln, dokumentieren ▪ Persönliche Strategien von Frauen mit einer Rückenmarksverletzung identifizieren, wie sie Barrieren, um eine sexuelle Identität zu entwickeln, meistern ▪ Informationen/ Interventionen identifizieren, welche diese Frauen während der Rehabilitation von Gesundheitsprofessionen erhielten
Design:	Narrative Analyse
Kontext:	James Cook University, Townsville, Australien
Stichprobe:	Sieben Frauen mit einer Rückenmarksverletzung in Australien lebend werden aus sozialem Netzwerk der ersten Autorin und anhand der Schneeballtechnik rekrutiert. Alle Teilnehmerinnen sind über 18 Jahre alt, haben keine Komorbiditäten und sind willig, über persönliche Erfahrungen zu sprechen.
Prozedere:	Ein Semistrukturiertes (*) Interview, Aufgenommen und transkribiert, Member Checking(*) wird mit allen Teilnehmerinnen durchgeführt, Code und Interpretations checking wird während der Analysephase anhand getrennter Kategorisierung der Transkripte von beiden Autoren eingesetzt
Ergebnisse:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verlust: Grösste Barriere für Wiedergewinnung einer positiven sexuellen Identität ist das eigene Körperbild. Hindernd sind auch Verluste von Anstellung, Unabhängigkeit, Mobilität, Sensibilität und allgemeine Beziehungen. ▪ Sexuelle Rehabilitation und Informationsbeschaffung: Alle Teilnehmerinnen haben eine negative Meinung bezüglich der Informationen die sie von Gesundheitsprofessionen erhielten. Während der Rehabilitation fühlten sich viele Frauen noch nicht bereit um über Sexualität zu sprechen. Erst zu Hause kamen solche Bedürfnisse auf. Die Frauen wünschten sich praktische Ratschläge, wie über die fehlende Sensibilität, über die Positionierung und was andere Betroffene erlebt haben.

Fortsetzung

Tabelle 7. Zusammenfassung Beckwith, A., & Yau, M. K. (2013)

Studienabschnitte	Zusammenfassung [1]
Ergebnisse:	<ul style="list-style-type: none">▪ Externe Faktoren: Partner, der kein Verständnis für die Krankheit hat, hat eine sehr schlechte Auswirkung auf die betroffenen Frauen. Partner, der viel Verständnis für die Krankheit aufbringt und eine gute Kommunikation anwendet, hat eine sehr positive Auswirkung.▪ Sexuelle Erholung/ Entdeckung: Der erste Schritt zu einer positiven Adaptation ist es, den neuen Körper zu akzeptieren, sich angemessen zu kleiden um sich im Rollstuhl fortbewegen zu können und sich auch attraktiv darin zu fühlen.

Würdigung:

Das Phänomen der Studie wird detailliert mit vorhandener Literatur und den Erfahrungen der ersten Autorin, welche selbst eine Rückenmarksverletzung erlitten hat, eingeleitet. Die narrative Analyse wird passend gewählt, um sich auf Erfahrungen von Frauen mit einer Rückenmarksverletzung fokussieren zu können. Die Stichprobe ist mit den vorgegebenen Einschlusskriterien repräsentativ für die Population. Jedoch wird kein Probability Sampling(*) durchgeführt. Über das Setting wird nichts Genaueres geschrieben, einzig dass alle teilnehmenden Frauen im gleichen Rehabilitationszentrum behandelt wurden. Die Stichprobengrösse ist mit sieben Teilnehmerinnen sehr klein. Die Vorgehensweise bei der Datenerhebung und –analyse ist kurz beschrieben. Die Datenerhebung wurde nur einmal durchgeführt. Die Ergebnisse sind mit Hilfe vieler Zitate sehr transparent dargestellt, in vier Kategorien eingeteilt und übersichtlich dargestellt. Die Ziele der Studie konnten erreicht werden. Die Erfahrungen der Teilnehmerinnen eine sexuelle Identität wieder zu erlangen, mögliche Strategien diese besser zu erreichen und die Aufklärung, welche diese Frauen während ihrer Rehabilitation von Gesundheitsprofessionen erhielten, konnten identifiziert und aufgezeichnet werden. In der Diskussion werden die Ergebnisse ausgiebig diskutiert und teilweise mit bereits bestehender Literatur in Verbindung gebracht. Mögliche Limitationen der Studie werden diskutiert. Implikationen für die Berufspraxis werden nicht festgehalten.

Gütekriterien:

Die Bestätigung der Studie ist erreicht, da die Interviews zur Datenanalyse aufgenommen und von beiden Autoren transkribiert wurden. Somit sind die Daten für externe Personen überprüfbar.

Die Datenerhebung wurde einmal erhoben, klar beschrieben und mit Erfahrungen der ersten Autorin verglichen. Die Daten wurden bei der Analyse auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede reflektiert, jedoch ist die Zeitspanne zwischen Datenerhebung und Analyse nicht bekannt. Zudem wurde die Datenanalyse und –ergebnisse von keinem hochschulinternen oder –externen Gremium geprüft. Ein Code- und Interpretationschecking wurde während der Analysephase anhand getrennter Kategorisierungen der Transkripte von beiden Autoren eingesetzt. Die Zuverlässigkeit der Studie ist daher teilweise erreicht.

Die Glaubwürdigkeit ist erreicht, da die Autoren Member Checkings mit allen Teilnehmerinnen durchgeführt hat und auf mögliche Bias, wie die Gewährleistung der Selbstbestimmung der Teilnehmerinnen, geachtet wurde.

Die Übertragbarkeit ist teilweise erreicht. Die Ergebnisse sind mit zahlreichen Zitaten angereichert, jedoch ist die Stichprobe mit sieben Teilnehmerinnen eher klein. Es wurde kein Probability Sampling durchgeführt und alle Teilnehmerinnen wurden im gleichen Rehabilitationszentrum behandelt.

4.1.2 Studie von Fritz, Dillaway & Lysack (2015)

In Tabelle 8 wird die Studie „Don't think paralysis takes away your womanhood": Sexual intimacy after spinal cord injury“ zusammengefasst. Dieser Studie wird die Nummer [2] zugeteilt.

Tabelle 8. Zusammenfassung Fritz, Dillaway & Lysack (2015)

Studienabschnitte	Zusammenfassung [2]
Zielsetzung:	Die Perspektiven und sexuelle Intimität von Frauen nach einer Rückenmarksverletzung erforschen.
Design:	Phänomenologischer(*) Ansatz
Kontext:	Wayne State University, Detroit, Michigan, USA
Stichprobe:	20 Frauen mit einer QL welche im Raum Detroit, Michigan wohnhaft sind und bereit sind über Anliegen der Sexualität zu sprechen. Auswahl durch vorhergehende Originalstudie. Durchschnittsalter: 46 Jahre Durchschnittszeit seit Ereignis: 19.5 Jahre
Prozedere:	Ein semistrukturiertes, ausführliches ethnographisches Interview à zwei bis drei Stunden, aufgenommen und transkribiert, Konstante Vergleichsmethode, Member Checking
Ergebnisse:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perspektiven bezüglich der sexuellen Intimität: Trotz QL ist Sexualität wichtig und die Mehrheit der Teilnehmerinnen agiert noch in sexuellen Aktivitäten. Jedoch wird Sexualität unterschiedlich definiert und ausgelebt. Die sexuelle Intimität ist stark abhängig von der momentanen Lebensphase und der personellen Situation oder den Vorkenntnissen. ▪ Zufriedenheit mit der sexuellen Aktivität: Die Zufriedenheit mit der sexuellen Aktivität nach einer QL ist bei den Teilnehmerinnen sehr individuell. Gewisse Frauen möchten gerne mehr sexuell aktiv sein. Andere Studienteilnehmerinnen sind sexuell gar nicht aktiv, jedoch zufrieden mit dieser Situation. Eine weitere Aussage der Studie ist, dass eine stabile Partnerschaft nicht bedeutet, dass die Zufriedenheit bezüglich sexueller Intimität vollumfänglich erreicht ist. Denn physische Faktoren wie Schmerz, Müdigkeit, Sensibilitätsverlust, Verlust der Blasen-Darm-Kontrolle etc. bilden Barrieren für die Ausführung von Sexualität. Viele betroffene Frauen erleben subjektiv einen schnelleren Alterungsprozess aufgrund der QL.

Fortsetzung

Tabelle 8. Zusammenfassung Fritz, Dillaway & Lysack (2015)

- **Aufklärung nach dem Unfall:**
Nur eine Studienteilnehmerin erhielt für sie ausreichend Information bezüglich Sexualität in der Rehabilitation. Allen anderen war die Aufklärung zu unzureichend oder gar nicht vorhanden. Aufgrund der wenigen Informationen wurden oft Unsicherheit, Angst oder negative Erfahrungen bezüglich sexueller Intimität erlebt. Die betroffenen Frauen hätten sich gewünscht, in der Rehabilitation aufgeklärt zu werden, welche Positionierungs- und Adaptionmöglichkeiten oder Strategien für die Kommunikation mit dem Partner vorhanden sind. Ein wichtiger Punkt aus dieser Studie war zudem, dass viele Frauen eine Möglichkeit zur späteren sexuellen Aufklärung geschätzt hätten, da Informationen während der Rehabilitation oft als zu früh empfunden wurden.
- **Sexuelles Selbstvertrauen:**
Die sexuelle Identität und das Selbstvertrauen sind nach einer Querschnittslähmung verändert. Betroffene Frauen spüren von der Gesellschaft das Missverständnis, dass QL mit Asexualität assoziiert wird. Dies wirkt sich negativ auf bestehende Beziehungen, aber vor allem auf die Suche eines neuen Partners aus. Das Erlangen von Selbstvertrauen bezüglich sexueller Intimität, sowie die sexuelle Erfahrung, sind sehr unterschiedlich. Die Lebensphase, der Zeitpunkt des Ereignisses im Leben, die Auswirkung der Beeinträchtigung oder soziokulturelle und physische Ansichten beeinflussen die Sexualität.
- **Implikationen für die Praxis:**
Die Studie sagt aus, dass Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen geeignet sind um einen klientenzentrierten Ansatz bezüglich sexueller Schulung anzubieten. Dabei soll der Verschiedenheit der sexuellen Erfahrung und den Ansichten der Individuen über ihre sexuelle Intimität Beachtung geschenkt werden.

Würdigung:

Das Phänomen der Studie wird detailliert mit vorhandener Literatur eingeleitet. Um die weibliche Sicht auf sexuelle Erfahrungen nach einer QL zu erörtern, ist der gewählte phänomenologische Ansatz sinnvoll. Die Teilnehmerinnen werden aus einer vorhergehenden Studie rekrutiert, wodurch kein Probability Sampling gewährleistet wird. Die Vorgehensweise bei der Datenerhebung und –analyse ist klar

beschrieben. Die Resultate, illustriert mit zahlreichen Zitaten von betroffenen Frauen, sind aussagekräftig und beantworten die Forschungsfragen. Obwohl die Studie nur Teilnehmende aus einem Rehabilitationssetting aufweist, sind die Aussagen wichtig für die Praxis. Es werden sinnvolle Implikationen für die Ergotherapie aufgeführt. Jedoch wird auch angefügt, dass die Ergebnisse aus der Studie nicht vollumfänglich übertragen werden können und zukünftige Forschung notwendig ist.

Gütekriterien:

Die Bestätigung der Studie ist erreicht, da die Interviews zur Datenanalyse aufgenommen und transkribiert wurden. Somit sind die Daten für externe Personen überprüfbar.

Die Datenerhebung wurde einmal erhoben und klar beschrieben. Die Daten wurden bei der Analyse auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede reflektiert, jedoch ist die Zeitspanne zwischen Datenerhebung und Analyse nicht bekannt. Es wird aber angemerkt, dass die Ergebnisse von einem externen Gremium der Wayne State University geprüft wurden. Deshalb ist die Zuverlässigkeit der Studie teilweise erreicht.

Da die Studie Member Checking für die Diskussion der Daten zwischen Forschenden und Teilnehmenden durchgeführt hat und die Ergebnisse durch die Wayne State University anerkannt sind, ist die Glaubwürdigkeit der Studie erreicht.

Zu der Übertragbarkeit kann gesagt werden, dass sie teilweise erreicht ist. Die Ergebnisse wurden zwar mit Zitaten angereichert und die Stichprobengröße scheint adäquat, doch es wurde kein Probability Sampling durchgeführt und über das Setting ist nichts bekannt.

4.1.3 Studie von Leibowitz (2005)

In Tabelle 9 wird die Studie „Sexual rehabilitation services after spinal cord injury: What do women want“ zusammengefasst. Dieser Studie wird die Nummer [3] zugeteilt.

Tabelle 9. Zusammenfassung Leibowitz (2005)

Studienabschnitte	Zusammenfassung [3]
Zielsetzung:	Ein besseres Verständnis über die Erfahrungen, Bedürfnisse und Vorschläge für den Sexuellen-Rehabilitations-Service von Frauen mit einer QL gewinnen.
Design:	Grounded Theory(*) & Phänomenologischer Ansatz
Stichprobe:	24 Frauen aus vier verschiedenen Rehabilitations-Einrichtungen, welche seit mind. drei Monaten mit einer QL leben, keine signifikanten kognitiven Einschränkungen haben und älter als 18 Jahre sind Durchschnittsalter: 35 Jahre Durchschnittszeit seit Ereignis: sechs Jahre
Kontext:	Vier Rehabilitations-Einrichtungen im Midwestern US (hospital's rehabilitation unit, rehabilitation hospital, spinal cord injury center, private physiatry practice)
Prozedere:	Ein semistrukturiertes Interview zwischen 30-120 Minuten, aufgenommen und transkribiert, zwei Mal Member Checking, konstante Vergleichsmethode, Ethnograph (Computer Programm) zur Analyse
Ergebnisse:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erfahrung mit Sexuellen-Rehabilitations-Service: Die Mehrheit der Teilnehmer erhielt überhaupt keine Aufklärung bezüglich Sexualität während der Rehabilitation. Ansonsten war die Informationsabgabe unvollständig oder unverständlich. Zudem zeichnet sich die Problematik ab, dass Angebote bezüglich Sexualität zu sehr auf Männer fokussiert sind. Von Seiten des Fachpersonals wünschen sich die Teilnehmerinnen, dass ihre Prioritäten und Ansichten angehört werden, sie dort unterstützt werden wo sie gerade im Heilungsprozess stehen, dass direkt kommuniziert wird, eine Privatsphäre für das Gespräch geschaffen wird und Hoffnung zugelassen wird man aber realistisch bleibt. ▪ Wichtigkeit des Zeitpunktes: Sexuelle Anliegen hatten für viele Teilnehmerinnen in der Rehabilitation keine Priorität. Jedoch hätten sich alle gewünscht, dass sie zumindest über die sexuelle Veränderung informiert worden wären. Denn die Thematik sollte von Fachpersonen zur Sprache gebracht werden und der Patient sollte dann entscheiden können, ob er noch mehr in Bezug auf Sexualität wissen möchte.

Fortsetzung

Tabelle 9. Zusammenfassung Leibowitz (2005)

Studienabschnitte	Zusammenfassung [3]
Ergebnisse:	<ul style="list-style-type: none">▪ Sexuelle Anliegen und Begrifflichkeiten: Alle Teilnehmerinnen hatten ein geschwächtes Selbstbewusstsein und sexuelles Selbstvertrauen nach dem Ereignis. Die physischen Einschränkungen verursachen zwar die grössten Einschränkungen für die sexuellen Aktivitäten, man sollte die sexuelle Begrifflichkeit aber ganzheitlich ansehen. Das Vertrauen, die Intimität, die Kommunikation, die Spiritualität sowie Experimentieren werden bei sexuellen Aktivitäten wichtiger als rein körperliche Aspekte.▪ Vorschläge für Sexuelle-Rehabilitations-Services: Für die Teilnehmer war es nicht wichtig, welche Profession das Thema Sexualität anspricht. Beim Gespräch sollte aber auf jeden Fall darauf geachtet werden, dass die Individualität des Einzelnen gewürdigt wird. Zudem sollten Zeitpunkt und Privatsphäre gut abgeschätzt werden. Die Informationsabgabe kann in Form von Peer(*) Gesprächen, Infobroschüren, Einzel- oder Gruppengesprächen oder evtl. mit Einbezug des Partners geschehen. Es gibt nicht die perfekte Lösung, denn man sollte flexibel auf die Individuen eingehen und Unterschiedliches anbieten. Eine Möglichkeit der Nachsorge, also Aufklärung nach der Reha, empfanden viele Teilnehmerinnen als sinnvoll.

Würdigung:

Das Phänomen wird genau und grosszügig mit Literatur eingeleitet. Da es nach den Teilnehmerinnen der Studie keine Rolle spielt, welche Profession die Thematik anspricht, ist das Phänomen auch für die Ergotherapie relevant.

Für die Erforschung der Erfahrung von Frauen mit einer QL verwenden die Autoren der Studie die Grounded Theory und einen Phänomenologischen Ansatz, indem sie semistrukturierte Interviews durchführen. Die Stichprobe ist repräsentativ für die Population, da 24 Teilnehmende aus vier verschiedenen Rehabilitations-Einrichtungen per Probability Sampling rekrutiert werden. Die Vorgehensweise bei der Datenerhebung und –analyse ist klar und breit beschrieben.

Der Diskussion wurde fundierte Literatur hinzugefügt und die Autoren fügen an, dass die Übertragbarkeit auf grössere Gruppen noch besser hätte gewährleistet werden

können, wenn ein Vergleich mit den Hintergründen, den geographischen Regionen sowie der sexuellen Orientierung der Teilnehmenden gemacht worden wäre.

Gütekriterien:

Die Bestätigung der Studie ist erreicht, da die Interviews zur Datenanalyse aufgenommen und transkribiert wurden. Somit sind die Daten für externe Personen überprüfbar.

Die Datenerhebung wurde einmal erhoben und klar beschrieben. Die Daten wurden bei der Analyse auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede reflektiert, jedoch ist die Zeitspanne zwischen Datenerhebung und -analyse nicht bekannt. Da die Datenanalyse und Ergebnisse bei Codierungsprozess von einem externen Gremium geprüft wurde, ist die Zuverlässigkeit der Studie teilweise erreicht.

Die Studie führte zwei Mal Member Checkings für die Diskussion der Daten mit allen Teilnehmenden durch. Die Ergebnisse wurden zusätzlich von einem externen Komitee überprüft. Deshalb ist die Glaubwürdigkeit der Studie gewährleistet.

Zu der Übertragbarkeit kann gesagt werden, dass sie teilweise erreicht ist. Die Ergebnisse wurden zwar mit Zitaten angereichert, die Stichprobengrösse scheint adäquat und das Sampling wurde zufällig aus vier verschiedenen Rehabilitationszentren gezogen. Jedoch bestand ein Viertel der Stichprobe aus Fussgänger, was die Vergleichbarkeit mit Betroffenen im Rollstuhl erschwert.

4.1.4 Studie von McAlonan (1996)

In Tabelle 10 wird die Studie „Improving sexual rehabilitation services: The patient's perspective“ zusammengefasst. Dieser Studie wird die Nummer [4] zugeteilt.

Tabelle 10. Zusammenfassung McAlonan (1996)

Studienabschnitte	Zusammenfassung [4]
Zielsetzung:	Die Wirksamkeit von sexuellen Rehabilitationsleistungen aus der Perspektive von Personen mit einer Rückenmarksverletzung evaluieren.
Design:	Deskriptive(*) Studie
Stichprobe:	Teilnehmer (10 Männer, 2 Frauen) mit einer Rückenmarksverletzung aus Washington wurden anhand persönlicher Kontakte rekrutiert. Alle Teilnehmer sind mindestens 18 Jahre alt, haben in ihrer Vergangenheit an einem Rehabilitationsprogramm teilgenommen, haben keine kognitiven Einschränkungen und sind willig über das Thema „sexuelle Rehabilitation“ zu sprechen.
Kontext:	University of Puget Sound, Tacoma, Washington, USA
Prozedere:	Individuelle Interviews, aufgenommen und transkribiert, Aufzeichnungen von Field Notes(*), Verwendung von deskriptiver Statistik und qualitative Analysen, Kodierung und Organisation der Interviews in vier Themen, Durchführung einer Inhaltsanalyse, Bereitstellung von ausgewählten Experten zur Klärung der Ergebnisse
Ergebnisse:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erhaltene sexuelle Rehabilitationsleistungen: Die Mehrheit der Teilnehmer hat sexuelle Rehabilitationsleistungen (Seminare, Gruppendiskussionen, Filmpräsentationen, individuelle Beratungen, gelegentliche Konversationen, Broschüren, Handbücher) erhalten. Leistungen enthielten Informationen über Biologie der Fruchtbarkeit, Veränderungen der sexuellen Funktion als Folge der Rückenmarksverletzung, Prothesen, Hilfsmittel für sexuelle Aktivitäten, adaptierte und alternative sexuelle Techniken und Positionierungen und Probleme bei Dates und Aufrechterhalten von Beziehungen.

Fortsetzung

Tabelle 10. Zusammenfassung McAlonan (1996)

Studienabschnitte	Zusammenfassung [4]
Ergebnisse:	<ul style="list-style-type: none">▪ Evaluation der erhaltenen Leistungen: Die Mehrheit aller Teilnehmenden war unzufrieden mit den erhaltenen Leistungen. Leistungen wurden als hilfreich, die Menge und Qualität jedoch nicht als zufrieden stellend empfunden. Einige werteten Gruppendiskussionen und Seminare als sehr positiv, während andere Eins zu Eins Gespräche bevorzugten. Ein direkter, offener Kommunikationsstil wurde von allen Teilnehmern seitens der Fachpersonen gewünscht. Alle Teilnehmer stimmten zu, dass sie zeitlich direkt nach der Verletzung nicht mit sexuellen Rehabilitationsleistungen konfrontiert werden wollten. Jedoch wollten sie wissen, dass die Leistungen verfügbar seien wenn sie bereit dazu wären.▪ Komponente eines Modellprogrammes: Teilnehmer wurden gefragt, wie Fachpersonen sexuelle Rehabilitationsleistungen verbessern könnten: Eine Teilnehmerin wünschte sich mehr Literatur über die Sichtweisen der Frauen, sowie eine Verbesserung der Zugänglichkeit und Menge von Informationen über sexuelle Rehabilitation. Visuelle Hilfsmittel wurden als sehr effektiv bewertet. Vorstellung der idealen Fachperson variierte. Alle Teilnehmenden wünschten sich Anlaufstellen und Dienstleistungen nach dem Rehabilitationsaufenthalt.▪ Implikationen für die Praxis: Die Unzufriedenheit der Teilnehmer über die Qualität und Quantität sexueller Rehabilitationsleistungen zeigt klar auf, dass Verbesserungen in diesem Bereich der Behandlung von Rückenmarksverletzungen unbedingt benötigt werden. Ergotherapeuten (stationär und ambulant arbeitend) sind in der vorteilhaften Position sexuelle Rehabilitationsleistungen anzubieten, da Ergotherapie auf ganzheitlicher Betreuung basiert

Würdigung:

Mit bereits bestehender Literatur wird das Phänomen der Studie aufgezeigt. Die deskriptive Studie und die Verwendung von individuellen Interviews wurden passend gewählt, um die Wirksamkeit von sexuellen Rehabilitationsleistungen aus der Perspektive von Personen mit einer Rückenmarksverletzung zu evaluieren.

Die Rekrutierung der Stichprobe ist angebracht und ist mit den vorgegebenen

Einschlusskriterien auch repräsentativ für die Population. Jedoch ist es kein Probability Sampling. Die Stichprobengröße ist mit insgesamt zwölf Teilnehmern und nur zwei weiblichen Teilnehmer sehr klein. Jedoch werden die Ergebnisse klar und transparent den Männern, den Frauen oder beiden Parteien zugeteilt. Das Setting ist kaum beschrieben und über die Rehabilitationszentren, in welchen die Teilnehmer behandelt wurden, wird nichts vermerkt. Die Vorgehensweise während der Datenerhebung und -analyse wird genau beschrieben. Die Datenerhebung wurde nur einmal durchgeführt. Die Ergebnisse sind mit Hilfe einiger passenden Zitate von Betroffenen transparent, in vier Kategorien und übersichtlich dargestellt. Das Ziel der Studie konnte erreicht werden, denn die erlebten sexuellen Rehabilitationsleistungen konnten evaluiert und die Verbesserungsvorschläge aller Teilnehmenden dargelegt werden. In der Diskussion werden die Ergebnisse ausgiebig diskutiert und teilweise mit bereits bestehender Literatur in Verbindung gebracht. Mögliche Limitationen der Studie werden nicht diskutiert. Implikationen für die Ergotherapie werden beschrieben. Diese sind jedoch, aufgrund der geringen Teilnehmerinnenzahl, kritisch zu hinterfragen.

Gütekriterien:

Die Bestätigung der Studie ist erreicht, da nebst den Aufnahmen und Transkribierungen aller Interviews, zudem Field Notes festgehalten wurden. Somit sind die Daten für externe Personen überprüfbar.

Die Datenerhebung wurde einmal erhoben und klar beschrieben. Jedoch ist die Zeitspanne zwischen Datenerhebung und Analyse nicht bekannt. Zudem wurde die Datenanalyse und –ergebnisse von keinem hochschulinternen oder –externen Gremium geprüft. Daher ist die Zuverlässigkeit der Studie teilweise erreicht.

Die Glaubwürdigkeit der Studie ist teilweise erreicht, da keine Member Checking durchgeführt, jedoch ausgewählte Experten zur Klärung der Ergebnisse bereitgestellt wurden.

Die Ergebnisse der Studie wurden ausreichend beschrieben und mit zahlreichen Zitaten angereichert. Die Stichprobe ist jedoch mit zwei Frauen sehr klein, es wurde kein Probability Sampling durchgeführt und über die Anzahl der

Rehabilitationszentren, in welchen die Teilnehmerinnen behandelt wurden, ist nichts bekannt. Die Übertragbarkeit ist deshalb nicht erreicht.

4.1.5 Studie von Westgren und Levi (1999)

In Tabelle 11 wird die Studie „Sexuality after injury: Interviews with women after traumatic spinal cord injury“ zusammengefasst. Dieser Studie wird die Nummer [5] zugeteilt.

Tabelle 11. Zusammenfassung Westgren (1999)

Studienabschnitte	Zusammenfassung [5]
Zielsetzung:	Ein komplettes Bild der sexuellen Aktivität von Frauen mit QL erlangen.
Design:	Grounded Theory
Stichprobe:	Acht Frauen mit QL wohnhaft in oder um Stockholm, welche seit mindestens zweieinhalb Jahren in einer stabilen heterosexuellen Beziehung leben, keine grossen medizinischen Komplikationen aufweisen, sowie ohne Alkohol- oder Drogenmissbrauch und ohne psychiatrische Einschränkungen leben. Alter: zwischen 20 und 60 Jahre Zeit seit Unfall: mindestens zwei Jahre
Kontext:	Spinalis regionale Klinik und Rehabilitationszentrum von Stockholm, Schweden
Prozedere:	Ein qualitatives ausführliches Interview von ca. zwei Stunden Dauer, aufgenommen und transkribiert, Grounded Theory (systematische Sammlung und Analyse der phänomenologischen Daten)
Ergebnisse:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erste sexuelle Erfahrung: Alle Teilnehmenden hatten Gefühl der Angst und Unsicherheit bezüglich der Sexualität nach dem Unfall, da das Körperverständnis und die -kontrolle fehlten. Während der Rehabilitation wurden sie zu wenig aufgeklärt und hatten deshalb Vorurteile. Trotzdem erlebten alle Teilnehmerinnen die erste sexuelle Erfahrung als positiv.

Fortsetzung

Tabelle 11. Zusammenfassung Westgren (1999)

Studienabschnitte	Zusammenfassung [5]
Ergebnisse:	<ul style="list-style-type: none">▪ Kommunikation vor und nach dem Ereignis: Die Kommunikation und das Verhalten nach dem Ereignis zwischen den Betroffenen und ihren Partnern ähneln stark dem vor dem Ereignis.▪ Einfluss der QL auf Sexualleben: Die QL hat grossen Einfluss auf das Sexualleben der Teilnehmenden. Als negativen Einfluss wird der Verlust von jeglichen Aspekten wie des Selbstbewusstsein oder der Initiative genannt. Es werden auch einzelne positive Aspekte genannt.▪ Momentanes Sexualleben: Die Menge der sexuellen Aktivitäten variiert stark zwischen den Teilnehmerinnen. Etwa die Hälfte der Teilnehmenden hat eine positive Ansicht bezüglich Sexualität. Blasen-Darm-Unfälle wirken sich hemmend auf das Sexleben aus, sowie körperliche Einschränkungen auf die Positionierung, der Sensibilitätsverlust und die eingeschränkte Spontanität. Körperliche Nähe und Intimität werden wichtiger als der körperliche Akt selbst. Dabei braucht es viel Toleranz und Verständnis durch den Partner.▪ Ratschläge für frischverletzte Betroffene: Man sollte sich am Anfang viel Zeit lassen um zu trauern, zu verarbeiten und zu akzeptieren. Es hilft, mit jemanden zu sprechen und Hilfe anzunehmen. In Bezug auf die Sexualität sollte man den eigenen Körper neu erforschen, sich Zeit lassen, experimentieren und so neue Wege finden.▪ <i>Ratschläge für Rehabilitationspersonal:</i> Betroffene wünschen sich eine offene Kommunikation, welche ihre Vorurteile beseitigt, ihre individuellen Unterschiede sensibel angeht und sie zu nichts drängt. Das Fachpersonal sollte den Betroffenen Zeit lassen. Zudem sollte es ein Angebot der Nachsorge geben.

Würdigung:

Das Phänomen dieser Studie wird mit passender Literatur eingeleitet. Um ein vollumfängliches Bild sexueller Aktivitäten von Frauen mit einer QL zu erlangen, scheint der Grounded Theory Ansatz passend zu sein. Von einem

Rehabilitationssetting wird eine relativ kleine Stichprobe von acht Frauen gezogen. Durch diesen Aspekt und das Einschlusskriterium der Heterosexualität wird die Übertragbarkeit eingeschränkt. Die Vorgehensweise während der Datenerhebung wird kurz beschrieben. Eine genauere Beschreibung für die Nachvollziehbarkeit der Analyse wird nicht aufgeführt. Ergebnisse werden mit Zitaten präsentiert und mit Hilfe der sechs Hauptfragen des Interviews gegliedert. Diese werden mit zusätzlicher Literatur diskutiert und mit neuen Ansätzen angereichert. Die Forschungsfrage ist in den Augen der Verfasserinnen dieser BA nur teilweise beantwortet, da ein ganzheitliches Bild mit einer Fallstudie in nur einem Rehabilitationszentrum nicht erreicht werden kann. Jedoch sind allgemeine Empfehlungen für die Umsetzung in der Praxis vorhanden und können ansatzweise übernommen werden.

Gütekriterien:

Die Bestätigung der Studie ist erreicht, da die Interviews zur Datenanalyse aufgenommen und transkribiert wurden. Somit sind die Daten für externe Personen überprüfbar.

Die Datenerhebung wurde einmal erhoben und zusammenhängend mit der Datenanalyse durchgeführt. Die genauere Datenanalyse ist jedoch nicht bekannt ebenso wie die Zeitspanne zwischen Datenerhebung und -analyse. Es wird aber angemerkt, dass die Ergebnisse von einem externen Gremium geprüft wurden. Deshalb ist die Zuverlässigkeit der Studie teilweise erreicht.

Da die Studie kein Member Checking durchgeführt hat, jedoch die Ergebnisse durch den Einbezug eines externen ethischen Komitees des Karolinska Institutes anerkannt sind, ist die Glaubwürdigkeit der Studie teilweise erreicht.

Zu der Übertragbarkeit kann gesagt werden, dass die Ergebnisse mit Zitaten angereichert wurden und ein Probability Sampling gezogen wurden. Allerdings ist die Stichprobengröße eher klein und das Setting beinhaltet nur ein Rehabilitationszentrum, wodurch die Übertragbarkeit nur teilweise erreicht ist.

4.2 Kategorisierung Ergebnisse im CMOP-E Modell

Folgend werden die in Kapitel 4.1 aufgeführten Ergebnisse aus den fünf Hauptstudien einzeln im CMOP-E Modell kategorisiert. Abbildung 6 zeigt eine vereinfachte farbliche Darstellung des CMOP-E für die Einteilung. Im Fliesstext werden die Ergebnisse der fünf Hauptstudien zusammengeführt und verglichen. Dabei werden die einzelnen Studien nicht mehr namentlich aufgeführt, sondern mit den ihnen zugeteilten Nummern in eckigen Klammern [1-5] dargestellt.

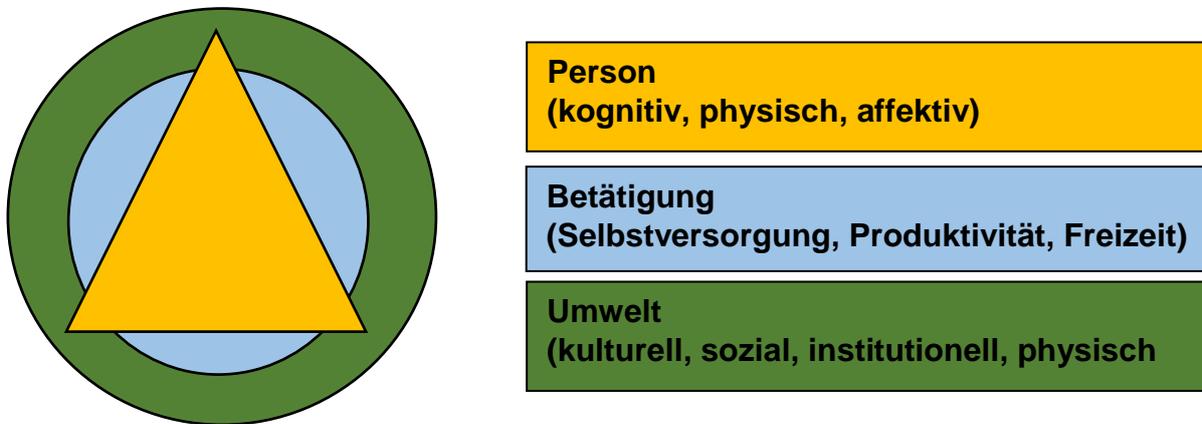


Abbildung 6. Darstellung CMOP-E

4.2.1 Bedürfnisse

Als erstes folgt die Einteilung der in den Studien genannten Bedürfnissen von betroffenen Frauen mit einer QL im CMOP-E Modell. Es werden dabei die Bereiche Person, Betätigung und Umwelt unterschieden. Ersichtlich sind die Bedürfnisse in den Abbildungen 7-11.

Person:

- Schlechtes wahrgenommenes eigenes Körperbild aufgrund von Verlusten
- Angst, Hoffnungslosigkeit und Frustration bezüglich Sexualität
- Tiefes Selbstwertgefühl
- Negative Meinung bezüglich Aufklärung
- Wunsch nach praktischen Informationen
- Während der Rehabilitation oft noch nicht bereit über Sexualität zu sprechen
- Wunsch einer Aufklärung nach der Rehabilitation

Betätigung:

- Priorität am Anfang der Rehabilitation vor allem auf Betätigungen in den Bereichen Selbstversorgung und Produktivität
- Betätigungen im Freizeitbereich, wie die Sexualität, erst später wichtig
- Sexuelle Aktivitäten durch Querschnittlähmung erschwert
- Adaption der sexuellen Identität

Umwelt:

- Unzureichende Aufklärung
- Unangepasste Reaktion seitens der Fachpersonen
- Verständnisvoller Partner ist unterstützend
- Kein verständnisvoller Partner ist hindernd
- Soziale Umwelt beeinflusst Selbstbild
- Aufrechterhaltung Beziehungen schwierig

Abbildung 7. Bedürfnisse aus Beckwith (2013)

Person:

- Physische Einschränkungen als Barrieren für sexuelle Zufriedenheit
- Sexuelle Identität und Selbstvertrauen verändert
- Zufriedenheit mit sexueller Aktivität variiert stark und ist sehr individuell
- Eigene sexuelle Bedürfnisse werden teilweise den Bedürfnissen des Partners untergeordnet
- Unzufriedenheit mit Aufklärung
- Wunsch der Selbstbestimmung über Zeitpunkt der Aufklärung
- Wunsch einer Aufklärung nach der Rehabilitation

Betätigung:

- Priorität am Anfang der Rehabilitation vor allem auf Betätigungen in den Bereichen Selbstversorgung und Produktivität
- Betätigungen im Freizeitbereich, wie die Sexualität, erst später wichtig
- Trotz Querschnittlähmung Ausleben sexueller Aktivitäten
- Sexualität wird unterschiedlich definiert
- Sexualität wird ganzheitlicher

Umwelt:

- Stabile Beziehung keine Garantie für gute Sexualität
- Partnersuche erschwert
- Aufklärung in Rehabilitation ungenügend
- Fehlende Möglichkeit einer Nachsorge zu Aufklärung
- Einfluss von Gesellschaft gross und meist negativ

Abbildung 8. Bedürfnisse aus Fritz (2015)

Person:

- Physische Einschränkungen als grösste Einschränkung für sexuelle Aktivitäten
- Selbstbewusstsein und Selbstvertrauen tief
- Frustration durch unzureichende Aufklärung
- Welche Profession Aufklärung übernimmt, ist nicht wichtig
- Während der Rehabilitation oft noch nicht bereit über Sexualität zu sprechen
- Wunsch einer Aufklärung nach der Rehabilitation

Betätigung:

- Priorität am Anfang der Rehabilitation vor allem auf Betätigungen in den Bereichen Selbstversorgung und Produktivität
- Betätigungen im Freizeitbereich, wie die Sexualität, erst später wichtig
- Sexuelle Aktivität wird ganzheitlicher

Umwelt:

- Aufklärung unzureichend
- Aufklärung in Form von Einzelgespräche, Gruppentherapien, Videos, Bücher, Peer Gespräche, Infobroschüren
- Fehlende Möglichkeit einer Nachsorge zu Aufklärung
- Beziehungen gehen oft in Brüche, neue Beziehungen können aber aufgebaut werden

Abbildung 9. Bedürfnisse aus Leibowitz (2005)

Person:

- Unzufriedenheit über erhaltene Aufklärung
- Bevorzugte Methode der Informationsübermittlung verschieden
- Vorstellung der idealen Fachperson variiert
- Frustration und Enttäuschung bei unzureichender und unangepasster Aufklärung
- Wunsch nach Aufklärung nur für Frauen
- Wunsch nach offenem und direktem Kommunikationsstil
- Während der Rehabilitation oft noch nicht bereit über Sexualität zu sprechen
- Wunsch einer Aufklärung nach der Rehabilitation

Betätigung:

- Priorität am Anfang der Rehabilitation vor allem auf Betätigungen in den Bereichen Selbstversorgung und Produktivität
- Betätigungen im Freizeitbereich, wie die Sexualität, erst später wichtig

Umwelt:

- Aufklärung unzureichend
- Erhaltene Aufklärung durch Ärzte, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Erholungstherapeuten, Pflegefachpersonen, Psychologen, Sozialarbeitern und freiwillige Peer Berater
- Aufklärung in Form von Seminaren, Gruppendiskussionen, Filmpräsentationen, individuellen Sexualberatungen mit Ärzten und Psychologen, gelegentliche Konversationen, Broschüren und Handbüchern

Abbildung 10. Bedürfnisse aus McAlonan (1996)

Person:

- Unzufriedenheit mit Aufklärung
- Wunsch nach offenem Kommunikationsstil, Berücksichtigung der Individualität, genügend Zeit vom Fachpersonal
- Angst und Unsicherheit bezüglich ersten sexuellen Erfahrung
- Wunsch nach Nähe und intimen Berührungen, jedoch Initiative ergreifen schwierig
- Positive Ansichten bezüglich Sexualität
- Einschränkungen haben hemmenden Einfluss auf Sexualität
- Für Krankheitsverarbeitung Zeit lassen und Hilfe annehmen

Betätigung:

- Priorität am Anfang der Rehabilitation vor allem auf Betätigungen in den Bereichen Selbstversorgung und Produktivität
- Betätigungen im Freizeitbereich, wie die Sexualität, erst später wichtig
- Erste sexuelle Erfahrung war für alle positiv
- Menge von sexueller Aktivität variiert stark
- Sexuelle Aktivität verändert sich und wird ganzheitlicher
- Psychologische Faktoren beeinflussen Sexualität
- Querschnittlähmung hat positive und negative Einflüsse auf Sexualität

Umwelt:

- Aufklärung unzureichend
- Kommunikation und Verhalten in Beziehungen erschwert
- Viel Toleranz und Verständnis vom Partner erfordert
- Fehlende Möglichkeit einer Nachsorge zu Aufklärung

Abbildung 11. Bedürfnisse aus Westgren (1999)

Person

In diesem Abschnitt sind die gefundenen Ergebnisse der Hauptstudien, welche der Person im CMOP-E zugeteilt werden können, ersichtlich. Die Person umfasst dabei, wie im Kapitel 2.7 erläutert, die Spiritualität, die kognitiven, affektiven und physischen Performanzfertigkeiten eines Menschen.

Physische Einschränkungen verursachen die grössten Schwierigkeiten bei der Ausführung von sexuellen Aktivitäten [3]. Müdigkeit, Schmerzen, Kraftlosigkeit, Dekubiti, Verlust von Blasen- und Darmkontrolle, Sensibilitätsverlust und die eingeschränkte Mobilität sind die meist genannten Probleme dabei [1, 2]. Frauen mittleren Alters nehmen subjektiv wahr, dass der Körper mit einer QL schneller altert als der von gesunden Frauen [1]. Einige Frauen berichten zudem, dass es ihnen durch die physischen Einschränkungen oftmals verwehrt war, während sexuellen Aktivitäten die Spontanität oder Initiative zu ergreifen [5]. Eine fehlende Blasen- und Darmkontrolle wirken sich sehr hemmend auf die Sexualität aus [2, 3]. Bei einigen Betroffenen stellt die fehlende Kontrolle sogar die grösste Hemmschwelle dar, um

während des sexuellen Aktes ungezwungen entspannen zu können [5]. Die Problematik der Blasen- und Darmkontrolle wird speziell von Frauen, welche neue intime Beziehungen aufbauen, als sehr negativ behaftet [2]. Einige betroffene Frauen berichten, dass allein die Penetration oder ein Orgasmus zu peinlichen Unfällen, wie ungewollter Stuhlabgang oder versehentlicher Blasenentleerung, führen können. So wünschen sich viele Betroffene, dass während der Rehabilitation das Blasen-Darm-Management von Fachpersonen angesprochen und thematisiert wird [3]. Einige wollen auch erfahren, wie sie diese Problematik mit ihrem Partner ansprechen können [2]. Der Sensibilitätsverlust wird nebst hemmenden Aspekten während sexuellen Tätigkeiten auch als sehr frustrierend wahrgenommen [5]. Betroffene Frauen berichten auch, dass die körperlichen Einschränkungen sehr hemmend auf eine geeignete Positionierung während sexuellen Aktivitäten seien [1, 5]. Viele Betroffene äussern den Wunsch nach praktischen Ratschlägen, wie Strategien bei Sensibilitätsverlusten und Strategien um eine bestmögliche Positionierung während sexuellen Aktivitäten zu erreichen. Zudem wünschen sie sich den Austausch mit anderen betroffenen Frauen [1]. Ein anderes grosses Anliegen einiger Frauen ist zudem, Hilfestellungen für ihre Partner zu erhalten. Hilfestellungen im Rahmen von nützlichen Ratschlägen über einen angepassten Umgang mit einem querschnittgelähmten Körper [2].

Die zahlreichen physischen Einschränkungen haben eine negative Wirkung auf das Wohlbefinden [3]. Das Körperbild vieler betroffener Frauen ist durch die möglichen Verluste, welche sie durch die QL erlitten haben, beeinträchtigt [1, 5]. Oft erfahren betroffene Frauen in Bezug auf Sexualität Angst und Unsicherheit, da ihnen Körpervverständnis und –kontrolle fehlen. So wünschen sich jene Frauen zu wissen, dass es ganz normal ist, unsicher zu sein. Jene Frauen machten ihre ersten sexuellen Erfahrungen nachdem sie ihre Basisfunktionen zurückgewonnen haben, ohne irgendwelche Hilfeleistungen seitens der Fachpersonen erhalten zu haben. Trotz allem empfanden die Frauen dieser Studie ihre Sexualität als positiv [5]. Selbstbewusstsein und sexuelles Selbstvertrauen ist bei den meisten Frauen sehr tief [3]. Ein positives Körperbild von sich selbst und die Akzeptanz des neuen Körpers sind grundlegend, um eine positive und gesunde sexuelle Identität entwickeln zu können [1, 2]. Ein schlechtes Selbstbild, verursacht durch psychologische Aspekte, kann ein sehr grosses Hindernis während sexuellen Aktivitäten darstellen [5]. Eine

Studie [2] besagt sogar, dass, falls keine sexuelle Identität entwickelt wird, dies zu emotionalen Depressionen führen kann.

Ein Grossteil der teilnehmenden Frauen hat eine negative Meinung bezüglich Quantität und Qualität der Informationen über Sexualität, welche sie während ihrer Rehabilitationszeit von Fachpersonen erhalten haben [1, 2, 3, 4, 5]. Beim Erhalt unangepasster Aufklärung [1, 4], sowie im Falle schlechter Kommunikation seitens des Fachpersonals [4], wird oftmals Enttäuschung und Frustration erlebt [1, 4]. Viele Frauen wünschen sich, dass die Problematik der Sexualität vom Fachpersonal angesprochen wird und dies nicht von ihnen selbst initiiert werden muss [3, 4]. Die ideale Fachperson um sexuelle Probleme anzusprechen, sowie die ideale Informationsart wird sehr individuell bewertet. Einige empfinden Gruppendiskussion oder –seminare, andere individuelle Einzelberatungen, als passende Lösung [3, 4].

Alle Studien besagen, dass der Zeitpunkt, sexuelle Anliegen anzusprechen, unangepasst war [1, 2, 3, 4, 5]. Es bestand der Wunsch, den Zeitpunkt der Aufklärung selbst bestimmen zu können [2]. Vom Fachpersonal erwarten sie, dass sie das Thema während der Rehabilitation ansprechen und den Zugang zur Aufklärung zu einem späteren Zeitpunkt gewährleisten [1, 2, 3, 4, 5]. Das folgende Zitat einer betroffenen Teilnehmerin einer Studie [1] widerspiegelt die oben benannten Bedürfnisse sehr passend.

„I don't think I was ready to talk about it at the time but it would have been good for somebody to bring it up and let me know where that support was if and when I needed. As part of your rehab process you should be at least made aware of when you do want to think about this, this is where you go, this is who you talk or this is some stuff to read, this is the information.“ (S. 319)

Betätigung

In dieser BA wird nur auf die Betätigung Sexualität eingegangen. Wie im Kapitel 2.7 ersichtlich, kann diese Betätigung im CMOP-E dem Betätigungsbereich Freizeit zugeordnet werden. Somit werden die anderen Teilbereiche der Betätigung, also die Produktivität und die Selbstversorgung nicht besprochen.

Zu Beginn der Rehabilitation haben vor allem Betätigungen in den Bereichen der Selbstversorgung und Produktivität Priorität. Kurz nach dem Ereignis ist es den Betroffenen wichtiger, sich mit grundlegenden Aspekten der Selbstversorgung auseinander zu setzen [2]. Betätigungen im Freizeitbereich, wie die Sexualität, treten erst zu einem späteren Zeitpunkt, oft auch erst nach der Rehabilitation, in den Vordergrund [1, 2, 3, 4, 5].

Sexuelle Aktivitäten sind durch die QL mit all ihren Einschränkungen erschwert [1] und verändert. Sexualität bekommt durch die körperlichen Einschränkungen für viele betroffene Frauen einen holistischen Wert. Penetration während dem sexuellen Akt wird weniger wichtig. Nicht der Akt an sich, sondern Aspekte wie intim sein, die Hände halten oder gehalten werden, erhalten sehr viel mehr Wichtigkeit [2, 3, 5]. Die Mehrheit der betroffenen Frauen nimmt nach dem Ereignis an sexuellen Aktivitäten teil. Die Häufigkeit und Qualität ist jedoch meist gering und nicht zufriedenstellend [2, 5]. Wie betroffene Frauen ihre Sexualität nach dem Ereignis definieren, ist stark von der persönlichen Lebensphase und der momentanen Situation, sowie der Zeit seit dem Ereignis und der individuellen Schwere der Beeinträchtigung abhängig [3].

Um eine positive sexuelle Identität zu erlangen, ist es zentral, ein positives Selbstbild zu entwickeln [1]. Betroffene Frauen benötigen Zeit, um zu trauern, das eigene Schicksal zu verarbeiten und zu akzeptieren. Dieser Zeitaspekt wirkte sich auch positiv auf sexuelle Aktivitäten aus. Des Weiteren war es hilfreich für Betroffene über die eigene Situation zu sprechen und Hilfe anzunehmen. Eine weitere Empfehlung liegt in der Entleerung der Harnblase. Die QL bringt jedoch nicht nur Nachteile mit sich. So beschreiben betroffene Frauen den sexuellen Akt einerseits als entspannter, andererseits als variationsreicher oder als neues und spannendes Erlebnis [5].

Umwelt

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse aller Hauptstudien, welche der Umwelt im CMOP-E zugeteilt werden können, erläutert. Die Umwelt wird im CMOP-E, wie in Kapitel 2.7 erläutert, in physische, institutionelle, kulturelle und soziale Teilbereiche unterteilt.

Die Aufklärung in der Rehabilitation fand in Form von Seminaren, Gruppendiskussionen, Filmpräsentationen, individuellen Sexualberatungen mit

Ärzten und Psychologen, gelegentliche Konversationen, Broschüren und Handbücher [4] oder Einzelgesprächen, Gruppentherapien, Videos, Bücher, Peer Gespräche, Infobroschüren statt [3]. Visuelle Hilfsmittel wie Fotos oder Videos werden als effektiv für die Darstellung des technischen Aspekts der körperlichen Liebe angesehen [4].

Falls Aufklärung in Institutionen angeboten wurde, war diese fast ausschliesslich auf Männer ausgerichtet. Informationen während oder nach der Rehabilitation zu Fragen weiblicher Betroffenen, wie beispielsweise zur Mutterrolle, fehlten [3, 4]. Aufgrund des institutionellen Kontextes der Rehabilitation wird es als wichtig empfunden, die Privatsphäre während der Aufklärung zu berücksichtigen [3].

Die Reaktion von der Gesellschaft auf Frauen mit einer QL hat grossen Einfluss auf die Betroffenen, welcher meist als negativ erlebt wird. Dieser Einfluss durch Menschen im Umfeld oder durch die Kultur, in welcher die Betroffenen leben, kann die Wiedererlangung einer positiven Sexualität erschweren [2]. Die soziale Umwelt kann auch das Selbstbild der Frauen stark beeinflussen, was sich wiederum auf die Betätigungsperformanz auswirkt [1]. Einige Frauen aus den Hauptstudien fühlen sich von Fremden als asexuelles Wesen dargestellt [1, 2]. Die Betroffenen beschreiben in einer Studie, dass sie weniger Zuwendung oder keine Berührungen von Mitmenschen erleben, da die Gesellschaft anders auf Betroffene als auf Menschen ohne Einschränkung reagiert [2]. Folgendes Zitat einer betroffenen Frau aus einer Studie [2] widerspiegelt dieses Dilemma sehr passend.

„I think the hardest thing that I've had to come to grips with is that people look at me as an asexual being. [...] I just think it's a common response to women with disabilities. For example, you and I could be walking down the street and my kid is with me, and they'll probably think that my kid is your kid, you know, 'cause they think, "How could she have sex?" It's implied.“ (S. 7)

Die Frauen selbst haben zu Beginn der Rehabilitation ebenfalls oft falsche Vorstellung vom Leben inklusive der Sexualität mit QL [5]. Ein paar betroffene Frauen erleben die Reaktionen des Gesundheitsfachpersonals als unangepasst [1]. Die Anliegen und Vorurteile der Frauen werden vom Fachpersonal oftmals nicht beachtet, wodurch Betroffene mit dem Gefühl von Angst und Hoffnungslosigkeit in Bezug auf deren Sexualität allein gelassen werden [1,5]. Aufklärung vom Fachpersonal soll beinhalten, dass die Prioritäten, Vorlieben und Wertevorstellungen

Anina Stauber & Malena Lötscher

der Betroffenen angehört werden, dass sie dort, wo sie im Heilungsprozess momentan stehen [3, 5], vom Fachpersonal hoffnungsvoll unterstützt werden [3] und es eine direkte Kommunikation gibt [3, 4, 5]. Eine andere Studie definiert Vertrautheit mit der Materie und die Bereitschaft Fragen zu beantworten als wünschenswerte Eigenschaft vom Fachpersonal [4]. Die Aufklärung in der Rehabilitation einer Studie fand durch Mitglieder des gesamten interdisziplinären Teams statt. Dabei waren Ärzte, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Erholungstherapeuten, Pflegefachpersonen, Psychologen, Sozialarbeiter und freiwillige Peer-Berater involviert [4]. Welche Berufsgruppe das Thema anspricht, ist den Betroffenen nicht wichtig [3, 4].

Eine weitere soziale Schwierigkeit, welche betroffene Frauen mit einer QL antreffen, ist die Partnerschaft. Oftmals gehen Beziehungen nach dem Ereignis in die Brüche [1, 3]. Es wird für die Betroffenen durch die Stigmatisierung schwer, neue mögliche Partner kennenzulernen, um neue Beziehungen aufzubauen [1, 2]. Die Kommunikation in der Beziehung ist ebenfalls erschwert. Vom Partner braucht es viel Toleranz, Verständnis [5] und Akzeptanz der Krankheit [1].

4.2.2 Ergotherapie

Nach den Erläuterungen der Bedürfnisse im vorhergehenden Kapitel folgt nun die Auflistung der Implikationen für die Ergotherapie, welche in den Hauptstudien genannt werden. Diese Implikationen können dem Wirkungsbereich der Ergotherapie zugeteilt werden, welcher im CMOP-E als Überschneidung von Betätigung, Umwelt und Person definiert wird.

Die Sexualität wird als wichtiger Teil von Gesundheit und Wohlbefinden angesehen. Deshalb ist es für die Ergotherapie äusserst wichtig sexuelle Bedenken und Anliegen von Frauen mit einer QL aktiv anzugehen [2]. Da sexuelle Aktivitäten eine wichtige Betätigung vieler betroffener Frauen darstellen, sollte der Sexualität genau die gleiche Beachtung geschenkt werden wie anderen wichtigen Fertigkeiten des täglichen Lebens. Nur so kann der ganzheitliche Ansatz der Ergotherapie gewährleistet werden [4]. Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen sind geeignete Fachpersonen, um Frauen mit einer QL dabei zu unterstützen, nach dem Ereignis ihre sexuelle Identität neu zu entwickeln. Dabei ist es wichtig, den individuellen Unterschieden beim Thema Sexualität Beachtung zu schenken [2].

Durch die tägliche Eins zu Eins Interaktion mit Betroffenen im stationären Setting ist die Ergotherapie in der vorteilhaften Lage eine enge therapeutische Beziehung aufbauen zu können. Dies kann das Vertrauen der Betroffenen zu den Therapeuten und Therapeutinnen stärken und somit eine gute Grundlage für die Diskussion von sexuellen Bedürfnissen bieten. Jedoch muss angemerkt werden, dass die zeitlichen Ressourcen der Ergotherapie im stationären Setting eingeschränkt sind. Auch die ambulante Ergotherapie kann ein passendes Setting für die Aufklärung von Frauen mit einer QL darstellen. Nach der Rehabilitation kann das gegenwärtige Niveau der sexuellen Funktion der Betroffenen neu bewertet und alle neuen Probleme, die möglicherweise entstanden sind, angegangen werden [4].

Als konkrete Vorschläge für die ergotherapeutische Praxis wird ein Schulungsprogramm für Betroffene in verschiedenen Lebenssituationen genannt. Daneben könnte ein Ziel der ergotherapeutischen Behandlung sein, Strategien mit Betroffenen zu entwickeln, wie sie ihr Selbstbewusstsein in Bezug auf sexuelle Aktivitäten steigern können. Dazu gehören auch Strategien, wie die Betroffenen den Beziehungsaufbau stärken können [2]. Als Hilfe für die Aufklärung kann in der Ergotherapie das PLISSIT Modell von Annon (1976) verwendet werden. Das Modell wurde für die sexuelle Beratung und Bildung entwickelt und findet bei verschiedenen Gesundheitsprofessionen Anwendung [4]. Im Kapitel 6.1 wird genauer auf das PLISSIT Modell eingegangen und eine detaillierte Beschreibung davon befindet sich im Anhang G. Weiter gehört es zu den Aufgaben der Ergotherapie, sich durch Aufklärung der Gesellschaft für die Betroffenen einzusetzen [2].

5. Diskussion

Folgend werden die im vorhergehenden Kapitel aufgeführten Ergebnisse mit Einbezug weiterer Literatur in Bezug zur Fragestellung kritisch diskutiert. Das Ziel dieser BA ist es, die Bedürfnisse von erwachsenen Frauen mit einer QL in Bezug auf Aufklärung während der Rehabilitation zu evaluieren. Zudem sollen daraus Empfehlungen für die ergotherapeutische Praxis aufgezeigt werden.

5.1 Qualität der Hauptstudien

Die Qualität der fünf Hauptstudien wurde aufgrund der inhaltlichen und methodischen Würdigung, sowie der vier Gütekriterien (Lincoln et al., 1985) bestimmt. In Tabelle 12 ist die Qualitätsbeurteilung mit den von den Verfasserinnen definierten Qualitätskriterien ersichtlich. Die Studie von Leibowitz (2005) weist die höchste Qualität auf. Somit werden die Resultate dieser Studie für die Beantwortung der Fragestellung dieser BA am meisten gewichtet. Die Studien von Beckwith et al. (2013) und Fritz et al. (2015) haben eine gute Qualität und somit eine ebenfalls gute Aussagekraft für diese BA. Die Studien von McAlonan (1996) und Westgren et al. (1999) haben einige kleine, vor allem methodologische Mängel, wodurch diese Resultate nicht gleich gewichtet werden wie die der anderen Hauptstudien.

Tabelle 12. Qualität der Hauptstudien

Studien	Z	St	D	Re	Fo	ET	Co	D	Ce	T	Qualität
[1] Beckwith et al.	1	2	1	1	1	2	1	2	1	2	Gut
[2] Fritz et al.	1	2	1	1	1	1	1	2	1	2	Gut
[3] Leibowitz	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	Hoch
[4] McAlonan	1	3	1	1	1	2	1	2	2	3	Mässig
[5] Westgren et al.	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	Mässig

Anmerkung: Z = klare Zielformulierung; St = Stichprobe; D = passendes Design; Re = umfassende Darstellung der Resultate; Fo = Erreichung des Forschungsziels; ET = Relevanz für die Ergotherapie; Co = Confirmability; D = Dependability; Ce = Credibility; T = Transferability

1= erfüllt; 2= teilweise erfüllt, 3= nicht erfüllt

Hoch, Gut, Mässig, Tief (Einteilung siehe Kapitel 3.4)

5.2 Diskussion der Ergebnisse

Zur besseren Übersicht wird die Diskussion in die zwei Unterkapitel „Bedürfnisse“ und „Ergotherapie im CMCE“ aufgeteilt, welche auf der Fragestellung dieser BA basieren.

5.2.1 Bedürfnisse

Physische Veränderung

Physische Einschränkungen wurden von den meisten betroffenen Frauen als sehr hemmend auf sexuelle Aktivitäten identifiziert [1, 2, 3]. Forsythe et al. (2005) bestätigen, dass körperliche Dysfunktionen, wie Harn- und Darminkontinenz oder Spastizität, einen negativen Einfluss auf die Ausführung der Sexualität von Frauen mit einer QL haben. Aufgrund der fehlenden Blasen- und Darmkontrolle [2, 3, 5] wünschten sich betroffene Frauen vom Fachpersonal Aufklärung über ein geeignetes Blasen-Darm-Management bei sexuellen Aktivitäten [3]. Zudem bestand teilweise der Wunsch, Unterstützung zu erhalten, wie diese Thematik mit dem Partner angesprochen werden kann [2].

Weiter berichteten betroffene Frauen, dass eine variierende Positionierung bei sexuellen Aktivitäten durch die körperlichen Veränderungen eingeschränkt ist [1, 5]. Die eingeschränkte Sensibilität aufgrund der QL wurde ebenfalls als hemmend und zudem frustrierend erlebt [2]. In der Forschung von Cramp et al. (2015) wird festgehalten, dass je nach Läsionshöhe und Komplexität der QL Betroffene keinen Orgasmus mehr haben können. Durch diese Einschränkungen kam bei Betroffenen das Bedürfnis auf, sich mit Fachpersonen oder anderen Betroffenen über Strategien dieser Problematiken auszutauschen [1]. Dies bestätigt auch die Studie von Kreuter et al. (2008). Betroffene Frauen der Studie von Kreuter et al. (2011) rieten, um trotzdem eine sexuelle Zufriedenheit erreichen zu können, die fehlende Sensibilität mit verschiedenen Strategien zu kompensieren. Genannte Strategien dabei waren fantasieren, ein längeres Vorspiel, eine stärkere Stimulation, sich auf andere Sinne zu verlassen und andere erogene nicht genitale Zonen zu nutzen (Kreuter et al., 2011).

Psychische Veränderungen

Die physischen Einschränkungen haben einen negativen Einfluss auf das Wohlbefinden der betroffenen Frauen [3]. Sie haben Schwierigkeiten, ihren neuen Körper zu verstehen und zu akzeptieren [1, 2], wodurch sie ein negatives Körperbild von sich haben [1, 5]. Das Selbstbewusstsein und das sexuelle Selbstvertrauen sind bei den meisten Betroffenen tief [3], was sich negativ auf sexuelle Aktivitäten

auswirkt [5]. Diese psychischen Veränderungen werden durch die Studien von Forsythe et al. (2005) und Kreuter et al. (2008) bestätigt. Moin, Duvdevany & Mazor (2009) zeigen zudem auf, dass Einschränkungen aufgrund der QL die Lebenszufriedenheit von vielen betroffenen Frauen negativ beeinflussen. Aufgrund der oben beschriebenen Unsicherheit wünschten sich Betroffene adäquate Beratung und Unterstützung vom Fachpersonal, sodass sie mit dem Gefühl von Angst und Hoffnungslosigkeit nicht allein gelassen werden [1, 5]. Betroffene wünschten sich, dass ihre Prioritäten, Vorlieben und Wertevorstellungen vom Fachpersonal ernst genommen werden. Zudem wollten sie, dass sie dort unterstützt werden, wo sie im Heilungsprozess momentan gerade stehen [3, 5]. Psychologische Unterstützung kann hilfreich sein, wenn betroffene Frauen psychologische Aspekte aufgrund der QL nicht alleine verarbeiten können [2]. Betroffene in der Studie von Forsythe et al. (2005) empfanden Gespräche mit einem Psychologen ebenfalls als hilfreich [2].

Rehabilitation

Die Mehrheit der Frauen war in allen Studien nicht zufrieden mit der Qualität oder der Quantität der sexuellen Aufklärung [1, 2, 3, 4, 5]. In den Studien von Forsythe et al. (2005), Kreuter et al. (2008) Parker et al. (2012) und Richard et al. (1997) empfanden die Betroffenen die Aufklärung während der Rehabilitation ebenfalls als nicht zufrieden stellend. Wenn Informationen abgegeben oder die Thematik in Gruppendiskussionen besprochen wurde, lag der Hauptfokus dabei auf Anliegen von männlichen Betroffenen [3, 4]. Die Studie von Forsythe et al. (2005) berichtete von ähnlichen Situationen. Bei der Aufklärung sollte jedoch eine adäquate Informationsübermittlung für die individuellen Bedürfnisse der Betroffenen [3, 5], sowie ein offener und direkter Kommunikationsstil gewahrt werden [3, 4, 5]. Die Wünsche bezüglich der idealen Fachperson sowie der passendsten Aufklärungsform variieren [3, 4]. Teilnehmende Frauen in der Studie von Forsythe et al. (2005) empfanden die Möglichkeit als wertvoll, mit anderen betroffenen Frauen zu reden, die gelernt haben, mit der QL zu leben und umzugehen. Dabei war es weniger beschämend intime Dinge mit anderen betroffenen Frauen zu bereden, als mit Fachpersonen, welche die Situation nicht persönlich erlebt haben. Laut der Studie von Reitz et al. (2004) sind Fachpersonen aus dem Pflege- oder Therapeutenteam durch regelmässigen und zeitintensiven Kontakt in der Lage, ebenfalls eine

vertrauensvolle Beziehung zu den Betroffenen aufzubauen. Daher empfiehlt die Studie Mitarbeiterseminare in Rehabilitationszentren durchzuführen, um Fachpersonen auf die Bedürfnisse betroffener Frauen zu schulen. In solchen Seminaren sollte Wissen über sexuelle Funktionen und Störungen übermittelt werden, sowie das Fachpersonal auf intime Fragen von Betroffenen vorbereitet und darauf sensibilisiert werden (Reitz et al., 2004). Laut Fronek et al. (2005) ist das PLISSIT Modell ein geeigneter Ansatz, um das Personalwissen, die Vertrautheit, die Haltungen und Einstellungen bezüglich der Sexualität im Therapiesetting zu fördern und zu verbessern. Das PLISSIT Modell eignet sich besonders für den Einsatz im interdisziplinären Team, wo Mitglieder mit unterschiedlichen Qualifikationen, Kenntnissen und Erfahrungen vertreten sind (Fronek et al., 2005).

Viele Betroffenen waren während der Rehabilitation noch nicht bereit, sexuelle Anliegen zu besprechen. Sie hätten sich gewünscht, dass das Vorhandensein einer Aufklärung vom Fachpersonal angesprochen wird [1, 2, 3, 4, 5], der Zeitpunkt derer Nutzung jedoch selbst bestimmt werden kann [2]. Betroffene Frauen der Studie von Kreuter et al. (2008) bekräftigen diese Aussagen, dass Informationen über Sexualitätsprobleme nicht zu früh nach dem Ereignis angesprochen werden sollten. Jedoch sei es sehr wichtig, dass Betroffene darüber informiert werden, an wen sie sich wenden können, wenn sie bereit sind darüber zu sprechen. Teilnehmerinnen der Studie von Forsythe et al. (2005) berichteten, dass ihnen Probleme bezüglich ihres Sexuallebens erst bewusst wurden, als sie wieder zu Hause waren. Daher hätten auch sie eine Aufklärung nach der Rehabilitation als sehr wertvoll empfunden (Forsythe et al., 2005).

Sexualität

Ein Grossteil der Frauen mit einer QL sind nach dem Ereignis noch sexuell aktiv [2, 5]. Esmail et al. (2010), Kreuter et al. (2011) und Reitz et al. (2004) besagen, dass die Sexualität einen wichtigen Stellenwert im Leben jener Frauen einnimmt und einen Einfluss auf Gesundheit und Wohlbefinden hat. Andere Studien bewiesen, dass durch die Verbesserung sexueller Funktionen die Lebensqualität der Frauen verbessert werden konnte (Anderson et al., 2007; Cramp et al., 2015).

Die meisten betroffenen Frauen sind mit der Menge, einige auch mit der Qualität ihrer momentanen Sexualität unzufrieden [2, 5]. Die Studien von Kreuter et al. (2008), Kreuter et al. (2011) und Valtonen, Karlsson, Siösteen, Dahlöf & Viikari-Juntura (2006) bekräftigen diese Unzufriedenheit. Betroffene Frauen berichten, dass sexuellen Aktivitäten ganzheitlicher wurden. Der Fokus auf den körperlichen Akt verringert sich und anderen Aspekten wird mehr Gewichtung zugemessen [2, 3, 5]. In den Studien von Anderson et al. (2007) und Kreuter et al. (2008) berichteten betroffene Frauen, dass Küsse, Umarmungen und zärtliche Berührungen wichtiger werden, während dem genitale Berührungen und der eigentliche Geschlechtsverkehr in den Hintergrund geraten. Auch Kreuter et al. (2011) sagten aus, dass in Beziehungen Nähe, Romantik, Zärtlichkeit, gegenseitiges Vertrauen, Aufmerksamkeit, Ehrlichkeit und Akzeptanz des Partners wichtiger werden.

Um nach dem Ereignis eine positive sexuelle Identität entwickeln zu können, mussten zahlreiche Strategien und Adaptionen vorgenommen werden. Den neuen Körper verstehen und akzeptieren, um ein positives Selbstbild zu entwickeln, spielte dabei eine essentielle Rolle [1, 2]. Forsythe et al. (2005) kamen zu ähnlichen Schlüssen. Andere Strategien waren, sich Zeit lassen das eigene Schicksal zu verarbeiten, darüber zu sprechen, sich Hilfe zu suchen, sowie durch zahlreiches Experimentieren neue Wege zu finden. Ein längeres Vorspiel, um den Körper aufzuwärmen und besser entspannen zu können, wurden ebenfalls als sehr hilfreich empfunden [5]. Eine Teilnehmerin der Studie von Kreuter et al. (2008) berichtete von ähnlichen Strategien.

„Don't give up, give yourself time, learn about yourself and your body, experiment with positions and don't be afraid of using sexual aids. Be open and honest to your partner, accept your sexuality and respect yourself.“ (S. 66)

Umfeld

Reaktionen aus der Gesellschaft haben meist einen negativen Einfluss auf Frauen mit einer QL. Einige Frauen fühlten sich von ihrem Umfeld als asexuelles Wesen wahrgenommen. Dieser negative Einfluss von Menschen im Umfeld oder durch die Kultur kann die Wiedererlangung eines positiven Selbstbildes und somit einer positiven Sexualität erschweren [2]. Auch Moin et al. (2009) bestätigen, dass eine

soziale Isolation und das Stigma, dass Frauen mit einer QL nicht in sexuellen Aktivitäten partizipieren, in der Gesellschaft vorherrschen. Diese Umstände wiederum beeinträchtigen die Selbstwahrnehmung der betroffenen Frauen als Sexualpartner und als attraktive Person stark.

Ein Partner kann entweder einen unterstützenden oder hemmenden Einfluss auf betroffenen Frauen haben [1]. Laut Forsythe et al. (2005) weisen Beziehungen, in welchen der nicht beeinträchtigte Partner mehr Verständnis für die sexuellen Belange des anderen aufbringen kann, grössere Erfolge bezüglich sexueller Anpassung auf. Frauen der Studie von Kreuter et al. (2011) empfanden eine offene und ehrliche Kommunikationsweise mit dem Partner dabei als sehr wertvoll. Daher wünschten sich betroffene Frauen, dass ihre Partner ebenfalls Unterstützung vom Fachpersonal erhalten [2] oder in die Therapie miteingebunden werden [3].

Viele Frauen erlebten, dass durch das Ereignis bestehende Beziehungen auseinander gingen [1, 3]. Durch die Stigmatisierung ist es schwer neue mögliche Partner kennenzulernen [1, 2]. Auch Moin et al. (2009) sagten aus, dass Frauen mit physischen Einschränkungen Mühe haben, intime Beziehungen zu formen oder aufrecht zu erhalten. Denn die soziale Isolation und Stigmatisierung haben einen starken Einfluss auf die Entwicklung einer sexuellen Identität und verhindern, dass betroffene Frauen enge Beziehungen entwickeln können. Dadurch entstand bei betroffenen Frauen der Wunsch, Unterstützung in Beziehungs- und Dating Angelegenheiten zu erhalten [3].

5.2.2 Ergotherapie im CMCE Modell

Um die betroffenen Frauen während ihres Rehabilitationsaufenthaltes bezüglich ihrer Sexualität bestmöglich unterstützen zu können, besitzen Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen Enablement und Generic Skills, welche im Kapitel 2.7 bereits näher beschrieben wurden. In der Tabelle 13 sind die Enablement und Generic Skills aufgelistet, mit welchen die Ergotherapie den Bedürfnissen der betroffenen Frauen am besten gerecht werden kann.

Tabelle 13. Bedürfnisse, Skills, Ergotherapie

Bedürfnisse	Skills	Ergotherapie
<ul style="list-style-type: none"> Adäquate Informationsübermittlung 1,2,3,4,5,6,8,12 	<ul style="list-style-type: none"> Scholarship Skills, Specialize 	<ul style="list-style-type: none"> Sexualität in der Ergotherapie Ausbildung thematisieren ² Spezifisches Wissen über Materie von Sexualität bei Frauen mit QL aneignen ², unter anderem mit Hilfe von Mitarbeiterseminaren ¹¹, spezifisch mit Hilfe des PLISSIT Modelles ^{4,7}
<ul style="list-style-type: none"> Offener und direkter Kommunikationsstil 1,3,4,5 	<ul style="list-style-type: none"> Specialize 	<ul style="list-style-type: none"> Aneignung von Interaktionsfertigkeiten, die den Bedürfnissen bezüglich Sexualität von betroffenen Frauen am besten gerecht werden ^{2,3,4,11}
<ul style="list-style-type: none"> Individualität gewährleisten ^{2,3,4,5,8} 	<ul style="list-style-type: none"> Collaborate, Engage, Process Skills 	<ul style="list-style-type: none"> Klientenzentrierte Haltung: geschlechterspezifische Aufklärung, gewünschter Zeitpunkt beachten, Privatsphäre achten, Informationen und Art der Aufklärung individuell an Bedürfnisse anpassen ^{2,3,4}
<ul style="list-style-type: none"> Adäquate Beratung und Unterstützung bei Unsicherheiten (schlechtes Selbstbild, Körperverständnis) 1,5 	<ul style="list-style-type: none"> Coach, Collaborate, Engage 	<ul style="list-style-type: none"> Positives Selbstbild und Akzeptanz des Körpers fördern ^{1,2,3,5,6,8}
<ul style="list-style-type: none"> Psychologische Unterstützung ^{2,6} 	<ul style="list-style-type: none"> Coordinate, Collaborate 	<ul style="list-style-type: none"> Weiterverweisung an andere Fachperson ⁴
<ul style="list-style-type: none"> Erlernen von Strategien ^{1,2,3,4,8} 	<ul style="list-style-type: none"> Adapt, Coach, Collaborate, Engage 	<ul style="list-style-type: none"> Strategien übermitteln: Positionierung ¹, Sensibilitätsverlust ^{1,9}, Hilfsmittel ⁸, sexuelle Aktivitäten adaptieren ^{3,5,9}, Umgang mit Partner ^{2,3,8,9}, Beziehungspflege oder –aufbau ^{3,8,9}

Fortsetzung

Tabelle 13. Bedürfnisse, Skills, Ergotherapie

Bedürfnisse	Skills	Ergotherapie
<ul style="list-style-type: none"> Blasen-Darm-Management ^{1,2,3,5} 	<ul style="list-style-type: none"> Coach, Collaborate, Engage 	<ul style="list-style-type: none"> Blasen-Darm-Management in Therapie einbinden und interdisziplinär, vor allem mit dem Pflegepersonal, thematisieren, damit Betroffene Routine bekommen ³
<ul style="list-style-type: none"> Hilfestellung für Partner ^{2,3} 	<ul style="list-style-type: none"> Educate 	<ul style="list-style-type: none"> Partner in Therapie einbinden ^{1,3,6} Edukation über angepassten Umgang mit querschnittgelähmten Körper ^{1,6} um Akzeptanz der Krankheit zu fördern ^{3,5}
<ul style="list-style-type: none"> Austausch mit anderen betroffenen Frauen ^{1,3,6,8} 	<ul style="list-style-type: none"> Coordinate 	<ul style="list-style-type: none"> Gespräche mit Peers organisieren ^{3,4,6}
<ul style="list-style-type: none"> Nachsorge einer Aufklärung nach der Rehabilitation ^{1,2,3,4,5,6} 	<ul style="list-style-type: none"> Coordinate 	<ul style="list-style-type: none"> Ambulante Therapie anbieten ⁴ Weiterverweisung an andere Fachpersonen ⁴
<ul style="list-style-type: none"> Bessere Akzeptanz in Gesellschaft ^{1,2,10} 	<ul style="list-style-type: none"> Advocate, Process Skills 	<ul style="list-style-type: none"> Gesellschaft sensibilisieren mit Hilfe von Öffentlichkeitsarbeit (Politik, Kongresse,...) ² sich für Minderheiten einsetzen ²

Anmerkung: Die Zahlen¹⁻¹¹ beziehen sich auf folgende Quellen:

¹Beckwith et al. (2013), ²Fritz et al. (2015), ³Leibowitz (2005), ⁴McAlonan (1996), ⁵Westgren et al. (1999), ⁶Forsythe et al. (2006), ⁷Fronek et al. (2005), ⁸Kreuter et al. (2008), ⁹Kreuter et al. (2011), ¹⁰Moin et al. (2009), ¹¹Reitz et al. (2004), ¹²Richard et al. (1997)

6. Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse aus den Hauptstudien, sowie aus weiterführender Literatur, haben gezeigt, dass die Bedürfnisse von Frauen mit einer QL in Bezug auf Aufklärung nicht zufriedenstellend gedeckt werden. Die Eingliederung der Ergebnisse im CMCE zeigte auf, dass Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen kompetente Fachpersonen darstellen, diesen Bedürfnissen in der Praxis gerecht zu werden.

6.1 Theorie – Praxis Transfer

Die in dieser BA verwendeten Hauptstudien [1, 2, 3, 4, 5], sowie zusätzliche Literatur (Forsythe et al., 2005; Kreuter et al., 2008; Parker et al., 2012; Richard et al., 1997) haben aufgezeigt, dass das Angebot während der Rehabilitation den Bedürfnissen von Frauen mit einer QL in Bezug auf Aufklärung nicht gerecht wird. Folgend werden Empfehlungen für die ergotherapeutische Praxis dargelegt. Diese sind an Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen gerichtet, welche mit Frauen mit einer QL zusammenarbeiten.

Viele betroffene Frauen mit einer QL partizipieren nach dem Ereignis immer noch in sexuellen Aktivitäten [2, 5]. Zufriedenheit in der Sexualität wird bei den meisten Frauen mit Gesundheit und Wohlbefinden gleichgestellt [2]. Auch teilnehmende Frauen der Studie von Esmail et al. (2010) bekräftigten diese Aussagen. Sexuelle Aktivitäten stellen bei einem Grossteil betroffener Frauen eine wichtige Betätigung dar. Daher sollte während der Rehabilitation der Sexualität gleiche Beachtung geschenkt werden wie anderen Aspekten. Nur so kann der ganzheitliche Ansatz der Ergotherapie garantiert werden. [4]. Esmail et al. (2010), Mc Grath et al. (2016), Northcott et al. (2000) und Sakellariou et al. (2006) kamen zu vergleichbaren Ergebnissen. Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen stellen geeignete Fachpersonen dar, um betroffene Frauen mit einer QL dabei zu unterstützen ihre sexuelle Identität neu zu entdecken [2]. Summerville et al. (1998) bestätigen, dass der Ergotherapie eine aktive Rolle bei Aufklärungen zugeteilt werden sollte.

In der Schweiz praktizierende Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen sollten während sexuellen Aufklärungen in der Rehabilitation nach dem ergotherapeutischen Grundsatz der Klientenzentrierung arbeiten [2, 3, 4, 5]. Mit einfühlsamer, offener Kommunikation sollten die individuellen Bedürfnisse bezüglich Aufklärung erfragt werden [2, 3, 4]. Reitz et al. (2004) sagten aus, dass mit Hilfe von Seminaren die Mitarbeiter eines Rehabilitationszentrums für QL in Kommunikationsfertigkeiten bezüglich sexuellen Aspekten geschult werden könnten. Man sollte den Betroffenen überlassen, welche Informationen sie zu welchem Zeitpunkt erhalten möchten [2]. Ebenso sollte von jedem Individuum in Erfahrung gebracht werden, welche Form der Aufklärung geschätzt wird [2, 3, 4, 5]. Als Unterstützung für die Thematisierung der Sexualität während der Therapie kann das PLISSIT Modell verwendet werden

(Fronek et al., 2005). Es leitet Fachpersonen schrittweise an, um mehr über das Thema Sexualität von Betroffenen zu erfragen. Eine genauere Erläuterung des PLISSIT Modells ist im Anhang G zu finden. Für die kompetente Betreuung der Anliegen von betroffenen Frauen bezüglich Sexualität müssen Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen genügend Fachkenntnis in diesem Bereich haben. Dafür wäre es auch sinnvoll, sich bereits in der Ausbildung, oder später in Weiterbildungen genügend Wissen anzueignen [2]. In der Praxis müssen sich Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen ihren Kompetenzen bewusst sein und Anliegen von Betroffenen falls nötig an andere Berufsgruppen weiterleiten [4].

Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen können Betroffene bei der Krankheitsverarbeitung unterstützen, wodurch ein gesundes Körperbild und somit Selbstvertrauen aufgebaut werden kann [1, 2, 3, 5]. Das verbesserte Körperbild und das gesteigerte Selbstvertrauen wirken sich positiv auf die Sexualität aus (Kreuter et al., 2008). Für die Wiederherstellung einer positiven sexuellen Identität helfen Strategien für die Beziehungspflege [2, 3], die Positionierung [1], das Blasen-Darm-Management [3], um sexuelle Aktivitäten anzupassen [3, 5, 8], bei Sensibilitätsverlusten [1, 9] oder Strategien für den Einsatz von Hilfsmitteln (Kreuter et al., 2008).

Um die Akzeptanz des Partners für die Krankheit zu fördern, sollte der Partner einer betroffenen Frau mit QL in die Therapie miteinbezogen werden [1, 2, 3, 5]. Mithilfe dieser Unterstützung für das Wiedererlangen einer befriedigenden Aktivitätsausführung kann das Wohlbefinden (Esmail et al., 2010) und die Lebensqualität (Anderson et al., 2007; Cramp et al., 2015) von betroffenen Frauen gesteigert werden.

In den Hauptstudien [1, 2, 3, 4, 5] und bei zusätzlicher Literatur von Forsythe et al. (2006) zeigte es sich, dass die Möglichkeit einer Nachsorge bezüglich sexueller Aufklärung fehlt. Da die Ergotherapie auch ambulante Therapien anbietet, ist das Angebot einer Aufklärung nach der Rehabilitation denkbar. Es besteht zudem die Möglichkeit, Informationen bezüglich Sexualität per Mail oder in Form von Broschüren an Betroffene zu senden [4]. Auch wären Gruppensitzungen denkbar, bei welchen die Thematik Sexualität mit anderen Betroffenen und einem gesprächsführenden Ergotherapeuten oder einer gesprächsführenden Ergotherapeutin diskutiert werden [3].

Neben der Aufklärung für Betroffene sollte die Ergotherapie auch in der Aufklärung der Gesellschaft tätig werden. Es herrschen viele Vorurteile und Stigmatisierungen in der Gesellschaft vor, welche Frauen mit einer QL als negativ wahrnehmen. Die Ergotherapie sollte sich deshalb für diese Minderheit einsetzen und mit Öffentlichkeitsarbeit versuchen, die Gesellschaft oder andere Berufsgruppen auf diese Thematik zu sensibilisieren [2]. Möglichkeiten dazu wären öffentliche Vorträge, Veröffentlichung von Artikel in Fachzeitschriften, Kongresse oder Vorträge im interdisziplinären Team.

Im Anhang befinden sich zwei Dokumente, welche Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen als Anhaltspunkt für den Umgang mit der Thematik Sexualität bei Frauen mit einer Querschnittslähmung dienen können. Zum einen ist im Anhang F eine Tabelle aus einer Hauptstudie angehängt, welche eine Zusammenfassung der wichtigsten Aspekte, sowie Tipps für das Fachpersonal, dieser Studie aufzeigt [3]. Des Weiteren ist eine von den Verfasserinnen dieser BA zusammengestellte Broschüre aufgeführt, welche als Empfehlung für die ergotherapeutische Praxis verwendet werden kann. Diese Broschüre aus Anhang H darf auf Anfrage dupliziert und für den eigenen Nutzen in der Praxis verwendet werden. In Tabelle 14 sind die wichtigsten Ergebnisse der vorliegenden BA, welche in der Broschüre aufgeführt werden, festgehalten.

Tabelle 14. Ergebnisse der BA

Ergebnisse der BA	Beschreibung
Bedürfnisse von Frauen mit einer QL:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adäquate und spezifische Informationen ▪ Strategien zu Adaptation und Problemlösung erlernen ▪ Offener und direkter Kommunikationsstil des Fachpersonals ▪ Individuelle Beratung je nach Bedürfnis und Lebensphase ▪ Unterstützung bei psychischen Schwierigkeiten ▪ Unterstützung für das Umfeld ▪ Austausch mit anderen Betroffenen ▪ Möglichkeit einer Aufklärung nach der Rehabilitation ▪ Bessere Akzeptanz in der Gesellschaft

Fortsetzung

Tabelle 14. Ergebnisse der BA

Ergebnisse der BA	Beschreibung
Empfehlungen für die Praxis:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wissen über das Krankheitsbild und mögliche Auswirkungen auf die Sexualität aneignen ▪ Klientenzentrierung in Bezug auf Informationen, Zeitpunkt, Privatsphäre oder Art der Aufklärung achten ▪ Interaktionsfertigkeiten anpassen ▪ Gruppentherapien oder Peer Gespräche organisieren ▪ Fachstellen und andere Berufsgruppen einbeziehen ▪ Möglichkeit einer Aufklärung nach der Rehabilitation organisieren ▪ Öffentlichkeitsarbeit für die Sensibilisierung der Gesellschaft auf die Thematik Sexualität mit Beeinträchtigung ▪ Ansatz des PLISSIT Modells umsetzen: <ul style="list-style-type: none"> - Permission: Dem Patienten die Möglichkeit geben über sexuelle Anliegen zu sprechen - Limited Information: Individuelle Informationsabgabe über sexuelle Veränderungen aufgrund der Krankheit - Specific suggestion: Abgabe von spezifischen Vorschlägen basierend auf der Evaluation von vorliegenden Problemen - Intensive therapy: Organisation einer intensiven Therapie (Psychotherapie, Sexualtherapie, biomedizinische Ansätze)
Mögliche Thematikthemen:	<p>Strategiefindung zu:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Positionierung ▪ Sensibilitätsverlust ▪ Umgang mit Partner ▪ Beziehungspflege ▪ Hilfsmittelgebrauch ▪ Blasen-Darm-Management ▪ Förderung des Selbstbildes
Fachstellen in der Schweiz:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ www.paraplegie.ch/paracademy (Aus- und Weiterbildung zum Thema Sexualität) ▪ www.myhandicap.ch (Unterstützung und Förderung von Menschen mit Behinderung auch in Bezug auf die Thematik der Sexualität)

6.2 Limitationen

Die in Tabelle 15 dargestellten Limitationen müssen bei der Interpretation der Ergebnisse dieser BA berücksichtigt werden. Diese Arbeit kann nur in limitierten Rahmen die Bedürfnisse von Frauen mit einer QL bezüglich Sexualität darstellen. Trotzdem konnten einige Erkenntnisse zur Thematik sowie wertvolle Empfehlungen für die ergotherapeutische Praxis herausgearbeitet werden.

Tabelle 15. Limitationen

Bereich	Limitationen
Fragestellung	Die behandelte Thematik der Bedürfnisse ist sehr individuell und subjektiv, wodurch eine generalisierte Aussage der Ergebnisse schwer ist.
Einschlusskriterien	Durch die Begrenzung der Literatur in deutscher oder englischer Sprache könnten relevante Studien in anderen Sprachen ausgeschlossen worden sein. Die Unterschiede von Para- oder Tetraplegie haben einen erheblichen Einfluss auf die Sexualität und wurden in dieser Arbeit nicht beachtet.
Literaturrecherche	Durch die verwendete Suchstrategie mit den Keyword-Verbindungen könnten Treffer ausgeschlossen worden sein. Zudem wurde die Literatursuche nur in einzelnen Datenbanken durchgeführt.
Studien	Die Studien untersuchten allesamt nur heterosexuelle Frauen. Auch eine Berücksichtigung von kulturellen Aspekten wurde nicht vorgenommen. Dadurch ist die Generalisierbarkeit eingeschränkt. Ebenso ist die Übertragbarkeit auf die Schweiz nicht gewährleistet, da keine Studien in der Schweiz durchgeführt wurden.
Methodologie	Alle Hauptstudien haben einen qualitativen Ansatz. Deshalb sind die Ergebnisse subjektiv und schwierig zu vergleichen. Die Qualität der Methodologie von den Hauptstudien ist unterschiedlich, wodurch die Ergebnisse nicht gleich gewertet werden können.

6.3 Mögliche weiterführende Fragestellungen

Durch die Eingrenzung der Thematik auf Frauen mit einer QL können die Empfehlungen für die ergotherapeutische Praxis nicht auf männliche Patienten

übertragen werden. Wie im theoretischen Hintergrund aufgeführt, wird bereits viel Forschung für die Evaluation von den Bedürfnissen von männlichen Betroffenen zu der Thematik Sexualität betrieben. Ein Abgleich dieser Bedürfnisse mit den Enablement und Generic Skills würde die Empfehlung für den Umgang mit der sexuellen Aufklärung von Menschen mit einer QL im Rehabilitationssetting für Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen vervollständigen.

Die vorliegende BA untersuchte anhand vorhandener Literatur Bedürfnisse von Frauen mit einer QL bezüglich Sexualität aus Ländern, welche industrialisiert sind und einen ähnlichen soziodemographischen Hintergrund wie die Schweiz aufweisen. Eine explizite Untersuchung der Bedürfnisse von betroffenen Frauen in der Schweiz wäre für die Übertragbarkeit der gefundenen Ergebnisse spannend. Demnach wäre Forschung in der Schweiz zu dieser Thematik angebracht. Ebenfalls sollten zukünftige Forschungen den Fokus von nur heterosexuellen Betroffenen weglenken und die sexuellen Anliegen von schwulen, lesbischen oder transsexuellen Menschen mit einer Einschränkung mit gleichgesetzter Relevanz untersuchen.

6.4 Fazit

Abschliessend kann festgehalten werden, dass die Sexualität bei QL sehr individuell ist. Die Bedürfnisse von Frauen mit einer QL bezüglich sexueller Aufklärung können während und nach der Rehabilitation von kompetenten Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen betreut werden. Eine perfekte Richtlinie für die Aufklärung von Betroffenen existiert nicht. Die Aufgabe der Ergotherapie soll aber sein, den individuellen Bedürfnissen von jeder Betroffenen so gut wie möglich gerecht zu werden, um einen klientenzentrierten und holistischen Therapieansatz zu gewährleisten. Denn die Forschung, sei sie nun vor 20 oder vor zwei Jahren durchgeführt worden, ist sich einig, dass es eine zufriedenstellende Aufklärung in der Praxis für Frauen mit einer QL braucht. Mit den Empfehlungen dieser BA, ersichtlich in Tabelle 14, sollen Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen angeregt werden, ihre Kompetenzen zu nutzen, um Betroffenen den Weg zu einer erfüllenden Sexualität zu vereinfachen.

Literaturverzeichnis

- American Occupational Therapy Association [AOTA]. (2014). Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process (3rd Edition). *The American Journal of Occupational Therapy*, 68 (Supplement 1), 1-48.
- Anderson, K. D., Borisoff, J. F., Johnson, R. D., Stiens, S. A., & Elliott, S. L. (2007). The impact of spinal cord injury on sexual function: Concerns of the general population. *Spinal Cord*, 45(5), 328-337.
- Annon, J. S. (1976). *Behavioral treatment of sexual problems: brief therapy*. New York: Harper and Row.
- Becker, E. F. (1987). Female Sexuality following Spinal Cord Injury. In R. Q. Leibowitz (Ed.), *Sexual rehabilitation services after spinal cord injury: What do women want?*. *Sexuality & Disability*, 23(2), (82).
- Beckwith, A., & Yau, M. K. (2013). Sexual recovery: Experiences of women with spinal injury reconstructing a positive sexual identity. *Sexuality & Disability*, 31(4), 313-324. doi:10.1007/s11195-013-9315-7
- Black, K., Sipski, M. L., & Strauss, S. S. (1998). Sexual satisfaction and sexual drive in spinal cord injured women. *Journal of Spinal Cord Medicine*, 21(3), 240-244.
- Cramp, J. D., Courtois, F. J. & Ditor, D. S. (2015). Sexuality for women with spinal cord injury. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 41(3), 238-253.
- ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz [EVS]. (2005). Berufsprofil Ergotherapie [elektronische Version]. Heruntergeladen von <http://www.ergotherapie.ch/index.cfm?Nav=40&ID=16> am 06.04.2017
- Esmail, S., Knox, H. & Scott, H. (2010). Sexuality and the Role of the Rehabilitation Professional. In J. H. Stone & M. Blouin (Eds.), *International Encyclopedia of Rehabilitation* (pp. 1-17). Buffalo: Center for International Rehabilitation Research Information and Exchange. Heruntergeladen von https://www.researchgate.net/publication/255587298_Sexuality_and_the_Role_of_the_Rehabilitation_Professional am 24.02.2017

- Forsythe, E., & Horsewell, J. E. (2006). Sexual rehabilitation of women with a spinal cord injury. *Spinal Cord*, 44(4), 234-241.
- Fritz, H. A., Dillaway, H. & Lysack, C. L. (2015). "Don't think paralysis takes away your womanhood": Sexual intimacy after spinal cord injury. *American Journal of Occupational Therapy*, 69(2), 1-10. doi:10.5014/ajot.2015.015040
- Fronek, P., Booth, S., Kendall, M., Miller, D. & Geraghty, T. (2005). The effectiveness of a sexuality training program for the interdisciplinary spinal cord injury rehabilitation team. *Sexuality & Disability*, 23(2), 51-63.
- George, S. (2014). Das Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E). In K. Haus (Hrsg.) *Neurophysiologische Behandlung bei Erwachsenen* (S. 397-409). Berlin Heidelberg: Springer Verlag.
- Gill, M. (1999). Psychosocial implications of spinal cord injury. *Critical Care Nursing Quarterly*, 22(2), 1-7.
- Hyland, A. & Mc Grath, M. (2013). Sexuality and occupational therapy in Ireland - A case of ambivalence? *Disability and Rehabilitation: An International, Multidisciplinary Journal*, 35(1), 73-80.
- Kielhofner, G. (1993). Occupation as the major activity of humans. In R. Northcott & G. Chard (Eds.), *Sexual Aspects of Rehabilitation: The Client's Perspective*. *British Journal of Occupational Therapy*, 63(9), (p.413). doi:10.1177/030802260006300902
- Kreuter, M., Siösteen, A. & Biering-Sørensen, F. (2008). Sexuality and sexual life in women with spinal cord injury: A controlled study. *Journal of Rehabilitation Medicine (Stiftelsen Rehabiliteringsinformation)*, 40(1), 61-69.
- Kreuter, M., Taft, C., Siösteen, A. & Biering Sørensen, F. (2011). Women's sexual functioning and sex life after spinal cord injury. *Spinal Cord*, 49(1), 154-160. doi:10.1038/sc.2010.51
- Leibowitz, R. Q. (2005). Sexual rehabilitation services after spinal cord injury: What do women want?. *Sexuality & Disability*, 23(2), 81-107.

- Leibowitz, R. Q. & Stanton, A. L. (2007). Sexuality after spinal cord injury: A conceptual model based on women's narratives. *Rehabilitation Psychology*, 52(1), 44-55.
- Lincoln, Y. S. & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. London, New Delhi: Sage.
- Maslow, A. H. (1943). *A theory of human motivation*. *Psychological Review*, 50(4), 370-396.
- McAlonan, S. (1996). Improving sexual rehabilitation services: The patient's perspective. *American Journal of Occupational Therapy*, 50(10), 826-834.
- McDonald, J. W. & Sadowsky, C. (2002). Spinal-cord injury. *Lancet*, 359(2), 417-25.
- Mc Grath, M. & Sakellariou, D. (2016). The Issue Is – Why has so little progress been made in the practice of occupational therapy in relation to sexuality?. *American Journal of Occupational Therapy*, 70(1), 1-5. doi: 10.5014/ajot.2016.017707
- Moin, V., Duvdevany, I. & Mazor, D. (2009). Sexual identity, body image and life satisfaction among women with and without physical disability. *Sexuality and Disability*, 27(2), 83-95.
- Mosey, A. C. (1986). *Psychosocial Components of Occupational Therapy*. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers.
- Northcott, R. & Chard, G. (2000). Sexual Aspects of Rehabilitation: The Client's Perspective. *British Journal of Occupational Therapy*, 63(9), 412-418. doi:10.1177/030802260006300902
- Parker, M. & Yau, M. (2012). Sexuality, identity and women with spinal cord injury. *Sexuality & Disability*, 30(1), 15-27. doi:10.1007/s11195-0119222-8
- Poduska, B. (1992). Money, marriage, and maslow's hierarchy of needs. *American Behavioral Scientist*, 35(6), 756.
- Reitz, A., Burgdorfer, H. & Schurch, B. (2004). The impact of spinal cord injury on sexuality and reproduction. *Urologe (Ausg. A)*, 43(1), 52-63.

- Richard, E., Tepper, M., Whipple, B. & Komisaruk, B. (1997). Women with complete spinal cord injury: a phenomenological study of sexuality and relationship experiences. *Sexuality and Disability*, 15, 271-282.
- Ris, I. & Preusse-Bleuler. (2015). *AICA: Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal eines Forschungsartikels. Schulungsunterlagen Bachelorstudiengänge Departement Gesundheit ZHAW.*
- Sakellariou, D. & Algado, S. S. (2006). Sexuality and occupational therapy: Exploring the link. *The British Journal of Occupational Therapy*, 69(8), 350-356.
- Sarhan, F., Saif, D. & Saif, A. (2012). An overview of traumatic spinal cord injury: Part 1. aetiology and pathophysiology. *British Journal of Neuroscience Nursing*, 8(6), 319-325.
- Schramm, R. (2014). Sex als bedeutungsvolle Betätigung: Die Annäherung an ein Tabu. In DVE (Hrsg.), *Et Reha* 53(9), 23-26.
- Schweizer Paraplegiker-Gruppe. (n.d.) Querschnittlähmung kompetent behandeln [elektronische Version]. Heruntergeladen von <http://www.paraplegie.ch/de/pub/servicenavigation/glossar/querschnittlaehmung.htm> am 15.04.2017
- Schweizer Paraplegiker Vereinigung. (2012). Querschnittlähmung [elektronische Version]. Heruntergeladen von http://www.spv.ch/de/publikationen/infos_fuer_studierende/ am 24.08.2016
- Sipski, M. L., Alexander, C. J. & Rosen, R. (2001). Sexual Arousal and Orgasm in Women: Effects of Spinal Cord Injury. *Annals of Neurology*. 49(1), 35-44.
- Smith, A. E., Molton, I. R., McMullen, K. & Jensen, M. P. (2015). Sexual function, satisfaction, and use of aids for sexual activity in middle-aged adults with long-term physical disability. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation*, 21(3), 227-232.
- Summerville, P. & McKenna, K. (1998). Sexuality education and counselling for individuals with a spinal cord injury: Implications for occupational therapy. *British Journal of Occupational Therapy*, 61(6), 275-279.

- Tepper, M. S., Whipple, B., Richards, E. & Komisaruk, B. R. (2001). Women with complete spinal cord injury: A phenomenological study of sexual experiences. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 27(5), 615-623.
- Townsend, E. A. & Polatajko, H. J. (2013). *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-Being & Justice through Occupation*. Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Valtonen, K., Karlsson, A., Siosteen, A., Dahlof, L. & Viikari-Juntura, E. (2006). Satisfaction with sexual life among persons with traumatic spinal cord injury and meningomyelocele. *Disability & Rehabilitation*, 28(16), 965-976.
- Westgren, N. & Levi, R. (1999). Sexuality after injury: Interviews with women after traumatic spinal cord injury. *Sexuality and Disability*, 17(4), 309-319.
- Wiwanitkit, V. (2009). Lower paraplegia in females: Sexuality aspect. *Sexuality and Disability*, 27(1), 61-63.
- World Health Organization [WHO]. (2006). *Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health*. Geneva: Author.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Maslow Bedürfnispyramide.....	7
Abbildung 2. Rückenmark.....	11
Abbildung 3. CMOP-E	18
Abbildung 4. CMCE Enablement Skills.....	19
Abbildung 5. Selektionsprozess.....	25
Abbildung 6. Darstellung CMOP-E	44
Abbildung 7. Bedürfnisse aus Beckwith (2013)	45
Abbildung 8. Bedürfnisse aus Fritz (2015).....	45
Abbildung 9. Bedürfnisse aus Leibowitz (2005).....	46
Abbildung 10. Bedürfnisse aus McAlonan (1996).....	46
Abbildung 11. Bedürfnisse aus Westgren (1999)	47

Quellen:

Abbildung 1: Karrierebibel (2007). Bedürfnispyramide Maslow: Definition und Nutzen. Heruntergeladen von <http://karrierebibel.de/beduerfnispyramide-maslow/> am 15.04.2017

Abbildung 2: Sarhan, F., Saif, D. & Saif, A. (2012). An overview of traumatic spinal cord injury: Part 1. aetiology and pathophysiology. *British Journal of Neuroscience Nursing*, 8(6), S. 320.

Abbildung 3: Townsend, E. A. & Polatajko, H. J. (2013). *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-Being & Justice through Occupation*. Ottawa: CAOT Publications ACE. S. 23.

Abbildung 4: Townsend, E. A. & Polatajko, H. J. (2013). *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-Being & Justice through Occupation*. Ottawa: CAOT Publications ACE. S. 110

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Wertevorstellung CMOP-E und Definition	16
Tabelle 2. Enablement und Generic Skills	19
Tabelle 3. Schlüsselwörter, Keywords & Synonyme	22
Tabelle 4. Keyword-Verbindungen	23
Tabelle 5. Einschlusskriterien	23
Tabelle 6. Qualitätskriterien	27
Tabelle 7. Zusammenfassung Beckwith, A., & Yau, M. K. (2013)	29
Tabelle 8. Zusammenfassung Fritz, Dillaway & Lysack (2015)	32
Tabelle 9. Zusammenfassung Leibowitz (2005)	35
Tabelle 10. Zusammenfassung McAlonan (1996)	38
Tabelle 11. Zusammenfassung Westgren (1999)	41
Tabelle 12. Qualität der Hauptstudien	54
Tabelle 13. Bedürfnisse, Skills, Ergotherapie	60
Tabelle 14. Ergebnisse der BA	64
Tabelle 15. Limitationen.....	66

Quellen:

Tabelle 1: Townsend, E. A. & Polatajko, H. J. (2013). *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-Being & Justice through Occupation*. Ottawa: CAOT Publications ACE. S. 3-4.

Tabelle 2: Townsend, E. A. & Polatajko, H. J. (2013). *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-Being & Justice through Occupation*. Ottawa: CAOT Publications ACE. S. 113-114.

Abkürzungsverzeichnis

BA: Bachelorarbeit

QL: traumatisch erworbenen Querschnittlähmung

Wortzahl

Abstract: 197

Arbeit: 10'687

Danksagung

Wir möchten uns herzlich bei Frau Beate Krieger für die kompetente Betreuung dieser BA bedanken. Der fachspezifische Rat, die verschiedenen Vorschläge für Vorgehensmethoden und die Beantwortung vieler Fragen haben uns im Schaffungsprozess sehr unterstützt. Ebenfalls sprechen wir einen grossen Dank an unser Peer Feedback Tandem aus, für das Gegenlesen, die kritischen Anmerkungen und aufschlussreichen Diskussionen der Arbeit. Unseren Korrekturleser danken wir insbesondere für das Feedback zur Orthographie und Stilistik. Auch unseren Familien und Freunden gebührt ein herzliches Dankeschön, für das Verständnis und die Geduld während der Schaffung dieser BA.

Eigenständigkeitserklärung

Eigenständigkeitserklärung:

« Wir, Anina Stauber und Malena Lötscher erklären hiermit, dass wir die vorliegende Arbeit selbständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst haben. »

Datum: Winterthur, 03.05.2017

Unterschriften: Anina Stauber

Malena Lötscher

Anhang

A: Glossar

Aktivitäts-analyse	<p>Aktivität beinhaltet eine Abfolge von Aufgaben mit einem spezifischen Ende. Es ist ein Teil einer Handlung. Die Analyse von einzelnen Aktivitäten wird von Ergotherapeuten durchgeführt, indem sie Patienten bei der Ausführung der Aktivität beobachten und bewerten.</p> <p>Heruntergeladen von http://www.ergotherapie.ch/resources/uploads/Ergoinfo/Fachsprache/AGTerminologie_Tabelle_def.pdf am 12.04.17</p>
Betätigung	<p>Als Betätigung wird ein Komplex von Aktivitäten beschrieben, welcher persönliche und soziokulturelle Bedeutung für die ausführende Person hat. In der Ergotherapie werden die Interventionen für Patienten darauf ausgerichtet, dass solche für die Person bedeutungsvolle Handlungen fokussiert werden.</p> <p>Heruntergeladen von http://www.ergotherapie.ch/resources/uploads/Ergoinfo/Fachsprache/AGTerminologie_Tabelle_def.pdf am 12.04.17</p>
Boolesche Operatoren	<p>Boolesche Operatoren sind logische Operatoren und stammen aus der nach George Boole benannten booleschen Algebra. Suchmaschinen setzen in Anfragen zwischen mehreren Suchbegriffen im Allgemeinen ein logisches UND. Dies bewirkt, dass alle der angegebenen Begriffe gefunden werden müssen. Reicht es jedoch, dass nur einer der Suchbegriffe gefunden wird, kann zwischen den Begriffen ein logisches ODER gesetzt werden. Begriffe, die ausgeschlossen werden sollen, müssen mit einem logischen NICHT versehen werden.</p> <p>Heruntergeladen von http://www.omkt.de/boolesche-operatoren/ am 26.04.17</p>
Dekubitus	<p>Durch länger dauernde Druckeinwirkung auf die Haut drohen über eine Kompression der hautversorgenden Gefässe Durchblutungsstörungen. Folge ist eine Mangelversorgung der Haut mit Sauerstoff, die zunächst zu einer Rötung führt. Später stirbt die Haut ab, und es bilden sich Hautdefekte, die bis auf Muskeln und Knochen hinunterreichen können.</p> <p><i>Huch, R. & Jürgens, K. D. (2011). Mensch Körper Krankheit. Anatomie, Physiologie, Krankheitsbilder. Lehrbuch und Atlas für die Berufe im Gesundheitswesen (6. Aufl.). München: Urban & Fischer.</i></p>
Deskriptiv	<p>Deskriptiv = Beschreibend</p> <p>Beschreibende Studien sind dazu da, um Studienteilnehmer passend beschreiben zu können. Sie helfen eine Hypothese zu entwickeln, auf welcher weitere Untersuchungen basieren können.</p> <p>Heruntergeladen von http://www.businessdictionary.com/definition/descriptive-study.html am 29.04.17</p>
Enabling occupation	<p>Menschen ermöglichen, dass sie Betätigungen, welche sie als nützlich und sinnvoll empfinden, wählen, organisieren, durchführen und darin partizipieren können.</p> <p><i>Townsend, E. A. & Polatajko, H. J. (2013). Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well</i></p>

	<i>Being & Justice through Occupation. Ottawa: CAOT Publications ACE.</i>
Field Notes	Field Notes = Feldnotizen Bei der Beobachtung einer Kultur, eines Settings oder einer sozialen Situation werden von Forschern Feldnoten erstellt, um Verhaltensweisen, Aktivitäten und andere Merkmale des zu beobachtenden Ereignisses zu erinnern und festzuhalten. Heruntergeladen von http://www.qualres.org/HomeFiel-3650.html am 30.04.17
Generic Skills	Allgemeine Fertigkeiten eines Ergotherapeuten/ einer Ergotherapeutin. Laut Townsend und Polatajko (2013) sind dies die Prozessfertigkeiten, Professionellen Fertigkeiten und Schulfertigkeiten. <i>Townsend, E. A. & Polatajko, H. J. (2013). Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well Being & Justice through Occupation. Ottawa: CAOT Publications ACE.</i>
Grounded Theory	Das Studiendesign der Grounded Theory fokussiert die Konstruktion von Theorien. Es wird versucht, soziale Prozesse zu identifizieren durch einen Entwicklungsprozess mit qualitativen Daten. <i>Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J. & Westmorland, M. (2007). Guidelines for Critical Review Form: Qualitative Studies (Version 2.0)</i>
Handlungsfähigkeit	Handlungsfähigkeit bedeutet, Handlungen planen und ausführen zu können. Handlungen haben eine hohe persönliche und soziokulturelle Bedeutung. Das tun zu können, was man in seinem Alltag tun möchte und braucht, ist wichtig für Gesundheit und Lebensqualität. Durch Handlungen kann der Mensch seine Umwelt verändern und etwas zur Gesellschaft beitragen, in der er lebt. Handlungen ermöglichen die Teilhabe (Partizipation) an der Gesellschaft und an verschiedenen Lebensbereichen. Heruntergeladen von http://www.dachs.it/de/kap-1.php am 26.04.17
holistisch	Holistisch = ganzheitlich Der Begriff definiert sich vor allem dadurch, dass der Mensch als eine Einheit aus Körper, Geist und Seele gesehen wird. All diese Bereiche stehen in Wechselwirkung mit der Umwelt. Heruntergeladen von http://www.ergotherapie.org/2012/10/ergotherapie-im-konzept-der-ganzheitlichen-pflege/ am 29.04.17
Klientenzentriert	Klientenzentrierte Ergotherapie ist die Partnerschaft zwischen Therapeut und Klient, die den Klienten ermächtigt, seine funktionelle Performanz und seine Betätigungsrollen in diversen Lebens-Kontexten auszuführen. Der Klient ist aktiv an der Vereinbarung seiner Behandlungsziele beteiligt, welchen eine hohe Priorität eingeräumt wird: Sie stehen im Mittelpunkt von Befunderhebung, Evaluation und Therapie. Während des gesamten Behandlungsprozesses hört der Therapeut dem Klienten zu, respektiert dessen Werte und adaptiert die Interventionen so, dass sie seinen Bedürfnissen gerecht werden und sie es ihm erlauben, informierte Entscheidungen zu treffen. <i>Sumson, T. (2000). Klientenzentrierte Ergotherapie. Stuttgart: Thieme.</i>
Zweites Motoneuron	Die zweiten Motoneuronen innervieren direkt die Skelettmuskeln. Sie sitzen im Vorderhorn des Rückenmarks, wo sie die motorischen Kernsäulen bilden. Ihre Axone treten als

	vordere Nervenwurzeln aus dem Rückenmark aus und verlassen als Teil der Spinalnerven den Spinalkanal. Heruntergeladen von http://flexikon.doccheck.com/de/Motoneuron am 26.04.17
lumbal	Die Lendenwirbel betreffend/ zu ihnen ausgehen/ von ihnen ausgehend Heruntergeladen von http://www.duden.de/rechtschreibung/lumbal am 26.04.17
Member Checking	Eine qualitative Forschungstechnik, bei welcher die Forschenden deren Verständnis, was ein Interviewteilnehmer oder eine –teilnehmerin gesagt oder gemeint hat, mit dem der Teilnehmer oder Teilnehmerin vergleichen. Somit kann sichergestellt werden, dass die Interpretationen der Forschenden korrekt ist. Heruntergeladen von http://www.igi-global.com/dictionary/member-checking/18265 am 26.04.17
Occupational Justice	Justice = Gerechtigkeit, Occupational Justice = Betätigungsgerechtigkeit Betätigungsgerechtigkeit fokussiert sich auf Rechte, Verantwortung und Freiheiten, um Betätigungsbedürfnisse, -fähigkeiten und –potenzial zu ermöglichen. <i>Townsend, E. A. & Wilcock, A. A. (2004). Occupational justice and client-centred practice: A dialogue in progress. Canadian Journal of Occupational Therapy, 71(2), 75-87.</i>
Occupational Performance	Betätigungsperformanz ist das Ergebnis einer dynamischen, verwobenen Beziehung zwischen Personen, Umwelt und Betätigung über die Lebensdauer einer Person. <i>Townsend, E. A. & Polatajko, H. J. (2013). Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well Being & Justice through Occupation. Ottawa: CAOT Publications ACE.</i>
ödematös	Ödematös = Ödeme aufweisend Ödeme sind Flüssigkeitsvermehrungen im, zwischen den Zellen gelegenen, Bindegewebe. <i>Huch, R. & Jürgens, K. D. (2011). Mensch Körper Krankheit. Anatomie, Physiologie, Krankheitsbilder. Lehrbuch und Atlas für die Berufe im Gesundheitswesen (6. Aufl.). München: Urban & Fischer.</i>
partizipieren	Einbezogenheit in eine Lebenssituation durch Aktivitäten in einem sozialen Kontext. Heruntergeladen von http://www.ergotherapie.ch/index.cfm?ID=125&Nav=40 am 29.04.17
Peers	Bei der Peer Beratung geht es darum, Betroffene durch Betroffene zu beraten. Menschen, die sich in einer bestimmten Situation befinden, können am glaubwürdigsten Hilfe von Menschen annehmen, die gleiche oder ähnliche Situationen bereits selbst durchlebt haben. Die positive Vorbildrolle des Peer Beraters kann motivierend wirken, mit der Bewältigung der eigenen Schwierigkeiten zu beginnen. Heruntergeladen von http://www.paraplegie.ch/de/pub/spz/para_know-how/para_knowhow_downloads.htm am 27.04.17
Performanz	Performanz bedeutet „Ausführung einer Aktivität“. Also das Vermögen, eine Aktivität auszuführen. <i>Dehnhardt, B. & Schaefer, C. (2012). Ich werde Ergotherapeutin. Mit Lisa</i>

	<i>erfolgreich durch die Ausbildung. Stuttgart: Thieme.</i>
Peripherie	Als Peripherie bezeichnet man in der Medizin die vom Körperstamm weg orientierten oder entfernten Strukturen. Im Speziellen bezeichnet man die herzfernen Blutgefäße als peripher sowie die ausserhalb des zentralen Nervensystems liegenden neuronalen Strukturen als peripheres Nervensystem. Heruntergeladen von http://flexikon.doccheck.com/de/Peripherie am 27.04.17
Phänomenologie	Phänomenologie bezeichnet das Forschungsdesigns, welches Fragen beantworten möchte, wie ein gewisses Phänomen erlebt wird. Es geht dabei um Erfahrungen der Studienteilnehmenden. <i>Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J. & Westmorland, M. (2007). Guidelines for Critical Review Form: Qualitative Studies (Version 2.0)</i>
Probability Sampling	Das Probability Sampling (Wahrscheinlichkeitsstichprobe) basiert auf der Grundlage, dass jedes Mitglied einer Population die gleiche Chance besitzt, ausgewählt zu werden. Heruntergeladen von http://www.statisticshowto.com/probability-sampling/ am 27.04.17
sakral	Das Kreuzbein betreffend. Heruntergeladen von http://www.duden.de/rechtschreibung/sakral am 26.04.17
semistrukturiert	Bei semistrukturierten Interviews erstellt der Forschende im Vorfeld eine Anordnung von bestimmten, ausformulierten Fragen, nach der er sich im Interview richten kann. Dabei ist jedoch ein flexibler, der Interviewdynamik angemessener Umgang mit diesem sogenannten Leitfaden von Nöten. Heruntergeladen von https://weltempfaenger.files.wordpress.com/2013/02/fragearten-bei-qualitativen-interviews.pdf am 27.04.17
Spastizität	Unter Spastizität versteht man eine Tonuserhöhung der Muskulatur, welche die Extremitäten in nicht funktionelle Haltungsmuster zwingt. Eine Spastizität wird durch eine Schädigung des zentralen Nervensystems hervorgerufen. Heruntergeladen von http://flexikon.doccheck.com/de/Spastik am 30.04.17
thorakal	Zum Brustraum gehörig. Heruntergeladen von http://flexikon.doccheck.com/de/Thorakal am 26.04.17
Erstes Motoneuron	Das erste Motoneuron liegt im Motorcortex, dem motorischem Zentrum der Grosshirnrinde. Diese Motoneuronen steuern die Willkürmotorik. Ihre Fasern kontrollieren die Muskeln nicht direkt, sondern über die unteren Motoneuronen. Heruntergeladen von http://flexikon.doccheck.com/de/Motoneuron am 26.04.17
zervikal	Zum Hals oder Halsteil gehörig. Heruntergeladen von http://flexikon.doccheck.com/de/Zervikal am 26.04.17

B: Datenbanken

Datenbank	Beschreibung
AMED	Für Komplementärmedizin, Therapierichtungen wie Ergotherapie und Physiotherapie, sowie Palliativpflege mit Schwerpunkt Europa
CINAHL	Vor allem Pflegezeitschriften, aber auch allg. Zeitschriften aus dem Gesundheitswesen
IBSS	Aus dem Bereich der Sozialwissenschaften
Medline	Umfasst diverse Bereiche wie klinische Medizin, Anatomie, Physiologie, Pharmakologie, Pharmazie, Zahnmedizin, Psychiatrie, Psychologie, Gesundheitswesen
WebOfScience	Eine multidisziplinäre Datenbank mit Fächerspektrum von Kunst, Geistes-, Sozialwissenschaft, Medizin, bis Naturwissenschaft und Technik
PsycINFO	Aus dem Bereich Psychologie sowie psychologisch relevante Teilgebiete aus anderen Gesundheitsbereichen
OTDBase	Umfasst nationale und internationale Fachzeitschriften der Ergotherapie

C: Suchmatrix

Datenbank	Keyword-Kombination	Treffer	Relevante Treffer
AMED	Spinal cord injur* AND sexuality	37	<p>Booth, S., Kendall, M., Fronek, P., Miller, D. & Geraghty, T. (2003). Training the interdisciplinary team in sexuality rehabilitation following spinal cord injury: A needs assessment.</p> <p>Leibowitz, R.Q. & Stanton, A.L. (2007). Sexuality after spinal cord injury: A conceptual model based on women's narratives.</p> <p>Moin, V., Duvdevany, I. & Mazor, D. (2009). Sexual identity, body image and life satisfaction among women with and without physical disability.</p> <p>Sakellariou, D. & Algado, S. (2006). Sexuality and disability: A case of occupational injustice.</p> <p>Tepper, M. S. (1997). Discussion guide for the sexually explicit educational video sexuality reborn: Sexuality following spinal cord injury.</p> <p>Westgren, N. & Levi, R. (1999). Sexuality after injury: Interviews with women after traumatic spinal cord injury.</p> <p>Fritz, H.A., Dillaway, H., & Lysack, C.L. (2015). "Don't think paralysis takes away your womanhood": Sexual intimacy after spinal cord injury.</p>
	Paraplegia AND sexuality	4	Wiwanitkit, V. (2009). Lower paraplegia in females: Sexuality aspect.
	Spinal cord injur* AND sexuality AND occupational therapy	3	0
	Spinal cord injur* AND sexuality AND experience	7	0
	Spinal cord injur* AND sexuality AND quality of life	4	Tepper, M.S. (2001). Sexuality and disability: The missing discourse of pleasure.
	Spinal Cord injur* AND sexuality AND need*	17	0
	Spinal Cord injur* AND sexual dysfunction*	7	0
CINAHL	Spinal cord injur* AND sexuality	126	Fritz, H. A., Dillaway, H., & Lysack, C. L. (2015). "Don't think paralysis takes away your womanhood": Sexual intimacy after spinal cord injury.

CINAHL	Paraplegia AND sexuality	7	Wiwanitkit (2009) Lower Paraplegia in females: sexuality aspect.
CINAHL	Spinal cord injur* AND sexuality AND occupational therapy	5	Emerich et al. (2012). Competent Care for Persons With Spinal Cord Injury and Dysfunction in Acute Inpatient Rehabilitation. Novak & Mitchell (1988). Professional Involvement in Sexuality Counseling for Patients With Spinal Cord Injuries. McAlonan (1996). Improving Sexual Rehabilitation Services : The Patient's Perspective.
CINAHL	Spinal cord injur* AND sexuality AND experience	17	Hartshorn et al. (2013). ' SI- SRH' - a new model to manage sexual health following a spinal cord injury: our experience. Richards et al. (1997). Women with complete spinal cord injury: a phenomenological study of sexuality and relationship experiences. Westgren (1999). Sexuality after injury: interviews with women after traumatic spinal cord injury. Kreuter et al. (2011). Women's sexual functioning and sex life after spinal cord injury. Forsythe & Horsewell (2006). Sexual rehabilitation of women with a spinal cord injury.
CINAHL	Spinal cord injur* AND sexuality AND quality of life	15	Kreuter et al. (1998). Partner relationships, functioning, mood and global quality of life in persons with spinal cord injury and traumatic brain injury. Gill (1999). Psychosocial implications of spinal cord injury. Anderson et al. (2007). The impact of spinal cord injury on sexual function: concerns of the general population. Abramson et al. (2008). Sexual health outcome measures for individuals with a spinal cord injury: a systematic review. Ferreiro-Velasco et al. (2005). Sexual issues in a sample of women with spinal cord injury. Tepper (2000). Sexuality and disability: the missing discourse of pleasure.
CINAHL	Spinal Cord injur* AND sexuality AND need*	24	Booth et al. (2003). Training the interdisciplinary team in sexuality rehabilitation following spinal cord injury: a needs assessment.

			<p>Emerich et al. (2012). Competent Care for Persons With Spinal Cord Injury and Dysfunction in Acute Inpatient Rehabilitation.</p> <p>Kendall et al. (2003). The development of a scale to assess the training needs of professionals in providing sexuality rehabilitation following spinal cord injury.</p> <p>Tepper (1997). Discussion guide for the sexually explicit educational video Sexuality reborn: sexuality following spinal cord injury.</p> <p>Forsythe & Horsewell (2006). Sexual rehabilitation of women with a spinal cord injury.</p>
CINAHL	Spinal Cord injur* AND sexual dysfunction*	61	<p>Kennedy et al. (2010). A multi-center study of the community needs of people with spinal cord injuries: the first 18 months.</p> <p>(Viele Studien enthalten, die oben schon erwähnt werden)</p>
IBSS	Spinal cord injur* AND sexuality	1	0
	Paraplegia AND sexuality	1	0
	Spinal cord injur* AND sexuality AND occupational therapy	0	0
	Spinal cord injur* AND sexuality AND experience	0	0
	Spinal cord injur* AND sexuality AND quality of life	0	0
	Spinal Cord injur* AND sexuality AND need*	0	0
	Spinal Cord injur* AND sexual dysfunction*	0	0
Medline	Spinal cord injur* AND sexuality	49	<p>Fritz, H. A., Dillaway, H., & Lysack, C. L. (2015). "Don't think paralysis takes away your womanhood": Sexual intimacy after spinal cord injury.</p> <p>Cramp, J. D., Courtois, F. J., & Ditor, D. S. (2015). Sexuality for women with spinal cord injury.</p> <p>Valtonen, K., Karlsson, A., Siosteen, A., Dahlof, L., & Viikari-Juntura, E. (2006). Satisfaction with sexual life among persons with traumatic spinal cord injury and meningomyelocele.</p> <p>Reitz, A., Burgdorfer, H., & Schurch, B. (2004). The impact of spinal cord injury on sexuality and reproduction.</p>

			<p>Fisher, T. L., Laud, P. W., Byfield, M. G., Brown, T. T., Hayat, M. J., & Fiedler, I. G. (2002). Sexual health after spinal cord injury: A longitudinal study.</p> <p>Gittler, M. S., McKinley, W. O., Stiens, S. A., Groah, S. L., & Kirshblum, S. C. (2002). Spinal cord injury medicine. 3. Rehabilitation outcomes.</p> <p>Herson, L., Hart, K. A., Gordon, M. J., & Rintala, D. H. (1999). Identifying and overcoming barriers to providing sexuality information in the clinical setting.</p> <p>Korse, N. S., Nicolai, M. P. J., Both, S., Vleggeert Lankamp, C. L. A., & Elzevier, H. W. (2016). Discussing sexual health in spinal care.</p>
	Paraplegia AND sexuality	7	0
	Spinal cord injur* AND sexuality AND occupational therapy	5	McAlonan, S. (1996). Improving sexual rehabilitation services: The patient's perspective.
	Spinal cord injur* AND sexuality AND experience	6	0
	Spinal cord injur* AND sexuality AND quality of life	16	Benony, H., Daloz, L., Bungener, C., Chahraoui, K., Frenay, C., & Auvin, J. (2002). Emotional factors and subjective quality of life in subjects with spinal cord injuries.
	Spinal Cord injur* AND sexuality AND need*	21	Smith, A. E., Molton, I. R., McMullen, K., & Jensen, M. P. (2015). Sexual function, satisfaction, and use of aids for sexual activity in middle-aged adults with long-term physical disability.
	Spinal Cord injur* AND sexual dysfunction*	65	Tepper, M. S., Whipple, B., Richards, E., & Komisaruk, B. R. (2001). Women with complete spinal cord injury: A phenomenological study of sexual experiences.
OTDBASE	Spinal cord injur* AND sexuality	9	<p>Fritz, H. A., Dillaway, H., & Lysack, C. L. (2015). "Don't think paralysis takes away your womanhood": Sexual intimacy after spinal cord injury.</p> <p>Robinson, J., Forrest, A., Pope-Ellis, C., Hargreaves, A.T. (2011). A pilot study on sexuality in rehabilitation of the spinal cord injured: exploring the woman's perspective.</p>
	Paraplegia AND sexuality	52	Northcott, R. & Chard, G. (2000). Sexual Aspects of Rehabilitation: The Client's Perspective.
	Spinal cord injur* AND occupational therapy	100	Luchauer, B. & Shurtleff, T. (2015). Meaningful Components of Exercise and Active Recreation for Spinal Cord Injuries.
	Spinal cord injur* AND sexuality AND experience	100	(Viele Studien welche oben schon genannt wurden)

	paraplegia AND sexuality AND quality of life	1	0
	Spinal Cord injur* AND sexuality AND need*	100	0
	Spinal Cord injur* AND sexual dysfunction*	9	0
PsychINFO	Spinal cord injur* AND sexuality	407	0
	Paraplegia AND sexuality	102	Cramp et al. (2015). Sexuality for Women With Spinal Cord Injury. Beckwith et al. (2013). Sexual Recovery: Experiences of Women with Spinal Injury Reconstructing a Positive Sexual Identity. Parker et al. (2011). Sexuality, identity and women with spinal cord injury. Ostrander (2008). Sexual pursuits of pleasure among men and women with spinal cord injuries. Sakellariou et al. (2006). Sexuality and Occupational Therapy: Exploring the Link. Leibowitz (2005). Sexual rehabilitation services after spinal cord injury: what do women want?
	Spinal cord injur* AND sexuality AND occupational therapy	57	Hyland et al. (2013). Sexuality and occupational therapy in Ireland-A case of ambivalence? Pollard et al. (2007). Sex and occupational therapy: Contradictions or contraindications?
	Spinal cord injur* AND sexuality AND experience	211	0
	Spinal cord injur* AND sexuality AND quality of life	140	0
	Spinal Cord injur* AND sexuality AND need*	196	0
	Spinal Cord injur* AND sexual dysfunction*	180	0
WebOf Science	Spinal cord injur* AND sexuality	202	New, P. W., Seddon, M., Redpath, C., & Currie, K.E. (2016). Recommendations for spinal rehabilitation professionals regarding sexual education needs and preferences of people with spinal cord dysfunction: A mixed-methods study. Punj, V., Curtin, C. (2016). Understanding and Overcoming Barriers to Upper Limb Surgical Reconstruction After Tetraplegia: The Need for Interdisciplinary Collaboration.

			Hess, M., Hough, S. (2012). Impact of spinal cord injury on sexuality: Broad-based clinical practice intervention and practical application.
	Paraplegia AND sexuality	18	Lombardi, G., Del Popolo, G., Macchiarella, A., Mencarini, M., Celso, M. (2010). Sexual rehabilitation in women with spinal cord injury: a critical review of the literature. Wiwanitkit, V. (2009). Lower Paraplegia in Females: Sexuality Aspect. <i>Sexuality and Disability</i> .
	Spinal cord injur* AND sexuality AND occupational therapy	2	0
	Spinal cord injur* AND sexuality AND experience	77	Civici, N.Y., Yilmaz, B., Guzelkucuk, U., Goktepe, A.S., Tan, A.K. (2014). Sexual Function in Female Patients with Spinal Cord Injury. Celik, E.C., Akman, Y., Kose, P., Arioglu, P., Karatas, M., Erhan, B. (2014). Sexual problems of women with spinal cord injury in Turkey. Beckwith, A., Yau, M.K-S. (2013). Sexual Recovery: Experiences of Women with Spinal Injury Reconstructing a Positive Sexual Identity.
	Spinal cord injur* AND sexuality AND quality of life	57	Javier, S.J., Perrin, P.B., Snipes, D.J., Olivera, S.L., Perdomo, J.L., Arango, J.A., Arango-Lasprilla, J.C. (2013). The Influence of Health Related Quality of Life on Sexual Desire in Individuals with Spinal Cord Injury from Colombia, South America.
	Spinal Cord injur* AND sexuality AND need*	67	0
	Spinal Cord injur* AND sexual dysfunction*	54	Colombel, J.C. (2012). Women's sexual life after spinal cord injury: Psychological aspects.

D: Selektionsprozess

Studien (aus systematischen Literatursuche)	Inhalt?	Einschlusskriterien erfüllt?	Selektion
Abramson, C. E., McBride, K. E., Konnyu, K. J., & Elliott, S. L. (2008). Sexual health outcome measures for individuals with a spinal cord injury: A systematic review. <i>Spinal Cord</i> , 46(5), 320-324.	Verschiedene Assessments aufgeführt zur Messung von Sexueller Gesundheit von Querschnittgelähmten.	Studienverfügbarkeit: Ja Erscheinungsjahr: Ja (2008) Population: Ja (Querschnittgelähmte) Setting: Ja (Kanada)	Beantwortet Fragestellung: Nein Mögliche Hauptstudie: Nein
Anderson, K. D., Borisoff, J. F., Johnson, R. D., Stiens, S. A., & Elliott, S. L. (2007). The impact of spinal cord injury on sexual function: Concerns of the general population. <i>Spinal Cord</i> , 45(5), 328-337.	Einfluss von Querschnittlähmung auf die Sexuelle Funktion erfragt durch online Fragebogen. Ergebnisse zeigt auf, dass es unter anderem Einfluss auf die Quality of Life hat.	Studienverfügbarkeit: Ja Erscheinungsjahr: Ja (2007) Population: Ja (Querschnittgelähmte) Setting: Ja (USA)	Beantwortet Fragestellung: Teilweise Mögliche Hauptstudie: Nein
Beckwith, A., & Yau, M.K. (2013). Sexual recovery: Experiences of women with spinal injury reconstructing a positive sexual identity. <i>Sexuality & Disability</i>, 31(4), 313-324. doi:10.1007/s11195-013-9315-7.	Wie kann sexuelle Identität nach einer Querschnittlähmung wiedererlangt werden, Erfahrungen von betroffenen Frauen.	Studienverfügbarkeit: Ja Erscheinungsjahr: Ja (2013) Population: Ja (Querschnittgelähmte Frauen) Setting: Ja (Australien)	Beantwortet Fragestellung: Ja Mögliche Hauptstudie: Ja Definitive Hauptstudie: Ja
Benony, H., Daloz, L., Bungener, C., Chahraoui, K., Frenay, C., & Auvin, J. (2002). Emotional factors and subjective quality of life in subjects with spinal cord injuries. <i>American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation</i> , 81(6), 437-445.	Vergleich von zwei Kontrollgruppen in Bezug auf Quality of Life bei Menschen mit einer Querschnittlähmung.	Studienverfügbarkeit: Ja Erscheinungsjahr: Ja (2002) Population: Ja (Querschnittgelähmte) Setting: Ja (Frankreich)	Beantwortet Fragestellung: Teilweise Mögliche Hauptstudie: Nein
Black, K., Sipski, M. L., & Strauss, S. S. (1998). Sexual satisfaction and	Subjektive Aspekte über die sexuelle Zufriedenheit und den Antrieb bei	Studienverfügbarkeit: Ja	Beantwortet Fragestellung: Ja

sexual drive in spinal cord injured women. <i>Journal of Spinal Cord Medicine</i> , 21(3), 240-244.	Frauen mit einer Querschnittlähmung.	Erscheinungsjahr: Ja (1998) Population: Ja (Frauen mit Querschnittlähmung) Setting: Ja (USA)	Mögliche Hauptstudie: Ja Definitive Hauptstudie: Nein
Booth S. Kendall M. Fronek P. Miller D. Geraghty, T. (2003). Training the interdisciplinary team in sexuality rehabilitation following spinal cord injury: A needs assessment. <i>Sexuality and Disability</i> , 21(4), 249-261.	Erforschung von den Bedürfnissen vom interdisziplinären Team in Bezug auf Sexualität bei Querschnittlähmung – Ein Bedürfnis Assessment.	Studienverfügbarkeit: Ja Erscheinungsjahr: Ja (2003) Population: Teilweise (interdisziplinäres Team in Querschnittlähmung Reha) Setting: Ja (Australien)	Beantwortet Fragestellung: Teilweise Mögliche Hauptstudie: Nein
Celik, E. C., Akman, Y., Kose, P., Arioglu, P., Karatas, M. & Erhan, B. (2014). Sexual problems of women spinal cord injury in Turkey. <i>Spinal Cord</i> . 52(4), 313-315, doi:10.1038.	Erforschung von sexuellen Problemen bei Frauen mit einer Querschnittlähmung.	Studienverfügbarkeit: Ja Erscheinungsjahr: Ja (2014) Population: Ja (Frauen mit Querschnittlähmung) Setting: Nein (Türkei)	Beantwortet Fragestellung: Teilweise Mögliche Hauptstudie: Nein
Civici, N.Y., Yilmaz, B., Guzelkucuk, U., Goktepe, A.S., Tan, A.K. (2014). Sexual Function in Female Patients with Spinal Cord Injury, <i>Journal of Physical Medicine and Rehabilitation</i> , 60, 1-10, doi : 10.5152.	Vergleich der sexuellen Funktion zwischen Frauen mit und ohne Querschnittlähmung auf die Lebensqualität.	Studienverfügbarkeit: Ja Erscheinungsjahr: Ja (2014) Population: Ja (Frauen mit Querschnittlähmung) Setting: Nein (Türkei)	Beantwortet Fragestellung: Nein Mögliche Hauptstudie: Nein
Colombel, J.C. (2012). Women's sexual life after spinal cord injury: Psychological aspects. <i>Progres en Urologie</i> . 22(11), 622-627. Doi :10.1016/j.purol.2012.08.001.	Erforschung der psychologischen Aspekte in Bezug auf die Sexualität bei Frauen mit einer Querschnittlähmung.	Studienverfügbarkeit: Nein Erscheinungsjahr: (2012) Population: Ja (Frauen mit Querschnittlähmung) Setting: Ja (Frankreich)	Beantwortet Fragestellung: Teilweise Mögliche Hauptstudie: Nein

<p>Craik, J., Townsend, E., & Polatajko, H. (2008). Introducing the new guidelines – enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well being, & justice through occupation. <i>Occupational Therapy Now</i>, 10(1), 3-5.</p>	<p>Ergotherapeutische Vision von Gesundheit, Wohlbefinden und Gerechtigkeit durch Betätigung.</p>	<p>Studienverfügbarkeit: Ja Erscheinungsjahr: Ja (2008) Population: Teilweise (Ergotherapie) Setting: Ja (Kanada)</p>	<p>Beantwortet Fragestellung: Nein Mögliche Hauptstudie: Nein</p>
<p>Cramp, J. D., Courtois, F. J. & Ditor, D. S. (2015). Sexuality for women with spinal cord injury. <i>Journal of Sex & Marital Therapy</i>, 41(3), 238-253.</p>	<p>Erforschung von verschiedenen Aspekten der Sexualität von Frauen mit einer Querschnittlähmung als Review.</p>	<p>Studienverfügbarkeit: Ja Erscheinungsjahr: Ja (2015) Population: Ja (Frauen mit Querschnittlähmung) Setting: Ja (Kanada)</p>	<p>Beantwortet Fragestellung: Teilweise Mögliche Hauptstudie: Nein</p>
<p>Emerich, L., Parsons, K. C. & Stein, A. (2012). Competent care for persons with spinal cord injury and dysfunction in acute inpatient rehabilitation. <i>Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation</i>, 18(2), 149-166. doi:10.1310/sci1802149.</p>	<p>Erforschung der kompetenten Versorgung von Personen mit der Querschnittlähmung in akuten Rehabilitationen.</p>	<p>Studienverfügbarkeit: Ja Erscheinungsjahr: Ja (2012) Population: Teilweise (interdisziplinäres Team in Reha für Querschnittlähmung) Setting: Ja (USA)</p>	<p>Beantwortet Fragestellung: Teilweise Mögliche Hauptstudie: Nein</p>
<p>Ferreiro-Velasco, M. E., Barca-Buyo, A., de la Barrera, S. S., Montoto Marqués, A., Vázquez, X. M. & Rodríguez-Sotillo, A. (2005). Sexual issues in a sample of women with spinal cord injury. <i>Spinal Cord</i>, 43(1), 51-55.</p>	<p>Vergleich von der Sexualität von Frauen mit einer Querschnittlähmung vor und nach dem Unfall.</p>	<p>Studienverfügbarkeit: Ja Erscheinungsjahr: Ja (2005) Population: Ja (Frauen mit Querschnittlähmung) Setting: Ja (Spanien)</p>	<p>Beantwortet Fragestellung: Teilweise Mögliche Hauptstudie: Nein</p>
<p>Fisher, T. L., Laud, P. W., Byfield, M. G., Brown, T. T., Hayat, M. J. & Fiedler, I. G. (2002). Sexual health after spinal cord injury: A longitudinal study. <i>Archives of Physical Medicine & Rehabilitation</i>, 83(8), 1043-1051.</p>	<p>Sexuelle Gesundheit nach einer Querschnittlähmung zuhause mit Einbezug des Partners.</p>	<p>Studienverfügbarkeit: Nein Erscheinungsjahr: Ja (2002) Population: Ja (Querschnittgelähmte) Setting:</p>	<p>Beantwortet Fragestellung: Teilweise Mögliche Hauptstudie: Nein</p>

		Ja (USA)	
Forsythe, E., & Horsewell, J. E. (2006). Sexual rehabilitation of women with a spinal cord injury. <i>Spinal Cord</i> , 44(4), 234-241.	Review über den momentanen sexuellen Rehabilitationsansatz für Frauen mit einer Querschnittlähmung.	Studienverfügbarkeit: Ja Erscheinungsjahr: Ja (2006) Population: Ja (Frauen mit Querschnittlähmung) Setting: Ja (Dänemark, Schweden, England)	Beantwortet Fragestellung: Ja Mögliche Hauptstudie: Ja Definitive Hauptstudie: Nein
Fritz, H. A., Dillaway, H. & Lysack, C. L. (2015). "Don't think paralysis takes away your womanhood": Sexual intimacy after spinal cord injury. <i>American Journal of Occupational Therapy</i>, 69(2), 1-10. doi:10.5014/ajot.2015.015040.	Erforschung von Erfahrungen von Frauen mit einer Querschnittlähmung in Bezug zu Sexualität.	Studienverfügbarkeit: Ja Erscheinungsjahr: Ja (2015) Population: Ja (Frauen mit Querschnittlähmung) Setting: Ja (USA)	Beantwortet Fragestellung: Ja Mögliche Hauptstudie: Ja Definitive Hauptstudie: Ja
Fronek, P., Booth, S., Kendall, M., Miller, D. & Geraghty, T. (2005). The effectiveness of a sexuality training program for the interdisciplinary spinal cord injury rehabilitation team. <i>Sexuality & Disability</i> , 23(2), 51-63.	Erforschung der Effektivität vom PLISSIT Modell für ein interdisziplinäres Querschnittlähmung Rehabilitationsteam.	Studienverfügbarkeit: Ja Erscheinungsjahr: Ja (2005) Population: Teilweise (interdisziplinäres Team in Reha für Querschnittlähmung) Setting: Ja (Australien)	Beantwortet Fragestellung: Ja Mögliche Hauptstudie: Ja Definitive Hauptstudie: Nein
Gill, M. (1999). Psychosocial implications of spinal cord injury. <i>Critical Care Nursing Quarterly</i> , 22(2), 1-7.	Psychosoziale Konsequenzen von einer Querschnittlähmung.	Studienverfügbarkeit: Ja Erscheinungsjahr: Ja (1999) Population: Ja (Querschnittgelähmte) Setting: Ja (USA)	Beantwortet Fragestellung: Nein Mögliche Hauptstudie: Nein
Gittler, M. S., McKinley, W. O., Stiens, S. A., Groah, S. L. & Kirshblum, S. C. (2002). Spinal cord injury medicine. 3. Rehabilitation outcomes. <i>Archives of Physical Medicine & Rehabilitation</i> , 83(3 Suppl1), S65-71.	Medizinische Rehabilitation bei Querschnittlähmung.	Studienverfügbarkeit: Ja Erscheinungsjahr: Ja (2002) Population:	Beantwortet Fragestellung: Teilweise Mögliche Hauptstudie: Nein

		Teilweise (unter anderem Querschnittgelähmte)	
		Setting: Ja (USA)	
Herson, L., Hart, K. A., Gordon, M. J. & Rintala, D. H. (1999). Identifying and overcoming barriers to providing sexuality information in the clinical setting. <i>Rehabilitation Nursing Journal</i> , 24(4), 148-151.	Erforschung von Barrieren beim Abgeben von Informationen über Sexualität im klinischen Setting von Pflegenden.	Studienverfügbarkeit: Ja Erscheinungsjahr: Ja (1999) Population: Nein (Pflegefachpersonen) Setting: Ja (USA)	Beantwortet Fragestellung: Teilweise Mögliche Hauptstudie: Nein
Hess, M. & Hough, S. (2012). Impact of spinal cord injury on sexuality: Broad-based clinical practice intervention and practical application. <i>Journal of Spinal Cord Medicine</i> , 35(4), 211-218, doi : 10.1179.	Erforschung von den Einflüssen einer Querschnittlähmung auf die Sexualität.	Studienverfügbarkeit: Nein Erscheinungsjahr: Ja (2012) Population: Ja (Querschnittgelähmte) Setting: Ja (USA)	Beantwortet Fragestellung: Teilweise Mögliche Hauptstudie: Nein
Hyland, A. & Mc Grath, M. (2013). Sexuality and occupational therapy in ireland-A case of ambivalence? <i>Disability and Rehabilitation: An International, Multidisciplinary Journal</i> , 35(1), 73-80.	Erforschung des Zusammenhanges von Ergotherapie und dem Thema Sexualität.	Studienverfügbarkeit: Ja Erscheinungsjahr: Ja (2013) Population: Teilweise (Ergotherapeuten) Setting: Ja (Irland)	Beantwortet Fragestellung: Nein Mögliche Hauptstudie: Nein
Kendall, M., Booth, S., Fronek, P., Miller, D. & Geraghty, T. (2003). The development of a scale to assess the training needs of professionals in providing sexuality rehabilitation following spinal cord injury. <i>Sexuality & Disability</i> , 21(1), 49-64.	Die Entwicklung einer Skala für die Evaluationen des Bedürfnisses von Sexueller Edukation für Fachpersonen in der Rehabilitation von Querschnittgelähmten.	Studienverfügbarkeit: Ja Erscheinungsjahr: Ja (2003) Population: Teilweise (interdisziplinäres Team in Reha für Querschnittlähmung) Setting: Ja (Australien)	Beantwortet Fragestellung: Nein Mögliche Hauptstudie: Nein
Kennedy, P., Sherlock, O., McClelland, M., Short, D., Royle, J., & Wilson, C. (2010). A multi-centre study of the community	Die Erforschung von allgemeinen Bedürfnissen von Personen mit einer Rückenmarksverletzung in den ersten 18 Monaten.	Studienverfügbarkeit: Ja Erscheinungsjahr: Ja (2010)	Beantwortet Fragestellung: Teilweise

needs of people with spinal cord injuries: The first 18 months. <i>Spinal Cord</i> , 48(1), 15-20. doi:10.1038/sc.2009.65.		Population: Ja (Querschnittgelähmte) Setting: Ja (England)	Mögliche Hauptstudie: Nein
Korse, N. S., Nicolai, M. P. J., Both, S., Vleggeert Lankamp, C. L. A. & Elzevier, H. W. (2016). Discussing sexual health in spinal care. <i>European Spine Journal</i> , 25(3), 766-773.	Erforschung der sexuellen Gesundheit in der Behandlung von Rückenmarksverletzung.	Studienverfügbarkeit: Ja Erscheinungsjahr: Ja (2016) Population: Ja (Querschnittgelähmte) Setting: Ja (Niederlande)	Beantwortet Fragestellung: Teilweise Mögliche Hauptstudie: Nein
Kreuter, M., Sullivan, M., Dahllöf, A. G. & Siosteen, A. (1998). Partner relationships, functioning, mood and global quality of life in persons with spinal cord injury and traumatic brain injury. <i>Spinal Cord</i> , 36(4), 252-261.	Erforschung von Beziehungen, Stimmung und grundsätzliche Lebensqualität von Personen mit einer Querschnittlähmung oder einer traumatischen Hirnverletzung.	Studienverfügbarkeit: Ja Erscheinungsjahr: Ja (1998) Population: Teilweise (Querschnittgelähmte und Hirnverletzung) Setting: Ja (Schweden)	Beantwortet Fragestellung: Teilweise Mögliche Hauptstudie: Nein
Kreuter, M., Siösteen, A. & Biering-Sørensen, F. (2008). Sexuality and sexual life in women with spinal cord injury: A controlled study. <i>Journal of Rehabilitation Medicine (Stiftelsen Rehabiliteringsinformation)</i> , 40(1), 61-69.	Erforschung der Sexualität und des sexuellen Lebens von Frauen mit einer Querschnittlähmung.	Studienverfügbarkeit: Nein Erscheinungsjahr: Ja (2008) Population: Ja (Frauen mit Querschnittlähmung) Setting: Ja (Schweden)	Beantwortet Fragestellung: Ja Mögliche Hauptstudie: Nein
Kreuter, M., Taft, C., Siösteen, A. & Biering Sørensen, F. (2011). Women's sexual functioning and sex life after spinal cord injury. <i>Spinal Cord</i> , 49(1), 154-160. doi:10.1038/sc.2010.51.	Erforschung der sexuellen Funktion und des Sex-Leben von Frauen mit einer Querschnittlähmung.	Studienverfügbarkeit: Ja Erscheinungsjahr: Ja (2011) Population: Ja (Frauen mit Querschnittlähmung) Setting: Ja (Schweden)	Beantwortet Fragestellung: Ja Mögliche Hauptstudie: Ja Definitive Hauptstudie: Nein
Leibowitz, R. Q. (2005). Sexual rehabilitation services after spinal cord injury: What do women	Die Erforschung der Bedürfnisse in Bezug auf den Sexuellen Rehabilitations-Service	Studienverfügbarkeit: Ja Erscheinungsjahr: Ja (2005)	Beantwortet Fragestellung: Ja

want? <i>Sexuality & Disability</i>, 23(2), 81-107.	von Frauen mit einer Querschnittlähmung.	Population: Ja (Frauen mit Querschnittlähmung) Setting: Ja (USA)	Mögliche Hauptstudie: Ja Definitive Hauptstudie: Ja
Leibowitz RQ. & Stanton, A. L. (2007). Sexuality after spinal cord injury: A conceptual model based on women's narratives. <i>Rehabilitation Psychology</i> , 52(1), 44-55.	Entwicklung eines begrifflichen Modells basierend auf den Erzählungen von Frauen mit einer Querschnittlähmung.	Studienverfügbarkeit: Ja Erscheinungsjahr: Ja (2007) Population: Ja (Frauen mit Querschnittlähmung) Setting: Ja (USA)	Beantwortet Fragestellung: Ja Mögliche Hauptstudie: Ja Definitive Hauptstudie: Nein
Luchauer, B. & Shurtleff, T. (2015). Meaningful Components of Exercise and Active Recreation for Spinal Cord Injuries. <i>Occupation, Participation and Health</i> , 45(2), 29-42.	Die Erforschung von bedeutsamen Komponenten für die Erholung von Querschnittlähmung.	Studienverfügbarkeit: Ja Erscheinungsjahr: Ja (2015) Population: Ja (Querschnittgelähmte) Setting: Ja (USA)	Beantwortet Fragestellung: Nein Mögliche Hauptstudie: Ja
McAlonan, S. (1996). Improving sexual rehabilitation services: The patient's perspective. <i>American Journal of Occupational Therapy</i>, 50(10), 826-834.	Die Erforschung von der Patientenperspektive bezüglich des Sexuellen Rehabilitations-Service.	Studienverfügbarkeit: Ja Erscheinungsjahr: Ja (1996) Population: Ja (Querschnittgelähmte) Setting: Ja (USA)	Beantwortet Fragestellung: Ja Mögliche Hauptstudie: Ja Definitive Hauptstudie: Ja
Moin, V., Duvdevany, I. & Mazor, D. (2009). Sexual identity, body image and life satisfaction among women with and without physical disability. <i>Sexuality and Disability</i> , 27(2), 83-95.	Erforschung von der sexuellen Identität, des Body Image und der Lebenszufriedenheit von Frauen mit und ohne physikalischen Einschränkungen.	Studienverfügbarkeit: Ja Erscheinungsjahr: Ja (2009) Population: Teilweise (Frauen mit physikalischen Einschränkungen) Setting: Nein (Israel)	Beantwortet Fragestellung: Nein Mögliche Hauptstudie: Nein
Morales, E., Gauthier, V., Edwards, G. & Courtois, F. (2016). Women with disabilities' perceptions of sexuality, sexual abuse and	Die Erforschung von der Sichtweise auf Sexualität, sexuelle Missstellung und Masturbation von Frauen mit einer Einschränkung.	Studienverfügbarkeit: Ja Erscheinungsjahr: Ja (2016)	Beantwortet Fragestellung: Teilweise

masturbation. <i>Sexuality and Disability</i> , 34(3), 303-314.		Population: Teilweise (Frauen mit Einschränkungen) Setting: Ja (Kanada)	Mögliche Hauptstudie: Nein
New, P. W., Seddon, M., Redpath, C., & Currie, K.E. (2016). Recommendations for spinal rehabilitation professionals regarding sexual education needs and preferences of people with spinal cord dysfunction : A mixed-methods study. <i>Spinal Cord</i> , 54(12), 1203-1209, doi:10.1038.	Vorschläge für Fachpersonen in der Rehabilitation von Querschnittgelähmten in Bezug auf die Bedürfnisse für sexuelle Aufklärung und Wünsche von Personen mit einer Querschnittlähmung.	Studienverfügbarkeit: Nein Erscheinungsjahr: Ja (2016) Population: Ja (Querschnittgelähmte) Setting: Ja (Australien)	Beantwortet Fragestellung: Teilweise Mögliche Hauptstudie: Nein
Northcott, R. & Chard, G. (2000). Sexual Aspects of Rehabilitation: The Client's Perspective. <i>British Journal of Occupational Therapy</i> , 63(9), 412-418. doi:10.1177/030802260006300902	Erforschung der Klienten Perspektive bezüglich sexuellen Aspekten der Rehabilitation.	Studienverfügbarkeit: Ja Erscheinungsjahr: Ja (2000) Population: Teilweise (Patienten in der Rehabilitation) Setting: Ja (England)	Beantwortet Fragestellung: Teilweise Mögliche Hauptstudie: Nein
Parker, M. & Yau, M. (2012). Sexuality, identity and women with spinal cord injury. <i>Sexuality & Disability</i> , 30(1), 15-27. doi:10.1007/s11195-0119222-8.	Erforschung der Sexualität und der Identität von Frauen mit einer Querschnittlähmung.	Studienverfügbarkeit: Ja Erscheinungsjahr: Ja (2012) Population: Ja (Frauen mit Querschnittlähmung) Setting: Ja (Australien)	Beantwortet Fragestellung: Teilweise Mögliche Hauptstudie: Nein
Pollard, N. & Sakellariou, D. (2007). Sex and occupational therapy: Contradictions or contraindications? <i>The British Journal of Occupational Therapy</i> , 70(8), 362-365.	Erforschung zwischen den Verbindungen oder Widersprüchen von Sex und Ergotherapie.	Studienverfügbarkeit: Ja Erscheinungsjahr: Ja (2007) Population: Teilweise (Ergotherapeuten) Setting: Ja (England)	Beantwortet Fragestellung: Nein Mögliche Hauptstudie: Nein
Pollard, N. & Walsh, S. (2000). Occupational therapy, gender and mental health: an inclusive perspective? <i>British Journal of Occupational Therapy</i> ,	Die Perspektive von Ergotherapie, Gender und mentale Gesundheit bei Querschnittlähmung.	Studienverfügbarkeit: Ja Erscheinungsjahr: Ja (2000)	Beantwortet Fragestellung: Nein Mögliche Hauptstudie:

63(9), 425-31.2000-02863-003.		Population: Teilweise (Ergotherapeuten) Setting: Ja (England)	Nein
Reitz, A., Burgdorfer, H. & Schurch, B. (2004). The impact of spinal cord injury on sexuality and reproduction. <i>Urologe (Auszg.A)</i> , 43(1), 52-63.	Die Auswirkungen einer Rückenmarkverletzung auf Sexualität und Reproduktion.	Studienverfügbarkeit: Ja Erscheinungsjahr: Ja (2004) Population: Ja (Querschnittgelähmte) Setting: Ja (Deutschland)	Beantwortet Fragestellung: Teilweise Mögliche Hauptstudie: Nein
Sakellariou, D. & Simo Algado, S. (2006). Sexuality and disability: A case of occupational injustice. <i>British Journal of Occupational Therapy</i> , 69(2), 69-76.	Erforschung von Betätigungs-Ungerechtigkeit bei Sexualität und Einschränkung.	Studienverfügbarkeit: Ja Erscheinungsjahr: Ja (2006) Population: Teilweise (Personen mit Einschränkungen) Setting: Ja (England)	Beantwortet Fragestellung: Nein Mögliche Hauptstudie: Nein
Sakellariou, D. & Algado, S. S. (2006). Sexuality and occupational therapy: Exploring the link. <i>The British Journal of Occupational Therapy</i> , 69(8), 350-356.	Erforschung der Verbindung von Sexualität und Ergotherapie.	Studienverfügbarkeit: Ja Erscheinungsjahr: Ja (2006) Population: Teilweise (Ergotherapeuten) Setting: Ja (England)	Beantwortet Fragestellung: Nein Mögliche Hauptstudie: Nein
Sarhan, F., Saif, D. & Saif, A. (2012). An overview of traumatic spinal cord injury: Part 1. aetiology and pathophysiology. <i>British Journal of Neuroscience Nursing</i> , 8(6), 319-325.	Erforschung der Ursachen und der Pathophysiologie von traumatischen Rückenmarksverletzungen.	Studienverfügbarkeit: Ja Erscheinungsjahr: Ja (2012) Population: Ja (Querschnittgelähmte) Setting: Ja (England)	Beantwortet Fragestellung: Nein Mögliche Hauptstudie: Nein
Smith, A. E., Molton, I. R., McMullen, K. & Jensen, M. P. (2015). Sexual function, satisfaction, and use of aids for sexual activity in middle-aged adults with long-term physical disability. <i>Topics in</i>	Erforschung der sexuellen Funktion, Zufriedenheit und den Nutzen von Hilfsmitteln für sexuelle Aktivitäten von erwachsenen Betroffenen mit einer langfristigen	Studienverfügbarkeit: Ja Erscheinungsjahr: Ja (2015) Population:	Beantwortet Fragestellung: Nein Mögliche Hauptstudie: Nein

<i>Spinal Cord Injury Rehabilitation</i> , 21(3), 227-232.	körperlichen Beeinträchtigung.	Teilweise (körperlich Beeinträchtigte) Setting: Ja (USA)	
Summerville, P. & McKenna, K. (1998). Sexuality education and counselling for individuals with a spinal cord injury: Implications for occupational therapy. <i>British Journal of Occupational Therapy</i> , 61(6), 275-279.	Die sexuelle Aufklärung und Beratung für Individuen mit einer Querschnittlähmung : Implikation für Ergotherapie.	Studienverfügbarkeit: Ja Erscheinungsjahr: Ja (1998) Population: Ja (Querschnittgelähmte) Setting: Ja (England)	Beantwortet Fragestellung: Teilweise Mögliche Hauptstudie: Nein
Tepper, M. S. (1997). Discussion guide for the sexually explicit educational video sexuality reborn: Sexuality following spinal cord injury. <i>Sexuality & Disability</i> , 15(3), 183-199.	Erforschung einer Vorlage für explizite sexuelle Edukationsvideos für die Sexualität nach einer Querschnittlähmung.	Studienverfügbarkeit: Ja Erscheinungsjahr: Ja (1997) Population: Ja (Querschnittgelähmte) Setting: Ja (USA)	Beantwortet Fragestellung: Teilweise Mögliche Hauptstudie: Nein
Tepper, M. S. (1997). Providing comprehensive sexual health care in spinal cord injury rehabilitation: Implementation and evaluation of a new curriculum for health care professionals. <i>Sexuality and Disability</i> , 15(3), 131-165.	Erforschung und Evaluation eines neuen Ansatzes für Gesundheitsfachpersonen in der Querschnittlähmungs-Rehabilitation.	Studienverfügbarkeit: Ja Erscheinungsjahr: Ja (1997) Population: Teilweise (interdisziplinäres Team für Reha mit Querschnittlähmung) Setting: Ja (USA)	Beantwortet Fragestellung: Teilweise Mögliche Hauptstudie: Nein
Tepper, M. S. (2001). Sexuality and disability: The missing discourse of pleasure. <i>Sexuality and Disability</i> , 18(4), 283-290.	Diskussion über die Vernachlässigung der Aspekte Sexualität und Beeinträchtigung.	Studienverfügbarkeit: Ja Erscheinungsjahr: Ja (2001) Population: Teilweise (interdisziplinäres Team für Reha mit Querschnittlähmung) Setting: Ja (USA)	Beantwortet Fragestellung: Nein Mögliche Hauptstudie: Nein
Tepper, M. S., Whipple, B., Richards, E. & Komisaruk, B. R. (2001). Women with complete spinal cord injury:	Phänomenologische Erforschung der sexuellen Erfahrung von Frauen mit	Studienverfügbarkeit: Ja	Beantwortet Fragestellung: Teilweise

<p>A phenomenological study of sexual experiences. <i>Journal of Sex & Marital Therapy</i>, 27(5), 615-623.</p>	<p>einer kompletten Querschnittlähmung.</p>	<p>Erscheinungsjahr: Ja (2001)</p> <p>Population: Ja (Frauen mit Querschnittlähmung)</p> <p>Setting: Ja (USA)</p>	<p>Mögliche Hauptstudie: Nein</p>
<p>Valtonen, K., Karlsson, A., Siosteen, A., Dahlof, L. & Viikari-Juntura, E. (2006). Satisfaction with sexual life among persons with traumatic spinal cord injury and meningomyelocele. <i>Disability & Rehabilitation</i>, 28(16), 965-976.</p>	<p>Erforschung der Zufriedenheit des sexuellen Lebens von Personen mit einer traumatisch erworbenen Querschnittlähmung und Spina Bifida.</p>	<p>Studienverfügbarkeit: Ja</p> <p>Erscheinungsjahr: Ja (2006)</p> <p>Population: Teilweise (Querschnittgelähmte und Spina Bifida)</p> <p>Setting: Ja (Schweden)</p>	<p>Beantwortet Fragestellung: Teilweise</p> <p>Mögliche Hauptstudie: Nein</p>
<p>Westgren, N. & Levi, R. (1999). Sexuality after injury: Interviews with women after traumatic spinal cord injury. <i>Sexuality and Disability</i>, 17(4), 309-319.</p>	<p>Erforschung der Sexualität nach einem Unfall: Interview mit Frauen nach einer traumatisch erworbenen Querschnittlähmung.</p>	<p>Studienverfügbarkeit: Ja</p> <p>Erscheinungsjahr: Ja (1999)</p> <p>Population: Ja (Frauen mit Querschnittlähmung)</p> <p>Setting: Ja (Schweden)</p>	<p>Beantwortet Fragestellung: Ja</p> <p>Mögliche Hauptstudie: Ja</p> <p>Definitive Hauptstudie: Ja</p>
<p>Wiwanitkit, V. (2009). Lower paraplegia in females: Sexuality aspect. <i>Sexuality and Disability</i>, 27(1), 61-63.</p>	<p>Erforschung des sexuellen Aspekts von Frauen mit einer tiefen Querschnittlähmung.</p>	<p>Studienverfügbarkeit: Ja</p> <p>Erscheinungsjahr: Ja (2009)</p> <p>Population: Ja (Frauen mit Querschnittlähmung)</p> <p>Setting: Nein (Thailand)</p>	<p>Beantwortet Fragestellung: Nein</p> <p>Mögliche Hauptstudie: Nein</p>

E: Studienwürdigungen

AICA Hilfstabelle: zur Zusammenfassung und systematischen Würdigung (critical appraisal) eines Forschungsartikels

Zusammenfassung der Studie: Beckwith & Yau. (2013). Sexual recovery: Experiences of women with spinal injury reconstructing a positive sexual identity

Einleitung (Problembeschreibung, Bezugsrahmen, Forschungsfrage)	Methode (Ansatz/ Design, Stichprobe, Datenerhebung, Methodologische Reflexion, Datenanalyse, Ethik)	Ergebnisse (Ergebnisse)	Diskussion (Diskussion und Interpretation der Ergebnisse, Schlussfolgerung Anwendung und Verwertung in der Pflegepraxis)
<p>Um welches Phänomen handelt es sich? Wie ist das Phänomen beschrieben/ definiert/ mit Literatur erläutert?</p> <p>> Australische Frauen mit einer Querschnittlähmung und deren Erfahrung eine sexuelle Identität wieder zu erlangen > Phänomen wird gut mit bereits vorhandener Literatur erläutert > Eine Rückenmarksverletzung führt zu signifikanten Veränderungen der Rollen und Lebensmustern einer Person > Ein Fehler von Gesundheitsexperten ist es, dass sie bei der Behandlung von Menschen mit einer Rückenmarksverletzung, die physische und emotionale Intimität ganz vergessen > Beckwith ist eine Frau mit einer Rückenmarksverletzung und Yau ein Sextherapeut und Forscher im Gebiet von Sexualität und Behinderung > Sexualität zu erfahren war für die Autorin schwierig, aufgrund der fehlenden Offenheit, es mit Peers,</p>	<p>Um welchen Ansatz/ Design handelt es sich? Wie wird die Wahl des Ansatzes begründet?</p> <p>> Narrative Analyse (Narrative analysis framework)</p> <p>Um welche Population handelt es sich? Welches ist die Stichprobe? (Wer, wieviel, Charakter)</p> <p>> 7 Frauen mit einer Rückenmarksverletzung: leben in Australien zu Hause (nicht in einem Rehabilitationszentrum), sind über 18 Jahre alt, haben keine Komorbiditäten, sind willig über persönliche Erfahrungen zu sprechen > Demografische Daten (Alter während Unfall, gegenwärtiges Alter, Anzahl Jahre nach Unfall, Signifikante Faktoren bezüglich Läsionsschwere, Vor-Unfall Status bezüglich Arbeit und Beziehung, gegenwärtiger Status) sind übersichtlich in einer Tabelle angegeben</p> <p>Wie wurde Stichprobe gezogen? Gibt es verschiedene Studiengruppen? Nein Wird die Auswahl beschrieben und begründet?</p> <p>> Teilnehmerinnen wurden aus dem sozialen Netzwerk der 1. Autorin und anhand der Schneeballtechnik rekrutiert > keine Vergleichsgruppen > Stichprobenauswahl wird nicht begründet</p> <p>Welche Vorgehensweise wurde bei Datenerhebung verwendet? Wie häufig wurden Daten erhoben?</p>	<p>Was sind die Ergebnisse? (Themen, Kategorien, gemeinsame Elemente, Konzepte, Modelle) Wie sind Ergebnisse präsentiert?</p> <p>> 4 Themen wurden identifiziert und mit vielen Zitaten unterlegt: > Verlust: > Die grösste Barriere zu einer positiven sexuellen Identität war das eigene Körperbild (Muskelverlust, überschüssiges Gewicht, die dick wahrgenommene Bauchregion, Katheter am Bein (=Beinsack)) > Weitere Verluste, die erwähnt wurden: Anstellung, Unabhängigkeit, Mobilität, Sensibilität, allgemeine Beziehungen > Partner beendeten oft Beziehungen nach dem Ereignis und Singles fanden reduzierte Möglichkeiten um neue Leute kennen zu lernen und Beziehungen zu formen > Die Teilnehmerinnen erwähnten auch, dass sie anfangs nach dem Ereignis mit anderen Dingen beschäftigt waren -> Partner und Beziehungen hatten eine deutlich mindere Priorität > Sexuelle Rehabilitation und Informationsbeschaffung: > Alle Teilnehmerinnen hatten eine negative Meinung bezüglich der Informationen die sie von Gesundheits Professionen erhielten: Reaktionen von Gesundheits Professionen auf</p>	<p>Wie beurteilen die Forschenden selber die Ergebnisse (kann Phänomen/ Forschungsfrage beantwortet werden, wie ist Bezug zu bereits bestehender Literatur)?</p> <p>> Die Ziele der Studie konnten laut der Autoren erreicht werden > Die Offenheit der Teilnehmerinnen war gewährleistet > Verallgemeinerung ist jedoch limitiert, da die meisten Teilnehmerinnen im gleichen Rehabilitations-Zentrum therapiert wurden > Die Reliabilität der Erinnerungen der Teilnehmerinnen ist nicht bestätigt > Die Ergebnisse werden mit bereits bestehender Literatur in Verbindung gebracht</p> <p>> Die wichtigsten Ergebnisse werden in der Diskussion zusammengefasst: > Die Mehrheit der Teilnehmerinnen machten ähnliche Erfahrungen wie die 1. Autorin: Sorge bezüglich Körperbild tiefes Selbstwertgefühl Angst und Sichtweise der anderen Beziehungen formen und aufrechterhalten > Die Rehabilitation kommt nicht allen sexuellen Bedürfnissen der Frauen mit Querschnittlähmung nach > Frauen sind während der Rehabilitation noch</p>

<p>Familienmitgliedern, Freunden und Gesundheitsprofessionen zu diskutieren. Das Thema Sexualität wurde während ihrer Rehabilitation nur einmal erwähnt und es war negativ und nur bezüglich Inkontinenz. Sie erhielt inadäquate Informationen. Dies machte ihr Angst, intime Beziehungen einzugehen</p> <p>> In dieser Studie wurden speziell Frauen berücksichtigt, da bereits schon mehrere Studien über Männer gemacht wurden</p> <p>Wie lautet die Forschungsfrage? Welches Ziel/ Zweck der Forschung wird genannt?</p> <p>> Ziel: 1) Die Erfahrungen von Frauen mit einer Rückenmarksverletzung eine sexuelle Identität zu entwickeln, dokumentieren 2) Persönliche Strategien von Frauen mit einer Rückenmarksverletzung identifizieren, wie sie Barrieren, um eine sexuelle Identität zu entwickeln, meistern 3) Informationen/ Interventionen identifizieren, welche diese Frauen während der Rehabilitation von Gesundheitsprofessionen erhielten</p>	<p>Wie wurden Daten verarbeitet?</p> <p>> Es wurden 7 individuelle semi-strukturierte Interviews durchgeführt > Daten wurden einmal erhoben > Die Interviews wurden aufgenommen und von beiden Autoren transkribiert</p> <p>Wie wird der gewählte qualitative Ansatz mit entsprechenden methodischen Vorgehensweise durch die Forschenden diskutiert?</p> <p>> Narrative Analyse wurde verwendet, um sich auf die Erfahrungen der Teilnehmerinnen zu fokussieren > Mögliche Bias wurden berücksichtigt, indem sich die Autoren bemühten, die Leitung der Interviews den Teilnehmerinnen zu überlassen und nur Fragen zu stellen, um den Redefluss aufrecht zu erhalten -> Offenheit der Teilnehmerinnen gewährleisten > Die Studie integrierte die Erfahrungen der 1. Autorin. Sie schrieb ihre eigene Erzählung und persönliche Reflexion um relevante Gefühle, Werte, Überzeugungen, Emotionen und Interpretationen ihrer Erfahrungen auf. Dies vereinfachte nicht nur die Interviewfragen, sondern auch die kritische Analyse zwischen den beiden Autoren, indem sie bewusst identifiziert werden konnten</p> <p>Welche Vorgehensweisen wurden für Datenanalyse verwendet? Wird Stellung genommen zur Qualität der Datenanalyse?</p> <p>> Member Checking wurde mit allen Teilnehmerinnen durchgeführt > Code und Interpretations checking wurde während der Analysephase anhand getrennter Kategorisierung der Transkripte von beiden Autoren eingesetzt</p> <p>Welche ethischen Fragen und Massnahmen dazu werden diskutiert?</p> <p>> Studie mit Durchführung der Interviews wurde vom Human Research Ethics Committee der James Cook Universität genehmigt</p>	<p>Fragen, gegebene oder fehlende Beratung, Frauen wurden so allein gelassen mit einem Gefühl von Angst und Hoffnungslosigkeit in Bezug auf deren Sexualleben</p> <p>> Aspekt der Zeit: Während der Rehabilitation fühlten sich viele Frauen noch nicht bereit über ihre Sexualität zu reden. Doch wenn sie nach Hause gehen, haben sie nicht die Ressourcen um an die entsprechenden Informationen zu gelangen</p> <p>> Die Frauen wünschten sich praktische Ratschläge, wie über die fehlende Sensibilität, Positionierung und das Wissen was andere erfahren haben</p> <p>> Externe Faktoren:</p> <p>> Wie sich die Teilnehmerinnen wahrgenommen fühlten von anderen Personen > Partner, der kein Verständnis hat für Krankheit, Krankheit nicht akzeptiert, nur sieht was schlecht ist am Körper, was alles nicht mehr geht -> sehr schlechte Auswirkung auf Frau mit Querschnittlähmung, fühlt sich unattraktiv > Partner der Krankheit akzeptiert, gute Kommunikation -> sehr positive Auswirkung</p> <p>> Sexuelle Erholung/ Entdeckung:</p> <p>> Positive Adaptation der sexuellen Identität: Der erste Schritt dazu war, den neuen Körper zu akzeptieren, sich angemessen kleiden um im Rollstuhl sich fortbewegen zu können und sich auch attraktiv darin fühlen</p>	<p>nicht bereit über ihre Sexualität zu sprechen. Während dieser Zeit hatten sie noch eine schlechte Wahrnehmung ihrer Fähigkeiten</p> <p>> Spätere Bedürfnisse nach sexuellen Informationen wurden von Gesundheitsprofessionen nicht diskutiert</p> <p>> Frauen wünschen sich zu wissen, welche Ressourcen erhältlich seien, wo sie erhältlich seien und mit wem sie sprechen könnten, wenn sie bereit dazu wären</p> <p>> Frauen wünschen sich Ressourcen spezifisch für Frauen mit Querschnittlähmung bezüglich Sensibilität, Positionierungen und das Wissen was andere Frauen mit Querschnittlähmung erlebt haben</p> <p>Welche Implikationen für die Praxis, Theorien und zukünftige Forschungen sind beschrieben?</p> <p>> Es werden keine Implikationen für die Praxis beschrieben. Es wird einzig vorgeschlagen, dass weiterführende Studien notwendig sind, um Ressourcen zu entwickeln und Dienste zu verbessern, damit die Bedürfnisse der Frauen besser angegangen werden können</p>
---	---	---	--

Würdigung der Studie: Beckwith & Yau. (2013). Sexual recovery: Experiences of women with spinal injury reconstructing a positive sexual identity

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Beantwortet die Studie eine wichtige Frage der Ergotherapie? Signifikanz der Arbeit</p> <p>+ Literatur behandelte die Wiedererlangung einer positive Sexuelle Identität von Frauen mit einer Querschnittlähmung zu wenig + Gesundheitsexperten legen den Fokus während der Behandlung von Menschen mit einer Rückenmarksverletzung zu wenig auf physische und emotionale Intimität</p> <p>Ist die Beschreibung des Phänomens klar und relevant für die Ergotherapie?</p> <p>+ Die mindere Beachtung der sexuellen Bedürfnisse von Frauen mit einer Rückenmarksverletzung seitens Gesundheitsexperten ist relevant für die Ergotherapie</p> <p>Ist das Ziel der Forschungsarbeit explizit dargestellt?</p> <p>+ Die drei Ziele der Studie: 1) Die Erfahrungen von Frauen mit einer Rückenmarksverletzung eine sexuelle Identität zu entwickeln, dokumentieren 2) Persönliche Strategien von Frauen mit einer Rückenmarksverletzung identifizieren, wie sie Barrieren, um eine sexuelle Identität zu entwickeln, meistern 3) Informationen/ Interventionen</p>	<p>Ist die Verbindung zwischen der Forschungsfrage & dem Ansatz/Design logisch und nachvollziehbar? Ist die Methode für das Phänomen geeignet?</p> <p>+ Die Verbindung zwischen dem Forschungsziel und dem gewählten Design (narrative Analyse) ist logisch und nachvollziehbar + Die Verwendung von Interviews ist passend, um persönliche Erfahrungen der betroffenen Frauen zu erhalten</p> <p>Ist die Stichprobenziehung für den Ansatz/Design angebracht? Ist die Stichprobe repräsentativ für die Population? (übertragbar?) Ist die Stichprobengrösse angemessen & begründet?</p> <p>+ Stichprobenziehung aus persönlichen Kontakten der 1. Autorin und mit Hilfe der Schneeballtechnik ist angebracht und wurde auf bestimmte Einschlusskriterien eingehend geprüft (non probability sampling) + Die Stichprobe repräsentiert die Zielpopulation -> Frauen mit einer traumatisch erworbenen Querschnittlähmung - Stichprobengrösse ist mit 7 Teilnehmerinnen sehr klein und wird auch nicht begründet</p> <p>Sind das Setting und die Teilnehmenden reichhaltig beschrieben? Sind die ausgewählten Teilnehmenden als Informanten für Forschung geeignet? Erleben die Teilnehmenden das zu beforschende Phänomen?</p> <p>+ Die demographischen Eigenschaften der Teilnehmerinnen werden detailliert in einer Tabelle dargestellt + Die teilnehmenden Frauen sind für das zu beforschende Phänomen geeignet - Das Setting wird nicht beschrieben, es ist nur ersichtlich, dass alle Frauen im gleichen Rehabilitationszentrum behandelt wurden</p> <p>Geht es bei Datenerhebung um menschliches Erleben, Muster, Verhalten...? Sind die Vorgehensweisen der Datenerhebung explizit dargestellt/beschrieben? Wird die Datensättigung und die Selbstbestimmung der Teilnehmer diskutiert?</p>	<p>Demonstrieren die Ergebnisse artfulness, versatility, sensitivity to meaning and context?</p> <p>+ Die Ergebnisse sind vielfältig und haben Bedeutung für die Ergotherapie</p> <p>Reflektieren die Ergebnisse die Reichhaltigkeit der Daten? Sind die Ergebnisse im Kontext verankert und präzise in der Bedeutung? Stimmen die Konzeptualisierungen der Forschenden mit den Daten überein?</p> <p>+ Die Ergebnisse wurden übersichtlich in 4 Themen unterteilt -> sehr zahlreich und passend im Kontext eingebettet + Ergebnisse sind präzise und sinnvoll gegliedert</p> <p>Sind die Kategorien, Konzepte etc. mit Zitaten illustriert und bestätigt?</p> <p>+ Die Ergebnisse sind mit vielen Zitaten transparent dargestellt</p> <p>Beleuchten und erklären die Kategorien, Konzepte etc. das Phänomen als Ganzes? Sind die Kategorien, Konzepte etc. logisch konsistent und inhaltlich unterscheidbar?</p> <p>+ Die Kategorien in den Ergebnissen sind logisch und sinnvoll dargestellt + Unterscheiden sich inhaltlich gut voneinander</p> <p>Sind die Beziehungen zwischen den Kategorien fundiert und leisten entwickelte Modelle eine plausible Interpretation der Daten?</p> <p>- keine Angaben</p>	<p>Leistet die Interpretation einen Beitrag zum besseren Verstehen des Phänomens? Inwiefern kann die Forschungsfrage mit den Ergebnissen beantwortet werden?</p> <p>+ Diskussion fasst die wichtigsten Ergebnisse der Studie zusammen + Die 3 Ziele der Studie konnten erreicht werden + Anhand vieler Zitate der teilnehmenden Frauen konnten die Bedürfnisse der Frauen aufgezeigt werden + Das Phänomen kann so eindeutig besser verstanden werden</p> <p>Werden die Ergebnisse in Bezug auf konzeptionelle und empirische Literatur zum Phänomen gesetzt und diskutiert?</p> <p>+ Die Ergebnisse werden kritisch diskutiert und mit bereits bestehender Literatur in Beziehung gebracht</p> <p>Sind die Ergebnisse für die Ergotherapie relevant?</p> <p>+ Die Ergebnisse sind für die Ergotherapie sehr relevant -> Frauen äusserten Wünsche, die sie sich von Fachpersonen wünschten. Diese Wünsche können unter anderem von Ergotherapeuten aufgenommen und während der Therapie behandelt werden</p> <p>Bieten die Schlussfolgerungen, Implikationen, Empfehlungen einen Kontext in dem sich Befunde benutzen lassen?</p>

<p>identifizieren, welche diese Frauen während der Rehabilitation von Gesundheitsprofessionen erhielten werden explizit dargestellt</p> <p>Gibt es Einführung mit Literatur?</p> <p>+Das Thema wird breit mit vorhandener Literatur und den Erfahrungen der 1. Autorin, welche selbst eine Querschnittlähmung erlitten hat, eingeleitet</p>	<p>+ Datenerhebung von menschlichem Erleben + Die Vorgehensweisen bei der Datenerhebung (Semistrukturierte Interviews) wird explizit dargestellt und klar beschrieben + Selbstbestimmung der Teilnehmerinnen wurde diskutiert: Verhinderung Bias -> überliessen Leitung der Interviews den Teilnehmerinnen und die beiden Autoren waren "nur" Zuhörer. Fragen wurden von den Autoren nur gestellt, um beim Thema zu bleiben - Über Datensättigung wird nichts berichtet</p> <p>Ist der philosophische Hintergrund der Forschungsarbeit dargestellt? Wie ist die Kongruenz bezüglich Ontologie-Epistemologie-Methodologie?</p> <p>- keine Angaben</p> <p>Ist das Vorgehen der Datenanalyse klar und nachvollziehbar beschrieben? (Referenzierungen?) Ist die Datenanalyse präzise und glaubwürdig? Wie wurde die Glaubwürdigkeit der Datenanalyse sichergestellt?</p> <p>+ Das Vorgehen während der Datenanalyse wird knapp beschrieben und scheint glaubwürdig (Erfahrungen der ersten Autorin, Interviews aufnehmen und transkribieren, Member checking mit allen Teilnehmerinnen, Code und Interpretations checking)</p> <p>Sind alle relevanten ethischen Fragen diskutiert und Massnahmen dazu durchgeführt worden?</p> <p>+ Studie wurde von einer Ethik-Kommission genehmigt</p>		<p>- Implikationen für die Praxis werden keine erwähnt, jedoch halten sie Limitationen fest + Autoren zeigen schön auf, dass Übertragbarkeit limitiert ist, das Studie mit nur 7 Teilnehmerinnen sehr klein ist und diese auch im gleichen Rehabilitationszentrum behandelt wurden + Sie weisen auch darauf hin, dass die Erinnerungen der Teilnehmerinnen nicht reliabel ist + Weisen auch darauf hin, dass weitere Forschung notwendig ist</p> <p>Spiegeln Schlussfolgerungen die Ergebnisse der Studie?</p> <p>+ Schlussfolgerungen spiegeln die wichtigsten Ergebnisse der Studie -> positive und negative Strategien um eine positive sexuelle Identität zu erreichen</p>
--	---	--	---

Güte/ Evidenzlage: Trustworthiness nach Lincoln und Guba (1985)

Confirmability (Bestätigung):

- > Die sieben semi-strukturierten Interviews wurden aufgenommen und von beiden Autoren transkribiert (+)
- > gut, Confirmability erreicht

Dependability (Zuverlässigkeit):

- > Die Datenerhebung wurde einmal erhoben, klar beschrieben und mit Erfahrungen der ersten Autorin verglichen (+). Jedoch ist Zeitspanne zwischen Datenerhebung und –analyse nicht bekannt (-)
- > Datenanalyse und –ergebnisse wurden von keinem hochschulinternen oder –externen Gremium geprüft (-)
- > Zudem wurde die Datenanalyse auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede reflektiert (+)
- > Code und Interpretations Checking wurde während Analysephase anhand getrennter Kategorisierungen der Transkripte eingesetzt (+)
- > teilweise gut, Dependability teilweise erreicht

Credibility (Glaubwürdigkeit):

- > Der Einbezug der Erfahrungen der ersten Autorin vereinfachte nicht nur die Interviewfragen, sondern auch die kritische Analyse zwischen den beiden Autoren, indem sie bewusst identifiziert werden konnten (+)
- > Auf mögliche Bias wurde geachtet: Selbstbestimmung/ Offenheit der Teilnehmerinnen war gewährleistet, indem ihnen während Interviews Leitung überlassen wurde (+)
- > Member Checking wurde mit allen sieben Teilnehmerinnen durchgeführt (+)
- > sehr gut, Credibility erreicht

Transferability (Übertragbarkeit):

- > Ergebnisse wurden ausreichend beschrieben und mit zahlreichen Zitaten angereichert (+)
- > kleine Stichprobe, kein Probability Sampling, nur ein Rehabilitationszentrum (-)
- > teilweise gut, Transferability teilweise erreicht

Zusammenfassung der Studie: Fritz, Dillaway & Lysack. (2015). „Don't Think Paralysis Takes Away Your Womenhood“: Sexual Intimacy After Spinal Cord Injury

Einleitung (Problembeschreibung, Bezugsrahmen, Forschungsfrage)	Methode (Ansatz/ Design, Stichprobe, Datenerhebung, Methodologische Reflexion, Datenanalyse, Ethik)	Ergebnisse (Ergebnisse)	Diskussion (Diskussion und Interpretation der Ergebnisse, Schlussfolgerung Anwendung und Verwertung in der Pflegepraxis)
<p>Um welches Phänomen handelt es sich? Wie ist das Phänomen beschrieben/ definiert/ mit Literatur erläutert?</p> <p>> Viele Betroffene mit Querschnittlähmung und viele Neu-Verletzte > Problem Frauen mit Querschnittlähmung: Frauen partizipieren öfters in sexuellen Aktivitäten nach Ereignis als Männer, jedoch gibt es weniger Literatur zu sexuellen Aktivitäten bei Frauen → „Minority of minorities“ = eine Frau sein und gleichzeitig beeinträchtigt, könnte der Grund für die fehlende Aufmerksamkeit für die Gesundheit von Frauen mit einer körperlichen Einschränkung sein</p> <p>Wie lautet die Forschungsfrage? Welches Ziel/ Zweck der Forschung wird genannt?</p> <p>> Erforschung der Perspektiven von Frauen mit einer Querschnittlähmung über ihre sexuelle Intimität anhand Interviewdaten von 20 Frauen mit Querschnittlähmung.</p>	<p>Um welchen Ansatz/ Design handelt es sich? Wie wird die Wahl des Ansatzes begründet?</p> <p>> phänomenologischer Ansatz</p> <p>Um welche Population handelt es sich? Welches ist die Stichprobe? (Wer, wieviel, Charakter)</p> <p>> 20 Frauen mit Querschnittlähmung in Detroit lebend > Einschränkungskriterien: Querschnittlähmung, in einer Wohnung leben, in der Lage sein über reproduktive Dinge zu sprechen</p> <p>Wie wurde Stichprobe gezogen? Gibt es verschiedene Studiengruppen? Wird die Auswahl beschrieben und begründet?</p> <p>> non Probability Sampling, Frauen von einer früheren Studie nochmals angefragt</p> <p>Welche Vorgehensweise wurde bei Datenerhebung verwendet? Wie häufig wurden Daten erhoben? Wie wurden Daten verarbeitet?</p> <p>> ein semistrukturierte Interviews à 2-3 Stunden pro Teilnehmerin > Daten aufgenommen und transkribiert</p> <p>Wie wird der gewählte qualitative Ansatz mit entsprechenden methodischen Vorgehensweise durch Forschenden diskutiert?</p> <p>> Phänomenologie und Interviews, da sie Erforschung von persönlichen Perspektiven wollen</p> <p>Welche Vorgehensweisen wurden für Datenanalyse verwendet? Wird Stellung genommen zur Qualität der Datenanalyse?</p> <p>> Transkripte auf thematische Kategorien diskutiert und kodiert</p>	<p>Was sind die Ergebnisse? (Themen, Kategorien, gemeinsame Elemente, Konzepte, Modelle) Wie sind Ergebnisse präsentiert?</p> <p>> Viele Zitate der Frauen > 4 Themen: > Perspektiven bezüglich sexueller Intimität: (trotz Querschnittlähmung ist Sex noch wichtig und Mehrheit der Teilnehmerinnen agieren in sexuellen Aktivitäten/ Sex wird unterschiedlich definiert und ist abhängig von Lebensphase, personelle Situation etc.) > Zufriedenheit mit sexueller Aktivität: > sehr individuell > manche möchten mehr sexuell aktiv sein, andere sind zufrieden weil sie nicht mehr sexuell aktiv sein möchten > eine stabile Beziehung bedeutet nicht, dass Sexleben gut ist > sexuelle Zufriedenheit wird oft der Zufriedenheit des Partners unterstellt > Partnersuche erschwert > Schmerz, Müdigkeit, Schwachheit, Sensibilitätsverlust, Verlust Blasen-Darm-Kontrolle, Druckstellen als physische Barrieren für sexuelle Zufriedenheit > schnellerer Alterungsprozess bei Frauen mit Querschnittlähmung; müde, langsamer Heilungsprozess > nicht nur körperlicher Akt ist wichtig -> Sexualität bekommt holistischen Ansatz > Sexuelle Schulung nach dem Unfall: > allgemein zu wenig aufgeklärt zu sexuellen Aktivitäten wie Positionierung, Adaptionen ect > nur jemand erhielt breitere Informationen > Unsicherheit, Angst, schlechte Erfahrung weil zu wenig Informationen > wie Thema ansprechen mit Partner wäre sinnvoll als Aufklärung > Aufklärung über sexuelle Aktivität, vor allem über</p>	<p>Wie beurteilen die Forschenden selber die Ergebnisse (kann Phänomen/ Forschungsfrage beantwortet werden, wie ist Bezug zu bereits bestehender Literatur)?</p> <p>> Sexualität bleibt nach dem Ereignis für Frauen sehr wichtig > Beantwortung Fragestellung: Frauen in der Studie wünschten sich mehr professionelle Schulung bezüglich sexueller Intimität, aber Infos nicht gerade nach Unfall, lebenslange Möglichkeit der Schulung je nach Lebensphase, Sex wird verschieden definiert, nicht nur Akt zählt, Info über Fortpflanzung zu falschem Zeitpunkt, Sexualpartner über Gefühle aufklären wichtig > viel Bezug zu bestehender Literatur</p> <p>Welche Implikationen für die Praxis, Theorien und zukünftige Forschungen sind beschrieben?</p> <p>> Ergotherapeuten sind geeignet um einen klientenzentrierten Ansatz bezüglich sexueller Schulung zu fördern/unterstützen > Da Sexualität als wichtiger Teil von Gesundheit und Wohlbefinden angesehen wird, ist es äusserst wichtig sexuelle Bedenken/Anliegen aktiv in der Ergotherapie anzugehen > Implikationen für die Ergotherapie: Schulungsprogramm zu Sexualität für verschiedene Lebenssituationen / Strategien um Selbstbewusstsein zu stärken und für Beziehungsaufbau > Zukünftige Forschung: Unterschied von Alter und Sexualität und Querschnittlähmung und vorhergehende Erfahrungen, oder nicht nur heterosexuelle Frauen</p>

	<ul style="list-style-type: none"> > konstante Vergleichs-Methode > Credibility und Dependability erreicht durch Beschreibung der Datensammlung und des Datenprozesses > Transferability erreicht, weil Resultate in andere Kontexte transferiert werden können <p>Welche ethischen Fragen und Massnahmen dazu werden diskutiert?</p> <ul style="list-style-type: none"> > alle Teilnehmerinnen unterschrieben für Teilnahme > Studie geprüft durch Wayne State University 	<p>Schwangerschaft während Rehabilitation oft zu früh und je nach Lebenssituation unpassend</p> <ul style="list-style-type: none"> > Aufklärung wird oftmals erst nach der Rehabilitation benötigt <p>> Sexuelles Selbstvertrauen:</p> <ul style="list-style-type: none"> > sexuelle Identität und Selbstvertrauen verändert > kann dadurch zu Schwierigkeiten kommen bei Partnersuche > Einfluss von Fremden auf Betroffene gross und meist negativ > Gesellschaft sieht körperlich Betroffene anders als nicht Betroffene, sie bekommen weniger emotionale Zuwendung und keine Berührungen > sexuelle Erfahrungen sehr unterschiedlich und individuell je nach Lebensphase, Zeit des Unfalls, Auswirkung der Beeinträchtigung, soziokulturelle und physische Ansichten <p>> die Ergotherapie sollte der Verschiedenheit der sexuellen Erfahrung und Ansichten über sexuelle Intimität Beachtung schenken</p>	
--	---	---	--

Würdigung der Studie: Fritz, Dillaway & Lysack. (2015). „Don't Think Paralysis Takes Away Your Womenhood“: Sexual Intimacy After Spinal Cord Injury

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Beantwortet die Studie eine wichtige Frage der Ergotherapie? Signifikanz der Arbeit</p> <p>+ Wichtige Frage für die Ergotherapie, da Sexualität Betätigung ist und es immer mehr Menschen mit einer Querschnittlähmung gibt und Sexualität bei beeinträchtigten Frauen momentan noch zu wenig Beachtung findet + AOTA klassifiziert sexuelle Aktivitäten als sehr wichtig und wertvolle Alltagsaktivitäten</p> <p>Ist die Beschreibung des Phänomens klar und relevant für die Ergotherapie?</p> <p>+ Ergotherapie Thema: Positive sexuelle Erfahrungen ist für Menschen mit einer Querschnittlähmung wichtig für Wohlbefinden und Lebensqualität + Phänomen: 270000 Amerikaner leben mit Rückenmarksverletzung, Frauen mit einer Querschnittlähmung wollen noch in sexuellen Aktivitäten partizipieren, Informations- und Forschungslücke für Frauen mit Behinderung</p> <p>Ist das Ziel der Forschungsarbeit explizit dargestellt?</p> <p>+ Wegen Lücken in bestehender Literatur, ist das Ziel der Studie, die weibliche Sicht auf sexuelle Erfahrungen nach</p>	<p>Ist die Verbindung zwischen der Forschungsfrage & dem Ansatz/Design logisch und nachvollziehbar? Ist die Methode für das Phänomen geeignet?</p> <p>+ Phänomenologisch → sinnvoll weil es um Erfahrungen/ Perspektiven von Frauen mit Querschnittlähmung geht</p> <p>Ist die Stichprobenziehung für den Ansatz/Design angebracht? Ist die Stichprobe repräsentativ für die Population? (übertragbar?) Ist die Stichprobengrösse angemessen & begründet?</p> <p>+ Teilnehmerinnen aus vorhergehender Studie → Frauen die bereit waren für Teilnahme an weiterer Studie - eher kleine Stichprobe nur aus einem Spital + Teilnehmer aus der Nähe Detroit; zivilisiert, industrialisiert, interessiert an Forschung - n = 20 (Frauen) → eher kleine Stichprobe - Stichprobenauswahl oder -grösse wird nicht begründet → non probability sampling, da vorhergehende Studie sampling frame war</p> <p>Sind das Setting und die Teilnehmenden reichhaltig beschrieben? Sind die ausgewählten Teilnehmenden als Informanten für Forschung geeignet? Erleben die Teilnehmenden das zu beforschende Phänomen?</p> <p>+ Einschlusskriterien sowie Alter, Zeit seit Ereignis, Form der Querschnittlähmung (Para oder Tetra), Ursache der Querschnittlähmung, Herkunft, Ausbildung und Beziehungsstatus angegeben (im Ergebnisteil) + Frauen waren bereit über Phänomen zu sprechen (fast alle erhielten während der Rehabilitation keine Aufklärung über Sexualität), interessiert an Forschung - Setting (Wayne State University) nicht näher beschrieben</p> <p>Geht es bei Datenerhebung um menschliches Erleben, Muster, Verhalten...? Sind die Vorgehensweisen der Datenerhebung explizit dargestellt/beschrieben? Wird die Datensättigung und die Selbstbestimmung der Teilnehmer diskutiert?</p>	<p>Demonstrieren die Ergebnisse artfulness, versatility, sensitivity to meaning and context?</p> <p>+ Die Ergebnisse sind vielfältig und haben Bedeutung für die Ergotherapie</p> <p>Reflektieren die Ergebnisse die Reichhaltigkeit der Daten? Sind die Ergebnisse im Kontext verankert und präzise in der Bedeutung? Stimmen die Konzeptualisierungen der Forschenden mit den Daten überein?</p> <p>+ Ergebnisse reichhaltig + Gemeinsame Elemente mit Zitaten aufgezeigt um die Ergebnisse im Kontext zu verankern</p> <p>Sind die Kategorien, Konzepte etc. mit Zitaten illustriert und bestätigt?</p> <p>+ Ergebnisse aus Perspektive der Teilnehmerinnen → viele Zitate</p> <p>Beleuchten und erklären die Kategorien, Konzepte etc. das Phänomen als Ganzes? Sind die Kategorien, Konzepte etc. logisch konsistent und inhaltlich unterscheidbar?</p> <p>+ Kategorien / Überschriften sinnvoll und gut unterscheidbar > Perspektiven der sexuellen Intimität > Zufriedenheit mit sexueller Aktivität > Sexuelle Schulung nach Unfall > Sexuelles Selbstvertrauen</p> <p>Sind die Beziehungen zwischen den Kategorien fundiert und leisten entwickelte Modelle eine plausible Interpretation der</p>	<p>Leistet die Interpretation einen Beitrag zum besseren Verstehen des Phänomens? Inwiefern kann die Forschungsfrage mit den Ergebnissen beantwortet werden?</p> <p>+ einige Aspekte der Bedürfnisse von Frauen mit Querschnittlähmung wurden mit Zitaten erleuchtet + Forschungsfrage (Perspektiven und sexuelle Intimität von Frauen nach Querschnittlähmung) kann beantwortet werden</p> <p>Werden die Ergebnisse in Bezug auf konzeptionelle und empirische Literatur zum Phänomen gesetzt und diskutiert?</p> <p>+ Ergebnisse werden mit Literatur in Bezug gebracht</p> <p>Sind die Ergebnisse für die Ergotherapie relevant?</p> <p>+ Ergebnisse für die Ergotherapie relevant, 3 konkrete Vorschläge zur Umsetzung für die Praxis genannt - nur heterosexuelle Teilnehmerinnen</p> <p>Bieten die Schlussfolgerungen, Implikationen, Empfehlungen einen Kontext in dem sich Befunde benutzen lassen?</p> <p>+ Autoren zeigen in Limitationen auf, dass es eine kleine Pilot Studie ist + Braucht mehr Forschung, diverse Ideen aufgezeigt</p> <p>Spiegeln Schlussfolgerungen die</p>

<p>Querschnittlähmung zu erörtern anhand von Interviews mit 20 Frauen</p> <p>Gibt es Einführung mit Literatur?</p> <p>+ Viel Literatur (AOTA, WHO), Sexualität gehört als Thema zur Ergotherapie; Forschung wird mehr auf betroffene Männer ausgelegt, es gibt Lücken in der Forschung (z.B. wie wird Sexualität nach Unfall definiert, wie ist Befriedigung, wie bekommen sie Informationen</p>	<p>+ Menschliches Erleben als Ziel der Datenerhebung (Erfahrung) + Semistrukturierte Interviews → sinnvoll bei phänomenologischem Ansatz (freies Erzählen aber gewisser Einfluss der Forschender möglich) + Jede Frau hat 1 ausführliches Interview zuhause mit Interviewer durchgeführt (2-3 Stunden) - nichts bekannt über Datensättigung oder der Selbstbestimmung der Teilnehmer</p> <p>Ist der philosophische Hintergrund der Forschungsarbeit dargestellt? Wie ist die Kongruenz bezüglich Ontologie-Epistemologie-Methodologie?</p> <p>- Philosophischer Hintergrund und Standpunkt der Forschenden nicht aufgezeigt</p> <p>Ist das Vorgehen der Datenanalyse klar und nachvollziehbar beschrieben? Ist die Datenanalyse präzise und glaubwürdig? Wie wurde die Glaubwürdigkeit der Datenanalyse sichergestellt?</p> <p>+ Interviews wurden aufgenommen und transkribiert + Interviews Transkripte wurden gelesen, danach Grundmuster und Kategorien identifiziert & Gemeinsamkeiten herausgefiltert → Methode = cutting and pasting & constand comparison method & member checking (1 Frau zur Analyse mitzugezogen) für Validität + Referenzierungen nach wem die Analyse gemacht wurden + Analytische Entscheidungen sind überprüfbar (Kategorien aufgelistet)</p> <p>Sind alle relevanten ethischen Fragen diskutiert und Massnahmen dazu durchgeführt worden?</p> <p>+ Interviewer haben Erfahrungen im Umgang mit Frauen mit einer Beeinträchtigung und mit gynäkologischen und sexueller Gesundheit → sensibler Umgang mit Teilnehmerinnen</p>	<p>Daten?</p> <p>- Keine Konzepte / Modelle</p>	<p>Ergebnisse der Studie?</p> <p>+ die Diskussion fast die wichtigsten Aspekte zusammen</p>
---	--	--	--

Güte/ Evidenzlage: Trustworthiness nach Lincoln und Guba (1985)

Confirmability (Bestätigung):

- > Interviews wurden aufgenommen und transkribiert (+)
- > gut, Confirmability erreicht

Dependability (Zuverlässigkeit):

- > Die Datenerhebung wurde einmal erhoben und klar beschrieben (+), Datenanalyse wurde auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede reflektiert (+), Zeitspanne zwischen Datenerhebung und –analyse jedoch nicht bekannt (-)
- > Datenanalyse und –ergebnisse wurden von externen Gremium der Wayne State University geprüft (+)
- > teilweise gut, Dependability teilweise erreicht

Credibility (Glaubwürdigkeit):

- > Member checking wurde mit einer Teilnehmerin gemacht für Diskussion der Daten mit Forschenden und Forschungsteilnehmer (+)
- > Studie wurde durch Wayne State University anerkannt (+)
- > sehr gut, Credibility erreicht

Transferability (Übertragbarkeit):

- > Anreicherung der Ergebnisse mit Zitaten (+)
- > Adäquate Stichprobengröße (+), kein probability sampling und über Setting nichts bekannt (-)
- > teilweise gut, Transferability teilweise erreicht

Zusammenfassung der Studie: Leibowitz. (2005). Sexual rehabilitation services after spinal cord injury: What do women want?

Einleitung <small>(Problembeschreibung, Bezugsrahmen, Forschungsfrage)</small>	Methode <small>(Ansatz/ Design, Stichprobe, Datenerhebung, Methodologische Reflexion, Datenanalyse, Ethik)</small>	Ergebnisse <small>(Ergebnisse)</small>	Diskussion <small>(Diskussion und Interpretation der Ergebnisse, Schlussfolgerung Anwendung und Verwertung in der Pflegepraxis)</small>
<p>Um welches Phänomen handelt es sich? Wie ist das Phänomen beschrieben/ definiert/ mit Literatur erläutert?</p> <ul style="list-style-type: none"> > Qualität des Sexualitäts-Rehabilitations-Service aus Sicht von Frauen mit einer Querschnittlähmung > Männer erhalten deutlich mehr Informationen über Sexualität als Frauen während der Rehabilitation > wenn sexuelle Aufklärung als Rehabilitations- Service angeboten wird ist die Quantität ungenügend <p>Wie lautet die Forschungsfrage? Welches Ziel/ Zweck der Forschung wird genannt?</p> <ul style="list-style-type: none"> > Forschungsfrage: Die Erfahrungen, Bedürfnisse, Vorschläge für den Sexuellen-Rehabilitations-Service von Frauen mit einer Querschnittlähmung erforschen > der sexuellen Aktivität von Frauen mit einer Querschnittlähmung wird in der Forschung noch immer deutlich weniger Aufmerksamkeit gewidmet als der von Männer → diese Studie möchte herausfinden was die sexuellen Rollen, Ansichten, Prioritäten für die sexuelle Aufklärung im Rehabilitations-Service von Frauen mit einer Querschnittlähmung sind 	<p>Um welchen Ansatz/ Design handelt es sich? Wie wird die Wahl des Ansatzes begründet?</p> <ul style="list-style-type: none"> > Grounded Theory und Phänomenologie > Forscher wollen Teilnehmerinnen als Experten (ihre Erfahrungen und ihre Interpretation davon hervorheben) <p>Um welche Population handelt es sich? Welches ist die Stichprobe? (Wer, wieviel, Charakter)</p> <ul style="list-style-type: none"> > erwachsene Frauen mit einer Querschnittlähmung, welche in einem Rehabilitationssetting behandelt wurden > 24 Frauen > Einschlusskriterien: Querschnittlähmung seit 3 Monaten – 10 Jahre, keine kognitiven Einschränkungen, 18 Jahre alt oder älter <p>Wie wurde Stichprobe gezogen? Gibt es verschiedene Studiengruppen? Wird die Auswahl beschrieben und begründet?</p> <ul style="list-style-type: none"> > 84 Frauen von 4 verschiedenen Rehabilitationseinrichtungen, welche den Einschlusskriterien entsprachen, wurden per Mail angefragt → davon waren 24 einverstanden teilzunehmen > keine Vergleichsgruppe <p>Welche Vorgehensweise wurde bei Datenerhebung verwendet? Wie häufig wurden Daten erhoben? Wie wurden Daten verarbeitet?</p> <ul style="list-style-type: none"> > 1 Semistrukturiertes Interview zwischen 30 – 120 Minuten, 3 Teilnehmerinnen füllten Interview schriftlich aus > Interviews wurden aufgenommen und transkribiert <p>Wie wird der gewählte qualitative Ansatz mit entsprechenden methodischen Vorgehensweise durch Forschenden diskutiert?</p> <ul style="list-style-type: none"> > warum Interviews wird nicht diskutiert > sie verwenden aber Member-Checking für die Glaubwürdigkeit (Interview-Transkript und Kopie vom Ergebnisteil an alle Teilnehmenden) 	<p>Was sind die Ergebnisse? (Themen, Kategorien, gemeinsame Elemente, Konzepte, Modelle) Wie sind Ergebnisse präsentiert?</p> <ul style="list-style-type: none"> > Erfahrung mit Sexuellem-Rehabilitations-Service: > Mehrheit erhielt keine Aufklärung zu sexuellen Anliegen > SRS in Form von Einzelgesprächen, Gruppen, Videos, Bücher > Gruppentherapie waren auf Männer fokussiert > unvollständige oder unverständliche Informationen löste Frustration aus > Personal sollte Prioritäten, Vorlieben und Glauben der Frauen anhören, sie dort unterstützen wo sie gerade im Heilungsverlauf sind, auf direkte Kommunikation achten, hoffnungsvoll unterstützen, Privatsphäre schaffen, Hoffnung zulassen jedoch realistisch bleiben > Wichtigkeit des Zeitpunktes: > sexuelle Fragen hatten für viele Teilnehmerinnen keine Priorität während der Rehabilitation > sexuelle Veränderungen sollten aber von Fachpersonen angesprochen werden, z.B. beim Thema Darm-Blasen-Management > viele Betroffene trauen sich nicht Thema anzusprechen, alle wollen aber zumindest informiert werden > Sexuelle Anliegen und Begrifflichkeiten: > physische Einschränkungen verursachen die grössten Einschränkungen während sexuellen Aktivitäten und haben Einfluss auf das Wohlbefinden > sexuelle Aktivitäten werden sich verändern, darüber sollte informiert werden > Selbstbewusstsein und sexuelles Selbstvertrauen bei allen tief > viele Beziehungen gehen in die Brüche nach Ereignis > Hälfte der Teilnehmerinnen fanden nach Ereignis neue Beziehung > sexuelle Begrifflichkeit = wird ganzheitlich, mehr als körperlich -> Vertrauen, Intimität, 	<p>Wie beurteilen die Forschenden selber die Ergebnisse (kann Phänomen/ Forschungsfrage beantwortet werden, wie ist Bezug zu bereits bestehender Literatur)?</p> <ul style="list-style-type: none"> > Zusammenfassend Ergebnisse für Beantwortung Forschungsfrage aufgeführt (Qualität für SRS = Zeitpunkt beachten, individuelle Wünsche beachten, hilfreiche Kommunikation zwischen Patient-Fachperson beachten, ganzheitliche Ansicht von Sexualität beachten, wichtigste Informationen (wie Darm-Blasen-Management) ansprechen als „Vorwarnung“, Angebot der Nachsorge) > Bezug zu bestehender Literatur sinnvoll <p>Welche Implikationen für die Praxis, Theorien und zukünftige Forschungen sind beschrieben?</p> <ul style="list-style-type: none"> > Limitation aufgeführt, dass durch subjektives Erzählen von Vergangenen auch Teile vergessen wurden > zukünftige Forschung mit Vergleichen zwischen Herkunft oder geographischen Regionen oder sexueller Orientierung für eine grössere Übertragbarkeit auf andere Gruppen

	<p>Welche Vorgehensweisen wurden für Datenanalyse verwendet? Wird Stellung genommen zur Qualität der Datenanalyse?</p> <p>> die narrativen Daten werden mit der Grounded Theory Methode von Glaser & Strauss analysiert (konstante Vergleichsmethode) > Ethnograph (Computer Programm) wurde als Hilfe für Analysen, Vergleiche und Gegenüberstellung verwendet > 2 mal Member-Checking um die Richtigkeit der Aussagen sicherzustellen und Vergleich mit Literatur und dem Feedback eines Komitees</p> <p>Welche ethischen Fragen und Massnahmen dazu werden diskutiert?</p> <p>> 2 mal Member-Checking um die Richtigkeit der Aussagen sicherzustellen und Vergleich mit Literatur und dem Feedback eines Komitees</p>	<p>Kommunikation, Spiritualität, Spiel</p> <p>> Vorschläge für sexuelle Reha Leistungen: > Individualität beachten ist Wunsch von allen > welche Profession es anspricht ist nicht wichtig, aber Gespräch soll durch Personal eröffnet werden > Peer Gespräche, Informationsbroschüren, Gespräche, Einzel oder Gruppen, evtl. mit Partnereinbezug sind erwünscht > Zeitpunkt und Privatsphäre sind wichtige Faktoren welche abgeschätzt werden müssen > Aufklärung nach 1.Erfahrung wäre gut, Möglichkeit einer Aufklärung nach Rehabilitation z.B. mit Mail, Gruppensitzungen, Informationen an nachbehandelnde Profession → keine perfekte Lösung, man muss flexibel sein und Unterschiedliches anbieten</p> <p>> Ergebnisse mit Zitaten untermauert > Tabelle mit Zusammenfassung der wichtigsten Tipps für Fachpersonal: Körperliche Aspekte der Sexualität, Beziehungs-Aspekt der Sexualität, Psychologische Aspekte der Sexualität, Informelle Aspekte der Sexualität, Tipps für Fachpersonal</p>	
--	--	--	--

Würdigung der Studie: Leibowitz. (2005). Sexual rehabilitation services after spinal cord injury: What do women want?

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Beantwortet die Studie eine wichtige Frage der Ergotherapie? Signifikanz der Arbeit</p> <p>+ Literatur besagt, dass viele Frauen mit einer Querschnittlähmung nicht zufrieden sind mit der Aufklärung über Sexualität während der Rehabilitation + es ist noch wenig über die sexuellen Rollen von Frauen nach einer Rückenmarksverletzung bekannt</p> <p>Ist die Beschreibung des Phänomens klar und relevant für die Ergotherapie?</p> <p>+ Qualität von sexueller Aufklärung während der Rehabilitation momentan unzureichend → Ergotherapie auch Teil des Rehabilitations Teams</p> <p>Ist das Ziel der Forschungsarbeit explizit dargestellt?</p> <p>+ Ziel war es, ein besseres Verständnis über die Erfahrung, die Bedürfnisse und die Vorschläge von SRS aus der Sicht der Frauen mit einer Querschnittlähmung zu erlangen</p> <p>Gibt es Einführung mit Literatur?</p> <p>+ gute und sinnvolle Einführung mit Literatur (Sexualität von Frauen wird weniger Aufmerksamkeit gewidmet, Männer erhalten mehr Informationen über Sexualität, Frauen können in den Augen von vielen leichter ihre sexuelle Rolle</p>	<p>Ist die Verbindung zwischen der Forschungsfrage & dem Ansatz/Design logisch und nachvollziehbar? Ist die Methode für das Phänomen geeignet?</p> <p>+ Verbindung von Grounded Theorie, Phänomenologie und Interviews macht Sinn, da die Forschenden Erfahrungen von Frauen sammeln wollten</p> <p>Ist die Stichprobenziehung für den Ansatz/Design angebracht? Ist die Stichprobe repräsentativ für die Population? Ist die Stichprobengrösse angemessen & begründet?</p> <p>+ ehemalige Patientinnen aus 4 verschiedenen Kliniken wurden per Mail angefragt → Probability Sampling + Stichprobe ist repräsentativ, da Frauen von 4 verschiedenen Institutionen teilgenommen haben und Einschlusskriterien sinnvoll aber nicht zu eng gewählt wurden</p> <p>Sind das Setting und die Teilnehmenden reichhaltig beschrieben? Sind die ausgewählten Teilnehmenden als Informanten für Forschung geeignet? Erleben die Teilnehmenden das zu beforschende Phänomen?</p> <p>+ 4 Kliniken namentlich aufgeführt + Personaldaten der Teilnehmenden tabellarisch aufgeführt (Alter, Zeit seit Ereignis, Verletzungshöhe, Mobilität/Funktion, Rasse, Ursache des Ereignisses) sowie Rekrutierung + Frauen geeignet als Informanten da sie selbst entschieden haben ob sie teilnehmen wollen und sie keine signifikanten kognitiven Einschränkungen haben (Einschlusskriterium) und alle eine Rehabilitation hinter sich haben - hat auch Fussgänger unter den Teilnehmerinnen was eine deutlich andere Voraussetzung für sexuelle Aktivitäten darstellt als Rollstuhl Fahrerinnen</p> <p>Geht es bei Datenerhebung um menschliches Erleben, Muster, Verhalten...? Sind die Vorgehensweisen der Datenerhebung explizit dargestellt/beschrieben? Wird die Datensättigung und die Selbstbestimmung der Teilnehmer diskutiert?</p> <p>+ Datenerhebung von menschlichem Erleben + Rekrutierung der Teilnehmenden, Art des theoretischen Frameworks, Datensammlung (Interviews), Member-Checking-Prozess sehr nachvollziehbar beschrieben</p>	<p>Demonstrieren die Ergebnisse artfulness, versatility, sensitivity to meaning and context?</p> <p>+ Die Ergebnisse sind vielfältig und haben Bedeutung für die Ergotherapie</p> <p>Reflektieren die Ergebnisse die Reichhaltigkeit der Daten? Sind die Ergebnisse im Kontext verankert und präzise in der Bedeutung? Stimmen die Konzeptualisierungen der Forschenden mit den Daten überein?</p> <p>+ 4 Kategorien der Ergebnisse mit Unterteilungen → sehr reichhaltig + Ergebnisse sind präzise und sinnvoll gegliedert (Erfahrungen mit Sexuellen-Rehabilitations-Service, Wichtigkeit des Zeitpunktes, sexuelle Anliegen und Begrifflichkeiten, Vorschläge für SRS)</p> <p>Sind die Kategorien, Konzepte etc. mit Zitaten illustriert und bestätigt?</p> <p>+ Kategorien mit vielen Zitaten illustriert und bestätigt</p> <p>Beleuchten und erklären die Kategorien, Konzepte etc. das Phänomen als Ganzes? Sind die Kategorien, Konzepte etc. logisch konsistent und inhaltlich unterscheidbar?</p> <p>+ Kategorien gliedern Aussagen übersichtlich, Erfahrungen der Frauen werden ganzheitlich aufgezeigt, nicht nur einzelne Aspekte + inhaltlich gut unterscheidbar und in sinnvolle Untergruppen gegliedert</p> <p>Sind die Beziehungen zwischen den Kategorien fundiert und leisten entwickelte Modelle eine plausible Interpretation der Daten?</p>	<p>Leistet die Interpretation einen Beitrag zum besseren Verstehen des Phänomens? Inwiefern kann die Forschungsfrage mit den Ergebnissen beantwortet werden?</p> <p>+ wichtigsten Themen aus den Interviews werden nochmal aufgeführt + gewünschte Qualität der SRS wird aufgezeigt anhand einer relativ grossen Stichprobe → Fragestellung kann beantwortet werden</p> <p>Werden die Ergebnisse in Bezug auf konzeptionelle und empirische Literatur zum Phänomen gesetzt und diskutiert?</p> <p>+ Ergebnisse ausgiebig diskutiert mit fundierter Literatur</p> <p>Sind die Ergebnisse für die Ergotherapie relevant?</p> <p>+ Ergebnisse sind für das bessere Verständnis von Bedürfnissen von Frauen mit Querschnittlähmung auch für die Ergotherapie in Rehabilitationszentren relevant + Tipps für die sexuelle Aufklärung in Rehabilitationszentren an das Fachpersonal auch auf Ergotherapie übertragbar</p> <p>Bieten die Schlussfolgerungen, Implikationen, Empfehlungen einen Kontext in dem sich Befunde benutzen lassen?</p> <p>+ Schlussfolgerung, dass die SRS mehr als die physische Begrifflichkeit der Sexualität beinhalten sollte mit Unterstützung des Modells (Tabelle) gut in Praxis umsetzbar + Empfehlungen für zukünftige Studien mit</p>

<p>anpassen)</p>	<p>Ist der philosophische Hintergrund der Forschungsarbeit dargestellt? Wie ist die Kongruenz bezüglich Ontologie-Epistemologie-Methodologie?</p> <ul style="list-style-type: none"> - keine Angaben <p>Ist das Vorgehen der Datenanalyse klar und nachvollziehbar beschrieben?</p> <p>Ist die Datenanalyse präzise und glaubwürdig?</p> <p>Wie wurde die Glaubwürdigkeit der Datenanalyse sichergestellt?</p> <ul style="list-style-type: none"> + der Datenanalyse Prozess ist chronologisch aufgeführt und mit Referenzierungen unterlegt - Prozess der Kategorisierung nicht beschrieben + die Struktur der Interviews ist nachzulesen <p>Sind alle relevanten ethischen Fragen diskutiert und Massnahmen dazu durchgeführt worden?</p> <ul style="list-style-type: none"> + Anmerkungen der Frauen wurden korrigiert (2 mal Member-Checking) und ein Komitee gab ein Feedback zum Codierungsprozess - nicht aufgeführt um welches Komitee es sich handelt 	<p>+ Modell in Form einer tabellarischen Zusammenfassung der wichtigsten SRS Themen und Tipps für das Fachpersonal</p>	<p>Vergleich von Hintergrund, geographischen Regionen und sexuellen Orientierungen sinnvoll und umsetzbar</p> <p>Spiegeln Schlussfolgerungen die Ergebnisse der Studie?</p> <ul style="list-style-type: none"> - keine eindeutige Schlussfolgerung ersichtlich + ganzer Diskussionsteil fasst Ergebnisse gut zusammen
------------------	---	--	--

Güte/ Evidenzlage: Trustworthiness nach Lincoln und Guba (1985)

Confirmability (Bestätigung):

- > Interviews wurden aufgenommen und transkribiert (+)
- > sehr gut, Confirmability erreicht

Dependability (Zuverlässigkeit):

- > Datenerhebung wurde einmal erhoben und klar beschrieben (+), Datenanalyse wurde auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede reflektiert (+), Zeitspanne zwischen Datenerhebung und –analyse nicht bekannt (-)
- > Datenanalyse und –ergebnisse (Codierungsprozess) wurde von einem hochschul-externen Gremium geprüft (+)
- > teilweise gut, Dependability teilweise erreicht

Credibility (Glaubwürdigkeit):

- > Member checking wurde zwei Mal gemacht für Diskussion der Daten mit Forschenden und Forschungsteilnehmer (Transkript und Resultate gegengelesen) (+)
- > Die Ergebnisse wurden von einem externen Komitee überprüft (+)
- > sehr gut, Credibility erreicht

Transferability (Übertragbarkeit):

- > Anreicherung der Ergebnisse mit Zitaten (+)
- > Stichprobengröße adäquat (+), probability sampling aus vier verschiedenen Rehabilitationszentren (+)
- > ¼ der Stichprobe bestehen aus Fussgänger (-)
- > gut, Transferability teilweise erreicht

Zusammenfassung der Studie: McAlonan. (1996). Improving Sexual Rehabilitation Service: The Patient's Perspective

Einleitung (Problembeschreibung, Bezugsrahmen, Forschungsfrage)	Methode (Ansatz/ Design, Stichprobe, Datenerhebung, Methodologische Reflexion, Datenanalyse, Ethik)	Ergebnisse (Ergebnisse)	Diskussion (Diskussion und Interpretation der Ergebnisse, Schlussfolgerung Anwendung und Verwertung in der Pflegepraxis)
<p>Um welches Phänomen handelt es sich? Wie ist das Phänomen beschrieben/ definiert/ mit Literatur erläutert?</p> <p>> Eine Mehrheit von Ergotherapeuten ist nicht in sexuelle Rehabilitation involviert. Die Notwendigkeit einer umfangreicheren, angemesseneren Ausbildung von Ergotherapeuten ist aus bereits bestehender Literatur ersichtlich > Das Phänomen wird passend mit bereits bestehender Literatur untermauert</p> <p>Wie lautet die Forschungsfrage? Welches Ziel/ Zweck der Forschung wird genannt?</p> <p>> Das Ziel der Studie ist es, die Wirksamkeit von sexuellen Rehabilitationsleistungen aus der Perspektive von Personen mit einer Rückenmarksverletzung zu evaluieren</p>	<p>Um welchen Ansatz/ Design handelt es sich? Wie wird die Wahl des Ansatzes begründet?</p> <p>> Deskriptive Studie (Case study)</p> <p>Um welche Population handelt es sich? Welches ist die Stichprobe? (Wer, wieviel, Charakter)</p> <p>> 12 erwachsene Teilnehmer (10 Männer, 2 Frauen) mit einer Rückenmarksverletzung aus Washington > Charakteren: 6 Teilnehmer: C7 oder höher, 6 Teilnehmer: T5 oder tiefer Durchschnittliche Zeit seit der Verletzung: 6 Jahre 11 Teilnehmer waren sexuell aktiv vor der Verletzung, 9 waren wieder sexuell aktiv nach der Verletzung zur Zeit der Verletzung waren 3 verheiratet, 5 waren in einer Beziehung, 4 waren in keiner Beziehung</p> <p>Wie wurde Stichprobe gezogen? Gibt es verschiedene Studiengruppen? Wird die Auswahl beschrieben und begründet?</p> <p>> Die 12 Teilnehmer wurden anhand persönlicher Kontakte gezogen und es wurde darauf geachtet, dass sie folgende Einschlusskriterien erfüllten: erworbene Rückenmarksverletzung (nach 1.1. 1997) Teilnahme an einem früheren Rehabilitationsprogramm 18 Jahre alt oder älter Englisch sprechend und keine kognitiven Einschränkungen willig über das Thema „sexuelle Rehabilitation“ zu sprechen > keine Vergleichsgruppen > Die Stichprobenauswahl wird nicht begründet</p> <p>Welche Vorgehensweise wurde bei Datenerhebung verwendet? Wie häufig wurden Daten erhoben? Wie wurden Daten verarbeitet?</p> <p>> Durchführung individueller Interviews > Die Interviewfragen fokussierten sich auf demografische Informationen, Erzählungen über erhaltene</p>	<p>Was sind die Ergebnisse? (Themen, Kategorien, gemeinsame Elemente, Konzepte, Modelle) Wie sind Ergebnisse präsentiert?</p> <p>> Die Ergebnisse wurden in 3 Themen übersichtlich dargestellt und wurden teilweise mit Zitaten untermauert</p> <p>> Erhaltenen sexuelle Rehabilitationsleistungen:</p> <p>> 11 von 12 Teilnehmer gaben an, dass sie sexuelle Rehabilitationsleistungen erhalten haben. Dabei waren Ärzte, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Erholungstherapeuten, Pflegefachpersonen, Psychologen, Sozialarbeiter und freiwillige Peer Berater involviert</p> <p>> 6 Teilnehmer nahmen dabei an Seminaren, Unterrichten, Gruppendiskussionen, Filmpräsentationen und an individuellen Sexualberatungen mit Ärzten und Psychologen teil</p> <p>> Die anderen 5 Teilnehmer erhielten weniger strukturierte sexuelle Rehabilitationsleistungen, wie gelegentliche Konversationen, kurze Diskussionen mit Ärzten und anderen Gesundheitsprofessionen, sowie Broschüren und Handbücher</p> <p>> Sexuelle Rehabilitationsleistungen enthielten Informationen über allgemeine Biologie der Fruchtbarkeit, Veränderungen der sexuellen Funktion als Folge der Rückenmarksverletzung, Prothesen, Hilfsmittel für sexuelle Aktivitäten, Fruchtbarkeit, adaptierte und alternative sexuelle Techniken und Positionierungen und Probleme bei Dates und Aufrechterhalten von Beziehungen</p> <p>> Evaluation der erhaltenen Leistungen:</p> <p>> 6 Teilnehmer waren unzufrieden mit den erhaltenen Leistungen, 4 waren zufrieden</p> <p>> Einige empfanden Gruppendiskussionen und Seminare als positiv. Dort erfuhren sie Kameradschaft und Hilfe und erhielten so die Möglichkeit von den Erfahrungen anderer Gruppenmitglieder zu lernen</p> <p>> Andere wiederum (2 Teilnehmer) bevorzugten Eins zu Eins Gespräche mit Gesundheitsprofessionen. Denn dort erhielten sie</p>	<p>Wie beurteilen die Forschenden selber die Ergebnisse (kann Phänomen/ Forschungsfrage beantwortet werden, wie ist Bezug zu bereits bestehender Literatur)</p> <p>> In der Diskussion werden die Ergebnisse übersichtlich zusammengefasst:</p> <p>> Die Ergebnisse und weiterführende Literatur unterstützen die Annahme, dass sexuelle Probleme einen wichtigen Teil während der gesamten Rehabilitation einnehmen</p> <p>> Demografische Faktoren haben Einfluss auf die gesamte Rehabilitation</p> <p>> Die Unzufriedenheit der Teilnehmer über die Qualität und Quantität sexueller Rehabilitationsleistungen zeigt klar auf, dass Verbesserungen in diesem Bereich der Behandlung von Rückenmarksverletzungen unbedingt benötigt werden</p> <p>> Die bevorzugte Methode wie Informationen bezüglich sexuellen Problemen übermittelt werden, variiert. Nebst Gruppendiskussionen, sollten unbedingt auch individuelle Beratungen angeboten werden</p> <p>> Auch erwiesen sich Variationen der Inhaltsinformationen, sowie die Bereitstellung adäquater und angemessener Informationen als evident. Bei unzureichenden und unangepassten Informationen entstand häufig Frustration und Enttäuschung</p> <p>> Fruchtbarkeit war ein Hauptthema von Seiten der Männer und der Frauen</p> <p>> Die Bedeutung, sexuelle und Fruchtbarkeitsbedürfnisse von Frauen mit einer Rückenmarksverletzung zu betrachten und die verfügbaren Informationen dazu zu erhöhen, wurde ebenfalls hervorgehoben</p> <p>> Die Art der Kommunikation beeinflusste die Teilnehmer stark. Ein direkter, offener Ansatz wurde als der gewünschte Kommunikationsstil betrachtet</p> <p>> Einen passenden Zeitpunkt, um Leistungen</p>

	<p>Rehabilitationsleistungen, Evaluation der erhaltenen Rehabilitationsleistungen und Vorschläge zur Verbesserung der Effektivität der Sexualität</p> <ul style="list-style-type: none"> > Die Teilnehmer wurden in ihrem zu Hause interviewt und jedes Interview dauerte zwischen 25 und 60 Minuten > Alle Interviews wurden aufgenommen und transkribiert > Daten wurden einmal erhoben <p>Wie wird der gewählte qualitative Ansatz mit entsprechenden methodischen Vorgehensweise durch Forschenden diskutiert?</p> <ul style="list-style-type: none"> > Individuelle Interviews wurden durchgeführt, um deskriptive Daten erhalten zu können > Während der Interviews wurden offenen Fragen gestellt, um detaillierte Informationen von jedem Teilnehmer erhalten zu können > Nach jedem Interview wurden Field notes aufgezeichnet. Diese Notizen enthielten persönliche Eindrücke des Interviews aus Sicht des Autors. Dies waren bedeutende nonverbale Verhalten, Emotionen der Teilnehmer, persönliche Evaluation des Interviewflusses und andere bedeutende Beobachtungen und Überlegungen. Denn oft sprachen Teilnehmer viel persönlicher weiter, wenn das Aufnahmegerät ausgeschaltet wurde. Um Hemmungen zu vermeiden, wurde das Gerät nicht wieder eingeschaltet, sondern das Gehörte und Beobachtete bei den Field notes verzeichnet. <p>Welche Vorgehensweisen wurden für Datenanalyse verwendet?</p> <p>Wird Stellung genommen zur Qualität der Datenanalyse?</p> <ul style="list-style-type: none"> > Um die demografischen Daten zu analysieren, wurden deskriptive Statistiken verwendet > Um mehr als 100 Seiten Daten zu analysieren, wurden qualitative Analysen verwendet. > Anfangs wurden die Interviews kodiert und in 4 weite Themen organisiert: <ul style="list-style-type: none"> - Beschreibung von erhaltenen sexuellen Rehabilitationsleistungen - Evaluation der erhaltenen Leistungen - Komponente eines Modellprogramms - Gefühle, Bedürfnisse und Sorgen bezüglich Sexualität und Behinderung > Eine Inhaltsanalyse wurde nach Möglichkeit auch durchgeführt, um die Häufigkeit der Antworten in bestimmten Kategorien zu zählen > Ausgewählte Experten wurden zur Klärung der Ergebnisse bereitgestellt 	<p>Vertraulichkeit und Privatsphäre</p> <ul style="list-style-type: none"> > Teilnehmer, welche sexuelle Rehabilitationsleistungen erhalten haben, empfanden diese als hilfreich, die Menge und Qualität jedoch nicht als zufrieden stellend > Ein direkter, offener Kommunikationsstil, ein offensichtlicher Komfort mit der Materie und die Bereitschaft Fragen zu beantworten, empfanden die Teilnehmer als wünschenswerte Eigenschaften von Fachpersonen. Ein solcher Ansatz wurde hauptsächlich bei Therapeuten und dem Pflegefachpersonal beobachtet. Eine Teilnehmerin erzählte, dass ihr seitens des Fachpersonen viel Sensibilität entgegen gebracht wurden, indem sie ihr Hilfe bezüglich Sexualität anboten, ihr jedoch die Entscheidung überliessen, ob und wann sie die Hilfe annehmen wolle. Andere Teilnehmer jedoch äusserten erlebte Frustration und Enttäuschung, da Fachpersonen oft unwillig und unfähig waren, Sexualität anzusprechen. Bei einer Teilnehmerin löste ein solches Verhalten ein verletzendes, scheues und beschämendes Gefühl aus > Alle Teilnehmer stimmten zu, dass sie zur Zeit gleich nach der Verletzung nicht mit sexuellen Rehabilitationsleistungen konfrontiert werden wollten > Jedoch wollten sie wissen, dass die Leistungen verfügbar seien wenn sie bereit dazu wären <p>> Komponente eines Modellprogrammes:</p> <ul style="list-style-type: none"> > Die Teilnehmer wurden gefragt, wie Fachpersonen sexuelle Rehabilitationsleistungen verbessern könnten: <ul style="list-style-type: none"> > Eine Teilnehmerin betonte das Fehlen von Informationen über die Probleme weiblicher Fruchtbarkeit und mehr noch über die Erfahrungen und Bedenken einer Mutter mit einer Rückenmarksverletzung. Sie wünschte sich mehr Literatur über die Sichtweise der Frauen, auch eine Verbesserung der Zugänglichkeit und Menge von Informationen über sexuelle Rehabilitation > Ein Teilnehmer kam mit der Idee, einen sogenannten „Vortest“ durchzuführen, welcher die Prioritäten, Bedenken/Sorgen und Vorlieben der Patienten bezüglich zukünftigen sexuellen Rehabilitationsleistungen enthalten sollten > Zudem wurden visuelle Hilfsmittel, wie Fotos und Videos als sehr effektiv zur Darstellung des technischen Aspektes der körperlichen Liebe, angesehen > Die Vorstellung der idealen Fachperson variierte 	<p>anzubieten, ist eine weitere kritische Komponente in Bezug zu einer effektiven sexuellen Rehabilitation</p> <ul style="list-style-type: none"> > Oft müssen die Fachpersonen die Initiative ergreifen > Kein einziges Mitglied des Rehabilitationsteams wurde als das idealste angesehen (variiert stark -> Peers, trainierte Fachpersonen) > Das Ziel, die Wirksamkeit von sexuellen Rehabilitationsleistungen aus der Perspektive von Personen mit einer Rückenmarksverletzung zu evaluieren, wurde mit dieser Studie erreicht > Die Ergebnisse werden teilweise mit bereits bestehender Literatur untermauert <p>Welche Implikationen für die Praxis, Theorien und zukünftige Forschungen sind beschrieben?</p> <ul style="list-style-type: none"> > Ergotherapeuten (stationär und ambulant arbeitend) sind in der vorteilhaften Position sexuelle Rehabilitationsleistungen anzubieten. > Stationär: Ergotherapeuten haben tägliche, Eins zu Eins Interaktionen mit Patienten. Dieser Umstand ermöglicht es, Diskussionen über Sexualität zu führen. Ergotherapie basiert auf ganzheitlicher Betreuung. So ist es das Ziel der Ergotherapie die bestmögliche Leistungen von funktionellen Alltagsfertigkeiten zu erlangen. Da sexuelle Funktion eine funktionelle Alltagsfertigkeit ist, sollte der Sexualität genau die gleiche Beachtung geschenkt werden wie anderen wichtigen Fertigkeiten des täglichen Lebens. Jedoch existieren auch einige Limitationen in der Ergotherapeuten Rolle in der sexuellen Rehabilitation. Aufgrund von Änderungen der Struktur des Gesundheitssystems wurde die Reha-Zeit der Patienten verkürzt -> weniger intensive Therapie Behandlungen bezüglich Sexualität > Auch ambulante Ergotherapie kann ein passendes Setting für sexuelle Rehabilitation darstellen. So kann nach der Rehabilitation das gegenwärtige Niveau der sexuellen Funktion des Patienten neu bewertet und alle neuen
--	---	--	--

	<p>Welche ethischen Fragen und Massnahmen dazu werden diskutiert?</p> <p>> Die Anonymität der Teilnehmer wurde während der Datenerhebung und -analyse wahrgenommen</p>	<p>> Einige Teilnehmer sagten aus, dass Peer Berater mit Einschränkungen die besten Personen wären, um sexuelle Probleme zu diskutieren</p> <p>> Andere wiederum wollten sexuelle Probleme mit einer trainierten Fachperson besprechen und nicht mit „unwissenden“ Peers</p> <p>> Alle Teilnehmer wünschten sich Anlaufstellen und Dienstleistungen nach dem Rehabilitationsaufenthalt</p>	<p>Probleme, die möglicherweise entstanden sind, angegangen werden</p> <p>> Das PLISSIT (permission, limited information, specific suggestions, intensive therapy) Modell wurde für sexuelle Beratung und Bildung entwickelt. Dieses Modell wird nicht nur in der Ergotherapie eingesetzt, sondern findet auch Anwendung bei anderen Gesundheitsprofessionen, wie Ärzten und Pflegefachpersonen</p>
--	--	---	--

Würdigung der Studie: McAlonan. (1996). Improving Sexual Rehabilitation Service: The Patient's Perspective

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Beantwortet die Studie eine wichtige Frage der Ergotherapie? Signifikanz der Arbeit</p> <p>+ Literatur zeigte Notwendigkeit der Involvierung in sexuelle Rehabilitationsleistungen von Ergotherapeuten auf</p> <p>Ist die Beschreibung des Phänomens klar und relevant für die Ergotherapie?</p> <p>+ Die unzureichende Involvierung von Ergotherapeuten in sexuelle Rehabilitationsleistungen wird klar beschrieben und mit passender Literatur untermauert</p> <p>Ist das Ziel der Forschungsarbeit explizit dargestellt?</p> <p>+ Das Ziel (<i>die Wirksamkeit von sexuellen Rehabilitationsleistungen aus der Perspektive von Personen mit einer Rückenmarksverletzung evaluieren</i>) der Studie wird explizit dargestellt</p> <p>Gibt es Einführung mit Literatur?</p> <p>+ passende und zahlreiche Literatur in der Einführung</p>	<p>Ist die Verbindung zwischen der Forschungsfrage & dem Ansatz/Design logisch und nachvollziehbar? Ist die Methode für das Phänomen geeignet?</p> <p>+ Die Verbindung zwischen dem Forschungsziel und dem Ansatz (Deskriptive Studie) ist logisch und nachvollziehbar. Die Verwendung von Interviews ist durchaus passend, um Bedürfnisse und Sichtweisen der Teilnehmenden zu erhalten</p> <p>Ist die Stichprobenziehung für den Ansatz/Design angebracht? Ist die Stichprobe repräsentativ für die Population? Ist die Stichprobengröße angemessen & begründet?</p> <p>+ Stichprobenziehung aus persönlichen Kontakten ist angebracht und wurde auf bestimmte Einschlusskriterien eingehend geprüft (non Probability sampling) + Die Stichprobe ist repräsentativ für die Population, da Teilnehmende alle eine Querschnittslähmung aufweisen - Stichprobengröße mit 12 Teilnehmern und nur 2 Frauen eher klein und wird nicht begründet, jedoch werden Ergebnisse klar und transparent Männern oder Frauen oder beiden zugeteilt</p> <p>Sind das Setting und die Teilnehmenden reichhaltig beschrieben? Sind die ausgewählten Teilnehmenden als Informanten für Forschung geeignet? Erleben die Teilnehmenden das zu beforschende Phänomen?</p> <p>+ Demografische Daten der Teilnehmenden wurden angegeben, die Daten wurden jedoch anonym behandelt - Über das Setting ist nur bekannt, dass die Interviews zu Hause bei den Teilnehmenden stattgefunden hat, also in einem ihnen bekanntem Umfeld Über die Rehabilitationszentren, in welchen die Teilnehmer behandelt wurden, wird nichts geschrieben + Alle Teilnehmenden erleben das zu beforschende Phänomen</p> <p>Geht es bei Datenerhebung um menschliches Erleben, Muster, Verhalten...? Sind die Vorgehensweisen der Datenerhebung explizit dargestellt/beschrieben? Wird die Datensättigung und die Selbstbestimmung der Teilnehmer diskutiert?</p> <p>+ Datenerhebung von menschlichem Erleben + Die Vorgehensweisen während der Datenerhebung (Interviews, Field</p>	<p>Demonstrieren die Ergebnisse artfulness, versatility, sensitivity to meaning and context?</p> <p>+ Die zahlreichen Ergebnisse sind sehr vielseitig und haben Bedeutung für die Ergotherapie</p> <p>Reflektieren die Ergebnisse die Reichhaltigkeit der Daten? Sind die Ergebnisse im Kontext verankert und präzise in der Bedeutung? Stimmen die Konzeptualisierungen der Forschenden mit den Daten überein?</p> <p>+ Ergebnisse sind in 3 Themen kategorisiert -> sehr zahlreich dargestellt und passend im Kontext eingebettet + Ergebnisse sind präzise und sinnvoll gegliedert</p> <p>Sind die Kategorien, Konzepte etc. mit Zitaten illustriert und bestätigt?</p> <p>+ Die Ergebnisse werden mit einigen passenden Zitaten untermauert</p> <p>Beleuchten und erklären die Kategorien, Konzepte etc. das Phänomen als Ganzes? Sind die Kategorien, Konzepte etc. logisch konsistent und inhaltlich unterscheidbar?</p> <p>+ Die Kategorien in den Ergebnissen sind logisch und sinnvoll dargestellt + Unterscheiden sich inhaltlich gut voneinander</p> <p>Sind die Beziehungen zwischen den Kategorien fundiert und leisten entwickelte Modelle eine plausible Interpretation der Daten?</p>	<p>Leistet die Interpretation einen Beitrag zum besseren Verstehen des Phänomens? Inwiefern kann die Forschungsfrage mit den Ergebnissen beantwortet werden?</p> <p>+ Die wichtigsten Aspekte aus den Interviews werden nochmals aufgeführt + Das Ziel der Studie kann mit den Ergebnissen erreicht werden -> Die erlebten sexuellen Rehabilitationsleistungen konnten evaluiert werden und Verbesserungsmöglichkeiten von den Teilnehmenden sind gut dargestellt + Das Phänomen kann so eindeutig besser verstanden werden</p> <p>Werden die Ergebnisse in Bezug auf konzeptionelle und empirische Literatur zum Phänomen gesetzt und diskutiert?</p> <p>+ Die Ergebnisse werden ausgiebig diskutiert und teilweise mit bereits bestehender Literatur in Beziehung gebracht</p> <p>Sind die Ergebnisse für die Ergotherapie relevant?</p> <p>+ Die Ergebnisse sind für die Ergotherapie relevant -> Bedürfnisse und Verbesserungsvorschläge der Teilnehmenden kann auf die Ergotherapie übertragen werden</p> <p>Bieten die Schlussfolgerungen, Implikationen, Empfehlungen einen Kontext in dem sich Befunde benutzen lassen?</p> <p>+ Implikationen für die Ergotherapie sind transparent und verständlich aufgeschrieben, was eine Anwendung der</p>

	<p>notes) wurden explizit beschrieben + Die Selbstbestimmung aller Teilnehmenden wurde diskutiert (Offene Fragen stellen um individuelle Antworten zu erhalten)</p> <p>Ist der philosophische Hintergrund der Forschungsarbeit dargestellt? Wie ist die Kongruenz bezüglich Ontologie-Epistemologie-Methodologie?</p> <p>- keine Angaben</p> <p>Ist das Vorgehen der Datenanalyse klar und nachvollziehbar beschrieben? Ist die Datenanalyse präzise und glaubwürdig? Wie wurde die Glaubwürdigkeit der Datenanalyse sichergestellt?</p> <p>+ Die Datenanalyse ist sehr genau beschrieben und glaubwürdig (deskriptive Statistik, qualitative Analysen, Kodierung der Interviews und Kategorisierung in 4 Themen, Inhaltsanalyse)</p> <p>Sind alle relevanten ethischen Fragen diskutiert und Massnahmen dazu durchgeführt worden?</p> <p>+ Anonymität aller Teilnehmer wurde gewährleistet</p>		<p>gefunden Ergebnisse in der Praxis gewährleistet - Empfehlungen für weiterfolgende Studien sind keine enthalten - Mögliche Limitationen der Studie werden nicht erwähnt</p> <p>Spiegeln Schlussfolgerungen die Ergebnisse der Studie?</p> <p>- keine Schlussfolgerung vorhanden, Publikation endet mit Implikationen für die Ergotherapie + Diskussion fasst die wichtigsten Ergebnisse zusammen</p>
--	---	--	--

Güte/ Evidenzlage: Trustworthiness nach Lincoln und Guba (1985)

Confirmability (Bestätigung):

- > Interviews wurden aufgenommen und transkribiert und zusätzlich wurden field notes festgehalten (+)
- > sehr gut, Confirmability erreicht

Dependability (Zuverlässigkeit):

- > Die Datenerhebung wurde einmal erhoben und klar beschrieben (+), Zeitspanne zwischen Datenerhebung und –analyse ist nicht bekannt (-)
- > Datenanalyse und –ergebnisse wurden von keinem hochschulinternen oder –externen Gremium geprüft (-)
- > teilweise gut, Dependability teilweise erreicht

Credibility (Glaubwürdigkeit):

- > Ausgewählte Experten wurden zur Klärung der Ergebnisse bereitgestellt (+)
- > Member checking wurde nicht durchgeführt (-)
- > teilweise gut, Credibility teilweise erreicht

Transferability (Übertragbarkeit):

- > Ergebnisse wurden mit Zitaten angereichert (+/-)
- > kleine Stichprobe, kein probability sampling, Anzahl der Rehabilitationszentren (= Setting) nicht bekannt (-)
- > mangelhaft, Transferability nicht erreicht

Zusammenfassung der Studie: Westgren & Levi. (1999). Sexuality After Injury: Interviews with Women After Traumatic Spinal Cord Injury

Einleitung (Problembeschreibung, Bezugsrahmen, Forschungsfrage)	Methode (Ansatz/ Design, Stichprobe, Datenerhebung, Methodologische Reflexion, Datenanalyse, Ethik)	Ergebnisse (Ergebnisse)	Diskussion (Diskussion und Interpretation der Ergebnisse, Schlussfolgerung Anwendung und Verwertung in der Pflegepraxis)
<p>Um welches Phänomen handelt es sich? Wie ist das Phänomen beschrieben/ definiert/ mit Literatur erläutert?</p> <p>> Querschnittlähmung zieht grosse physische und psychische Konsequenzen nach sich > aufgrund der Komplexität von Rückenmarksverletzungen behandelt ein grosses interdisziplinäres Team → trotzdem fehlt der ganzheitliche Ansatz, weil Sexualität oft vergessen oder „weitgeschoben“ wird > Literatur: Sexualeben mit einer Querschnittlähmung ist möglich, aber nur ca. 1/3 partizipieren an einem aktiven Sexualeben > Literatur: Männer mit einer Querschnittlähmung und die körperlichen Aspekte von Sexualität sind mehr erforscht als die ganzheitliche Sexualität von Frauen mit einer Querschnittlähmung</p> <p>Wie lautet die Forschungsfrage? Welches Ziel/ Zweck der Forschung wird genannt?</p> <p>> Ziel der Studie ist es, ein komplettes Bild von der sexuellen Aktivität von Frauen nach einer Querschnittlähmung zu erlangen</p>	<p>Um welchen Ansatz/ Design handelt es sich? Wie wird die Wahl des Ansatzes begründet?</p> <p>> Grounded Theory Approach > Theorie basiert auf dem untersuchten Phänomen</p> <p>Um welche Population handelt es sich? Welches ist die Stichprobe? (Wer, wieviel, Charakter)</p> <p>> Population: erwachsene Frauen mit einer Querschnittlähmung (heterosexuell) > Stichprobe: 8 Frauen mit einer Querschnittlähmung wohnhaft in oder um Stockholm, Alter zwischen 20-60 Jahre, mindestens seit 2 Jahren Querschnittgelähmt, mindestens seit ½ Jahr in einer stabilen heterosexuellen Beziehung, ohne grosse medizinische Komplikationen, ohne Alkohol- oder Drogenmissbrauch und ohne psychiatrische Einschränkungen</p> <p>Wie wurde Stichprobe gezogen? Gibt es verschiedene Studiengruppen? Wird die Auswahl beschrieben und begründet?</p> <p>> 650 Betroffene mit einer Querschnittlähmung in und um Stockholm aus der Spinalis Datenbank (Regionale Klinik und Reha-Zentrum), davon entsprachen 13 Individuen den Einschlusskriterien > von den 13 wurden 5 ausgeschlossen (Gründe bekannt) → 8 Teilnehmerinnen</p> <p>Welche Vorgehensweise wurde bei Datenerhebung verwendet? Wie häufig wurden Daten erhoben? Wie wurden Daten verarbeitet?</p> <p>> ein qualitatives Interview mit jeder Teilnehmerin, Dauer ca. 2 Stunden, durchgeführt von der Erst-Autorin > aufgenommen und wortwörtlich transkribiert > Grounded Theory: systematische Sammlung und Analyse der phänomenologischen Daten</p>	<p>Was sind die Ergebnisse? (Themen, Kategorien, gemeinsame Elemente, Konzepte, Modelle) Wie sind Ergebnisse präsentiert?</p> <p>> Ergebnisse mit Zitaten und Zusammenfassungen des Gesagten präsentiert > Ergebnisse als Antworten zu den 6 Hauptfragen des Interviews präsentiert:</p> <p>> Erste sexuelle Erfahrung: > Alle Teilnehmenden hatten Angst und Unsicherheit bezüglich Sexualität, da Körperverständnis und -kontrolle fehlten > sie erhielten keine Informationen während der Rehabilitation bezüglich sexuellen Aktivitäten und dass Unsicherheit normal ist (nur aufgeklärt bezüglich Menstruation) > nach einigen Monaten machten die meisten ihre erste sexuelle Erfahrung auf eigene Faust, nachdem sie Kontrolle über Basisfunktionen zurück erhalten haben > Alle hatten Wunsch nach Nähe und intimen Berührungen, jedoch war von beiden Seiten Angst da Initiative zu ergreifen (Kommunikation schwierig) → aber erste Erfahrung war für alle positiv</p> <p>> Kommunikation vor und nach dem Ereignis: > Kommunikation und das Verhalten ähnelt dem von vor dem Ereignis → manche Paar konnten offen diskutieren was nötig ist und andere lösten Probleme still für sich</p> <p>> momentanes Sexualeben: Menge von sexueller Aktivität variiert stark zwischen den Teilnehmerinnen > etwa die Hälfte der Teilnehmerinnen haben momentan eine positive Ansicht zu Sexualität > Hemmend auf das Sexualeben wirkten sich Blasen-Darm-Unfälle, körperliche Einschränkungen (Position), Sensibilitätsverlust, eingeschränkte Spontanität aus > es braucht viel Toleranz und Verständnis vom</p>	<p>Wie beurteilen die Forschenden selber die Ergebnisse (kann Phänomen/ Forschungsfrage beantwortet werden, wie ist Bezug zu bereits bestehender Literatur)?</p> <p>> Einbringung von Literatur mit ergänzenden Modellen (PLISSIT, SOC) für noch tieferes Verständnis vom Phänomen der sexuellen Aktivität von Frauen mit Querschnittlähmung > zusätzliche Literatur unterstützt nur wenige der gefundenen Resultate > Forschende erwähnen, dass ihre Studie die erste mit Ansatz des ausführlichen Interviews sei > Zusammenfassung der Resultate zeigen, dass Teile der Fragestellung beantwortet werden konnten (Kommunikation über Thema für alle Seiten schwer, Ereignis bedeutet einen grossen Verlust welcher verarbeitet werden muss, urologische Probleme stellen die grösste Einschränkung bei sexuellen Aktivitäten dar, es braucht realistische Informationsabgabe während der Rehabilitation wodurch Vorurteile genommen werden, Möglichkeit von psychologischen und praktischen Tipps sind aber vor allem nach der Rehabilitation notwendig)</p> <p>Welche Implikationen für die Praxis, Theorien und zukünftige Forschungen sind beschrieben?</p> <p>> keine Limitationen oder konkrete Vorschläge für zukünftige Forschung aufgezeigt > Abschliessend wird für die Praxis empfohlen, über Sexualität zu sprechen, dabei aber Zeit für Umorientierung zu lassen</p>

	<p>Wie wird der gewählte qualitative Ansatz mit entsprechenden methodischen Vorgehensweise durch Forschenden diskutiert?</p> <p>> Grounded Theorie gewählt, damit Theorie auf untersuchtem Phänomen basiert und Datensammlung, Analyse und Theorie in Verbindung zueinander stehen</p> <p>Welche Vorgehensweisen wurden für Datenanalyse verwendet? Wird Stellung genommen zur Qualität der Datenanalyse?</p> <p>> systematische Sammlung und Analyse basierend auf dem untersuchten Phänomen > keine Stellung zur Qualität</p> <p>Welche ethischen Fragen und Massnahmen dazu werden diskutiert?</p> <p>> Ethisches Komitee des Karolinska Institut hinzugezogen</p>	<p>Partner</p> <ul style="list-style-type: none"> > körperliche Nähe und intime Berührungen werden wichtig, nicht nur körperlicher Akt an sich > psychologische Fakts (Selbstbild) beeinflussen Sexualeben immer noch <p>> Einfluss Querschnittlähmung auf Sexualeben: Querschnittlähmung hat sehr grossen Einfluss auf Sexualeben</p> <ul style="list-style-type: none"> > negativ: Verlust von Selbstbewusstsein, Initiative > positiv: relaxter, mehr Variationen, neu, Spass, man erlebt zweites 1.Mal <p>> Ratschläge für frischverletzte Betroffene:</p> <ul style="list-style-type: none"> > Man muss sich am Anfang Zeit lassen um zu trauern, zu verarbeiten, zu akzeptieren → hilft darüber zu sprechen und Hilfe anzunehmen > bezüglich Sexualität soll man sich ebenfalls Zeit lassen, den Körper erforschen, und durch Experimentieren finden sich neue Wege > es nützt vor sexuellen Aktivitäten Blase zu entleeren und Körper aufzuwärmen (langes Vorspiel, entspannen) <p>> Ratschläge für Rehabilitationspersonal:</p> <ul style="list-style-type: none"> > Vorurteile beseitigen durch offene Kommunikation und adäquate Informationen > sensibel auf individuelle Unterschiede eingehen (nur das anschauen was dem Individuum momentan etwas nützt) > den Betroffenen Zeit lassen → Angebot der Nachsorge organisieren 	
--	---	--	--

Würdigung der Studie: Westgren & Levi. (1999). Sexuality After Injury: Interviews with Women After Traumatic Spinal Cord Injury

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Beantwortet die Studie eine wichtige Frage der Ergotherapie? Signifikanz der Arbeit</p> <p>+ Ergotherapie ist Teil von grossem interdisziplinären Behandlungsteam bei Querschnittlähmung + Fokussierung auf betroffene Frauen relevant, da diese Aspekte bisweilen vernachlässigt wurden</p> <p>Ist die Beschreibung des Phänomens klar und relevant für die Ergotherapie?</p> <p>- Phänomen wird relativ knapp beschrieben</p> <p>Ist das Ziel der Forschungsarbeit explizit dargestellt?</p> <p>+ Ziel ist klar beschrieben und begründet (Fokus auf Frauen, ganzheitlicher Ansatz)</p> <p>Gibt es Einführung mit Literatur?</p> <p>+ aufgeführte Literatur ist relevant und unterstreicht Aussagen</p>	<p>Ist die Verbindung zwischen der Forschungsfrage & dem Ansatz/Design logisch und nachvollziehbar? Ist die Methode für das Phänomen geeignet?</p> <p>+ Methode mit Interviews ist sinnvoll für das Erforschen der sexuellen Aktivität von Frauen mit einer Querschnittlähmung + Grounded Theory passt mit phänomenologischem Ansatz und Interviews zusammen</p> <p>Ist die Stichprobenziehung für den Ansatz/Design angebracht? Ist die Stichprobe repräsentativ für die Population? Ist die Stichprobengrösse angemessen & begründet?</p> <p>+ Stichprobenziehung aus der Datenbank der Spinalis –Patienten sinnvoll - Stichprobe nur teilweise übertragbar, da nur eine Klinik (Spital und Rehabilitationszentrum) einbezogen wird und Teilnehmerinnen heterosexuell sein müssen - Stichprobengrösse eher klein, keine Begründung der Auswahl beschrieben + aufgeführt wie Stichprobe mit 8 Teilnehmerinnen zustande kam</p> <p>Sind das Setting und die Teilnehmenden reichhaltig beschrieben? Sind die ausgewählten Teilnehmenden als Informanten für Forschung geeignet? Erleben die Teilnehmenden das zu beforschende Phänomen?</p> <p>+ Setting klar beschrieben - Teilnehmenden nur anhand der Einschlusskriterien beschrieben + Teilnehmerinnen sind geeignet für die Forschung (erwachsen, in einer Beziehung, keine kognitiven oder psychischen Einschränkungen) und erleben das Phänomen</p> <p>Geht es bei Datenerhebung um menschliches Erleben, Muster, Verhalten...? Sind die Vorgehensweisen der Datenerhebung explizit dargestellt/beschrieben? Wird die Datensättigung und die Selbstbestimmung der Teilnehmer diskutiert?</p> <p>+ menschliches Erleben erforschen + Datenerhebung mit einem Interview, max. zwei Stunden, 6 Fragen + aufgenommen und transkribiert - möglicher Autor Bias, da alle Interviews von der ersten Autorin durchgeführt wurden</p>	<p>Demonstrieren die Ergebnisse artfulness, versatility, sensitivity to meaning and context?</p> <p>+ Die Ergebnisse sind vielfältig und haben Bedeutung für die Ergotherapie</p> <p>Reflektieren die Ergebnisse die Reichhaltigkeit der Daten? Sind die Ergebnisse im Kontext verankert und präzise in der Bedeutung? Stimmen die Konzeptualisierungen der Forschenden mit den Daten überein?</p> <p>+ viele Zitate und Aussagen der Teilnehmenden + sechs Fragen werden reichhaltig beantwortet + Konzeptualisierung stimmt überein</p> <p>Sind die Kategorien, Konzepte etc. mit Zitaten illustriert und bestätigt?</p> <p>+ etwa die Hälfte der Ergebnisse sind mit Zitaten dargestellt</p> <p>Beleuchten und erklären die Kategorien, Konzepte etc. das Phänomen als Ganzes? Sind die Kategorien, Konzepte etc. logisch konsistent und inhaltlich unterscheidbar?</p> <p>- keine Kategorien, Ergebnisse strukturiert mit Fragen + Ergebnisse sind als Antwort auf die Fragen logisch und nachvollziehbar sowie inhaltlich gut unterscheidbar</p> <p>Sind die Beziehungen zwischen den Kategorien fundiert und leisten entwickelte Modelle eine plausible Interpretation der Daten?</p> <p>- keine Zusammenhänge zwischen den Fragen aufgeführt für die Interpretation der Fragestellung</p>	<p>Leistet die Interpretation einen Beitrag zum besseren Verstehen des Phänomens? Inwiefern kann die Forschungsfrage mit den Ergebnissen beantwortet werden?</p> <p>+ mehrere Aspekte der sexuellen Aktivität von Frauen diskutiert (unterschiedliche Ansichten) - kein komplettes Bild der sexuellen Aktivität erhalten → Resultate zu wenig umfassend für die Beantwortung der Forschungsfrage</p> <p>Werden die Ergebnisse in Bezug auf konzeptionelle und empirische Literatur zum Phänomen gesetzt und diskutiert?</p> <p>- viel Literatur eingefügt, allerdings Bezug zur vorliegenden Studie nicht überall erkennbar + Zusammenfassung der Resultate mit zusätzlicher Literatur unterlegt</p> <p>Sind die Ergebnisse für die Ergotherapie relevant?</p> <p>+ Ergebnisse relevant für interdisziplinäres Rehabilitationsteam bei Frauen mit Querschnittlähmung und übertragbar in Ergotherapie</p> <p>Bieten die Schlussfolgerungen, Implikationen, Empfehlungen einen Kontext in dem sich Befunde benutzen lassen?</p> <p>- keine konkreten Vorschläge für zukünftige Forschung + gut übertragbare Empfehlungen für Umsetzung in Praxis - nur heterosexuelle Frauen, dadurch Übertragbarkeit nicht allgemein - von Forschenden wird keine Limitation</p>

	<p>- Datensättigung und Selbstbestimmung nicht diskutiert</p> <p>Ist der philosophische Hintergrund der Forschungsarbeit dargestellt? Wie ist die Kongruenz bezüglich Ontologie-Epistemologie-Methodologie?</p> <p>- nichts beschrieben bezüglich Hintergrund der Forschungsarbeit Ist das Vorgehen der Datenanalyse klar und nachvollziehbar beschrieben? Ist die Datenanalyse präzise und glaubwürdig? Wie wurde die Glaubwürdigkeit der Datenanalyse sichergestellt?</p> <p>- Datenanalyse knapp beschrieben, wird nicht gesagt wie kategorisiert wurde, nur dass systematische Zusammenfassung und Analyse verwendet wurde + Grounded Theory Ansatz mit Referenzierung + Grounded Theory gewählt damit das Phänomen im Vordergrund steht für die Theorie + Datensammlung, Analyse und Theorie stehen in gegenseitiger Verbindung</p> <p>Sind alle relevanten ethischen Fragen diskutiert und Massnahmen dazu durchgeführt worden?</p> <p>+ Ethikkomitee des Karolinska Instituts genehmigte Studie - nichts beschrieben über freiwillige Teilnahme, Schweigepflicht etc.</p>		<p>aufgeführt</p> <p>Spiegeln Schlussfolgerungen die Ergebnisse der Studie?</p> <p>+ Schlussfolgerungen kurz und aussagekräftig - Schlussfolgerung spiegeln nur Teile der Ergebnisse</p>
--	---	--	---

Güte/ Evidenzlage: Trustworthiness nach Lincoln und Guba (1985)

Confirmability (Bestätigung):

- > Interviews wurden aufgenommen und transkribiert (+)
- > sehr gut, Confirmability erreicht

Dependability (Zuverlässigkeit):

- > Datenerhebung wurde einmal erhoben und Datenanalyse wurde zusammenhängend gemacht (+), jedoch ist genaue Datenanalyse nicht beschrieben (-), Zeitspanne zwischen Datenerhebung und –analyse nicht bekannt (-)
- > Studienergebnisse von hochschulexternem Gremium geprüft (+)
- > teilweise gut, Dependability teilweise erreicht

Credibility (Glaubwürdigkeit):

- > Kein Member-Checking durchgeführt (-)
- > Einbezug eines externen ethischen Komitees des Karolinska Institutes (+)
- > teilweise gut, Credibility teilweise erreicht

Transferability (Übertragbarkeit):

- > Anreicherung der Ergebnisse mit Zitaten (+)
- > kleine Stichprobengröße, nur ein Rehabilitationszentrum (-), probability sampling (+)
- > teilweise gut, Transferability teilweise erreicht

F: Übersichtstabelle aus Studie Leibowitz (2005)

Physical aspects of sexuality	Physical effects of SCI on different aspects of sexuality (e.g. sensation) Different ways to pleasure a partner and set the mood for lovemaking Exploring different sexual practices and positions How to handle fear of and actual bowel or bladder accidents in the context of dating and lovemaking Potential development of increased sensitivity, new erogenous zones, non-traditional feelings of sexual release Positive role of open-mindedness and experimentation in sexual pleasure Sexual desire (e.g. decreases or increased related to medication, mood, sensation, relational intimacy) Changes in physical appearance and how to deal with them Childbirth, parenting
Relational aspects of sexuality	Communication skills related to intimacy, pleasure, setting limits, effects of SCI Inclusion of partner in SRS (at woman's discretion) Navigating early sexual experiences after injury Finding a partner after SCI Responding to other people's questions and assumptions. Evolving standards regarding qualities considered important in a romantic/sexual partner and for a successful intimate relationship
Psychological aspects of sexuality	Coping with initial loss of self esteem, sense of sexual self-worth, self-confidence Setting boundaries with sexual partners Changing conceptualizations of sexuality (e.g., focusing on and enjoying aspects of sexuality that are not purely genital and physical) Coping with and reframing negative thoughts and assumptions (such as assumptions of rejection by present and/or future partners) Coping with real relationship losses Learning relaxation, stress reduction, anger management skills Aspects of trust, intimacy, spirituality related to sexuality
Informational aspects of sexuality	Finding trustworthy information related to women's sexuality after discharge Locating appropriate professionals in community (e.g., counselor, psychotherapist), how to continue to get help/support after discharge

Tips for Providers

Venues for exchange of information with other women with SCI or emotional support and to learn how others have handled similar challenges

Providers should bring up sexuality regardless of whether patient brings up
Privacy is important for many women, who may not feel comfortable asking questions or indicating interest when visitors or room-mates are present.

Be aware of issues women may have about being a minority in rehab environment –
check out how women feel in and about speaking in mixed groups

Expressions of realistic optimism are preferred to approaches that take away hope

Don't simply provide pre-canned SRS – give preliminary information then actively
check out patient's preferences

Attempt as much as possible to meet woman where she is in her personal and
healing process

In working with or about couples remember: Saving a relationship is not always best
and loss of a relationship is sometimes for the best in the long run.

Physical aspects of sexuality are only part of the story. Any introduction to
SRS whether in person or in writing should indicate that issues such as relationship,
communication, self-esteem, etc. can be part of a total SRS "package."

If a woman is not interested in SRS as an inpatient, this does not mean she
will not be interested later. Offer resources at or after discharge.

Gently deliver the (meta)message that SRS is an acceptable and valid aspect of
rehabilitation. A provider or facility that shies away from introducing sexuality
as a topic may inadvertently deliver the (meta)message that it is not a valid
rehabilitation concern.

Bowel and bladder accidents are a major sexual/relationship concern for many
women with neurogenic bowel/bladder.

A direct approach is appreciated by many women. Few will object to the topic being
brought up.

Peer counseling and support can be very helpful, and/but be mindful of potential
comparison processes among women with different levels of physical/sexual abilities.

G: PLISSIT Modell

P-LI-SS-IT

One tool that has proven useful in approaching sexuality is the P-LI-SS-IT model ([Annon 1976](#)). Although dated, the P-LI-SS-IT model, developed by Annon (1976) is still commonly used to determine the level of participation a professional should have with clients, and is a key model for approaching sexuality with a client. There are four stages in the model, including: permission, limited information, specific suggestions, and intensive therapy.

Permission

Once the professional and the client have had a few initial therapy sessions and an intake interview, it can be determined whether the client is currently active sexually with one or more partners, and the kinds of relationships the client is involved in. At this point the professional should ask for permission to discuss issues regarding sexuality, as well as give the client permission to bring these issues up at any time. It is also important to gain direct permission to discuss any sexual concerns with the client's partner(s). Indirect permission may also be obtained through active participation by the partner at each level of education and care throughout the therapy process ([Anderson 1992](#), [Urey Viar and Henggeler 1987](#)). Many levels of permission are given and received at this stage. This stage is also helpful in educating the client about sexuality as an important aspect of well-being and that disability or impairment is not necessarily a limiting factor of expressing oneself sexually. Although many rehabilitation professionals may not feel confident discussing sexuality, most have adequate skills to provide this level of service ([Fifield and Esmail 2000](#)).

Limited Information

In this stage the etiology, pathology and possible complications specific to the client's disability should be addressed with the client. Attention to sexual functioning and any contraindications of sexual engagement or levels of physical fitness required for sexual acts should be a focus ([Dicker-Friedman 1997](#)). It would be beneficial to include the client's partner in this stage to allow the couple to ask any specific questions if permission is granted by the client to do so. This may ease any fears the partner may have about hurting the client and dispel myths regarding sexuality and disability ([Esmail, Esmail and Munro 2001](#)). The main role of the health professional at this stage is educating the client. Providing basic sexual information to the client is beneficial for most clients, and most health professionals are well equipped in this educator role ([Fifield and Esmail 2000](#)).

Specific Suggestions

Through the permission and limited information stage, the client may identify specific issues that need to be addressed as part of the formal intervention plan. This would take place in the specific suggestion phase. Before progressing to this level, the professional should take a complete sexual history of the client and any significant or current partner(s). The professional can then decide whether the client requires more in-depth intervention offered by the specific suggestion stage. The history will also ensure that any specific suggestions offered will be appropriate and specifically tailored for the client and partner(s) (Dicker-Friedman 1997). Specific suggestions may vary in content and purpose, some of which may include: adapted sexual positioning, assistive devices, and altered techniques. This stage is most appropriate for the discussion of sexual boundaries and roles acceptable to the client and his or her partner. This level of intervention also encompasses assisting the client to redefine their personal definition of sexuality, which often requires attitudinal changes and a broadening of views that includes any activity that is stimulating and pleasurable for the client as well as the partner (Rolland 1994, David, Gur and Rozin 1977). This stage of the P-LI-SS-IT model may require the professional to have greater understanding and experience in the area of sexuality and the impact of disability or illness (Dicker-Friedman 1997). Although some professionals may not feel qualified to provide this level of service, the intervention they provide should be in line with the scope of practice for their own particular profession.

Intensive Therapy

If more intensive therapy is required beyond specific suggestions, it may be outside of most rehabilitation professionals' knowledge and abilities. Once the client's need for sexual intervention is assessed and considered alongside the scope and comfort level of the professional, one needs to determine who is most capable of dealing with the client's concerns. The client may require intensive counseling or medical intervention and should be referred for specialized services (Thorn-Gray and Kern 1983, Dicker-Friedman 1997). This may include referral to a Gynecologist, Urologist, Psychologist, or certified Sex Therapist. An essential consideration during this stage is to be aware of one's professional limitations and up-to-date knowledge of resources available to meet the client's needs. This level of therapy is required by few clients.

H: Broschüre

Siehe nächste Seite

Mit den Empfehlungen dieser Broschüre sollen Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen angeregt werden, ihre Kompetenzen zu nutzen um Frauen mit einer Querschnittlähmung den Weg zu einer zufriedenstellenden Betätigungsausführung der Sexualität zu vereinfachen.

Fachstellen und Literatur:

www.paraplegie.ch/paracademy

www.myhandicap.ch

Beckwith, A., & Yau, M. K. (2013). Sexual recovery: Experiences of women with spinal injury reconstructing a positive sexual identity. *Sexuality & Disability*, 31(4), 313-324. doi:10.1007/s11195-013-9315-7.

Fritz, H. A., Dillaway, H. & Lysack, C. L. (2015). "Don't think paralysis takes away your womanhood": Sexual intimacy after spinal cord injury. *American Journal of Occupational Therapy*, 69(2), 1-10. doi:10.5014/ajot.2015.015040.

Leibowitz, R. Q. (2005). Sexual rehabilitation services after spinal cord injury: What do women want? *Sexuality & Disability*, 23(2), 81-107.

McAlonan, S. (1996). Improving sexual rehabilitation services: The patient's perspective. *American Journal of Occupational Therapy*, 50(10), 826-834.

Westgren, N. & Levi, R. (1999). Sexuality after injury: Interviews with women after traumatic spinal cord injury. *Sexuality and Disability*, 17(4), 309-319.

Querschnittlähmung und Sexualität

Empfehlungen für die Ergotherapie bei Frauen mit einer traumatisch erworbenen Querschnittlähmung - Bedürfnisse und Aufklärung bezüglich Sexualität

In Anlehnung an die Bachelorarbeit von
Anina Stauber & Malena Lötscher,
April 2017

„Gibt nicht auf, gib dir Zeit, lerne dich selbst und deinen Körper kennen, experimentiere mit Positionen und hab keine Angst sexuelle Hilfsmittel zu benutzen. Sei offen und ehrlich zu deinem Partner, akzeptiere deine Sexualität und respektiere dich selbst.“

(Kreuter, Siösteen & Biering-Sorensen, 2008)

Bedürfnisse von Frauen mit einer Querschnittlähmung:

- Adäquate und spezifische Informationen
- Strategien zu Adaptation und Problemlösung erlernen
- Offener und direkter Kommunikationsstil des Fachpersonals
- Individuelle Beratung je nach Bedürfnis und Lebensphase
- Unterstützung bei psychischen Schwierigkeiten
- Unterstützung für das Umfeld
- Austausch mit anderen Betroffenen
- Möglichkeit von Aufklärung nach der Rehabilitation
- Bessere Akzeptanz in der Gesellschaft

Mögliche Therapiethemen:

Strategiefindung zu Positionierung, Sensibilitätsverlust, Umgang mit dem Partner, Beziehungspflege, Hilfsmittelgebrauch, Blasen-Darm-Management, Förderung des Selbstbildes

Empfehlungen für die ergotherapeutische Praxis:

- Wissen über das Krankheitsbild und mögliche Auswirkungen auf die Sexualität aneignen
- Klientenzentrierung in Bezug auf Informationen, Zeitpunkt, Privatsphäre oder Art der Aufklärung achten
- Interaktionsfertigkeiten anpassen
- Gruppentherapien oder Peer Gespräche organisieren
- Fachstellen und andere Berufsgruppen einbeziehen
- Möglichkeit einer Aufklärung nach der Rehabilitation organisieren
- Öffentlichkeitsarbeit für die Sensibilisierung der Gesellschaft auf die Thematik Sexualität mit Beeinträchtigung
- Ansatz des PLISSIT Modells umsetzen:

