



# Sexualität bei chronisch muskuloskelettalen Erkrankungen

Der Handlungsbedarf der Ergotherapie abgeleitet aus der Sicht von  
Betroffenen und deren Partnerinnen und Partnern

Livia Parianotti  
S17-647-660

Daria Keller  
S17-647-793

Departement Gesundheit  
Institut für Ergotherapie  
Studienjahr: ER 17  
Eingereicht am: 30. April 2020  
Begleitende Lehrperson: Maria Auer

**Bachelorarbeit  
Ergotherapie**



## Inhaltsverzeichnis

|   |    |
|---|----|
| <b>Abstract</b> .....   | 5  |
| <b>1. Einleitung</b> .....                                      | 6  |
| <b>1.1 Einführung ins Thema</b> .....                           | 6  |
| <b>1.2 Problemstellung</b> .....                                | 7  |
| <b>1.3 Relevanz für die Profession</b> .....                    | 8  |
| <b>1.4 Begründung der Themenwahl</b> .....                      | 9  |
| <b>1.5 Abgrenzung</b> .....                                     | 9  |
| <b>1.6 Fragestellung</b> .....                                  | 10 |
| <b>1.7 Zielsetzung</b> .....                                    | 10 |
| <b>2. Theoretischer Hintergrund</b> .....                       | 11 |
| <b>2.1 Sexualität</b> .....                                     | 11 |
| <b>2.2 Arthritis</b> .....                                      | 11 |
| <b>2.3 Weichteilrheuma</b> .....                                | 12 |
| <b>2.4 Chronische Schmerzen</b> .....                           | 12 |
| <b>2.5 Partnerschaft</b> .....                                  | 12 |
| <b>2.6 CMOP-E</b> .....   | 13 |
| <b>2.6.1 Begründung der Modellwahl</b> .....                    | 13 |
| <b>2.6.2 Komponenten des CMOP-E</b> .....                       | 14 |
| <b>3. Methodik</b> .....  | 17 |
| <b>3.1 Literaturrecherche</b> .....                             | 17 |
| <b>3.2 Selektionsprozess</b> .....                              | 18 |
| <b>3.3 Auswahl der Hauptstudien</b> .....                       | 20 |
| <b>3.4 Hauptstudien</b> .....                                   | 21 |
| <b>3.5 Evaluation der Studienqualität</b> .....                 | 22 |
| <b>4. Ergebnisse</b> .....                                      | 23 |
| <b>4.1 Zusammenfassung und Würdigung der Hauptstudien</b> ..... | 23 |
| <b>4.1.1 Helland et al. (2011)</b> .....                        | 23 |
| <b>4.1.2 Jiménez et al. (2017)</b> .....                        | 29 |
| <b>4.1.3 Lynch und Fortune (2019)</b> .....                     | 35 |
| <b>4.1.4 Rose und Hughes (2018)</b> .....                       | 40 |
| <b>4.2 Qualität der Hauptstudien</b> .....                      | 44 |
| <b>4.3 Kategorisierung der Ergebnisse im CMOP-E</b> .....       | 45 |

|     |   |    |
|-----|---|----|
| 4.4 | Zusammenführung der Ergebnisse anhand des CMOP-E .....  | 49 |
| 5.  | Diskussion .....  | 55 |
| 5.1 | Verbindungen der Hauptliteratur .....                   | 55 |
| 5.2 | Beantwortung der Fragestellung .....                    | 59 |
| 6.  | Schlussfolgerungen .....                                | 60 |
| 6.1 | Theorie-Praxis Transfer .....                           | 60 |
| 6.2 | Limitationen .....                                      | 62 |
| 6.3 | Weiterführende Fragen .....                             | 63 |
| 6.4 | Fazit .....   | 64 |
|     | Literaturverzeichnis .....                              | 65 |
|     | Abbildungsverzeichnis .....                             | 69 |
|     | Tabellenverzeichnis .....                               | 69 |
|     | Wortzahl .....  | 70 |
|     | Danksagung .....  | 71 |
|     | Eigenständigkeitserklärung .....                        | 71 |
|     | Anhang .....  | 72 |
|     | <b>A: Glossar</b> .....                                 | 72 |
|     | <b>B: Literaturverzeichnis Glossar</b> .....            | 78 |
|     | <b>C: Datenbanken</b> .....                             | 81 |
|     | <b>D: Suchmatrix</b> .....                              | 82 |
|     | <b>E: Begründung der Auswahl der Hauptstudien</b> ..... | 90 |
|     | <b>F: Studienwürdigung</b> .....                        | 92 |

### **Anmerkung**

Die Studierenden, welche die Bachelorarbeit geschrieben haben werden folgend als «Verfasserinnen» bezeichnet. Die Urheberinnen und Urheber der verwendeten Studien werden «Autorinnen und Autoren» genannt. Als «Betroffene» werden an Arthritis oder Weichteilrheuma erkrankte Personen bezeichnet.

Die Abkürzung «BA» steht für Bachelorarbeit und Begriffe, die mit \* markiert sind werden im Glossar in Anhang A beschrieben.

## **Abstract**

**Darstellung des Themas:** Den weitreichenden Auswirkungen der Krankheitsgruppen Arthritis und Weichteilrheuma auf die Sexualität eines Paares werden in der Ergotherapie kaum Beachtung geschenkt. Dies obwohl eine ganzheitliche Behandlung der Betroffenen die Unterstützung zur Rückkehr in ein möglichst zufriedenstellendes Sexualeben sowie den Einbezug von Partnerinnen oder Partnern miteinschliesst.

**Ziel:** Das Ziel dieser BA ist es die Auswirkungen der Krankheitsgruppen Arthritis und Weichteilrheuma aus Sicht der Betroffenen sowie deren Partnerinnen und Partnern auf ihre Sexualität aufzuzeigen. Weiter soll der daraus resultierende Handlungsbedarf der Ergotherapie beschrieben werden.

**Methode:** Zur Zielerreichung wurde ein systematisches Literaturreview durchgeführt. Die Literaturrecherche erfolgte mit definierten Keywords in Datenbanken wie MEDLINE, CINAHL, PubMed, PsycINFO, OTD Base oder OTseeker. Vier Studien entsprachen den Einschlusskriterien und wurden zusammengefasst sowie kritisch gewürdigt. Die Studienergebnisse wurden anschliessend in das «Canadian Model of Occupational Performance and Engagement» [CMOP-E] eingeteilt.

**Relevante Ergebnisse:** Die Erkrankungen äussern sich bei Betroffenen sowohl auf physischer als auch auf emotionaler Ebene. Dies hat direkten Einfluss auf die Sexualität und auf die mit ihr verbundene Rollenidentität, sexuelle Identität und Partnerschaft.

**Schlussfolgerung:** Die Hauptstudien zeigen auf, dass Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten mit ihrer holistischen und klientenzentrierten Sichtweise Handlungsansätze mitbringen, um kompetent auf sexuelle Anliegen einzugehen.

**Keywords:** sexuality, arthritis, soft tissue rheumatism, experience, partner, occupational therapy

# 1. Einleitung

«Sex isn't everything in a relationship but it does bring you together a lot.» (Jiménez et al., 2017, S.1653)

«No, for me it's not important and I think that has to be because of FM,. . . because if not. . . I don't care, I don't think about it anymore (sex).» (Jiménez et al., 2017, S. 1651)

«For me, yes, obviously, it's like before, just as important. I throw myself into it, because I have to do things, I have to have a life, sex too.» (Jiménez et al., 2017, S. 1651)

Die Studie von Jiménez et al. (2017) verdeutlicht durch die Stimmen dreier an Fibromyalgie erkrankten Frauen, wie unterschiedlich die Sicht auf die Sexualität ist und was sie für eine Beziehung bedeuten kann.

In der Einleitung führen die Verfasserinnen ins Thema ein und erläutern die Problemstellung sowie die Relevanz des Themas für die Profession der Ergotherapie. Weiter werden die Begründung der Themenwahl, die Abgrenzung zu bereits bestehenden Bachelorarbeiten sowie die Fragestellung und Zielsetzung dieser BA aufgeführt.

## 1.1 Einführung ins Thema

In der Schweiz sind gemäss der Rheumaliga Schweiz (2017) rund zwei Millionen Menschen von einer Erkrankung des Bewegungsapparates betroffen. Zu diesen muskuloskelettalen Erkrankungen zählen rund 200 verschiedene Krankheitsbilder, die sich in die fünf Krankheitsgruppen Arthrose, Arthritis, Osteoporose, Rückenbeschwerden und Weichteilrheuma einteilen lassen. Treffen kann es Menschen jeden Alters. Viele dieser Erkrankungen sind chronisch und begleiten die Betroffenen ein Leben lang. Sie äussern sich durch Schmerzen und beeinträchtigen die körperliche Funktionsfähigkeit. Risikofaktoren für eine chronisch muskuloskelettale Erkrankung sind die drei nicht

beeinflussbaren Faktoren Alter, Geschlecht und genetische Voraussetzungen. Die Erkrankungen haben einen Einfluss auf die Lebensqualität\* und können zur Pflegebedürftigkeit führen. Weiter kann die Erwerbstätigkeit durch Arbeitsunfähigkeit oder Invalidität beeinflusst sowie die Freizeitgestaltung eingeschränkt sein, was sich insgesamt auf die soziale Teilhabe\* der Betroffenen auswirkt. Die muskuloskelettale Erkrankung kann weitreichende Auswirkungen auf Familie, Partnerschaft und Sexualität haben (Rheumaliga Schweiz, 2017). Chronisch muskuloskelettal erkrankte Menschen sowie deren Partnerinnen oder Partner erleben laut der Deutschen Rheuma-Liga (2015) häufig Einschränkungen in ihrem gemeinsamen Sexualleben, beispielsweise aufgrund mangelnden Lustempfindens der Betroffenen. Weiter beeinflussen Symptome wie Schmerzen, Fatigue\*, Steifheit und psychische Beschwerden, welche aufgrund der Erkrankung oder als Nebenwirkung von Medikamenten auftreten, die Sexualität negativ (Healey et al., 2009; Dorner et al. 2018).

Die Sexualität ist gemäss Sakellariou und Algado (2006) ein integraler Bestandteil des täglichen Denkens, Fühlens und Verhaltens. Zugleich prägt sie gemäss den Autoren die Geschlechteridentität\*, trägt zum Selbstwertgefühl und zur sozialen Rollenbildung\* bei und bezieht sich auf ein breites Spektrum von Einstellungen, Verhaltensweisen und Aktivitäten\*. Sexualität, Wohlbefinden\* und Lebensqualität stehen laut Mc Grath und Sakellariou (2016) in einem engen Zusammenhang.

## **1.2 Problemstellung**

Gemäss Healey et al. (2009) ist die Sexualität ein wichtiger Bestandteil des Menschen, der zu einem Gefühl des «Selbst» beiträgt. Nach Dorner et al. (2018) kann eine chronische Erkrankung die sexuelle Gesundheit, welche die sexuelle Funktion, die sexuelle Aktivität und sexuelle Beziehungen beinhaltet, beeinflussen. Betroffene erleben einen grossen Unterschied zwischen der sexuellen Zufriedenheit vor und nach Beginn der Erkrankung (Akkus, Nakas & Kalyoncu, 2010; Healey et al., 2009).

Rothermund, Sharav, Ahlers und Beier (2010) beschreiben, dass die soziale Interaktion bei der Sexualität eine starke Verbundenheit mit der Partnerin beziehungsweise dem Partner erzeugt und dass Sexualität nebst der körperlichen Funktion, auch den sozialen Aspekt der Partnerschaft mit einschliesst. Gemäss den Autoren und Autorinnen kann bei

Einschränkungen der Sexualität aufgrund rheumatischer Erkrankungen die Partnerschaft als Ressource dienen. Auch gemäss Spring, Cudney, Weinert und Winters (2011) sowie Granero-Molina et al. (2018) stellt die Partnerin respektive der Partner für Betroffene die wichtigste soziale Unterstützung dar, um sich erfolgreich an eine langfristige Krankheit anzupassen und im täglichen Leben voranzukommen.

Nach Kobelt et al. (2012) kann sich die Erkrankung jedoch auch negativ auf das Familienleben und die Sexualität auswirken. Gemäss Akkus et al. (2010) erleben Patientinnen und Patienten aufgrund ihrer Sexualität Spannungen mit der Partnerin oder dem Partner. Weiter kann gemäss Healey et al. (2009) die Ausführung von sozialen Rollen eingeschränkt sein.

Trotz der vielseitigen Schwierigkeiten ist anhand bestehender Literatur zu erkennen, dass Gesundheitsfachpersonen das Thema Sexualität meist nicht ansprechen, was zu einer Unzufriedenheit der Betroffenen führt (Healey et al., 2009; Sakellariou & Algado, 2006). Spring et al. (2011) sowie Rothermund et al. (2010) betonen die Wichtigkeit, dass Gesundheitsfachpersonen sich ihrer Verantwortung zur Unterstützung und Informationsgabe, nicht nur gegenüber den Betroffenen, sondern auch deren Partnerinnen oder Partnern, bewusst sind und die Paare in ihrer Kommunikation begleiten.

### **1.3 Relevanz für die Profession**

Gemäss Schramm (2014) setzen sich Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten für das Wohlbefinden, die Lebensqualität sowie die Gesundheit ihrer Klientinnen\* und Klienten ein. Dabei unterstützen und fördern sie die Teilhabe dieser in täglichen Handlungen und Alltagsaktivitäten. Die Ergotherapie vertritt eine holistische\* Sichtweise des Menschen und verfolgt einen klientenzentrierten\* sowie betätigungsorientierten\* Ansatz. Ausserdem unterstützt sie gemäss dem Autor die Klientinnen und Klienten in der selbstständigen Ausführung von Aktivitäten des täglichen Lebens\*, zu welchen auch die Sexualität zählt.

Die Sexualität ist gemäss der American Occupational Therapy Association [AOTA] (2014) eine Betätigung. Die Canadian Association of Occupational Therapists [CAOT] (2002) definiert Betätigung als eine Gruppe von Aktivitäten und Alltagsaufgaben, die vom Individuum bestimmt, strukturiert und als bedeutungsvoll und wertvoll erachtet werden.



Schramm (2014) zeigt einen klaren Zusammenhang zwischen Sexualität, als wichtigen Aspekt des Lebens, und der Ergotherapie auf. 73% der Klientinnen und Klienten und 59% ihrer Lebenspartnerinnen und Lebenspartner erachten Sexualität als wichtigen Aspekt, der im Rahmen der Rehabilitation thematisiert werden sollte. Aus Sicht der Betroffenen besteht der Wunsch, das Thema mit Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten zu besprechen. Weiter betont Schramm (2014), dass Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten für alle Lebenslagen zuständig sind, was die Unterstützung zur Rückkehr zu einem aktiven und gesunden Sexualeben miteinschliesst. Auch Mohammed (2017) betont, dass Sexualität von Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten angesprochen werden sollte.

#### **1.4 Begründung der Themenwahl**

Bisher wurde das Thema Sexualität in der Ergotherapie eher stiefmütterlich behandelt, obwohl es viele Gruppen von Klientinnen und Klienten betrifft, bei welchen das Ausleben dieser Betätigung aus unterschiedlichen Gründen eingeschränkt sein dürfte. Daraus ergab sich der Vorschlag für eine BA zum Thema «Sexualität bei Menschen mit muskuloskelettalen Schmerzen», welcher von zwei Ergotherapeutinnen aus der Praxis eingereicht wurde. Die Mitarbeitenden möchten einen weiteren Beitrag leisten, damit die Sexualität als Betätigung zunehmend in der ergotherapeutischen Praxis integriert wird. In der Ergotherapie werden gemäss Fisher (2014) auch Klientenkonstellationen behandelt. Das bedeutet, dass neben der primären Person, die Ergotherapie verordnet bekommt, auch enge Bezugspersonen, die mit ihr leben oder arbeiten und von deren Betätigungsproblemen betroffen sind, vom Angebot der Ergotherapie profitieren sollten. Denn auch sie können Performanzprobleme\* aufweisen.

#### **1.5 Abgrenzung**

In der vorliegenden Arbeit liegt der Fokus auf der Sichtweise von Betroffenen und deren Partnerinnen und Partner bezüglich des wahrgenommenen Einflusses der Arthritis oder dem Weichteilrheuma auf das gemeinsame Sexualeben. Bisher wurde die Perspektive des Paares sowie die Sexualität im Zusammenhang mit chronisch muskuloskelettalen Erkrankungen in keiner anderen BA aufgezeigt.

## **1.6 Fragestellung**

Aus den oben genannten Überlegungen und Problemen entwickelte sich folgende Fragestellung:

Welcher ergotherapeutische Handlungsbedarf ergibt sich durch die Sichtweise von an Arthritis oder Weichteilrheuma erkrankten Menschen und deren Partnerinnen und Partner hinsichtlich der Sexualität in der Beziehung?

## **1.7 Zielsetzung**

Die vorliegende Arbeit soll aufzeigen, welche Auswirkungen die Krankheitsgruppen Arthritis und Weichteilrheuma aus Sicht der Betroffenen sowie deren Partnerinnen und Partner auf ihre gemeinsame Sexualität in der Beziehung haben. Weiter soll beschrieben werden, wie Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten auf die vom Paar erlebten Herausforderungen eingehen können (Handlungsbedarf).

Im folgenden Kapitel wird der theoretische Hintergrund aufgezeigt.

## **2. Theoretischer Hintergrund**

Der theoretische Hintergrund soll zum vertieften Verständnis des Themas beitragen. Nachfolgend werden die Sexualität, die beiden Krankheitsgruppen Arthritis und Weichteilrheuma sowie chronische Schmerzen, die Partnerschaft und das ergotherapeutische Modell CMOP-E (Canadian Model of Occupational Performance and Engagement) vorgestellt.

### **2.1 Sexualität**

Gemäss der World Health Organisation [WHO] (2010) wird Sexualität folgendermassen definiert:

... a central aspect of being human throughout life encompasses sex, gender identities and roles, sexual orientation, eroticism, pleasure, intimacy and reproduction. Sexuality is experienced and expressed in thoughts, fantasies, desires, beliefs, attitudes, values, behaviours, practices, roles and relationships. While sexuality can include all of these dimensions, not all of them are always experienced or expressed. Sexuality is influenced by the interaction of biological, psychological, social, economic, political, cultural, legal, historical, religious and spiritual factors. (S. 4)

### **2.2 Arthritis**

Arthritis steht gemäss der Rheumaliga Schweiz (2017) als Oberbegriff für Erkrankungen, die mit einer Entzündung von Gelenken verbunden sind. Dazu zählen unter anderem die rheumatoide Arthritis\*, ankylosierende Spondylitis\*, Psoriasis Arthritis\*, juvenile idiopathische Arthritis\*, Gicht\* sowie Pseudogicht\*. Die Krankheiten weisen unterschiedliche Risikofaktoren auf. Laut der Rheuma-Liga Hessen (2014) liegt eine Fehlfunktion des Immunsystems vor, die zu Entzündungszeichen wie Überwärmung, Rötung, Schwellung, Schmerz und Funktionsbeeinträchtigung der entzündeten Körperregion führt.

## **2.3 Weichteilrheuma**

Laut der Rheumaliga Schweiz (2017) gehören jene Krankheitsbilder zur Gruppe Weichteilrheuma, die sich durch Schmerzen an weichen Strukturen wie Muskeln, Sehnen, Bändern, Schleimbeuteln, Fettgewebe oder Bindegewebe ausdrücken. Weichteilrheuma tritt meist aufgrund einer Überbelastung auf (Rheuma-Liga Hessen, 2014). Es wird gemäss der Rheumaliga Schweiz (2017) zwischen lokal auftretenden Erkrankungen, wie dem Tennisellbogen oder der Sehnenscheidenentzündung und einer generalisierten\* Form, dem Fibromyalgie-Syndrom\*, unterschieden.

## **2.4 Chronische Schmerzen**

Menschen mit muskuloskelettalen Erkrankungen leiden häufig an Schmerzen, die sich gemäss der Rheumaliga Schweiz (2017) im Verlauf der Erkrankung chronifizieren können. Der Chronifizierungsprozess vom Schmerz wird nachfolgend erläutert.

Schmerz wird von der International Association for the Study of pain [IASP] (1979) als unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis definiert, das mit aktueller oder potentieller Gewebeschädigung verknüpft ist oder mit Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben werden kann. Gemäss Janner (2008) stellt akuter Schmerz für unseren Körper eine wichtige Warn- und Schutzfunktion dar, indem er uns auf Verletzungen und Erkrankungen aufmerksam macht sowie Überlastung verhindert. Wenn Schmerzen trotz Behandlung über einen Zeitpunkt hinaus bestehen und länger als 3 Monate anhalten, werden sie chronisch (Janner, 2008). Der Inhalt und der Verlauf einer Schmerzchronifizierung ist gemäss Nilges und Nagel (2007) von der Wechselwirkung zwischen somatischen, psychischen und sozialen Faktoren gekennzeichnet. Mit der Zeit entwickelt sich der Schmerz laut Janner (2008) zu einem eigenständigen Krankheitsbild und beeinflusst physische, psychische und soziale Aspekte.

## **2.5 Partnerschaft**

(Liebes-) Beziehungen oder auch Partnerschaften nehmen gemäss Wenske (2008) eine zentrale Stellung im Leben der Menschen ein. Trotzdem werden sie in der Literatur im deutschsprachigen Raum nur selten und unterschiedlich definiert. Der Autor führt dies auf

die nicht einheitliche Beziehungspsychologie zurück. In dieser Arbeit stützen sich die Verfasserinnen auf folgende Definitionen:

Unter Partnerschaft wird gemäss Spektrum (n.d.) eine nicht-eheliche oder eheliche Gemeinschaft verstanden, bei welcher der emotionale Austausch im Vordergrund steht. Soziale Rollen müssen in der Partnerschaft gemäss dem Autor in befriedigender Weise auf situative und persönliche Bedürfnisse abgestimmt werden.

Laut Winkler (n.d.) zeichnet sich eine Beziehung durch aufeinander bezogenes Handeln, Denken und Fühlen von zwei Personen aus. Bei Liebesbeziehungen wird zusätzlich die Intimität zwischen zwei Personen miteinbezogen. Liebesbeziehungen zeugen zudem von gegenseitiger Akzeptanz. Darüber hinaus wird in westlichen Kulturen der Beginn einer Beziehung immer durch das Einverständnis beider Partner charakterisiert.

Die Begriffe Paarbeziehung, Partnerschaft, Liebesbeziehung und intime Beziehung werden von den Verfasserinnen äquivalent behandelt, wobei sowohl gleichgeschlechtliche als auch verschiedengeschlechtliche Paare miteinbezogen werden.

## **2.6 CMOP-E**

In diesem Unterkapitel wird das ergotherapeutische Modell «Canadian Model of Occupational Performance and Engagement», kurz CMOP-E, erklärt. Die Ergebnisse jener Studien, die in dieser BA der Beantwortung der Fragestellung dienen, werden im später folgenden Ergebnisteil in die drei Komponenten des CMOP-E eingeteilt.

### **2.6.1 Begründung der Modellwahl**

Für diese BA wurde das CMOP-E gewählt, da es in der ergotherapeutischen Praxis eine breite Anwendung findet. Mit der Verwendung des Modells in der vorliegenden Arbeit soll eine Verbindung zur ergotherapeutischen Praxis geschaffen werden. Obwohl die Sexualität kein expliziter Bestandteil des Modells ist, haben sich die Verfasserinnen entschieden dieses zu wählen und teilen die Sexualität der Komponente Betätigung und dem darin enthaltenen Lebensbereich Freizeit zu.

Das CMOP-E wird in dieser Arbeit zur Einteilung der von den Betroffenen und deren Partnerinnen oder Partnern hinsichtlich ihrer Sexualität erlebten Herausforderungen

genutzt. Zusätzlich soll das Modell zur Erörterung der möglichen Handlungsansätze der Ergotherapie hinzugezogen werden.

### 2.6.2 Komponenten des CMOP-E

Das CMOP-E, das in Abbildung 1 als dreidimensionale Grafik dargestellt ist, zeigt den Zusammenhang und die Wechselwirkung zwischen den drei Komponenten Person (gelbes Dreieck), Betätigung (blauer Kreis) und Umwelt (grüner Kreis). Dehnhardt und Schaefer (2012) betonen die Auswirkung auf das gesamte System bei Veränderung einer Komponente.

Im Zentrum des Modells steht die **Person** mit ihrer Spiritualität, die als deren Geist oder Charakter verstanden wird. Die Fähigkeiten einer Person werden in physische, affektive und kognitive Performanzkomponenten unterteilt, die ein Mensch zum Agieren nutzt. Die Komponenten unterstützen oder beeinträchtigen eine Betätigung und sind Teil einer erfolgreichen Performanz (Townsend & Polatajko, 2013). Eine Definition der Begriffe erfolgt in Tabelle 1.

**Betätigungen** geben dem Leben Bedeutung und entwickeln und verändern sich über die gesamte Lebensspanne. Die Betätigungen einer Person finden in den Lebensbereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit statt. Die Konstitution eines Menschen und seine Umwelt prägt und beeinflusst seine Betätigungen (Townsend & Polatajko, 2013). In Tabelle 2 werden diese Begriffe genauer erklärt.

Die **Umwelt**, in der Betätigung stattfindet, kann in die vier Unterkategorien physisch, institutionell, kulturell und sozial eingeteilt werden (Townsend & Polatajko, 2013). In Tabelle 3 erfolgt die Definition der Begriffe.

Die Besonderheiten des CMOP-E sind die Klientenzentrierung und die Betätigung. Dabei wird unter Klientenzentrierung verstanden, dass die Klientinnen und Klienten Expertinnen und Experten in Bezug auf ihre Betätigungen sind. Zudem werden sie aktiv in den ergotherapeutischen Prozess einbezogen, um diesen mitzugestalten. Die Performanz und das Ermöglichen von Betätigungen sind im CMOP-E zentral (Townsend & Polatajko, 2013).

In der Grafik des CMOP-E in Abbildung 1. ist zu erkennen, dass das Modell sowohl eine Frontansicht als auch einen Querschnitt aufweist. Der ergotherapeutische Wirkungsbereich wird im Querschnitt dargestellt und befindet sich in der Überschneidung der Komponenten Person, Betätigung und Umwelt (Townsend & Polatajko, 2013).

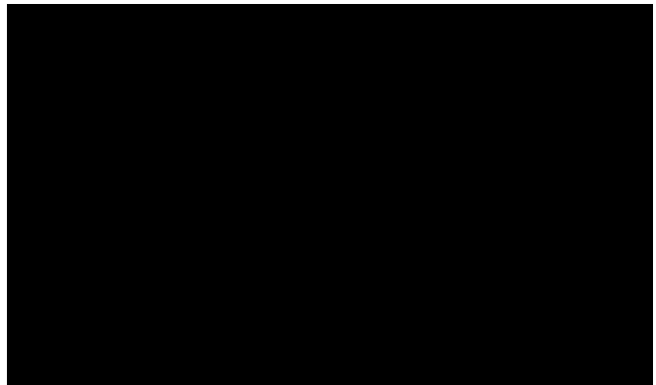


Abbildung 1. CMOP-E  
[https://www.researchgate.net/figure/Canadian-Model-of-Occupational-Performance-CMOP-E-Published-with-permission-from-CAOT\\_fig1\\_330563634](https://www.researchgate.net/figure/Canadian-Model-of-Occupational-Performance-CMOP-E-Published-with-permission-from-CAOT_fig1_330563634)

Tabelle 1. CMOP-E Person

| Person               |   |
|----------------------|---|
| Spiritualität        | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stellt das Zentrum des Menschen dar</li> <li>▪ Steht für «eigener Geist» oder «Charakter»</li> <li>▪ Bezieht sich auf das persönliche Innere (Wesenskern)</li> <li>▪ Wird durch Umwelt mitgeprägt</li> <li>▪ Verleiht den Betätigungen Bedeutung</li> <li>▪ Durchdringende Lebenskraft, welche Willens- und Selbstentwicklung unterstützt</li> <li>▪ Wird durch Ausführung von Betätigungen ersichtlich</li> </ul> |
| Physische Komponente | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alle körperlichen Ausführungen einer Betätigung</li> <li>▪ Alle sensorischen*, motorischen* und sensomotorischen* Funktionen</li> </ul>  |
| Affektive Komponente | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Umfasst das Emotionale</li> <li>▪ Alle sozialen und emotionalen Funktionen</li> </ul>  |
| Kognitive Komponente | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Umfasst das Denken</li> <li>▪ Alle mentalen*, kognitiven* und intellektuellen* Funktionen</li> <li>▪ Perzeption*, Konzentration und Gedächtnis</li> </ul>  |

Tabelle 2. CMOP-E Betätigung

| Betätigung       |   |
|------------------|---|
| Selbstversorgung | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alles, was man macht, um sich selbst körperlich zu versorgen</li> <li>▪ Dazu zählen die Körperhygiene, die Nahrungszubereitung und -aufnahme, die Regelung von persönlichen Angelegenheiten wie das Mieten einer Wohnung, die Geldverwaltung, Anträge ausfüllen und vieles mehr</li> </ul> |

## Fortsetzung

Tabelle 2. CMOP-E Betätigung

|               |  |
|---------------|--|
| Produktivität | <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Tätigkeiten, denen ein Mensch nachgeht, um auf irgendeine Weise produktiv zu sein</li><li>▪ Dazu zählen finanziell entlohnte Arbeiten, ehrenamtliche Tätigkeiten, das Besuchen der Schule und Weiterbildungen sowie das Führen des Haushaltes bei Hausfrauen</li></ul> |
| Freizeit      | <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Die Zeit, in der keine vorgegebenen Tätigkeiten auszuführen sind und die frei zur Verfügung steht</li></ul>  |

Tabelle 3. CMOP-E Umwelt

| Umwelt                 |  |
|------------------------|--|
| Physische Umwelt       | <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Natürliche und geschaffene Räume, in denen Betätigung stattfindet</li><li>▪ Alles, was ein Mensch anfassen und fühlen kann</li></ul>   |
| Institutionelle Umwelt | <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Umfasst alle Arten von Institutionen, die für einen Menschen wichtig sein können</li><li>▪ Dazu zählen beispielsweise ökonomische, rechtliche und politische Institutionen</li></ul> |
| Kulturelle Umwelt      | <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Kultur, Sitten, Bräuche, Religionen und Traditionen</li></ul>  |
| Soziale Umwelt         | <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Personen, mit denen jemand in Kontakt steht</li></ul>  |

Im nachfolgenden Abschnitt wird auf das in der vorliegenden BA gewählte methodische Vorgehen eingegangen.



### 3. Methodik

Im folgenden Kapitel werden das Vorgehen bei der Literaturrecherche und die Selektion der Hauptstudien mittels definierten Keywords sowie die Ein- und Ausschlusskriterien erläutert. Weiter wird die Auswahl der Hauptstudien aufgezeigt und das Instrument zur kritischen Würdigung der Studien beschrieben.

#### 3.1 Literaturrecherche

Die Fragestellung wurde mittels eines Literaturreviews bearbeitet. Zu Beginn wurden passend zur Fragestellung und Zielsetzung der BA Schlüsselwörter und Keywords definiert. Diese mussten im Verlauf der Suche angepasst und ergänzt werden, da sich die Fragestellung und Zielsetzung aufgrund der festgestellten geringen Studienlage veränderten. Angesichts der Studienlage war es nicht möglich, die ganze Fragestellung anhand der gleichen Studien zu beantworten. Daher mussten zwei Studiensuchen durchgeführt werden. Eine mit dem Fokus auf die Ergotherapie und die Sexualität und die andere mit dem Ziel, die Sicht der Betroffenen und deren Partnerinnen und Partner auf die Sexualität aufzuzeigen.

Die Literaturrecherche erfolgte indem Keywords und deren Synonyme mit Trunkierungen\* und Booleschen Operatoren\* kombiniert wurden. Mit der Verwendung von datenbankspezifischen MeSH\* und Cinahl Subject Headings\* wurde zusätzlich nach geeigneter Literatur gesucht. Die definierten Schlüsselwörter, Keywords und Synonyme sind in Tabelle 4 ersichtlich.

Tabelle 4. Schlüsselwörter, Keywords und Synonyme

| Schlüsselwörter   | Keywords  | Synonyme  |
|-------------------|-----------|---|
| <b>Sexualität</b> | sexuality | sexual activity, sexual identity, sexual health, sexual behaviour, intimate relationship, intimacy  |
| <b>Arthritis</b>  | arthritis | chronic pain, chronic musculoskeletal illness, chronic musculoskeletal disease, morbus bechterew, ankylosing spondylitis, spondylitis ankylosans, arthritis, psoriasis-arthritis, rheumatoide arthritis |

Fortsetzung

Tabelle 4. Schlüsselwörter, Keywords und Synonyme

| Schlüsselwörter                | Keywords               | Synonyme   |
|--------------------------------|------------------------|--|
| <b>Weichteilrheuma</b>         | soft tissue rheumatism | fibromyalgia, fibromyalgia-syndrome  |
| <b>Bedürfnis</b>               | need                   | requirement, demand, desire  |
| <b>Sichtweise</b>              | point of view          | perspective, attitude, attending, patient perspective, patient view  |
| <b>Erfahrung</b>               | experience             | knowledge  |
| <b>Einfluss</b>                | influence              | impact   |
| <b>Partnerin oder Partner</b>  | partner                | partnership, family member, member, husband, wife, sexual partner, partner role, spouse, interpersonal relation                        |
| <b>Gesundheitsfachpersonen</b> | Health professionals   | Healthcare professionals, health care professionals, health professionals, medical professionals, nurses, physiotherapists, physicians |
| <b>Ergotherapie</b>            | Occupational therapy   | OT, occupational therapist, occupational therapists  |

Für die anschließende systematische Literaturrecherche wurden die medizinischen Datenbanken MEDLINE, CINAHL, AMED, PubMed und die psychologischen Datenbanken PsycINFO, PubPsych und PsycARTICLES festgelegt. Diese Auswahl wurde getroffen, da die Thematik Sexualität in Verbindung mit Arthritis und Weichteilrheuma sowohl medizinische als auch psychologische Aspekte beinhaltet. Aufgrund der Anpassung der Fragestellung wurde zusätzlich auf den ergotherapeutischen Datenbanken OTD Base sowie OTseeker gesucht. Eine genauere Beschreibung der Datenbanken ist in Anhang C ersichtlich.

### 3.2 Selektionsprozess

In Tabelle 5 sind die von den Verfasserinnen definierten Einschlusskriterien mit den entsprechenden Begründungen ersichtlich. Anhand dieser Kriterien wurde geprüft, ob die Treffer auf den Datenbanken als mögliche Hauptstudien in Frage kommen oder nicht. Die Einschlusskriterien Ergotherapie beziehungsweise Arthritis und/ oder Weichteilrheuma mussten aufgrund der zweiteiligen Fragestellung jeweils nur für einen Teil der Studien gegeben sein. Für einen möglichen Ein- oder Ausschluss der Studien

erfolgte beim Lesen der Abstracts während der Datenbankrecherche ein grober Abgleich mit diesen Kriterien. Die gesamte Suchmatrix befindet sich in Anhang D.

Tabelle 5. Einschlusskriterien

| Kriterium                             | Einschlusskriterien   | Begründung  |
|---------------------------------------|---|---|
| <b>Setting</b>                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Westliche Kultur: Mitteleuropa, USA, Kanada, Australien und Neuseeland</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Industrialisierte Länder mit ähnlichen soziodemografischen Gegebenheiten</li> <li>▪ Die Übertragbarkeit der Studien auf die Schweiz sollte ansatzweise gewährleistet sein</li> </ul> |
| <b>Verfügbarkeit der Literatur</b>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Primärliteratur oder Review</li> <li>▪ Volltext verfügbar</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Evidenz</li> </ul>   |
| <b>Sprache</b>                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Deutsch oder English</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Beide Sprachen werden von den Verfasserinnen verstanden</li> </ul>   |
| <b>Arthritis</b>                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dazu zählen rheumatoide Arthritis, ankylosierende Spondylitis, Psoriasis Arthritis, juvenile idiopathische Arthritis, Gicht sowie Pseudogicht</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Eingrenzung der einbezogenen Erkrankungen auf Arthritis und Weichteilrheuma</li> <li>▪ Andere muskuloskelettale Erkrankungen sind für diese BA nicht relevant</li> </ul>             |
| <b>Weichteilrheuma</b>                | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Eingeschlossen wird die generalisierte Form, die Fibromyalgie</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Eingrenzung der einbezogenen Erkrankungen auf Arthritis und Weichteilrheuma</li> <li>▪ Andere muskuloskelettale Erkrankungen sind für diese BA nicht relevant</li> </ul>             |
| <b>Ergotherapie</b>                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Eingeschlossen werden Studien, bei denen es um die Ergotherapie und nicht um andere Berufsgruppen im Gesundheitswesen geht</li> </ul>                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bachelorarbeit im Institut für Ergotherapie</li> <li>▪ Studie soll relevant für die Profession sein</li> </ul>   |
| <b>Erscheinungsjahr der Literatur</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Literatur sollte nicht älter als 10 Jahre sein</li> <li>▪ Erschienen zwischen 2009-2019</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Aktualität der Studienergebnisse (state of the art) soll durch diese Einschränkung gegeben sein</li> </ul>   |

Studien, die älter als 10 Jahre waren, wurden direkt ausgeschlossen. Der Selektionsprozess erfolgte bei insgesamt 29 Studien. Mittels erneuten Lesens der Abstracts wurden diese genau auf die Einschlusskriterien und die Relevanz für die

Beantwortung der Fragestellung geprüft. Durch diesen Prozess wurden acht mögliche Hauptstudien identifiziert.

### **3.3 Auswahl der Hauptstudien**

Die acht durch den Selektionsprozess definierten Hauptstudien wurden mittels Lesens des Volltextes erneut überprüft. Durch diesen Prozess wurden insgesamt drei Studien aufgrund unzureichender Beantwortung der Fragestellung ausgeschlossen. Wie im Selektionsprozess in Abbildung 2 ersichtlich ist, wurden anfangs insgesamt fünf Hauptstudien für die Beantwortung der Fragestellung ausgewählt. Alle Hauptstudien haben einen qualitativen Forschungsansatz. Im Verlaufe des Entstehungsprozesses dieser BA musste die Hauptstudie von Helland et al. (2016) aufgrund unzureichender Beantwortung der Fragestellung und Eingrenzung des Themas ausgeschlossen werden. Die Studie wird im Theorie-Praxis Transfer wieder in die Arbeit miteinbezogen. In Anhang E befindet sich eine Tabelle mit der Begründung des Studieneinschlusses.

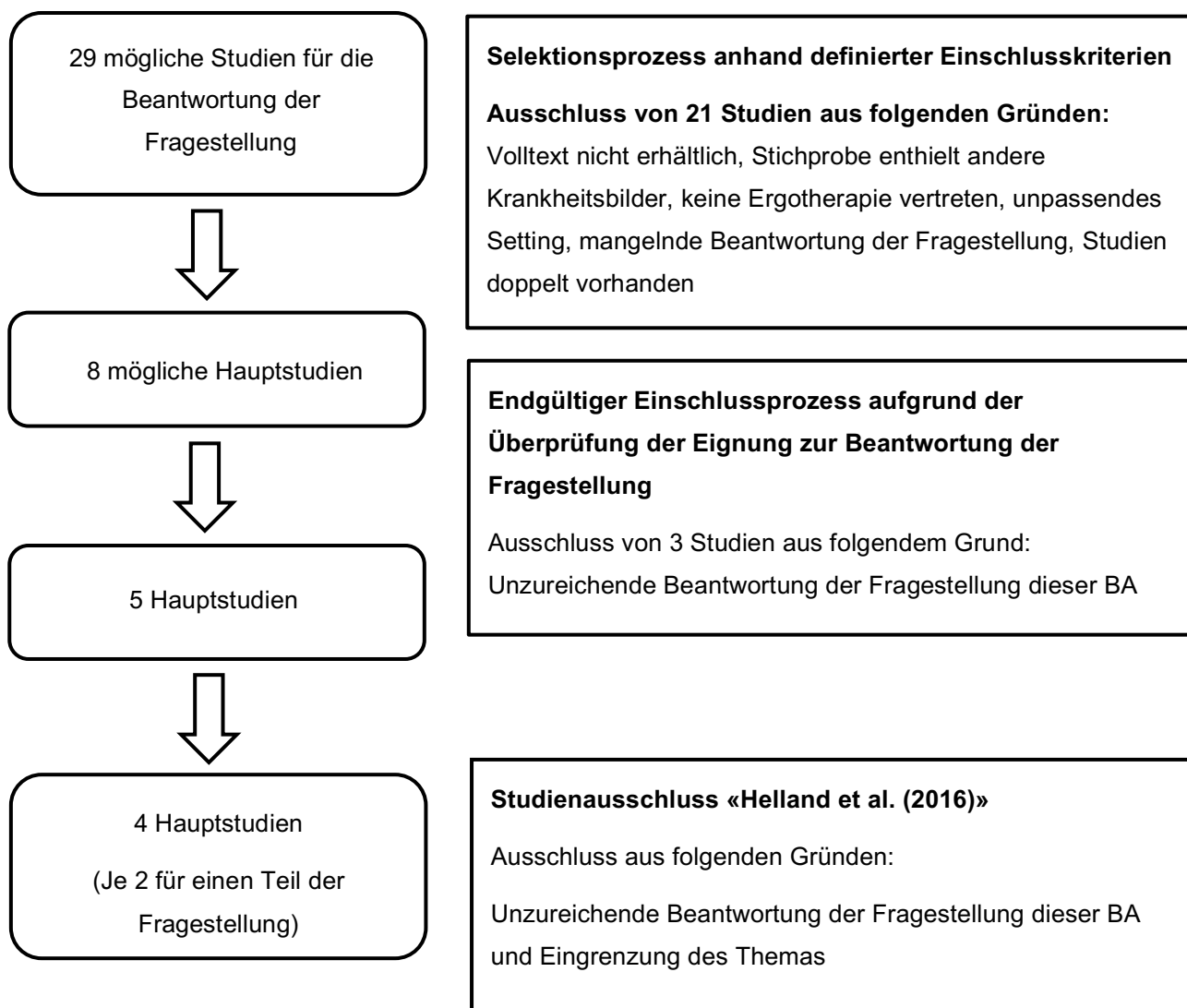


Abbildung 2. Selektionsprozess

### 3.4 Hauptstudien

Die Tabelle 6 bietet eine Übersicht zu den vier eingeschlossenen Hauptstudien. Im Ergebnis- und Diskussionsteil sowie in der Schlussfolgerung werden diese jeweils mit Nummern in eckigen Klammern [1-4] gekennzeichnet.

Tabelle 6. Hauptstudien

| Nummer | Autor          | Jahr | Titel   |
|--------|----------------|------|---|
| 1      | Helland et al. | 2011 | Rheumatic diseases and sexuality: Disease impact and self-management strategies |

Fortsetzung

Tabelle 6. Hauptstudien

| Nummer | Autor             | Jahr | Titel   |
|--------|-------------------|------|---|
| 2      | Jiménez et al.    | 2017 | Perceptions about the sexuality of women with fibromyalgia syndrome: a phenomenological study |
| 3      | Lynch und Fortune | 2019 | Applying an Occupational Lens to Thinking About and Addressing Sexuality                      |
| 4      | Rose und Hughes   | 2018 | Addressing Sex in Occupational Therapy: A Coconstructed Autoethnography                       |

### 3.5 Evaluation der Studienqualität

Zur Evaluation der Studienqualität wurde das Formular zur kritischen Besprechung qualitativer Studien nach Law et al. (1998) verwendet. Weiter wurde die Güte der qualitativen Studien nach Lincoln und Guba (1985) beurteilt. Die vollständige Würdigung der Studien befindet sich in Anhang F.

Im folgenden Kapitel werden die aus den Hauptstudien generierten Ergebnisse aufgezeigt und mit dem CMOP-E in Verbindung gebracht.

## 4. Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die vier Hauptstudien zur Beantwortung der Fragestellung dieser BA zusammengefasst und gewürdigt. Die Zusammenfassung beinhaltet die Informationen zu Zielsetzung, Design, Stichprobe, Datenerhebung, Datenanalyse und zu den Ergebnissen der Studien. Anschliessend folgt eine Übersicht zur Qualität der Hauptstudien. Weiter erfolgt die Einteilung der Studienergebnisse in das CMOP-E, welche anschliessend in einem Fliesstext zusammengefasst werden.

### 4.1. Zusammenfassung und Würdigung der Hauptstudien

Um die Ergebnisse zu gliedern, wurden sie mit den im Ergebnisteil der Studien verwendeten Obertiteln ergänzt.

#### 4.1.1 Helland et al. (2011)

Nachfolgend wird die Studie 1 «Rheumatic diseases and sexuality: Disease impact and self-management strategies» zusammengefasst und gewürdigt.

Tabelle 7. Zusammenfassung Helland et al. (2011)

| Studienabschnitt   | Zusammenfassung  |
|--------------------|--|
| <i>Zielsetzung</i> | <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Untersuchen, inwiefern intime Beziehungen und die Sexualität von rheumatischen Erkrankungen beeinflusst werden</li><li>▪ Selbstmanagement Strategien zum Umgang mit den Folgen der Krankheit aus Sicht der Studienteilnehmenden aufzeigen</li></ul>  |
| <i>Design</i>      | Nicht genannt  |
| <i>Stichprobe</i>  | Die Stichprobenwahl erfolgte zielgerichtet (purposeful sampling). Sie umfasst 24 Frauen und Männer, die 18 Jahre oder älter sind, von einem Rheumatologen mit einer rheumatischen Erkrankung (Rheumatoide Arthritis, ankylosierende Spondylitis, Psoriasis Arthritis oder juvenile idiopathische Arthritis) diagnostiziert wurden und zwei oder mehr Jahre daran leiden. |

## Fortsetzung

Tabelle 7. Zusammenfassung Helland et al. (2011)

| Studienabschnitt     | Zusammenfassung   |
|----------------------|---|
| <i>Datenerhebung</i> | Es wurden einmalig 19 semistrukturierte, detaillierte individuelle Interviews durch die Autorin Ylva Helland und zwei Fokusgruppen Interviews (eines mit drei Frauen und eines mit drei Männern) durch die Forscherin Eldri Steen durchgeführt. Ein Interview musste aufgrund schlechter Datenqualität ausgeschlossen werden. Insgesamt konnten daher die Daten von 23 Patientinnen und Patienten ausgewertet werden. Eine Frau hat sowohl am Fokusgruppen- als auch am Einzelinterview teilgenommen. Nach den Interviews füllten die Teilnehmenden einen Fragebogen zu den persönlichen und krankheitsbezogenen Daten aus. Weiter wurde das Assessment «modified Health Assessment Questionnaire [M-HA]» zur Erhebung der physischen Funktion durchgeführt.                    |
| <i>Datenanalyse</i>  | Die Interviews wurden aufgenommen und von zwei speziell ausgebildeten Sekretärinnen wörtlich transkribiert. Für das Codieren und Systematisieren wurde das «QSR International NVivo» Datenprogramm genutzt. Um den Prozess der Datenanalyse zu validieren, haben Helland und Steen unabhängig voneinander fünf Transkripte überprüft und erste Themen daraus identifiziert. Die Transkripte wurden anschliessend von Helland nach einem deskriptiven phänomenologischen Ansatz thematisch analysiert. Das Coding, die thematische Struktur und die Interpretation der Unterlagen wurden mit einer Ressourcengruppe sowie mit qualitativ Forschenden diskutiert, um sicherzustellen, dass die relevanten Themen identifiziert und alternative Interpretationen überdacht wurden. |

---

## Ergebnisse

### Zwischen Krankheit und Normalität

- Der Ausbruch der Krankheit führt dazu, dass sich die Betroffenen im Umgang mit intimen Beziehungen neu orientieren müssen. Die Krankheit schafft für Körper und Sexualität neue Voraussetzungen, mit denen ein Umgang gelernt werden muss.
- Die meisten Teilnehmenden nehmen nur ungern die Rolle einer Kranken oder eines Kranken in ihrer intimen Beziehung an, weshalb sie es als schwierig erachten, mit ihrer Partnerin oder ihrem Partner über sexuelle Probleme zu sprechen.
- Ein verändertes Körperbild beeinflusst den Wunsch nach sexueller Intimität. Viele Frauen fühlen sich weniger attraktiv, anderen hingegen sind die körperlichen Fähigkeiten wichtiger als das Erscheinungsbild.



- Auch die Männer erleben eine Veränderung im Erscheinungsbild. Ein Grossteil betrachtet sich selbst jedoch nicht als weniger attraktiv und ist im Allgemeinen weniger besorgt als die Frauen.
- Unter den Teilnehmenden besteht eine grosse Varianz zu den Erfahrungen und Wahrnehmungen wie und in welchem Ausmass die Krankheit die Sexualität beeinflusst. Demnach erachten es einige als wichtig, sich bewusst zu sein, dass auch nicht Betroffene ebenfalls Probleme in ihrem Sexualleben haben und nicht alle Herausforderungen krankheitsbedingt sind.

### **Beziehungsaspekte**

- Teilnehmende berichten, dass der wahrgenommene Einfluss der Krankheit auf die Sexualität durch das Verständnis, die Empathie und die Akzeptanz der Partnerin oder des Partners beeinflusst wird.
- Der schwankende Krankheitsverlauf sowie die unsichtbaren Symptome der Erkrankung werden als Herausforderungen bezüglich der unvorhersehbaren körperlichen Fähigkeiten und dem Verlangen nach Sexualität angesehen, was vor allem für die Partnerinnen und Partner schwierig ist.
- Mangelndes Verständnis des Partners führt bei einigen Frauen zu Zurückhaltung gegenüber körperlichem Kontakt.
- Im Gegensatz dazu erfuhren einige Teilnehmerinnen und Teilnehmer Akzeptanz von der Partnerin oder vom Partner und betonten, dass ein gemeinsames Verständnis für die schwankende Natur der Erkrankung zu mehr Flexibilität und besserer Kommunikation führt. So haben beide die Möglichkeit, die sexuelle Aktivität entsprechend anzupassen und das Anleiten des sexuellen Aktes wird für die Betroffene oder den Betroffenen erleichtert.
- Die Bedeutung der Akzeptanz und des Feedbacks der Partnerin oder des Partners im Zusammenhang mit körperlichen Deformitäten wird von beiden Geschlechtern als wichtig thematisiert, da das veränderte physische Erscheinungsbild das Körperbild, Selbstwertgefühl und das Sexualleben negativ beeinflussen kann.
- Die Erkrankung kann die Möglichkeit, eine Beziehung einzugehen, verringern. Einige Betroffene haben Bedenken eine Partnerin oder einen Partner in einer guten Phase zu treffen, da dies einen falschen Eindruck bezüglich des Sexuallebens

vermitteln könnte. Andere vermeiden das Eingehen einer neuen Beziehung aus Angst davor, zu wenig Energie zu haben, um den Anforderungen, die eine Beziehung oder eine Familienplanung stellt, gerecht werden zu können.

### **Krankheitsbedingte Herausforderungen im Sexualleben**

- Die meisten Teilnehmenden beschreiben einen Verlust oder ein vermindertes Verlangen nach sexuellen Aktivitäten. Diese Herausforderung kann auf die Erkrankung (hohe Krankheitsaktivität, Schmerzen, Steifheit, Fatigue, körperliche Beeinträchtigung), auf die Behandlung (Nebenwirkungen von Medikamenten), auf mangelndes Selbstwertgefühl (aufgrund des sich ändernden Aussehens) oder aufgrund von Unverständnis von der Partnerin oder vom Partner zurückgeführt werden. Bei einigen ist der Verlust des Sexualverlangens permanent, bei anderen hingegen nur periodisch. Ein Teilnehmer äusserte, dass der verringerte Sexualtrieb wohl der schlimmste Aspekt ist, da er sich nicht wie ein Mann fühle. Die genannten Faktoren können dazu führen, dass sexuellen Aktivitäten eine geringere Priorität zugeschrieben wird.
- Teilnehmende erleben Einschränkungen der Bewegungen und Stellungen und empfinden Sex als unangenehm oder sogar unmöglich, was auf psoriatische Hautausschläge im Intimbereich, Schmerzen, Steifheit oder Ersatzgelenke zurückzuführen ist.
- Bei den Betroffenen besteht die Angst den Sexualakt unterbrechen zu müssen. Für einige Teilnehmende ist das Initiieren einer sexuellen Aktivität mit Verpflichtung oder mentalem Druck verbunden, da sie denken, diese beenden zu müssen.
- Einige Männer erleben eine erektile Dysfunktion\* und beschreiben dies als Schock und Bedrohung ihrer Männlichkeit. Die erektile Dysfunktion wird auf Schmerzen oder die Medikation zurückgeführt.
- Es besteht eine Varianz bezüglich der erlebten Herausforderungen. Einige erleben keinen Einfluss der Erkrankung auf das Sexualleben, andere wiederum sagen, dass ihr Sexualleben mehr oder weniger ruiniert wurde.

### **Selbstmanagement Strategien**

Folgende Strategien zum Umgang mit sexuellen Herausforderungen wurden von den Teilnehmenden beschrieben:

- Aufschieben der sexuellen Aktivität, bis der Schub vorüber ist; Ignorieren von Einschränkungen; Anpassung von Stellungen und Bewegungen; Verwendung von alternativen Orten, Schmerzmitteln oder Kissen; weniger anstrengende sexuelle Aktivitäten auswählen; kreativ sein während des sexuellen Aktes.
- Eine weitere Strategie ist das Einnehmen einer aktiven oder passiven Rolle im sexuellen Akt. Eine aktive Rolle erlaubt beispielsweise, mögliche unerwartete Bewegungen der Partnerin oder des Partners zu verhindern.
- Das Kommunizieren über die Schwierigkeiten im Sexualleben oder das Stillschweigen dieser ist eine weitere Strategie.
- Einige Frauen beschreiben zudem das «Stretching», was bedeutet, dass sie sich trotz mangelnder Lust oder Energie dazu drängen, Sex zu haben. Weiter wird die Sexualität von einigen auch als positive Strategie zur Reduktion von Schmerzen und Stärkung der Beziehung zum Partner oder zur Partnerin beschrieben.

## **Würdigung**

Das Phänomen und der daraus resultierende **Zweck** der Studie werden kurz, jedoch sinnvoll mit vorhandener Literatur eingeleitet. Die theoretische Sichtweise und das bestehende Wissen der Forschenden über das Phänomen sind aus der Studie nicht ersichtlich.

Das **Studiendesign** wird nicht explizit erwähnt. In der Datenanalyse wird jedoch beschrieben, dass die Transkripte mit einem deskriptiven phänomenologischen Ansatz thematisch analysiert wurden. Von den Verfasserinnen wird somit angenommen, dass ein phänomenologischer Ansatz verfolgt wurde. Diese Annahme wird unterstützt durch die von den Forschenden erhobenen Erfahrungen und Gefühle der Teilnehmenden bezüglich der Auswirkung der Erkrankung auf die Sexualität, das Hineinversetzen in deren Lebenswelt und die Interpretation der Erfahrungen. Die Studie wurde vom «Regional Committee for Medical Research Ethics» genehmigt. Es wird jedoch nicht beschrieben, ob die Teilnehmenden eine schriftliche Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Studie abgeben mussten.

Die **Stichprobe** wurde zielgerichtet (purposively sampled) ausgewählt, was der qualitativen Forschung entspricht. Die Stichprobengrösse ist angemessen, wobei sich die Anzahl der Teilnehmenden nicht vom Prinzip der Sättigung leiten liess. Auch die

Triangulierung nach Methoden ist gegeben, da sowohl Einzel- als auch Fokusgruppeninterviews durchgeführt wurden. Ein Interview musste aufgrund schlechter Datenqualität ausgeschlossen werden, was auf eine Flexibilität beim Datenerhebungsprozess hindeutet.

Die deskriptive Klarheit der **Datenerhebung** ist nur teilweise gegeben. Die Referenzen der Forschenden werden teilweise angegeben. Zur Erreichung der prozeduralen Strenge fehlen Informationen zur Schulung der Datenerheberinnen und Datenerheber sowie zur Menge der gesammelten Daten. Anhand eines Literaturreviews und wiederholten Diskussionen wurde ein Interviewguide erstellt, welcher in der Studie vollumfänglich in einer Tabelle abgebildet ist.

Die **Datenanalyse** ist genau beschrieben und es wurde ein Entscheidungspfad für das Sammeln und Verwalten der Daten aufgezeigt. Es sind jedoch keine Regeln zur Transformation der Daten in Kategorien angegeben. Vertrauenswürdig erscheint hingegen, dass die Datenanalyse von zwei Forschenden durchgeführt und mit einer Ressourcengruppe sowie einem Team von qualitativ Forschenden diskutiert wurde (Peer debriefing). Gegen die Vertrauenswürdigkeit spricht die fehlende Überprüfung der Daten durch die Teilnehmenden (Member checking). Die Verfasserinnen schliessen aufgrund der beschriebenen Vorgehensweise in der Studie auf eine induktive Datenanalyse.

Die **Ergebnisse** werden mit Zitaten unterlegt und sind übersichtlich in vier Oberkategorien eingeteilt. Mittels der Erfahrungen der Teilnehmenden lässt sich das Ziel der Studie erreichen.

In der **Diskussion** werden die Resultate ausführlich diskutiert und mit bereits bestehender Forschung und zwei Modellen in Verbindung gebracht. Weiter führen die Autoren und Autorinnen Limitationen sowie Stärken ihrer Studie auf und nennen eine Implikation für die Praxis und Forschung.

### **Gütekriterien**

Die Interviews wurden aufgenommen sowie transkribiert und sind somit für Externe überprüfbar. Die Studie wurde durch eine Ressourcengruppe sowie einem Team von qualitativ Forschenden begleitet. Die Bestätigung (Confirmability)\* der Studie ist somit sichergestellt.

Aus der Studie ist nicht ersichtlich, ob die Datenerhebung und die -analyse bezüglich Gemeinsamkeiten und Unterschieden reflektiert wurde. Weiter ist nicht ersichtlich, in welcher Zeitspanne die Daten erhoben wurden. Die Datenanalyse sowie die -ergebnisse wurden nicht von einem hochschulinternen oder -externen Gremium geprüft. Jedoch wurden diese mit einer Ressourcengruppe sowie einem Team von qualitativ Forschenden diskutiert (Peer debriefing). Die Zuverlässigkeit (Dependability)\* der Studie ist deshalb teilweise gegeben.

Es wurde kein Member checking, jedoch ein Peer debriefing mit einer Ressourcengruppe sowie einem Team von qualitativ Forschenden durchgeführt. Aus der Studie ist nicht ersichtlich, ob Negativ- oder Kontrastfälle\* identifiziert wurden. Die Triangulierung nach Methoden ist gegeben, da Einzel- und Fokusgruppeninterviews durchgeführt wurden. Die Daten wurden mit dem NVivo Datenprogramm für qualitative Analysen codiert und systematisiert. Die Glaubwürdigkeit (Credibility)\* der Studie ist demzufolge teilweise gegeben.

Die Stichprobe umfasst nur Patientinnen und Patienten aus einem Spital. Die Studienergebnisse wurden ausführlich beschrieben und mit Zitaten unterlegt. Weiter wurden die Ober- und Unterthemen in einer Tabelle mit wörtlichen Äusserungen versehen. Die Übertragbarkeit (Transferability)\* der Studie ist somit teilweise gegeben.

#### 4.1.2 Jiménez et al. (2017)

Nachfolgend wird die Studie 2 «Perceptions about the sexuality of women with fibromyalgia syndrome: a phenomenological study» zusammengefasst und gewürdigt.

Tabelle 8. Zusammenfassung Jiménez et al. (2017)

| Studienabschnitt | Zusammenfassung   |
|------------------|---|
| Zielsetzung      | <ul style="list-style-type: none"> <li>Die Wahrnehmungen und Erfahrungen von Frauen mit Fibromyalgie Syndrom [FMS] bezüglich ihrer Sexualität erforschen und verstehen</li> </ul>     |
| Design           | Es handelt sich um eine phänomenologische Studie. Es wurde ein qualitativ deskriptives und interpretatives Design unter Anwendung der «Gadamer's philosophical hermeneutics» benutzt. |

## Fortsetzung

Tabelle 8. Zusammenfassung Jiménez et al. (2017)

| Studienabschnitt     | Zusammenfassung  |
|----------------------|--|
| <i>Stichprobe</i>    | Ein convenience sampling (willkürliches sampling) wurde in einem Fibromyalgie-Patienten-Verband durchgeführt. Die Stichprobe umfasst 13 Frauen im Alter von 22-56 Jahren mit einer durchschnittlichen Krankheitsdauer von 14.8 Jahren. Die Stichprobengröße wurde aufgrund der Themensättigung bestimmt.   |
| <i>Datenerhebung</i> | Von einer Pflegenden und einem Psychologen wurden einmalig Fokusgruppeninterviews und umfassende Interviews durchgeführt. Am Fokusgruppeninterview haben insgesamt fünf Frauen teilgenommen, an den Einzelinterviews insgesamt acht. Nach den Interviews wurden die soziodemografischen Daten der Frauen erhoben.  |
| <i>Datenanalyse</i>  | <p>Die Interviews wurden aufgenommen und transkribiert. Alle Daten enthielten eine hermeneutische Einheit, die mit dem Programm Atlas-ti 7.0 analysiert wurde. Zur Interpretation und Analyse der Daten wurde ein qualitativer Ansatz basierend auf «Gadamer's hermeneutic phenomenology» benutzt, wobei eine modifizierte Form der Stufen nach Valerie Fleming angewendet wurde.</p> <p>In einem ersten Schritt wurde die Relevanz der Forschungsfrage bewertet. Im zweiten Schritt haben die Forschenden eine Reflexion bezüglich ihrer Vorurteile gegenüber der weiblichen Sexualität im Zusammenhang mit Fibromyalgie vorgenommen. Weiter wurden Schlussfolgerungen aus früheren Forschungen und Erfahrungen in Therapie und Pflege dieser Frauen überdacht. Der dritte Schritt zielte darauf ab, ein vertieftes Verständnis des Phänomens durch den Dialog zwischen einem der Forschenden und den Studienteilnehmenden zu erreichen. Hier tauchten neue Fragen auf, wie beispielsweise: «Welche Rolle spielt der Partner im Umgang mit sexueller Dysfunktion bei FMS?». Der vierte Schritt hatte zum Ziel, das Phänomen durch die Erhebung der Transkripte zu verstehen. Nach dem Lesen der Transkripte wurden die Erfahrungen der Teilnehmenden mit den Reflexionen der Forschenden und deren Horizont erneut überprüft, wobei sich wiederholt neue Fragen ergaben. Bei der Prüfung jedes Satzes der Transkripte wurden Themen, Unterthemen und Bedeutungseinheiten identifiziert.</p> <p>In einem fünften Schritt wurde versucht, die Zuverlässigkeit (Reliabilität) der qualitativen Daten zu prüfen. Weiter wurden die Transkripte und die Analysen den Studienteilnehmenden für ein Member checking übergeben.</p> |

## *Ergebnisse*

### **Physische Auswirkungen: Nicht berühren, nicht schauen**

#### *Schmerz, der Auslöser von sexueller Dysfunktion bei FMS*

- Die Frauen berichten von allgemeinen und genitalen Schmerzen vor, während und nach dem Akt, die Stunden bis Tage andauern können. Weiter wird von den Frauen Schmerz beim Küssen, Berühren und während des Vorspiels empfunden, was eine Abneigung gegenüber Sex bewirken kann.
- Das Verlangen und die Libido\* sind beeinträchtigt, was zu Stress in der Beziehung und zu Konsequenzen in der Sexualität des Paares führen kann. Laut der betroffenen Frauen können die Partner das verminderte Verlangen oft nicht verstehen und Äusserungen auf minimale Stimuli (wie Berührungen) nicht akzeptieren, da sie diese als unverhältnismässig ansehen. Die Reaktion der Partner empfinden die Frauen als belastend für die Beziehung.
- Die meisten Frauen haben aufgrund von Nebenwirkungen, wie vaginale Trockenheit sowie Verlust der Libido und Befriedigung, eine vorsichtige, jedoch nicht ablehnende Haltung gegenüber Medikamenten.

#### *Sexuelle Steifheit*

- Nach dem Sex erleben die Frauen ihren Körper als steif, starr und angespannt. Die Steifheit zeigt sich hauptsächlich im anatomischen Bereich Bauch und ist begleitet von Muskelschmerzen.
- Der Gedanke an eine mögliche Steifheit führt dazu, dass sich die Frauen bereits vor der sexuellen Handlung nicht entspannen und folglich den Akt nicht geniessen können. Dies führt zu psychischen Spannungen und die Frauen wissen nicht, wie sie mit ihrem Partner darüber sprechen können.

#### *Störung des Körperbildes*

- Gewichtszunahme, generalisierte Entzündungen und Schwellungen sowie Veränderungen der Haut beeinflussen das Körperbild negativ und werden von den Frauen weitgehend auf die Medikation zurückgeführt.

- Veränderungen am Körper, welche sich die Frauen ausschliesslich mit der Krankheit erklären, sind kleine Läsionen\* der Haut und kleine Hämatome\*, die nach dem sexuellen Akt auftreten können. Diese Veränderungen der Haut werden von den Frauen als Vorwand benutzt, um das Ausbleiben von sexueller Aktivität sowohl für sich selbst als auch für ihre Partner zu rechtfertigen.

## **Sexualität und Identität: Kampf gegen den Verlust**

### *Der Wunsch nach aktiver Sexualität*

- Die Frauen mit FMS zeigen eine Ambivalenz bezüglich der Sexualität. Einige widmen ihr nicht viel Interesse, was zu deren Verlust oder Irrelevanz im Leben führen kann. Für die meisten stellt die Sexualität jedoch eine Bewältigungsstrategie dar, um nach vorne zu schauen und ein möglichst normales Leben zu führen, auch auf sexueller Ebene.
- Die Teilnehmerinnen bezeichnen Sex als individuelles Bedürfnis, das ihnen hilft, sich sowohl als Mensch und Frau zu identifizieren als auch um sich attraktiv, erwünscht und sichtbar für den Partner und andere Männer zu fühlen.

### *Die Krise überwinden*

- Die Frauen beschreiben einen Mangel an Lust auf sexuelle Aktivitäten, was zu einer Abnahme deren Qualität und Häufigkeit führt.
- Die Frauen betonen, dass das Vorspiel hilfreich für ein befriedigenderes Sexualleben ist. Es wird jedoch sowohl als erregend als auch als schmerzhaft empfunden, weshalb die Zusammenarbeit und Kommunikation mit dem Partner sehr wichtig ist.
- Das FMS erschwert es den Frauen einen Orgasmus zu haben. Die meisten haben allerdings gelernt, sich den Höhepunkt nicht zum Ziel zu setzen, nehmen dafür aber beim Sex und der Initiierung einer sexuellen Aktivität eine aktivere Rolle ein.
- Die Frauen suchen in Phasen mit genügend Energie andere Mittel, Gewohnheiten und Wege, um schmerzfreie sexuelle Beziehungen erleben zu können. Als Lösungen nennen sie bequemere Sexstellungen oder den Wechsel der Körperhaltung.



## **Einfluss auf die Beziehung: Sexualität als Möglichkeit das Paar zu verbinden**

### *Es für den anderen tun*

- Die progressive Abnahme der Erregung und Lust kann zu einer Ablehnung gegenüber der sexuellen Beziehung führen, weshalb die meisten Frauen ihre Sexualität fast ausschliesslich auf die Erfüllung der Bedürfnisse ihrer Partner ausrichten. Diese Bemühung wird jedoch meist nicht anerkannt, da der Mangel an Libido der Frau oft mit Unverständnis seitens der Partner einhergeht. Diese spüren oft, dass die Frauen sich nur ihnen zuliebe auf sexuelle Aktivitäten einlassen. Diese moralischen Dilemmata und Gefühle von Angst, Schuld und Frustration können die Beziehungen ernsthaft gefährden.

### *Unbequeme Sexualität*

- Sexuelle Herausforderungen aufgrund der FMS erfordern eine Anpassung des Paares an die neue Situation. Die Partner der Frauen müssen einbezogen sein und die Einstellung ihrer Partnerinnen zur Sexualität kennen und verstehen.
- Die Frauen beobachten, dass ihre Männer sie trotz Krankheit attraktiv finden. Sie fühlen sich dadurch zwar erwünscht, jedoch auch unwohl.
- Sex wird von den Betroffenen als wichtiges Element angesehen, das eine Beziehung zusammenhält. Aufgrund der teilweise nicht zufriedenstellenden Sexualität fürchten die erkrankten Frauen jedoch ihre Ehe zu gefährden.

## **Würdigung**

Das Phänomen und der daraus resultierende **Zweck** für die Studie werden mit vorhandener Literatur eingeleitet. Das bestehende Wissen über das Phänomen sowie die theoretische Sichtweise der Forschenden sind aus der Studie nicht ersichtlich. Es wurde ein phänomenologisches **Studiendesign** gewählt, was die Verfasserinnen angemessen finden. Das Ethikverfahren ist klar beschrieben und erscheint glaubwürdig.

Die **Stichprobe** wurde willkürlich (convenience sampled) ausgewählt, was nicht der gängigen Vorgehensweise qualitativer Forschung entspricht. Die Stichprobengrösse ist angemessen und die Anzahl der Teilnehmenden liess sich vom Prinzip der Sättigung leiten.

Es wurden sowohl Einzel- als auch Fokusgruppeninterviews durch eine Pflegende und einen Psychologen durchgeführt, wodurch die Triangulierung nach Methoden gegeben ist. Nebst letzterer trägt auch die Durchführung von Member checking der Transkripte und der Analyse zur Vertrauenswürdigkeit der Ergebnisse in der **Datenerhebung** bei. Die deskriptive Klarheit der Datenerhebung ist nur teilweise gegeben. Durch das Fehlen von Referenzen, früheren Erfahrungen und Angaben zu Rollen und Beziehungen der Forschenden zu den Teilnehmenden, kann kein Gesamtbild der Datenerhebung gemacht werden. Weiter fehlen zur Erreichung der prozeduralen Strenge Informationen zur Schulung der Datenerheberinnen und Datenerheber sowie der Menge der gesammelten Daten.

Die **Datenanalyse** ist beschrieben, wobei kein Entscheidungspfad zur Sammlung, Verwaltung und Analyse der Daten erstellt wurde. Zudem sind keine Regeln zur Transformation der Daten in Kategorien angegeben. Es ist weiter nicht beschrieben, wie mit neu auftretenden Fragen während der Datenanalyse umgegangen worden ist. Aus der Studie ist ausserdem nicht ersichtlich, wer die Datenanalyse vorgenommen hat. Die Verfasserinnen schliessen aufgrund der beschriebenen Vorgehensweise in der Studie auf eine induktive Datenanalyse.

Die **Ergebnisse** sind übersichtlich in drei Oberkategorien eingeteilt, mit Zitaten unterlegt und in einer Tabelle zusammengefasst. Mittels der Erfahrungen der Teilnehmerinnen lässt sich das Ziel der Forschenden erreichen.

In der **Diskussion** werden die Resultate ausführlich diskutiert und mit bereits bestehender Forschung in Verbindung gebracht. Weiter führen die Autorinnen und Autoren Limitationen ihrer Studie auf und nennen Implikationen für die Praxis sowie die Forschung.

### **Gütekriterien**

Die Interviews wurden aufgenommen sowie transkribiert und sind somit für Externe überprüfbar. Aus der Studie ist jedoch nicht ersichtlich, von wem sie transkribiert wurden. Eine Begleitung durch eine externe Person ist nicht gewährleistet. Die Bestätigung (Confirmability) der Studie ist somit nur teilweise erreicht.

Aus der Studie ist nicht ersichtlich, ob die Datenerhebung und die -analyse bezüglich Gemeinsamkeiten und Unterschieden reflektiert wurden. Informationen zur

Datenerhebung, die zwischen April und Juni 2014 stattfand, sind ersichtlich. Da die Stichprobe anhand der Datensättigung bestimmt wurde, wird von den Verfasserinnen angenommen, dass die Daten in der genannten Zeitspanne und somit möglichst zeitnah ausgewertet wurden. Die Datenanalyse und -ergebnisse wurden nicht von einem hochschulinternen oder -externen Gremium geprüft. Die Zuverlässigkeit (Dependability) der Studie ist deshalb teilweise gegeben.

Positiv erscheint die Durchführung eines Member checkings der Transkripte und der Analyse, als mangelhaft fallen jedoch die fehlenden Nachbesprechungen der Datenanalyse mit weiteren Forschenden auf. Die Verfasserinnen vermuten, dass kein Peer debriefing stattgefunden hat. Die Triangulierung nach Methoden ist gegeben, da Einzel- und Fokusgruppeninterviews durchgeführt wurden. Die Glaubwürdigkeit (Credibility) der Studie ist dementsprechend teilweise gegeben.

Die Stichprobe umfasst nur Patientinnen aus einem Fibromyalgie Verband. Die Studienergebnisse wurden ausführlich beschrieben und mit Zitaten unterlegt. Die Übertragbarkeit (Transferability) der Studie ist somit teilweise gegeben.

#### 4.1.3 Lynch und Fortune (2019)

Nachfolgend wird die Studie 3 «Applying an Occupational Lens to Thinking About and Addressing Sexuality» zusammengefasst und gewürdigt.

Tabelle 9. Zusammenfassung Lynch und Fortune (2019)

| Studienabschnitt | Zusammenfassung   |
|------------------|---|
| Zielsetzung      | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Das Reasoning* und das Handeln von Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen in Bezug auf die Arbeit mit Klientinnen und Klienten aufzeigen, bei denen das Ausleben der Sexualität mit Schwierigkeiten verbunden ist</li> <li>▪ Herausfinden, welche Konzepte von Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten verwendet werden, um Sexualität in der Praxis anzusprechen</li> <li>▪ Mass der Berücksichtigung von Bedürfnissen und Prioritäten bezüglich der Sexualität des Individuums erheben</li> </ul> |
| Design           | Es wurde ein qualitativ phänomenografischer Ansatz verwendet.   |

## Fortsetzung

Tabelle 9. Zusammenfassung Lynch und Fortune (2019)

| Studienabschnitt     | Zusammenfassung   |
|----------------------|---|
| <i>Stichprobe</i>    | Die Stichprobenauswahl wurde zielgerichtet (purposeful sampled) getroffen. Die Stichprobe umfasst 12 Ergotherapeutinnen und vier Ergotherapeuten, die in verschiedenen Institutionen und Fachbereichen tätig sind.  |
| <i>Datenerhebung</i> | Semistrukturierte Interviews wurden einmalig durchgeführt. Leitfragen wurden zuerst mittels Themen aus bestehenden Studien und anhand des Bezugsrahmens «The occupational perspective of health [OPH] framework» entwickelt. Dieser Ansatz des OPH unterteilt Betätigung in die vier Dimensionen doing, being, becoming und belonging. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden bezüglich der Relevanz dieser Dimensionen in Bezug auf Sexualität befragt. Alle Interviews wurden während zwei Monaten durchgeführt und dauerten jeweils 39 Minuten. 12 der Teilnehmenden wurden via Skype oder Telefon interviewt.  |
| <i>Datenanalyse</i>  | Die Interviews wurden aufgenommen und transkribiert. Alle Daten Als erstes wurden die Transkripte mehrmals durchgelesen, um eine allgemeine Einarbeitung zu ermöglichen. Dann stellten sich die Forschenden bei jedem Transkript folgende Fragen: (a) Was sagt dieses Transkript über die Konzipierung der Teilnehmenden bezüglich Sexualität aus? (b) Inwieweit wird Sexualität in der Ergotherapie als Berufsfrage betrachtet und in der Praxis als gültiges Problem behandelt? Anschliessend wurden die Transkripte nochmals gelesen, wobei besondere Aufmerksamkeit auf die Konzeption der Sexualität sowie auf die Konzepte des OPH gerichtet wurde. Für jeden Teilnehmenden wurden vorläufige Konzeptionsaussagen darüber generiert, wie Sexualität in Bezug auf die Betätigung im OPH artikuliert ist. Aufkommende Kategorien wurden auf Überschneidungen überprüft. Die endgültigen Kategorien wurden erstellt, um die Art und Weise widerzuspiegeln, wie die Teilnehmenden über das Tun, Sein und Werden der Menschen als sexuelle Wesen sprechen. |

## Ergebnisse

### **Die Vorstellungen und die berufliche Rolle der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten bezüglich der Sexualität sind mit dem «Tun» (doing) verbunden**

- Die Teilnehmenden sehen es als ihre Aufgabe den Klientinnen und Klienten ihren sexuellen Akt mit Hilfe von Aufklärung über vereinfachte Sexualtechniken und Stellungen, mit Hinweisen zur Energieeinsparung und mit Angaben zum Gebrauch von adaptierten Hilfsmitteln zu ermöglichen. Diesbezüglich genannte Beispiele sind ein Informationsblatt zur Wiederaufnahme von Aktivitäten und Pacing\* und das Thematisieren des Fatigue Managements.

- Die Teilnehmenden machen keinen Unterschied im Anbieten von Hilfsmitteln, die der unterstützten Sexualität dienen sollen und anderen Hilfsmitteln.
- Das Zurverfügungstellen von schriftlichen oder verbalen Informationen leistet einen Beitrag zum Gelingen sexueller Praktiken.
- Die Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten behandeln die Sexualität wie jede andere Betätigung, brechen sie in einzelne Schritte herunter und verwenden den Problemlöseansatz.
- Sie haben zudem die Erfahrung gemacht, dass das Thema Sexualität für Paare mit Scham verbunden sein kann.
- Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten sollen über die Auswirkungen der Medikation auf physische Fähigkeiten bezüglich sexueller Praktiken Bescheid wissen und sich bei Bedarf an weitere Fachpersonen wenden.

**Die Vorstellungen sowie die berufliche Rolle der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten bezüglich der Sexualität liegen darin, Menschen zu befähigen ihre Identität als sexuelle Wesen anzunehmen oder beizubehalten (being)**

- Die Teilnehmenden beschreiben, dass das Thema Sexualität nicht einfach durch Abgabe von Hilfsmitteln erledigt ist, sondern der betroffene Mensch als sexuelles Wesen akzeptiert werden muss (being).
- Die Teilnehmenden bezeichnen die Identität, Rollen, Intimität und die sexuelle Befriedigung als zentral, um sich als sexuelles Wesen zu fühlen. Die Sexualität hat einen grossen Einfluss darauf, wie wir uns als Person definieren.
- Es ist wichtig eine holistische Sichtweise der Klientin oder des Klienten zu haben. Weiter wird die Wichtigkeit der Anerkennung und Auseinandersetzung mit dem Sein der Sexualität von Betroffenen betont.

**Die Vorstellungen sowie die berufliche Rolle der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten bezüglich der Sexualität beziehen sich darauf, wie das Individuum zu einem sexuellen Wesen wird (becoming)**

- Die Klienten und Klientinnen sollen in der persönlichen Entwicklung ihrer Sexualität unterstützt werden, indem ihr Selbstwertgefühl gestärkt wird.

- Die Auseinandersetzung mit der Sexualität aus der Perspektive des «Werdens» kann helfen, die Aufmerksamkeit auf die Hoffnung, auf Ziele und Bestrebungen zu richten.

### **Die Vorstellungen sowie die berufliche Rolle der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten bezüglich der Sexualität beziehen sich darauf, Menschen zu befähigen sich ihrer Sexualität angehörig zu fühlen (belonging)**

- Eine Teilnehmerin beschreibt, dass Betroffene den Fokus mehr auf Nähe, auf das Haben einer bedeutungsvollen Beziehung und das Gefühl von Zugehörigkeit und Akzeptanz richten, als auf die sexuelle Aktivität selber. Die Intimität ist für einige Klientinnen und Klienten wichtiger als der Akt an sich.

### **Würdigung**

Das Phänomen und der daraus resultierende **Zweck** für die Studie werden mit vorhandener Literatur eingeleitet. Das bestehende Wissen über das Phänomen sowie die theoretische Sichtweise der Forschenden sind aus der Studie nicht ersichtlich.

Als **Studiendesign** wurde ein qualitativ phänomenografischer Ansatz gewählt, welcher den Verfasserinnen passend erscheint. Das Ethikverfahren ist klar beschrieben und erscheint glaubwürdig.

Die **Stichprobe** wurde zielgerichtet (purposively sampled) ausgewählt, was der qualitativen Forschung entspricht. Die Stichprobengrösse ist angemessen, wobei sich die Anzahl der Teilnehmenden nicht vom Prinzip der Sättigung leiten liess.

Die deskriptive Klarheit der **Datenerhebung** ist nur teilweise gegeben. Durch das Fehlen von Referenzen, früheren Erfahrungen und Angaben zu Rollen und Beziehungen der Forschenden zu den Teilnehmenden, kann kein Gesamtbild der Datenerhebung gemacht werden. Weiter fehlen zur Erreichung der prozeduralen Strenge Informationen zur Schulung der Datenerheberinnen und Datenerheber sowie der Menge der gesammelten Daten.

Es wurden lediglich einmalig semistrukturierte Interviews mit offenen Fragen durchgeführt, was bezüglich der Triangulierung nach Methoden mangelhaft erscheint. Was jedoch für

die Vertrauenswürdigkeit der Ergebnisse spricht, ist das Member checking der Transkripte.

Die **Datenanalyse** ist sechsteilig und genau beschrieben. Es sind jedoch keine Regeln zur Transformation der Daten in Kategorien angegeben und es ist nicht ersichtlich, wer die Datenanalyse vorgenommen hat. Die Verfasserinnen schliessen aufgrund der in der Studie beschriebenen Vorgehensweise auf eine induktive Datenanalyse, wobei beachtet werden muss, dass die Perspektive des OPH's die Antworten der Teilnehmenden und die anschliessende Analyse beeinflusst hat. Die Verfasserinnen schliessen aufgrund der beschriebenen Vorgehensweise in der Studie auf eine induktive Datenanalyse.

Die **Ergebnisse** werden mit Zitaten unterlegt und sind übersichtlich in vier Oberkategorien eingeteilt. Mittels der Erfahrungen der Teilnehmenden lässt sich das Ziel der Forschenden erreichen.

In der **Diskussion** werden die Resultate diskutiert, jedoch nebst des OPH's nicht mit weiterer bestehender Literatur in Verbindung gebracht. Die Autoren führen Limitationen ihrer Studie auf und nennen Implikationen für die Praxis sowie die Forschung.

### **Gütekriterien**

Die Interviews wurden aufgenommen sowie transkribiert und sind somit für Externe überprüfbar. Aus der Studie ist jedoch nicht ersichtlich, von wem sie transkribiert wurden. Eine Begleitung durch eine externe Person ist in der Studie nicht gewährleistet. Die Bestätigung (Confirmability) der Studie ist somit nur teilweise erreicht.

Aus der Studie ist nicht ersichtlich, ob die Datenerhebung und die -analyse bezüglich Gemeinsamkeiten und Unterschieden reflektiert wurden. Jedoch ist zu entnehmen, dass die Datenerhebung einmalig erhoben und klar beschrieben sowie die Daten mehrmals durchgelesen wurden. Weiter ist aber nicht ersichtlich, in welcher Zeitspanne die Datenerhebung stattgefunden hat. Die Datenanalyse sowie die -ergebnisse wurden nicht von einem hochschulinternen oder -externen Gremium geprüft. Die Zuverlässigkeit (Dependability) der Studie ist deshalb teilweise gegeben.

Es wurde ein Member checking der Transkripte und der Analyse vorgenommen. Ob die Datenanalyse mit weiteren Forschenden nachbesprochen wurde ist nicht ersichtlich. Von den Verfasserinnen wird angenommen, dass kein Peer debriefing stattgefunden hat.

Weiter ist die Triangulierung nach Methoden nicht gegeben, da lediglich Einzelinterviews durchgeführt wurden. Die Glaubwürdigkeit (Credibility) der Studie ist somit teilweise gewährleistet.

Die Stichprobe umfasst Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten aus verschiedenen Fachbereichen und Institutionen. Die Studienergebnisse wurden ausführlich beschrieben und mit Zitaten unterlegt. Die Übertragbarkeit (Transferability) der Studie ist demzufolge gegeben.

#### 4.1.4 Rose und Hughes (2018)

Nachfolgend wird die Studie 4 «Addressing Sex in Occupational Therapy: A Coconstructed Autoethnography» zusammengefasst und gewürdigt.

Tabelle 10. Zusammenfassung Rose und Hughes (2018)

| Studienabschnitt   | Zusammenfassung  |
|--------------------|--|
| <i>Zielsetzung</i> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten dazu auffordern, die Art und Weise zu berücksichtigen, wie sie Sex (verschiedene Formen der körperlichen sexuellen Aktivität) und Sexualität in der Praxis ein- oder ausschliessen</li> <li>▪ Aufzeigen, wie Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten Sex und Sexualität bei Klientinnen und Klienten ansprechen und was die Konsequenzen sind, wenn sie dies nicht tun</li> </ul> |
| <i>Design</i>      | Es wurde eine ko-konstruierte Autoethnografie verwendet.   |
| <i>Stichprobe</i>  | Die Stichprobe umfasst eine Ergotherapeutin (Natalie Rose) und eine Klientin, die drei Schlaganfälle* erlitten hat (Claire Hughes).  |



## Fortsetzung

Tabelle 10. Zusammenfassung Rose und Hughes (2018)

| Studienabschnitt                       | Zusammenfassung  |
|--|--|
| <i>Datenerhebung/<br/>Datenanalyse</i> | <p>Die ko-konstruierte Autoethnografie begann an Hughes Rehabilitationsbett, als die beiden Autorinnen bemerkten, dass es viel über das Thema Sex und Ergotherapie zu entdecken gab. Die Diskussion wurde via soziale Medien weitergeführt.</p> <p>Zwei Monate nach Hughes Entlassung aus der Rehaklinik trafen sich die beiden und führten eine zweistündige Diskussion, die aufgenommen wurde. Die Konversation ergab sich aus individuell vorbereiteten sowie spontanen Fragen. Die Aufnahme wurde im Anschluss von Rose transkribiert. Zur Vervollständigung der Analyse überprüften die Autorinnen das transkribierte Interview individuell und extrahierten Themen, die ihnen für die Zielerreichung der Studie wichtig erschienen. Nach ersten Analysen der Transkripte trafen sich die Autorinnen erneut, um Schlüsselthemen herauszuarbeiten. Rose stellte anschliessend einen Entwurf des Artikels fertig, der daraufhin von den Autorinnen gemeinsam geprüft wurde. Die Ko-Konstruktion fand über mehrere Monate statt.</p> |

## Ergebnisse

### Sexuelle Konsequenzen

- Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten können ihr Wissen bezüglich der Auswirkungen der Symptome auf die Sexualität durch Lesen von Literatur erweitern.

### Gesundheitsförderung und Risikoreduzierung

- Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten sollten Bedenken und Ängste der Klientinnen und Klienten bezüglich der Sexualität berücksichtigen. Diese Bedenken können durch in der Ergotherapie bekannte Interventionen wie Positionierung, Hilfsmittelanpassung oder Energiemanagement-Prinzipien angegangen werden.
- Klientinnen und Klienten sollten darauf angesprochen werden, ob sie Bedenken bezüglich Symptomen und deren Auswirkungen auf sexuelle Aktivitäten haben.

## **Sexuelle Identität\* und soziale Rollen**

- Um auf eine holistische und klientenzentrierte Art zu arbeiten, sollten sich Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten der Wichtigkeit von Sex als eine bedeutungsvolle Betätigung und einer Schlüsselkomponente der Identität bewusst sein. Beispielweise können die Veränderungen der sexuellen Identität wie auch der Rollenidentität mit der Klientin oder dem Klienten thematisiert werden.

## **Rehabilitation und Sex**

- Es sollte eine Umgebung geschaffen werden, die Klientinnen und Klienten wissen lässt, dass ihre sexuellen Bedenken berechtigt und wichtig sind. Weiter hilft ein offener und nicht wertender Umgang der Therapeutinnen und Therapeuten, indem sie den Klientinnen und Klienten zu spüren geben, dass Gefühle angesprochen und Fragen bezüglich der Thematik gestellt werden können.
- Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten sollten zudem Massnahmen ergreifen, um ihr eigenes Komfortniveau bezüglich der Diskussion über Sex und Sexualität in der Praxis zu erhöhen.

## **Würdigung**

Das Phänomen und der daraus resultierende **Zweck** der Studie werden mit sinnvoller und aussagekräftiger Literatur eingeleitet. Das bestehende Wissen über das Phänomen sowie die theoretische Sichtweise der Forscherinnen sind aus der Studie ersichtlich.

Das **Studiendesign** wird von den Autorinnen ausführlich erläutert und die Verfasserinnen erachten es als passend. Da die Studie nur aus Reflexionen und Eigenarbeit besteht, ist gemäss den Autorinnen keine Genehmigung durch einen Ethikrat erforderlich, was den Verfasserinnen plausibel erscheint.

Die **Stichprobe** wurde zielgerichtet (purposively sampled) ausgewählt, was für eine qualitative Forschung angemessen ist. Da es sich in dieser Studie um eine Autoethnografie einer Ergotherapeutin und einer Schlaganfallklientin handelt, lässt sich keine Aussage zur Angemessenheit der Stichprobengrösse machen. Die Forscherinnen haben sich klar am Prozess der ko-konstruierten Autoethnografie orientiert, die unter anderem ein gemeinsames Verständnis bezüglich der Möglichkeiten eines Phänomens,

hier die ergotherapeutische Praxis bezüglich der Sexualität, verfolgt. Der gemeinsame Austausch ist über die gesamte Forschungsarbeit ersichtlich.

Die deskriptive Klarheit der **Datenerhebung** ist nur teilweise gegeben, da örtliche und zeitliche Angaben nur zum ersten gemeinsamen Treffen gemacht wurden und zu weiteren Treffen keine Angaben bekannt sind. Weiter fehlt zur Erreichung der prozeduralen Strenge die Menge der gesammelten Daten.

Die **Datenanalyse** ist beschrieben, es wurde jedoch kein Entscheidungspfad zur Sammlung, Verwaltung und Analyse der Daten erstellt. Zudem sind keine Regeln zur Transformation der Daten in Kategorien angegeben. Positiv erscheint die ausführliche Beschreibung und die Tatsache, dass sich beide Forscherinnen an der Datenanalyse beteiligt haben. Die Verfasserinnen schliessen aufgrund der beschriebenen Vorgehensweise in der Studie auf eine induktive Datenanalyse.

Die **Ergebnisse**, die in der Studie gemeinsam mit dem **Diskussionsteil** einen Abschnitt bilden, werden mit Ausschnitten der Gespräche unterlegt und sind übersichtlich in Oberkategorien eingeteilt. Die Resultate werden ausführlich diskutiert, wobei nur wenig bestehende Literatur miteinbezogen wurde. Das Ziel der Studie wurde erreicht. Die Autorinnen zeigen konkrete Implikationen für die ergotherapeutische Praxis, jedoch nicht für die Forschung auf. Ausserdem führen sie keine Limitationen ihrer Studie auf.

### **Gütekriterien**

Aus der Studie ist ersichtlich, dass das zweistündige Gespräch zwischen den beiden Forscherinnen aufgenommen und anschliessend von Rose transkribiert wurde. Die weiteren Gespräche zwischen den Autorinnen wurden jedoch nicht aufgezeichnet. Dies gewährleistet eine Überprüfung für Externe nur teilweise. Die Studie wurde von keinen externen Personen zur Überprüfung der Daten begleitet. Die Bestätigung (Confirmability) der Studie ist somit nur teilweise gegeben.

Der Studie kann entnommen werden, dass die Datenerhebung und die -analyse bezüglich Gemeinsamkeiten und Unterschieden reflektiert wurde. Die Autorinnen geben an, die Ko-Konstruktion über eine Zeitspanne von mehreren Monaten durchgeführt zu haben. Die Datenanalyse sowie die -ergebnisse wurden nicht von einem hochschulinternen oder -

externen Gremium geprüft. Die Zuverlässigkeit (Dependability) der Studie ist nur teilweise gegeben.

Die Triangulierung nach Quellen und Forschenden ist durch die beiden Autorinnen gegeben. Jene nach Methoden ist jedoch nicht erreicht, da nur Gespräche zwischen den beiden Forscherinnen stattgefunden haben. Ein Member checking ist durch regelmässige Diskussion der Forscherinnen über die Daten aus Sicht der Verfasserinnen gewährleistet. Die Datenanalyse wurden nicht mit weiteren Forschenden nachbesprochen, weshalb ein Peer debriefing von den Verfasserinnen ausgeschlossen wird. Die Glaubwürdigkeit (Credibility) der Studie ist somit teilweise gegeben.

Die Stichprobe ist für eine Autoethnografie angemessen. Die Studienergebnisse wurden ausführlich beschrieben und mit Ausschnitten des transkribierten Interviews unterlegt. Übersichtlich aufgelistet wurden zudem Implikationen für die Praxis. Mangelhaft erscheinen die fehlenden Informationen zum Setting nach dem ersten Treffen. Die Übertragbarkeit (Transferability) der Studie ist demzufolge nur teilweise gegeben.

## **4.2 Qualität der Hauptstudien**

Mittels der inhaltlichen und methodischen Würdigung nach Law et al. (1998) sowie der Gütekriterien nach Lincoln et al. (1985) wurde die Qualität der Hauptstudien beurteilt. In Tabelle 7 sowie der Legende dazu sind die Qualitäts- und Beurteilungskriterien ersichtlich. Die Studien von Helland et al. (2011), Rose und Hughes (2018) sowie Lynch und Fortune (2019) sind qualitativ gut, jene von Jiménez et al. (2017) weist unter anderem Mängel bei der Datenerhebung auf, weshalb die Qualität als mässig eingestuft wird. Die Tabelle dient als Übersicht der Qualität der Hauptstudien. Dabei wird deren Qualität aufgrund der Beantwortung unterschiedlicher Aspekte der Fragestellung in dieser BA nicht weiter berücksichtigt.

Tabelle 11. Qualität der Hauptstudien

| Studie                     | S | D | St | De | Da | R | F | Co | D | Cr | T | Qualität   |
|----------------------------|---|---|----|----|----|---|---|----|---|----|---|------------|
| [1] Helland et al. (2011)  | 3 | 3 | 2  | 2  | 3  | 3 | 3 | 3  | 2 | 2  | 2 | 28: gut    |
| [2] Jiménez et al. (2017)  | 3 | 3 | 2  | 1  | 2  | 3 | 3 | 2  | 2 | 2  | 2 | 25: mässig |
| [3] Lynch & Fortune (2019) | 3 | 3 | 2  | 1  | 2  | 3 | 3 | 2  | 2 | 2  | 3 | 26: gut    |
| [4] Rose & Hughes (2018)   | 3 | 3 | 2  | 2  | 2  | 3 | 3 | 2  | 2 | 2  | 2 | 26: gut    |

Legende: S: klares Studienziel; D: passendes Studiendesign; St: angemessene Stichprobe; De: ausführliche Datenerhebung; Da: nachvollziehbare Datenanalyse; R: vollständige Resultate; F: Erreichung Forschungsziel; Co: Confirmability; D: Dependability; Cr: Credibility; T: Transferability

3: erreicht; 2: teilweise erreicht; 1: nicht erreicht

> 30: hoch; 26 – 30: gut; 20 – 26: mässig; < 20: tief

### 4.3 Kategorisierung der Ergebnisse im CMOP-E

In diesem Unterkapitel werden die in Kapitel 4.1 aufgeführten Ergebnisse der vier Hauptstudien in das CMOP-E eingeteilt. In einem ersten Teil werden die Ergebnisse der Hauptstudien den drei Komponenten Person, Betätigung und Umwelt zugeteilt, was den untenstehenden Abbildungen 3-6 zu entnehmen ist. In einem weiteren Schritt werden die Resultate in einem Text ausformuliert, zusammengeführt und miteinander verknüpft.

**Person**

- Erlebter Einfluss der Erkrankung auf Sexualität variiert
- Neue Voraussetzungen für Körper und Sexualität, mit welchen ein Umgang gelernt werden muss
- Verändertes Körperbild beeinflusst Wunsch nach sexueller Intimität
- Frauen fühlen sich nicht attraktiv, Männer betrachten sich nicht als weniger attraktiv
- Bewusstsein, dass auch nicht Betroffene Probleme im Sexuellen haben, entlastet
- Schwankender Krankheitsverlauf sowie unsichtbare Symptome sind Herausforderungen bezüglich unvorhersehbarer körperlicher Fähigkeiten und des Verlangens nach Sexualität
- Verlust oder vermindertes Verlangen nach Sexualität aufgrund von Erkrankung, Behandlung, mangelndem Selbstwertgefühl oder Unverständnis der Partnerin oder des Partners

Abbildung 3. Erlebter Einfluss der Erkrankung auf die Sexualität aus Helland et al. (2011)

## Fortsetzung

### Person

- Initiieren einer sexuellen Aktivität mit Verpflichtung oder mentalem Druck verbunden
- Erektile Dysfunktion und verringerter Sexualtrieb führen dazu, dass sich Betroffene nicht mehr als vollwertige Männer fühlen
- Sex wird aufgrund eingeschränkter Bewegungen und Stellungen bedingt durch psoriatische Hautausschläge im Intimbereich, Schmerzen, Steifheit oder Ersatzgelenke als unangenehm oder unmöglich empfunden
- Strategien zum Umgang mit den Herausforderungen sind die Bereitschaft zu Sex trotz mangelnder Lust («Stretching»), das Ignorieren von Einschränkungen und das Aufschieben der sexuellen Aktivität, bis der Schub vorüber ist

### Betätigung

- Geringere Priorität von sexuellen Aktivitäten
- Betroffene verwenden verschiedene Strategien zur Schmerzreduktion. Beispielsweise nehmen sie eine aktive Rolle im sexuellen Akt ein, um unerwartete Bewegungen der Partnerin oder des Partners zu verhindern. Weitere Strategien sind das Einnehmen einer passiven Rolle, das Wählen von weniger anstrengenden sexuellen Aktivitäten oder die Anpassung von Stellungen und Bewegungen

### Umwelt

- Neuorientierung in intimen Beziehungen
- Wahrgenommene Auswirkung der Erkrankung auf die Sexualität wird durch Verständnis, Empathie und Akzeptanz der Partnerin oder des Partners beeinflusst
- Mangelndes Verständnis der Lebensgefährtin oder des Lebensgefährten führt bei Betroffenen zu Zurückhaltung und Verlust oder vermindertem Verlangen von körperlichem Kontakt
- Akzeptanz der Partnerin oder des Partners und gemeinsames Verständnis der Erkrankung führen zu mehr Flexibilität und besserer Kommunikation, auch bezüglich der Anpassung der sexuellen Aktivität
- Akzeptanz und Feedback von der Partnerin oder dem Partner bezüglich des veränderten Erscheinungsbildes werden von beiden Geschlechtern als wichtig erachtet, da Körperbild, Selbstwertgefühl und Sexualeben dadurch negativ beeinflusst werden können
- Eingehen neuer Partnerschaft durch Ängste und eingeschränktes Sexualeben erschwert
- Mögliche Strategien von Betroffenen sind die Anwendung von Schmerzmitteln oder Kissen, die Verwendung von alternativen Orten, das Kommunizieren mit der Partnerin oder dem Partner über die Schwierigkeiten im Sexualeben oder das Verschweigen der Probleme. Ziel dieser Strategien ist die Stärkung der Beziehung zur Partnerin oder zum Partner

Abbildung 3. Erlebter Einfluss der Erkrankung auf die Sexualität aus Helland et al. (2011)

## Person

- Interesse bezüglich Sexualität variiert
- Bemühung ein normales Leben zu führen, auch auf sexueller Ebene
- Sex ist ein individuelles Bedürfnis, um sich als Mensch und als Frau zu identifizieren
- Verlangen und Libido sind beeinträchtigt, dies führt zu Stress in der Beziehung und Konsequenzen in der Sexualität des Individuums
- Steifheit sowie Körpergefühl von Starrheit und Angespanntheit nach dem Sex
- Negatives Körperbild
- Mangelnde Entspannung und reduzierter Genuss werden nicht kommuniziert. Dies kann zu psychischen Spannungen und Unsicherheiten führen
- Kleine Läsionen der Haut und Hämatome nach dem Sex. Vorwand für fehlende sexuelle Aktivität sowohl für sich selbst als auch für den Partner
- Progressive Abnahme der Erregung und Lust führen zu Ablehnung gegenüber Sexualität
- Sexualität richtet sich fast ausschliesslich auf die Erfüllung der Bedürfnisse der Partner aus
- Der Gedanke an mögliche Steifheit führt bereits vor der sexuellen Handlung zu Anspannung und lassen die Frauen den Akt nicht geniessen
- Durch Sexualität fühlen sich Frauen attraktiv, erwünscht und sichtbar
- Suche nach anderen Bedeutungen, Gewohnheiten und Wegen für schmerzfreie Sexualität, in Phasen ohne Müdigkeit
- Sexualität ist ein wichtiges Element, das die Beziehung zusammenhält. Nicht zufriedenstellende Sexualität führt zu Sorgen, die Ehe zu gefährden

## Betätigung

- Allgemeine und genitale Schmerzen vor, während und nach dem Akt
- Schmerzen beim Küssen, Berühren und während des Vorspiels tragen zur Abneigung gegenüber Sex bei
- Mangel an Lust auf sexuelle Aktivitäten führt zur Abnahme der Qualität und Häufigkeit dieser
- Vorspiel mit dem Partner hilfreich für befriedigenderes Sexualleben
- Da Erreichung eines Orgasmus erschwert ist, setzen sich die Frauen dies nicht zum Ziel
- Für erfülltere Sexualität nehmen Frauen eine aktivere Rolle ein, auch bei der Initiierung einer sexuellen Aktivität
- Alternative Sexstellungen oder Wechsel der Körperhaltung

## Umwelt

- Partner versteht Situation oft nicht
- Reaktionen der Betroffenen auf minimale Stimuli werden von ihren Partnern oft als unverhältnismässig erachtet und häufig nicht akzeptiert
- Vorspiel kann sowohl erregend als auch schmerzhaft sein, weshalb die Zusammenarbeit und Kommunikation mit dem Partner sehr wichtig ist
- Anstrengung der Frauen Sexualität auf Erfüllung der Bedürfnisse des Partners auszurichten, wird von Partnern meist nicht anerkannt, da diese den Mangel an Libido nicht verstehen
- Partner spürt, dass die Frau sich nur ihm zuliebe auf sexuelle Aktivitäten einlässt
- Moralische Dilemmata und Gefühle von Angst, Schuld und Frustration können Beziehungen ernsthaft gefährden
- Sexuelle Herausforderungen erfordern Anpassung des Paares an die neue Situation
- Partner müssen einbezogen sein und die Einstellung zur Sexualität der Frau kennen und verstehen
- Partner finden Frauen trotz Krankheit attraktiv, diese fühlen sich zwar erwünscht, jedoch auch unwohl damit

Abbildung 4. Erlebter Einfluss der Erkrankung auf die Sexualität aus Jiménez et al. (2017)

|  |
|--|
| <p><b>Person</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Holistische Sichtweise auf die Klientinnen und die Klienten, sie als sexuelle Wesen mit ihrer Identität, ihren Rollen und ihrer Intimität akzeptieren</li> <li>▪ Selbstwertgefühl der Klientinnen und Klienten stärken</li> <li>▪ Aufmerksamkeit auf Hoffnung, Ziele und Bestrebungen richten</li> <li>▪ Wichtigkeit der Anerkennung und Auseinandersetzung von Sexualität, damit sich Klientin oder Klient als sexuelles Wesen erleben kann</li> <li>▪ Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten sollen über Auswirkungen der Medikation auf physische Fähigkeiten bezüglich sexueller Praktiken Bescheid wissen und sich bei Bedarf an weitere Fachpersonen wenden</li> </ul> |
| <p><b>Betätigung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vereinfachung und Aufklärung im Zusammenhang mit Sexualtechniken, Stellungen, Energieeinsparung und dem Gebrauch von adaptierten Hilfsmitteln</li> <li>▪ Sexualität in einzelne Schritte herunterbrechen</li> <li>▪ Wissen darüber, dass viele Klientinnen und Klienten Intimität als wichtiger empfinden als den Akt an sich</li> <li>▪ Wissen darüber, dass Ansprechen von Sexualität für ein Paar mit Scham verbunden sein kann</li> </ul>  |
| <p><b>Umwelt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hilfsmittelanpassungen vornehmen</li> <li>▪ Zurverfügungstellung von schriftlichen oder verbalen Informationen</li> </ul>  |

Abbildung 5. Handlungsansätze der Ergotherapie aus Lynch und Fortune (2019)

|   |
|---|
| <p><b>Person</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Holistische und klientenzentrierte Sichtweise</li> <li>▪ Klientinnen und Klienten auf Bedenken bezüglich Symptome und deren Auswirkung auf sexuelle Aktivitäten ansprechen</li> <li>▪ Veränderungen der sexuellen Identität wie auch der Rollenidentität thematisieren</li> <li>▪ Bedenken wie Ängste oder Sicherheitsaspekte ansprechen</li> <li>▪ Offener und nicht wertender Umgang</li> <li>▪ Klientinnen und Klienten wissen lassen, dass Gefühle angesprochen und Fragen bezüglich der Thematik gestellt werden können</li> <li>▪ Massnahmen ergreifen, um eigenes Komfortniveau bezüglich der Diskussion über Sex und Sexualität in der Praxis zu erhöhen</li> <li>▪ Wissen bezüglich Auswirkungen von Symptomen auf die Sexualität durch Lesen von Literatur erweitern</li> </ul> |
| <p><b>Betätigung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wichtigkeit von Sex als bedeutungsvolle Betätigungen und Schlüsselkomponente der Identität beachten</li> <li>▪ Positionierung, Hilfsmittelanpassung oder Energiemanagement Prinzipien</li> </ul>  |

Abbildung 6. Handlungsansätze der Ergotherapie aus Rose und Hughes (2018)



Fortsetzung

|  |
|--|
| <b>Umwelt</b> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Umgebung schaffen, die Klientinnen und Klienten wissen lässt, dass ihre sexuellen Bedenken berechtigt und wichtig sind</li></ul> |
|--|

Abbildung 6. Handlungsansätze der Ergotherapie aus Rose und Hughes (2018)

#### 4.4 Zusammenführung der Ergebnisse anhand des CMOP-E

In diesem Unterkapitel werden die kategorisierten Ergebnisse aus Kapitel 4.3 zusammengebracht und miteinander verknüpft. Es wird zunächst immer der erlebte Einfluss der Erkrankung auf die Sexualität und anschliessend mögliche Handlungsansätze der Ergotherapie aufgezeigt.

##### Person

Dieser Abschnitt enthält die gefundenen Ergebnisse der vier Hauptstudien, die im CMOP-E der Person zugeteilt werden können.

##### Erlebter Einfluss der Erkrankung auf die Sexualität

Das Interesse bezüglich Sexualität variiert je nach betroffenem Individuum. Für einige ist es ein elementares Schlüsselement für ihre Lebensqualität, für andere weniger. Die Sexualität stellt ein wichtiges Element dar, das die Beziehung zusammenhält, wobei eine nicht zufriedenstellende Sexualität zu Sorgen führt die Ehe zu gefährden. Betroffenen ist es wichtig sich zu bemühen, auch auf sexueller Ebene ein normales Leben zu führen [2].

Eine mangelnde Entspannung und reduzierter Genuss der erkrankten Person führen zu psychischen Spannungen in der Beziehung und zu Unsicherheiten bezüglich der Kommunikation darüber [2].

Die Erkenntnis, dass sexuelle Herausforderungen sowohl bei Nichtbetroffenen als auch bei Menschen mit rheumatischer Erkrankung auftreten, ist für betroffene Personen tröstlich, stressreduzierend und entlastend [1].

Betroffene beschreiben, dass rheumatische Erkrankungen für Körper und Sexualität neue Voraussetzungen schaffen, mit welchen ein Umgang gelernt werden muss. So beeinflusst das veränderte Körperbild den Wunsch nach sexueller Intimität. Viele Frauen fühlen sich

nicht attraktiv, Männer hingegen betrachten sich nicht als weniger attraktiv [1]. Erkrankte erleben ein negatives Körperbild aufgrund von Gewichtszunahme, generalisierter Entzündungen oder Schwellungen und Veränderungen der Haut, was sie auf die Medikation zurückführen [2].

Der Verlust oder das verminderte Verlangen nach Sexualität ist durch die Symptomatik der Erkrankung wie Schmerzen, Steifheit, Fatigue und körperliche Beeinträchtigung bedingt. Weitere Gründe sind die Behandlung, ein mangelndes Selbstwertgefühl oder das Unverständnis der Partnerin oder des Partners [1]. Die Beeinträchtigung des Verlangens und der Libido führt zu Stress in der Beziehung und hat Konsequenzen für die Sexualität. Bei Betroffenen führt die Abnahme der Lust und der Erregung zur Ablehnung gegenüber Sexualität [2].

Das Initiieren einer sexuellen Aktivität ist für betroffene Personen mit Verpflichtung oder mentalem Druck verbunden, da sie denken, diese auch beenden zu müssen [1].

Sex wird aufgrund eingeschränkter Bewegungen und Stellungen, bedingt durch psoriatische Hautausschläge im Intimbereich, Schmerzen, Steifheit oder Ersatzgelenke von Betroffenen als unangenehm oder unmöglich empfunden [1]. Sie empfinden nach dem Sex eine Steifheit und berichten von einem Körpergefühl von Starrheit und Angespanntheit. Die Steifheit zeigt sich hauptsächlich im anatomischen Bereich Bauch und ist begleitet von Muskelschmerzen. Nur schon der Gedanke an mögliche Steifheit führt bereits vor der sexuellen Handlung zu Anspannung und lassen die Frauen den Akt nicht geniessen. Ausserdem zeigen sich nach der sexuellen Aktivität kleine Läsionen und Hämatome auf der Haut. Diese Auswirkungen auf den Körper werden von den Frauen als Vorwand für die fehlende sexuelle Aktivität sowohl für sich selbst als auch für ihre Partner benutzt [2].

Sex ist ein individuelles Bedürfnis, das hilft, sich als Mensch und als Frau zu identifizieren. Durch Sexualität fühlen sich Frauen attraktiv, erwünscht und sichtbar für ihren Partner [2]. Bei Männern, die an einer rheumatischen Krankheit leiden, kann eine erektile Dysfunktion sowie ein verringerter Sexualtrieb dazu führen, dass sie sich nicht mehr männlich fühlen [1].

Eine mögliche Strategie, die Betroffene in ihrem Sexuellen anwenden, ist das «Stretching». Weitere Strategien sind das Ignorieren von Einschränkungen oder das

Aufschieben der sexuellen Aktivität, bis der Schub vorüber ist [1]. Zudem suchen Frauen in Phasen, in denen sie nicht von Müdigkeit betroffen sind, andere kreative Lösungen, Gewohnheiten und Wege, um schmerzfreie sexuelle Beziehungen zu haben [2].

### **Handlungsansätze der Ergotherapie**

Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten streben im Hinblick auf die Thematik der Sexualität eine holistische und klientenzentrierte Sichtweise an und akzeptieren die Klientinnen und Klienten als sexuelle Wesen mit ihrer Identität, ihren Rollen und ihrer Intimität [3, 4]. Zudem achten sie auf einen offenen und nicht wertenden Umgang und lassen Betroffene wissen, dass Gefühle angesprochen und Fragen bezüglich ihrer Sexualität gestellt werden können [4]. Sie helfen den Klientinnen und Klienten ausserdem ihre Aufmerksamkeit auf Hoffnung, Ziele und Bestrebungen zu richten [3].

Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten sind sich der Wichtigkeit der Anerkennung und Auseinandersetzung mit der Sexualität der Klientin oder des Klienten bewusst, damit sich diese als sexuelle Wesen erleben können [3]. Die Fachleute sehen die Wichtigkeit, Veränderungen der sexuellen Identität wie auch der Rollenidentität mit der Klientin oder dem Klienten zu thematisieren [4] sowie ihr Selbstwertgefühl zu stärken [3]. Zudem erachten sie es als ihre Aufgabe, sie auf Bedenken bezüglich Symptome und deren Auswirkung auf sexuelle Aktivitäten anzusprechen sowie Ängste oder Sicherheitsaspekte zu thematisieren [4]. Das Wissen bezüglich der Auswirkungen der Symptome auf die Sexualität kann durch das Lesen von Literatur erweitert werden [4]. Zudem sollten sie über mögliche Auswirkungen der Medikation auf physische Fähigkeiten bezüglich sexueller Praktiken Bescheid wissen und sich bei Bedarf an weitere Fachpersonen wenden [3].

Weiter sehen Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten einen Bedarf Massnahmen zu ergreifen, um ihr eigenes Komfortniveau bezüglich der Diskussion über Sexualität zu erhöhen [4].

### **Betätigung**

In diesem Abschnitt wird auf die Sexualität als Betätigung eingegangen, die, wie in Kapitel 2.6.1 beschrieben, dem Betätigungsbereich Freizeit zugeteilt wird. Die anderen beiden Betätigungsbereiche – Produktivität und Selbstversorgung – werden hiermit nicht behandelt.

### **Erlebter Einfluss der Erkrankung auf die Sexualität**

Der erlebte Einfluss der Erkrankung auf die Sexualität variiert je nach betroffenem Individuum, wobei sexuellen Aktivitäten teilweise eine geringere Priorität zugeschrieben wird als vor der Erkrankung [1].

Schmerzen beim Küssen, Berühren und während des Vorspiels können bei Erkrankten zur Abneigung gegenüber Sex führen [2]. Allgemeine und genitale Schmerzen vor, während und nach dem Akt können Stunden bis Tage andauern [2]. Der Mangel an Lust auf sexuelle Aktivitäten führt zur Abnahme deren Qualität und der Häufigkeit [2].

Für eine erfülltere Sexualität nehmen betroffene Frauen eine aktivere Rolle ein, auch bei der Initiierung einer sexuellen Aktivität [1, 2]. Erkrankte wählen weniger anstrengende sexuelle Aktivitäten oder alternative Sexstellungen und wechseln die Körperhaltung zur Reduktion der Schmerzen während dem Akt [1, 2]. Weiter erachten betroffene Frauen das Vorspiel mit dem Partner als hilfreich für ein befriedigendes Sexualleben [2]. Da die Erreichung eines Orgasmus erschwert ist, setzen sich Frauen dies auch nicht zum Ziel [2].

### **Handlungsansätze der Ergotherapie**

Den Fachpersonen der Ergotherapie sollte die Wichtigkeit von Sex als einer bedeutungsvollen Betätigung und einer Schlüsselkomponente der Identität bewusst sein. Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten können Sexualität in einzelne Schritte herunterbrechen [3] und mit den Klientinnen und Klienten Sexualtechniken, Stellungen/ Positionierungen und Energiemanagement Prinzipien thematisieren sowie Hilfsmittel anpassen [3, 4].

Für das Ansprechen der Sexualität benötigen die Fachleute Wissen darüber, dass Sexualität für das Paar mit Scham verbunden sein kann [3].

Weiter sollten sich Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten bewusst sein, dass viele Klientinnen und Klienten Intimität (bedeutungsvolle Beziehung haben, Gefühl von Zugehörigkeit und Akzeptanz) als wichtiger empfinden, als den sexuellen Akt an sich [3].

## Umwelt

Dieser Abschnitt enthält die erarbeiteten Ergebnisse der vier Hauptstudien, die im CMOP-E der Umwelt zugeteilt werden können.

### **Erlebter Einfluss der Erkrankung auf die Sexualität**

Der Ausbruch der Erkrankung führt zu einer Neuorientierung in intimen Beziehungen und erfordert eine Anpassung des Paares an die neue Situation [1, 2]. Die wahrgenommene Auswirkung der Erkrankung auf die Sexualität wird dabei durch Verständnis, Empathie und Akzeptanz der Partnerin oder des Partners beeinflusst [1, 2].

Die Partner erachten die Reaktionen der betroffenen Frauen auf minimale Stimuli als unverhältnismässig und akzeptieren diese oft nicht [2]. Viele betroffene Frauen richten ihre Sexualität auf die Erfüllung der Bedürfnisse des Partners aus, was dieser meist spürt und nicht verstehen kann [2]. Mangelndes Verständnis der Partner kann bei erkrankten Frauen zu Zurückhaltung und Verlust oder vermindertem Verlangen gegenüber körperlichem Kontakt führen [1, 2]. Diese moralischen Dilemmata und die Gefühle von Angst, Schuld und Frustration der Frauen können Beziehungen ernsthaft gefährden [2]. Ebenso ist das Eingehen neuer Partnerschaften durch Ängste und das eingeschränkte Sexualleben erschwert [1].

Akzeptanz und Feedback der Partnerin oder des Partners im Zusammenhang mit körperlichen Deformitäten werden als wichtig angesehen, da das veränderte Erscheinungsbild das eigene Körperbild, das Selbstwertgefühl und das Sexualleben negativ beeinflussen kann [1, 2]. Das gemeinsame Verständnis der Erkrankung führt zu mehr Flexibilität und besserer Kommunikation in der Partnerschaft, auch bezüglich der Anpassung von sexuellen Aktivitäten [1].

## **Handlungsansätze der Ergotherapie**

Die Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten können Hilfsmittelanpassungen vornehmen sowie den Betroffenen schriftliche oder verbale Informationen zur Sexualität abgeben [3]. Weiter können die Fachleute eine Umgebung schaffen, die Klientinnen und Klienten wissen lässt, dass ihre sexuellen Bedenken berechtigt und wichtig sind [4].

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse diskutiert und es wird auf die Fragestellung eingegangen.

## **5. Diskussion**

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse zusammengefasst und mit Literatur aus dem theoretischen Hintergrund ergänzt. Dabei werden die beiden Aspekte der Fragestellung miteinander verknüpft und mit von den Verfasserinnen definierten Obertiteln dargestellt. Weiter erfolgt die Beantwortung der Fragestellung.

### **5.1 Verbindungen der Hauptliteratur**

Folgend werden die Erkenntnisse aus den Hauptstudien aufgeführt.

#### **Physische und emotionale Auswirkungen auf die Sexualität**

Betroffene erleben krankheitsbedingte Symptome wie Schmerzen, Steifheit, Fatigue und körperliche Beeinträchtigungen, die das Attraktivitäts- sowie Selbstwertgefühl beeinflussen und sich negativ auf das Verlangen nach Sexualität auswirken [1, 2]. Healey et al. (2009) sowie Dorner et al. (2018) bestätigen, dass die Symptome sowohl physische als auch psychische Beschwerden hervorrufen können, welche die sexuelle Funktion sowie Aktivität der Betroffenen beeinflussen.

Schmerzen beim Küssen, Berühren oder während des Vorspiels können zur Ablehnung gegenüber Sex führen [2]. Vor, während und nach dem sexuellen Akt können zudem genitale Schmerzen auftreten, die Stunden bis Tage andauern [2]. Zusätzlich können nach dem Geschlechtsverkehr Steifheit, ein Körpergefühl von Starrheit und Angespanntheit sowie Läsionen der Haut und Hämatome auftreten. Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten sollten ihre Klientinnen und Klienten deshalb auf Bedenken bezüglich Symptome und deren Auswirkungen auf die Sexualität ansprechen [4].

#### **Partnerschaft und Rollenidentität**

Der Ausbruch von Arthritis oder Weichteilrheuma führt bei Betroffenen zur Neuorientierung in intimen Beziehungen [1]. Die sexuellen Herausforderungen, welche sich durch die Erkrankung ergeben, erfordern eine Anpassung des Paares an die neue Situation [2]. Die Deutsche Rheuma-Liga (2015) bestätigt, dass Menschen mit einer chronisch muskuloskelettalen Erkrankung sowie deren Partnerinnen und Partner häufig Einschränkungen in ihrem gemeinsamen Sexualleben erleben. Der wahrgenommene

Einfluss der Erkrankung auf die Sexualität wird gemäss den Betroffenen durch das Verständnis, die Empathie und die Akzeptanz der Partnerin oder des Partners bestimmt [1]. Rothermund et al. (2010) und Granero-Molina et al. (2018) unterstützen diese Aussage und zeigen auf, dass die Partnerschaft als Ressource dienen kann, um einen guten Umgang mit den Krankheitsfolgen zu finden.

Ein gemeinsames Verständnis der Erkrankungen sowie die Akzeptanz der Partnerin oder des Partners werden von Betroffenen als wichtig erachtet, um über sexuelle Aktivitäten zu sprechen und diese anzupassen [1, 2]. Zusammenarbeit und Kommunikation mit dem Partner ist auch bezüglich des Vorspiels wichtig, da dieses von den Frauen sowohl als erregend wie auch als schmerzhaft erlebt werden kann [2]. Da das veränderte Erscheinungsbild das Selbstwertgefühl und das eigene Körperbild negativ beeinflussen kann, betonen Betroffene die Wichtigkeit von positivem Feedback ihrer Partnerinnen oder Partner [1]. Die Bedeutung der sozialen Unterstützung durch den Lebensgefährten oder die Lebensgefährtin wird auch von Spring et al. (2011) hervorgehoben.

Die Reaktionen der betroffenen Frauen auf minimale Stimuli werden von ihren Partnern oft als unverhältnismässig erachtet oder nicht akzeptiert [2]. Mangelndes Verständnis der Partnerin oder des Partners führt bei Betroffenen zu einer Zurückhaltung und zu Verlust oder vermindertem Verlangen gegenüber körperlichem Kontakt, was wiederum zu Stress in der Beziehung führen kann [1, 2]. Läsionen der Haut und Hämatome werden von den Frauen als Vorwand für die fehlende sexuelle Aktivität sowohl für sich selbst als auch für den Partner benutzt [2].

Der Gedanke an mögliche Steifheit vor dem sexuellen Akt kann bei Frauen zu mangelnder Entspannung und reduziertem Genuss führen und sie empfinden es als schwierig, mit dem Partner darüber zu sprechen [2]. Ausserdem richtet sich die Sexualität vieler betroffener Frauen fast ausschliesslich auf die Erfüllung der Bedürfnisse des Partners aus, was diese oft nicht nachvollziehen können [2].

Dilemmata und Gefühle von Angst, Schuld und Frustration können die Beziehung gefährden [2]. Dass sich die Erkrankung negativ auf die Sexualität auswirken und Spannungen in der Beziehung auslösen kann, wird auch in den Studien von Akkus et al. (2010) und Kobelt et al. (2012) geschildert.



Die Sexualität wird von Betroffenen einerseits als wichtiges Element, das die Beziehung zusammenhält, angesehen, andererseits kann eine nicht zufriedenstellende Sexualität zu Sorgen um die Beziehung führen [2]. Es wird deutlich, dass die Sexualität eine Beziehung einerseits stärken, andererseits auch belasten kann [2]. Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten sollen sich dessen bewusst sein. Nach Fisher (2014) werden in der Ergotherapie auch Klientenkonstellationen behandelt, was den Einbezug von Partnerinnen und Partnern in die Therapie miteinschließt. Dieses Miteinbeziehen widerspiegelt die holistische Sichtweise der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten [3]. Ihnen soll dabei jedoch bewusst sein, dass Sexualität für ein Paar mit Scham verbunden sein kann [3]. Weiter erscheint es wichtig, die Klientinnen und Klienten als sexuelle Wesen mit ihren Rollen und ihrer Intimität zu akzeptieren sowie die veränderte Rollenidentität mit ihnen zu thematisieren [3, 4].

## **Identität**

Betroffene Frauen sehen Sex als individuelles Bedürfnis, das hilft, sich als Mensch und als Frau zu identifizieren [2]. Healey et al. (2009) unterstützen diese Aussage indem sie beschreiben, dass Sexualität zu einem Gefühl des «Selbst» beiträgt. Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten erachten es deshalb als wichtig, Sexualität in der Therapie anzuerkennen und sich mit ihr auseinanderzusetzen, damit sich die Klientin oder der Klient als sexuelles Wesen erleben kann. Die Fachperson akzeptiert sein Gegenüber als sexuelles Wesen mit seiner Identität und Intimität [3].

Das Körperbild von Betroffenen wird durch Gewichtszunahme, generalisierte Entzündungen oder Schwellungen und Veränderungen der Haut negativ beeinflusst [2].

Dies führt zu einem veränderten Wunsch nach sexueller Intimität. Viele Frauen fühlen sich nicht attraktiv, das Attraktivitätsgefühl der Männer verändert sich hingegen nicht stark [1]. Das eingeschränkte Sexualleben sowie damit verbundene Ängste können zusätzlich das Eingehen neuer Partnerschaften erschweren [1]. Die Aufgabe der Ergotherapie kann hierbei das Stärken des Selbstwertgefühls der Klientinnen und Klienten sein [3].

Aufgrund der Erkrankung fühlen sich viele Frauen, wie beschrieben, unattraktiv. Die Sexualität jedoch vermittelt zahlreichen Klientinnen ein Gefühl von Attraktivität, Erwünschtheit und Sichtbarkeit für ihre Partner [2]. Bei Männern können eine erektile

Dysfunktion und ein verringerter Sexualtrieb dazu führen, dass sie sich weniger maskulin fühlen [1]. Sakellariou und Algado (2006) beschreiben hierzu passend, dass die Sexualität die Geschlechteridentität\* prägt sowie zum Selbstwertgefühl und zur sozialen Rollenbildung\* beiträgt.

Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten wissen, dass Sex identitätsstiftend ist und tragen die Verantwortung, die Veränderungen der sexuellen Identität mit den Klientinnen und Klienten zu thematisieren [4]. Zudem muss ihnen die Wichtigkeit von Sex als eine bedeutungsvolle Betätigung bewusst sein [4]. Weiter können Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten Betroffene darin unterstützen, ihre Aufmerksamkeit auf Hoffnung, Ziele und Bestrebungen zu richten [3].

### **Bedeutung der Sexualität**

Der erlebte Einfluss der Erkrankung auf die Sexualität variiert je nach Individuum [1, 2]. Einige Betroffene schreiben den sexuellen Aktivitäten eine geringere Priorität zu als vor der Erkrankung [1], dennoch bemühen sie sich auch auf sexueller Ebene ein normales Leben zu führen [2]. Das Interesse bezüglich der Sexualität stellt je nach Individuum ein Schlüsselement für ihre Lebensqualität dar [2]. Diese Aussagen heben die Wichtigkeit hervor, dass sich Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten bewusst sind, dass viele Klientinnen und Klienten Intimität, bedeutungsvolle Beziehungen sowie das Gefühl von Zugehörigkeit und Akzeptanz als wichtiger empfinden als den sexuellen Akt an sich [3]. Nach der WHO (2004) sind Intimität, Wünsche und Beziehungen unter anderem Bestandteile der Sexualität eines Individuums.

### **Strategien**

Die Krankheit schafft für Körper und Sexualität neue Voraussetzungen, mit welchen ein Umgang gelernt werden muss [1]. Sex wird von einigen betroffenen Personen aufgrund eingeschränkter Bewegungen und Stellungen als unangenehm oder sogar unmöglich empfunden [1]. Viele haben jedoch bereits Strategien zum Umgang mit Herausforderungen gefunden, wie beispielsweise alternative Sexstellungen oder Orte sowie das Anpassen der Bewegungen und Körperhaltungen während dem sexuellen Akt [1, 2]. Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten können Betroffene unterstützen, indem sie die Sexualität in einzelne Schritte herunterbrechen, mit ihnen Sexualtechniken und

Stellungen, Energiemanagement Prinzipien sowie mögliche Hilfsmittelanpassungen besprechen [3, 4]. Eine mögliche Hilfsmittelanpassung kann die Verwendung eines Kissens sein [1]. Weiter können bei den Klientinnen und Klienten Bedenken und Ängste bezüglich Sicherheitsaspekten beim sexuellen Akt aufkommen. Hier liegt es bei der Ergotherapie, eine Umgebung zu schaffen, die Klientinnen und Klienten wissen lässt, dass ihre Anliegen und Sorgen bezüglich der Sexualität berechtigt und wichtig sind und in der Ergotherapie thematisiert werden können [4].

## **5.2 Beantwortung der Fragestellung**

In dieser BA wurde folgende Fragestellung bearbeitet:

«Welcher ergotherapeutische Handlungsbedarf ergibt sich durch die Sichtweise von an Arthritis oder Weichteilrheuma erkrankten Menschen und deren Partnerinnen und Partnern hinsichtlich der Sexualität in der Beziehung?»

Die Sicht der Betroffenen auf ihre Sexualität in der Partnerschaft konnte aus Sicht der Verfasserinnen durch die Hauptstudien von Helland et al. (2011) sowie Jiménez et al. (2017) ausführlich aufgezeigt werden. Die Sichtweise der Partnerin oder des Partners konnte nicht direkt eruiert werden, sondern wurde lediglich durch die Ausführungen der Betroffenen bezüglich der Partnerschaft zum Ausdruck gebracht. Anhand der Ergebnisse der beiden Hauptstudien von Rose und Hughes (2018) sowie Lynch und Fortune (2018) konnte der ergotherapeutische Handlungsbedarf nur teilweise aufgezeigt werden, da nicht für alle von den Betroffenen beschriebenen Herausforderungen ein passender Handlungsbedarf nachgewiesen werden konnte.

Im nächsten Kapitel werden die Schlussfolgerungen aufgezeigt.

## **6. Schlussfolgerungen**

In diesem Kapitel erfolgt zunächst der Theorie-Praxis Transfer. Weiter werden die Limitationen dieser BA sowie weiterführende Fragen aufgezeigt und ein Fazit gezogen.

### **6.1 Theorie-Praxis Transfer**

In diesem Unterkapitel werden Empfehlungen für die Praxis abgegeben.

#### **Ansprechen von Sexualität in der Praxis**

Die Sexualität wird gemäss Schramm (2014) von 73% der Klientinnen und Klienten und 59% ihrer Lebenspartnerinnen und Lebenspartner als wichtiger Aspekt in der Rehabilitation angesehen und sie erachten die Ergotherapie als geeignete Profession, um sexuelle Anliegen zu besprechen.

Gesundheitsfachpersonen sollten sich gemäss Spring et al. (2011) und Rothermund et al. (2010) ihrer Verantwortung zur Unterstützung und Informationsweitergabe sowohl gegenüber den Betroffenen als auch deren Partnerinnen oder Partnern bewusst sein und das Paar in ihrer Kommunikation begleiten.

Die Ergebnisse der Studie von Helland et al. (2016) zeigen, dass Betroffene Sexualität nicht von sich aus erwähnen. Sie haben zudem die Erfahrung gemacht, dass das Thema von Fachpersonen weder angesprochen wurde noch Informationen dazu abgegeben wurden. Die Verfasserinnen erachten es daher als wichtig, dass Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten Massnahmen ergreifen, um ihr eigenes Komfortniveau bezüglich der Diskussion über Sex und Sexualität in der Praxis zu erhöhen [4].

Laut Helland et al. (2016) erleben Betroffene seitens der Gesundheitsfachpersonen einen Mangel an Wissen und eine gewisse Gleichgültigkeit, was ein offenes Gespräch erschwert. Dies führt bei den Betroffenen zu mangelnder Auseinandersetzung mit ihren sexuellen Herausforderungen. Infolgedessen wünschen sich Betroffene von Gesundheitsfachpersonen professionelles Interesse, Wissen, Erfahrung, Beziehungsfähigkeit und persönliche Kompetenzen bezüglich der Kommunikation über sexuelle Themen. Aus Sicht der Verfasserinnen sollten Ergotherapeutinnen und

Ergotherapeuten daher die Klientinnen und Klienten wissen lassen, dass Gefühle angesprochen und Fragen bezüglich der Thematik gestellt werden können [4].

Helland et al. (2016) zeigen zudem auf, dass Betroffene den Wunsch haben, als ganzheitliche Personen behandelt zu werden und nicht nur ihre medizinischen Probleme im Fokus stehen. Diesem Wunsch kommt die Ergotherapie mit ihrer holistischen und klientenzentrierten Sichtweise stark entgegen und strebt zudem einen offenen und nicht wertenden Umgang mit den Klientinnen und Klienten an [4].

Gemäss Helland et al. (2016) ist ein weiteres Anliegen an die Gesundheitsfachpersonen, Sexualität und Beziehung nicht unabhängig voneinander zu diskutieren und die Thematik in einem natürlichen Rahmen zu besprechen, indem sie in die restlichen krankheitsbezogenen Themen eingebettet wird.

### **Rahmenbedingungen**

Aus der Studie von Helland et al. (2016) geht hervor, dass Betroffene der Meinung sind, Gesundheitsfachpersonen hätten zu wenig Zeit, was ihnen das Gefühl gibt, dass das Sprechen über sensible Themen unangemessen und unerwünscht sei. Daher erhoffen sich Betroffene, dass für ein Gespräch über die Sexualität genügend Zeit eingeplant wird. Zudem schlagen Betroffene schriftliches Material, wie beispielsweise leicht zugängliche Broschüren, als Informationsquelle vor, um zu signalisieren, dass die Sexualität ein relevantes Thema im Gesundheitswesen darstellt, das offen angesprochen werden kann.

### **Informationsbedarf**

Betroffene äussern den Wunsch nach einfachen, sachlichen Informationen von Gesundheitsfachpersonen über mögliche krankheitsbedingte Auswirkungen auf das Sexualleben. Um die Klientinnen und Klienten professionell über diese Konsequenzen aufzuklären, können Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten ihr Wissen durch das Lesen von Literatur erweitern [4]. Weiter besteht das Anliegen von betroffenen Personen über mögliche Nebenwirkungen von Medikamenten aufgeklärt zu werden (Helland et al., 2016). Laut den Verfasserinnen besteht hierbei die Wichtigkeit, dass Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten über mögliche Auswirkungen von Medikamenten auf physische

Fähigkeiten Bescheid wissen, sich bei Bedarf jedoch an weitere Fachpersonen wenden und die Klientinnen und Klienten weiterverweisen [3].

Nach Helland et al. (2016) sind die Art und der Zeitpunkt des Ansprechens von sexuellen Themen individuell und hängen unter anderem vom Krankheitsstand, dem Alter und dem Familienstand ab. Einige Betroffene wünschen sich kurz nach der Diagnosestellung Informationen über potentielle Einflüsse der Krankheit auf die Sexualität zu erhalten, um die Bewältigungsstrategien zu erweitern und die weitere Kommunikation zu erleichtern.

Zur Stärkung der Kommunikation und Verbesserung des Verständnisses zwischen dem Paar wünschen sich Betroffene gemäss Helland et al. (2016), dass Partnerinnen oder Partner in Gruppensitzungen einbezogen werden und Broschüren abgegeben werden, die sie mit nach Hause nehmen und gemeinsam anschauen können. Die Zurverfügungstellung von verbalen und schriftlichen Informationen durch Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten leistet aus Sicht der Verfasserinnen einen Beitrag zum Gelingen sexueller Praktiken [4]. Durch Informationen sind Betroffene laut Helland et al. (2016) zudem in der Lage, zwischen krankheitsbezogenen und individuellen Herausforderungen zu unterscheiden, was mentalen Stress reduzieren und ein motiviertes Angehen von Schwierigkeiten fördern kann.

Nebst der Weitergabe von Informationen haben Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten aus Sicht der Verfasserinnen die Aufgabe, Strategien zum Umgang mit sexuellen Herausforderungen mit den Klientinnen und Klienten zu erarbeiten. Da mangelnde Energie oftmals die Ausführung von sexuellen Aktivitäten erschwert, sehen die Verfasserinnen das Energiemanagement als eine Möglichkeit, Betroffene darin zu unterstützen, sich ihrer Energie bewusster zu sein und dementsprechend sexuelle Aktivitäten einzuplanen [1, 3, 4].

## **6.2 Limitationen**

In Tabelle 8 werden die Limitationen dieser BA aufgeführt, welche bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden müssen.

Tabelle 8. Limitationen

| Bereich             | Limitationen  |
|---------------------|---|
| Einschlusskriterien | Die unterschiedlichen Auswirkungen der Krankheitsgruppen Arthritis und Weichteilrheuma auf die Sexualität wurden beim Schreiben dieser BA nicht beachtet.   |
| Literaturrecherche  | Obwohl die Literaturrecherche in verschiedenen Datenbanken stattgefunden hat, kann nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden, dass relevante Studien nicht gefunden wurden. Da die ergotherapeutischen Studien sich nicht auf rheumatische Krankheiten beziehen, muss eine Übertragbarkeit auf den Fachbereich Rheumatologie mit Sorgfalt erfolgen.  |
| Studien             | Das Thema Sexualität ist der Ergotherapie noch wenig vertraut. Dies erschwerte es den Verfasserinnen passende Studien zu finden, die Sexualität im Zusammenhang mit Ergotherapie und Arthritis oder Weichteilrheuma behandeln. Als Hauptstudien wurden ausschliesslich qualitative Studien mit subjektiver Sicht von Betroffenen sowie Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten einbezogen, weshalb diese schwierig zu vergleichen sind. Zudem umfasst die Stichprobe der Studie von Jiménez et al. (2017) lediglich Frauen, weshalb eine grössere Vertretung durch ihr Geschlecht besteht was bei der Übertragung der Ergebnisse in die Praxis allenfalls berücksichtigt werden sollte. Zudem muss bei der Interpretation der Ergebnisse für die schweizerische Praxis berücksichtigt werden, dass keine der Studien in der Schweiz erhoben wurde. |
| Methodologie        | Aufgrund der aktuellen Studienlage mussten methodologisch weniger gute Studien einbezogen werden. Trotz der mässigen Qualität der Studie von Jiménez et al. (2017) wurden alle Studien gleich gewichtet, was eine weitere Limitation der BA darstellt und bei einer Übertragung der Ergebnisse in die Praxis zusätzlich berücksichtigt werden sollte.   |

### 6.3 Weiterführende Fragen

Da die Sichtweise der Partnerin oder des Partners eines an Arthritis oder Weichteilrheuma erkrankten Menschen bezüglich der Sexualität in der Partnerschaft in dieser BA nicht aufgezeigt werden konnte, bleibt die Frage offen, wie sie diese erleben. Folglich wäre Forschung zu dieser Thematik angebracht.

Weiter wäre aus Sicht der Verfasserinnen ergotherapeutische Forschung im Bereich Rheumatologie zur Thematik Sexualität sinnvoll, um aufzuzeigen, ob und wie das Thema von Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten angegangen wird. Zudem wäre es spannend, diese Forschung in Bezug auf die Praxis in der Schweiz durchzuführen.

## 6.4 Fazit

Der wahrgenommene Einfluss krankheitsbedingter Herausforderungen auf die Sexualität variiert je nach Individuum. Betroffene erleben sowohl emotionale als auch physische Auswirkungen, welche die Sexualität beeinflussen. Diese können sich weiter auf die Rollenidentität sowie die Partnerschaft auswirken. Die Sexualität dient einerseits als wichtiges Element, um die Beziehung zusammenzuhalten, kann andererseits jedoch auch zu Sorgen um diese führen. Aufgrund dessen erachten es die Verfasserinnen als essenziell, dass Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten die Partnerin oder den Partner der Betroffenen in die Therapie miteinbeziehen und das Paar in ihrer Kommunikation unterstützen. Die Sexualität wird zudem als identitätsstiftend angesehen, wobei das veränderte Körperbild sowie die sexuelle Dysfunktion\* das Selbstwertgefühl, das Attraktivitätsgefühl und das Verlangen beeinflussen können. Demzufolge erscheint es den Verfasserinnen als angebracht, dass Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten Veränderungen in der sexuellen Identität mit den Klientinnen und Klienten besprechen und ihr Selbstwertgefühl stärken. Durch die Erkrankung schreiben Betroffene sexuellen Aktivitäten eine geringere Priorität zu. Die Intimität sowie bedeutungsvolle Beziehungen haben hingegen einen höheren Stellenwert. Die Verfasserinnen erachten es als wichtig, dass Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten die Klientinnen und Klienten, für einen gelingenden Umgang mit sexuellen Herausforderungen, bei der Suche nach geeigneten Strategien, beim Gebrauch von Hilfsmitteln oder mit dem Einsatz von Energiemanagement unterstützen. Ausserdem sehen die Verfasserinnen das Besprechen von Anliegen bezüglich geeigneter Sexualtechniken und Stellungen mit den Klientinnen und Klienten als Aufgaben der Ergotherapie.



## Literaturverzeichnis

- Akkuş, Y., Nakas, D. & Kalyoncu, U. (2010). *Factors Affecting the Sexual Satisfaction of Patients with Rheumatoid Arthritis and Ankylosing Spondylitis*. *Sexuality and Disability*, 28(4), 223–232.
- 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.
- Canadian Association of Occupational Therapists [CAOT]. ( 2002). *Enabling occupation: An occupational therapy perspective (Rev. ed.)*. Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.
- Dehnhardt, B. (2012). *Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E)*. *Ergotherapie – Fachzeitschrift des ErgotherapeutInnen-Verbandes Schweiz* (8), 22-26.
- Dehnhardt, B. & Schaefer, C. (2012). *Ich werde Ergotherapeutin: Mit Lisa erfolgreich durch die Ausbildung*. Stuttgart: Georg Thieme
- Deutsche Rheuma-Liga (2015). *Leben und Lieben mit Rheuma: Informationen für Menschen mit rheumatischen Erkrankungen*. Bonn: Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V.
- Dorner, T. E., Berner, C., Haider, S., Grabovac, I., Lamprecht, T., Fenzl, K. H., Erlacher, L. (2018). *Sexual health in patients with rheumatoid arthritis and the association between physical fitness and sexual function: a cross-sectional study*. *Rheumatology International*, 38(6), 1103–1114.
- Fisher, A. G. (2014). *OTIPM Occupational Therapy Intervention Process Model: Ein Modell zum Planen und Umsetzen von klientenzentrierter, betätigungsbasierter Top-down-Intervention*. Idstein: Schulz-Kirchner.
- Granero-Molina, J., Matarín Jimenez, T. M., Ramos Rodríguez, C., Hernández-Padilla, J. M., Castro-Sánchez, A. M., & Fernández-Sola, C. (2018). *Social support for female sexual dysfunction in fibromyalgia*. *Clinical nursing research*, 27(3), 296 314.

- Healey, E. L., Haywood, K. L., Jordan, K. P., Garratt, A. M., Ryan, S. & Packham, J. C. (2009). *Ankylosing spondylitis and its impact on sexual relationships*. *Rheumatology*, 48(11), 1378–1381.
- Helland, Y., Dagfinrud, H., Haugen, M.-I., Kjekken, I. & Zangi, H. (2016). *Patients' Perspectives on Information and Communication About Sexual and Relational Issues in Rheumatology Health Care*. *Musculoskeletal Care*, 15(2), 131–139.
- Helland, Y., Kjekken, I., Steen, E., Kvien, T. K., Hauge, M.-I. & Dagfinrud, H. (2011). *Rheumatic diseases and sexuality: Disease impact and self-management strategies*. *Arthritis care & research*, 63(5), 743–750.
- International Association for the Study of Pain. (1979). *The need of a taxonomy*. *Pain*, 6, 247–248.
- Janner, C. (2008). *Einfluss der Motivation auf ein multimodales Schmerztherapieprogramm - eine prospektive Kohortenstudie mit Langzeitmessung*. *Dissertation*. München: Ludwig-Maximilians-Universität.
- Jiménez, T. M. M., Fernández-Sola, C., Hernández-Padilla, J. M., Casado, M. C., Raynal, L. H. A. & Granero-Molina, J. (2017). *Perceptions about the sexuality of women with fibromyalgia syndrome: a phenomenological study*. *Journal of Advanced Nursing*, 73(7), 1646–1656.
- Kobelt, G., Texier-Richard, B., Mimoun, S., Woronoff, A.-S., Bertholon, D.-R., Perdriger, A.,...Combe, B. (2012). *Rheumatoid arthritis and sexuality: A patient survey in France*. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 13(1), 170.
- Law, M., Stewart, D., Letts, L., Pollock, N., Bosch, J. & Westmorland, M. (1998). *Anleitung zum Formular für eine kritische Besprechung qualitativer Studien*. McMaster-Universität.
- Law, M., Stewart, D., Letts, L., Pollock, N., Bosch, J. & Westmorland, M. (1998). *Formular zur kritischen Besprechung qualitativer Studien*. McMaster-Universität.
- Lincoln, Y. S. & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. London, New Delhi: Sage.
- Lynch, C. & Fortune, T. (2019). *Applying an Occupational Lens to Thinking About and Addressing Sexuality*. *Sexuality and Disability*, 37(2), 145–159.

- 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*, 70,7001360010.
- Mohammed, A. (2017). *Addressing Sexuality in Occupational Therapy*. American Occupational Therapy Association, 22(9).
- Nilges, P. & Nagel, B. (2007). *Was ist chronischer Schmerz*. *DMW – Deutsche Medizinische Wochenschrift* 132(41):2133-8.
- Rheuma-Liga Hessen. (2014). *Entzündliche-rheumatische Erkrankungen*. Heruntergeladen von <https://www.rheuma-liga-hessen.de/hilfe-bei-rheuma/krankheitsbilder/entzuendlich-rheumatische-erkrankungen/> am 23.04.2020
- Rheumaliga Schweiz (RLS). (2017). *Nationale Strategie «Muskuloskelettale Erkrankungen» 2017-2022*. Zürich: Rheumaliga Schweiz.
- Rose, N. & Hughes, C. (2018). *Addressing Sex in Occupational Therapy: A Coconstructed Autoethnography*. *American Journal of Occupational Therapy*, 72(3), 7203205070p1.
- Rothermund, E., Sharav, D., Ahlers, C. J. & Beier, K. M. (2010). *Sexualität und Partnerschaft bei rheumatischen Erkrankungen*. *Sexuologie*, 17(1–2), 59–62.
- Sakellariou, D. & Algado, S. S. (2006). *Sexuality and Occupational Therapy: Exploring the Link*. *British Journal of Occupational Therapy*, 69(8), 350–356.
- Schramm, R. (2014). *Sexualität als bedeutungsvolle Betätigung*. *Et Reha* 53. Jg., Nr. 9: 23-26. Hrsg. DVE.
- Spektrum. (n.d.). *Lexikon für Psychologie – Partnerschaft*. Heruntergeladen von <https://www.spektrum.de/lexikon/psychologie/partnerschaft/11232> am 25.09.2019
- Spring, A., Cudney, S., Weinert, C. & Winters, C. (2011). *Spousal Support Experiences of Rural Women Living With Chronic Illness*. *Holistic Nursing Practice*, 25(2), 71.
- Townsend, E.A. & Polatajko, H. J. (2013). *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being & Justice through Occupation*. Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.

Wenske, A. V. (Hrsg.). (2008). *Das Beziehungskonstrukt in der Psychologie. Management und Wirkungen von Marke-Kunden-Beziehungen im Konsumgüterbereich: Eine Analyse unter besonderer Berücksichtigung des Beschwerdemanagements und der Markenkommunikation* (S. 42–49). Wiesbaden: Gabler.

Winkler, M. (n.d.). *Beziehungsratgeber – Definition Beziehung*. Heruntergeladen von <https://www.beziehungsratgeber.net/beziehung-aufbauen/was-ist-eine-beziehung-definition/> am 25.09.2019

World Health Organization (2010). *Developing sexual health programmes. A framework for action*. Heruntergeladen von [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual\\_health/rhr\\_hrp\\_10\\_22/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/rhr_hrp_10_22/en/) am 26.08.2019

## Abbildungsverzeichnis

|   |    |
|---|----|
| Abbildung 1. CMOP-E.....  | 15 |
| Abbildung 2. Selektionsprozess .....  | 21 |
| Abbildung 3. Erlebter Einfluss der Erkrankung auf die Sexualität aus Helland et al. (2011)<br>..... | 45 |
| Abbildung 4. Erlebter Einfluss der Erkrankung auf die Sexualität aus Jiménez et al.<br>(2017) ..... | 47 |
| Abbildung 5. Handlungsansätze der Ergotherapie aus Lynch und Fortune (2019) .....                   | 48 |
| Abbildung 6. Handlungsansätze der Ergotherapie aus Rose und Hughes (2018).....                      | 48 |

### Quellen

Abbildung 1: Buchholz, M. (2019). Canadian Model of Occupational Performance (CMOP-E). Heruntergeladen von [https://www.researchgate.net/figure/Canadian-Model-of-Occupational-Performance-CMOP-E-Published-with-permission-from-CAOT\\_fig1\\_330563634](https://www.researchgate.net/figure/Canadian-Model-of-Occupational-Performance-CMOP-E-Published-with-permission-from-CAOT_fig1_330563634) am 22.06.2020

## Tabellenverzeichnis

|  |    |
|--|----|
| Tabelle 1. CMOP-E Person (Dehnhardt, 2012; Dehnhardt & Schaefer, 2012).....      | 15 |
| Tabelle 2. CMOP-E Betätigung (Dehnhardt, 2012; Dehnhardt & Schaefer, 2012) ..... | 15 |
| Tabelle 3. CMOP-E Umwelt (Dehnhardt, 2012; Dehnhardt & Schaefer, 2012) .....     | 16 |
| Tabelle 4. Schlüsselwörter, Keywords und Synonyme.....                           | 17 |
| Tabelle 5. Einschlusskriterien .....   | 19 |
| Tabelle 6. Hauptstudien .....  | 21 |
| Tabelle 7. Zusammenfassung Helland et al. (2011).....                            | 23 |
| Tabelle 8. Zusammenfassung Jiménez et al. (2017).....                            | 29 |
| Tabelle 9. Zusammenfassung Lynch und Fortune (2019).....                         | 35 |
| Tabelle 10. Zusammenfassung Rose und Hughes (2018) .....                         | 40 |
| Tabelle 11. Qualität der Hauptstudien.....                                       | 45 |

### Quellen

Tabelle 1, 2, 3: Dehnhardt, B. (2012). *Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E)*. Ergotherapie – Fachzeitschrift des ErgotherapeutInnen-Verbandes Schweiz (8), 22-26.

Dehnhardt, B. & Schaefer, C. (2012). *Ich werde Ergotherapeutin: Mit Lisa erfolgreich durch die Ausbildung*. Stuttgart: Georg Thieme

## **Wortzahl**

Abstract: 202

Arbeit: 11'375

## Danksagung

Wir möchten uns herzlich bei Frau Maria Auer für die kompetente Betreuung und Unterstützung bei der Entstehung dieser Bachelorarbeit bedanken. Der fachspezifische Rat und die geduldige Beantwortung unserer Fragen haben uns im Prozess sehr unterstützt. Weiter bedanken wir uns herzlich bei [REDACTED]. Sie haben sich Zeit genommen, unsere Arbeit auf Rechtschreibung und Grammatik zu überprüfen. Ebenfalls sprechen wir unserem Peer Feedback Tandem einen grossen Dank für das Gegenlesen und das fachliche Feedback aus.

Zum Schluss möchten wir uns bei unseren Freunden und Familien für die mentale Unterstützung, die Diskussionen und das Verständnis sowie die Geduld recht herzlich bedanken.

## Eigenständigkeitserklärung

Eigenständigkeitserklärung:

«Wir, Livia Parianotti und Daria Keller erklären hiermit, dass wir die vorliegende Arbeit selbständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst haben.»

Datum: 30.04.2020

Unterschriften: Livia Parianotti

Daria Keller

# Anhang

## A: Glossar

|   |   |
|---|---|
| <p>Aktivität</p>                        | <p>Eine Abfolge von zusammenhängenden Schritten, die Teil einer Betätigung sind. Aktivitäten sind zielgerichtet und finden aus einem bestimmten Grund und zu einer definierten Zeit statt. Eine Aktivität kann sowohl ein Ziel als auch ein Mittel im ergotherapeutischen Prozess darstellen (Arbeitsgruppe Modelle und Theorien in der Ergotherapie, 2010).</p>  |
| <p>Aktivitäten des täglichen Lebens</p> | <p>Abgekürzt wird auch von ADLs gesprochen. Darunter werden Aktivitäten verstanden, die darauf ausgerichtet sind, sich um den eigenen Körper zu kümmern. Dazu zählen unter anderem das Duschen, der Toilettengang, das Anziehen, das Schlucken und Essen sowie die sexuelle Aktivität. Diese Aktivitäten sind grundlegend für das Leben in einer sozialen Welt und ermöglichen Überleben und Wohlbefinden (American Occupational Therapy Association [AOTA], 2014).</p>                                     |
| <p>Ankylosierende Spondylitis</p>       | <p>Wird auch als Morbus Bechterew bezeichnet. Es handelt sich um eine entzündliche Erkrankung der Wirbelsäule. Betroffen sind dabei vorwiegend die Kreuz-Darmbeingelenke sowie die Lenden- und Brustwirbelsäule. Durch eine fortschreitende, knöcherne Versteifung der Wirbelsäule entsteht eine grosse Bewegungseinschränkung. Die Erkrankung kann auch Entzündungen von Augen, Sehnen und den Schleimhäuten des Darmes mit sich bringen (Rheumaliga Schweiz, 2017).</p>                                   |
| <p>Bestätigung (Confirmability)</p>     | <p>Beurteilt die Studiendurchführung. Wenn eine Begleitung durch eine externe Person, im Sinne einer Prüfung der Studiendurchführung gegeben ist, ist die Confirmability erreicht (Ris &amp; Preusse-Bleuler, 2015).</p>  |
| <p>Betätigungsorientiert</p>            | <p>Bedeutet, dass Betätigung während des ganzen Therapieprozesses einbezogen wird und somit ein grundlegender Bestandteil der Ergotherapie darstellt. Eine betätigungsbasierte Intervention beinhaltet eine bedeutungsvolle Betätigung, die die Klientin oder der Klient in der Therapie direkt ausführt und daran arbeitet (Berg, Oster &amp; Takacs, 2019).</p>   |
| <p>Bewältigungsstrategien</p>           | <p>Kann mit dem Begriff Coping-Strategie gleichgesetzt werden. Die Strategien bezeichnen den Umgang mit bedeutsamen und schwierigen Lebensereignissen oder -phasen sowie mit Stress, Angst und weiteren Faktoren (DocCheck Flexikon, n.d.<sup>1</sup>).</p>   |
| <p>Boolesche Operatoren</p>             | <p>Wenn die Suche mit mehreren Suchbegriffen erfolgen soll, können die Keywords mit Booleschen Operatoren verbunden werden. Wird die Suche mit «AND» ergänzt, werden nur Resultate angezeigt, die beide Suchbegriffe beinhalten. Werden die Keywords mit «OR» kombiniert, werden auch Artikel angezeigt, welche nur einen der beiden Suchbegriffe beinhalten, oder alternativ zwei von drei usw. Mit dem Begriff «NOT» werden nur Artikel angezeigt, die den ersten Suchbegriff beinhalten (CAU, 2009).</p> |



|                       |   |
|-----------------------|---|
| CinahlHeadings        | Dabei handelt es sich um Schlagwörter, die Synonyme und verwandte Begriffe beinhalten. Mit diesen können Zeitschriftenartikel und Bücher gesucht werden. Cinahl Headings sind spezifisch für die Datenbank Cinahl (AWMF, n.d.).   |
| Codieren              | Es werden Ordnungskategorien für Texte entwickelt. Dabei werden beispielsweise Interviewteile übersetzt, gekürzt oder verallgemeinert (Gebhardt & Mattissek, 2007).   |
| Ethikverfahren        | Beinhaltet die Vertraulichkeit von Daten, die Zustimmung der Teilnehmenden für die Teilnahme an der Studie und die ethische Genehmigung der Studien (Law et al., 1998).   |
| Ethnographie          | Ist eine Form der qualitativen Forschung. Konzentriert sich auf die Frage nach der Kultur einer Gruppe von Menschen. Dabei ist die Kultur nicht auf ethnische Gruppen beschränkt, sondern schliesst auch die Kultur von Organisationen, Programmen und Gruppen von Menschen mit gleichem sozialem Problem ein (Law et al., 1998).   |
| Fatigue               | Wird definiert als subjektiver Mangel an physischer und/ oder mentaler Energie, der von Betroffenen als störend für die Ausführung oder das Anstreben einer Aktivität wahrgenommen wird. Dieser Erschöpfungszustand kann auch in Ruhe, also unabhängig von Anstrengung auftreten (Pfeffer, 2010).   |
| Fibromyalgie          | Bei der Fibromyalgie zeigen sich eine erhöhte Reaktion und Sensibilität auf Schmerzreize, die auf eine veränderte Stressverarbeitung zurückzuführen sind. Betroffene leiden an chronischen Schmerzen am ganzen Körper. Für die Entstehung dieser Erkrankung wird von bio-psycho-sozialen Faktoren ausgegangen (Rheumaliga Schweiz, 2017).   |
| Geschlechteridentität | Steht für die innere Überzeugung eines Individuums, welchem Geschlecht es sich zugehörig fühlt (Genderdings, n.d.).   |
| Generalisiert         | Steht in der Medizin für «den ganzen Körper betreffend» (DocCheck Flexikon, n.d. <sup>2</sup> ).  |
| Gicht                 | Bei der Gicht handelt es sich im engeren Sinne um eine Stoffwechselerkrankung, die meist durch eine vererbte Ausscheidung von Harnsäure entsteht. Aufgrund der hohen Konzentration von Harnsäure im Blut, kann es zu Ablagerungen von Harnsäurekristallen in und um die Gelenke sowie zu Entzündungen kommen. Meist ist das Grosszehengrundgelenk, teilweise auch das Knie-, Sprung- oder Fingergelenk betroffen. Im betroffenen Gelenk zeigen sich Rötungen, Schwellungen und starke Schmerzen (Rheumaliga Schweiz, 2017). |

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| Glaubwürdigkeit (Credibility) | Um die Credibility zu erreichen sollte eine Triangulation beispielsweise durch Kombination von Interviews und Beobachtungen bei der Datenerhebung gegeben sein. Weiter soll eine Diskussion der Daten mit Forschenden (Peer debriefing) sowie mit den Forschungsteilnehmenden gegeben sein (Memer checking) (Ris & Preusse-Bleuler, 2015).   |
| Hämatome                      | Wenn Blut aus einem verletzten Blutgefäss rinnt, wird von einem Hämatom oder Bluterguss gesprochen. Umgangssprachlich wird dieses auch blauer Fleck genannt (Dr. Med. Nonnenmacher, 2019 <sup>9</sup> ).   |
| Holistisch                    | Holistisch bedeutet ganzheitlich und wird in dieser BA mit der Sichtweise auf Klientinnen und Klienten in Bezug gebracht. Das heisst, dass nicht nur die biologischen Funktionen des Menschen im Vordergrund stehen, sondern dass die Person als Einheit aus Körper, Geist und Seele gesehen wird. Diese Bereiche stehen in Wechselwirkung mit der Umwelt (Jan, 2012).   |
| Identität                     | Steht dafür, wie ein Individuum sein Selbst in Bezug auf seine verschiedenen Betätigungsrollen sieht; ein Bild der gewünschten Art von Leben, die sich ein Individuum macht (Townsend & Polatajko, 2013).  |
| Intellekt                     | Bezieht sich auf die Fähigkeit etwas geistig erfassen zu können. Der Verstand wird oft als Synonym verwendet (Educalingo, n.d.).   |
| Klientin<br>Klient            | Klientinnen und Klienten können Einzelpersonen oder auch eine Gruppe von Personen (Klientenkonstellation) sein, die aktiv am therapeutischen Prozess teilnehmen. Die Klientin oder der Klient weiss über den eigenen Alltag Bescheid und kann Entscheidungen zumindest teilweise selbstständig fällen. Um zu Gesunden braucht eine Klientin oder ein Klient Unterstützung der Therapeutin oder des Therapeuten (Arbeitsgruppe Modelle und Theorien in der Ergotherapie, 2010). |
| Klientenzentriert             | Basiert auf einer partnerschaftlichen Beziehung zwischen der Klientin oder dem Klienten und der Therapeutin oder dem Therapeuten. Die Klientin oder der Klient wird aktiv in die Therapieplanung, den Therapieprozess und die Zielformulierung einbezogen und seine Wünsche und Prioritäten werden berücksichtigt (Arbeitsgruppe Modelle und Theorien in der Ergotherapie, 2010).  |
| Kognitiv                      | Bezieht sich auf das Denken und die mentalen Prozesse (DocCheck Flexikon, n.d. <sup>3</sup> ).   |
| Kontrastfälle                 | Die Erhebung von Kontrastfällen dient zur Entdeckung möglicher neuer, wesentlicher Kategorien und der Hervorbringung ihrer Ausprägungen (Glaser & Strauss, 1998).  |
| Läsion                        | Das Wort bezeichnet eine Verletzung, Schädigung oder Veränderung von Gewebe (Dr. Med. Nonnenmacher, 2019 <sup>10</sup> ).  |

|                |   |
|----------------|---|
| Lebensqualität | Menschen erleben Lebensqualität, wenn sie an Betätigungen teilhaben, welche Hoffnung fördern, Motivation erzeugen, sinnstiftend sind und Zufriedenheit bieten, eine Vision des Lebens vorantreiben, Empowerment ermöglichen, die Gesundheit fördern oder anderweitig mit Lebensqualität in Verbindung gebracht werden können (Townsend & Polatajko, 2013).  |
| Libido         | Darunter wird der Geschlechtstrieb des Individuums, also das Bedürfnis der Befriedigung des Triebes sexueller Lust verstanden. Die Libido zählt zu den primären Bedürfnissen der Individuen und ist essenziell für die Fortpflanzung. Es kann zwischen weiblicher und männlicher Libido unterschieden werden (DocCheck Flexikon, n.d. <sup>4</sup> ).   |
| Mental         | Steht für den «Verstand betreffend» (DocCheck Flexikon, n.d. <sup>5</sup> ).  |
| Mesh Terms     | Dabei handelt es sich um Schlagwörter, die Synonyme und verwandte Begriffe beinhalten. Mit diesen können Zeitschriftenartikel und Bücher gesucht werden. Mesh Terms sind spezifisch für die Datenbank Medline (AWMF, n.d.).   |
| Motorisch      | Funktionen die den Bewegungsablauf betreffen (DocCheck Flexikon, n.d. <sup>6</sup> ).   |
| Pacing         | Unter Pacing wird eine Strategie bei Schmerzen verstanden. Dabei wird der Körper Schritt für Schritt wieder an tägliche Belastungen und Aktivitäten gewöhnt, damit einer Dekonditionierung entgegengewirkt und die schützende Schmerzgrenze allmählich wieder nach oben verschoben werden kann (Luomajoki, 2007).   |
| Performanz     | Unter Performanz wird das Vermögen zur «Ausführung einer Aktivität» verstanden (Dehnhardt & Schaefer, 2012).  |
| Perzeption     | Die Perzeption bezieht sich auf die Wahrnehmung und den Wahrnehmungsinhalt. Dazu gehören Prozesse die unbewusst ablaufen, wie die Filterung und Bewertung von Reizen, aber auch jene die bewusst ablaufen wie die Einordnung und Interpretation der wahrgenommenen Reize (Dr. Med. Nonnenmacher, 2019 <sup>11</sup> ).  |
| Phänomenologie | Sie beantwortet die Frage, wie mit einer bestimmten Erfahrung gelebt wird. Die Phänomenologie versucht gelebte Erfahrungen zu verstehen und untersucht damit verbundene Gefühle, Beziehungen oder die Zugehörigkeit zu einer Organisation oder Gruppe. Es handelt sich um einen Ansatz der Sozialwissenschaften, der verlangt, dass sich die Forschenden in die Lebenswelt der Studienteilnehmenden hineinversetzen und mit Hilfe ihrer Selbst die Erfahrungen dieser Personen interpretieren (Law et al., 1998). |
| Pseudogicht    | Bei der Pseudogicht kommt es vorwiegend im Alter zu Entzündungen der Innenhaut von Gelenken. Grösstenteils ist das Kniegelenk, aufgrund einer Ablagerung von Calciumpyrophosphat-Kristallen betroffen (Rheumaliga   |

|                       |   |
|-----------------------|---|
|                       | Schweiz, 2017).   |
| Psoriasis-Arthritis   | Psoriasis ist eine chronisch entzündliche Hauterkrankung, die sich in Schuppenflechten äussert. Geht sie mit einer Arthritis einher, so wird von einer Psoriasis-Arthritis gesprochen (Rheumaliga Schweiz, 2017).   |
| Qualitative Forschung | Qualitative Studien geben Auskunft über das Erleben bestimmter Menschengruppen wie beispielsweise Betroffenen, Klientinnen und Klienten, Angehörigen. Es werden Informationen über die Innensicht dieser gegeben (Glässer, 2017).   |
| Reasoning             | Unter dem klinische Reasoning werden prozessbezogene Gedankengänge der Ergotherapeutin oder des Ergotherapeuten im therapeutischen Prozess sowie auf Beziehungsebene verstanden. Es umfasst Denk-, Aktions- und Entscheidungsprozesse (Arbeitsgruppe Modelle und Theorien in der Ergotherapie, 2010).   |
| Rheumatoide Arthritis | Bei der rheumatoiden Arthritis handelt es sich um eine Autoimmunerkrankung mit chronisch fortschreitender Entzündung der Gelenkinnenhäute. Dabei ist meist der ganze Körper betroffen. Betroffene erleben Symptome wie Schmerzen, Morgensteifigkeit, Ermüdung, Schwellung der Gelenke, Gewichtsverlust und ein allgemeines Krankheitsgefühl (Rheumaliga Schweiz, 2017).   |
| Rolle                 | Eine Gruppe von Verhaltensweisen, die durch den gesellschaftlichen und sozialen Kontext, in dem eine Person lebt, bestimmt ist. Eine Person hat oft gleichzeitig Anteil an verschiedenen Rollen und nimmt je nach Lebensphase unterschiedliche Rollen ein (Arbeitsgruppe Modelle und Theorien in der Ergotherapie, 2010).   |
| Sättigung             | Bezieht sich auf die Menge der Daten und wird als hauptsächlicher Indikator der Stichprobengrösse bei qualitativer Forschung angesehen. Es sollte in den Studien ersichtlich sein, wie und wann die Datensättigung dem Zweck der Studie genügt (Law et al., 1998).  |
| Schlaganfall          | Erleidet eine Person einen Schlaganfall so wird ein Teil des Gehirns auf einmal nicht mehr ausreichend mit Blut und folglich mit Sauerstoff versorgt. In Folge sterben Nervenzellen ab und es erfolgt ein Ausfall von Gehirnfunktionen je nach Ort des Sauerstoffmangels im Gehirn. Die Auswirkungen zeigen sich oft auf einer Körperhälfte. So ist eine Person in ihrer rechten Körperseite beeinträchtigt, wenn sie in ihrer linken Gehirnhälfte den Schlaganfall erlitten hat und andersherum, wenn dieser in der rechten Hälfte war. Dies lässt sich mit der überkreuzten Verschaltung der Nervenbahnen erklären (Fragile Suisse, n.d.) |
| Sensomotorisch        | Zusammenspiel zwischen sensorischen und motorischen Funktionen (DocCheck Flexikon, n.d. <sup>7</sup> ).   |

|                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| Sensorisch                        | Bezieht sich auf die Wahrnehmung von Reizen der Sinnesorgane. Dazu zählt das Sehen, Hören, Schmecken, Riechen und das Gleichgewicht (DocCheck Flexikon, n.d.).  |
| Sexuelle Dysfunktion              | Wird auch als sexuelle Dysfunktionsstörung bezeichnet. Darunter werden Schwierigkeiten beim Geschlechtsverkehr verstanden, die sowohl physische und/ oder psychische Ursachen haben können. Ein Beispiel ist die erektile Dysfunktion (Hirsch, 2019).   |
| Sexuelle Identität                | Sexuelle Identität wird als Bewusstsein über sich selbst als sexuelles Wesen definiert.<br><br>Der Begriff beinhaltet zum einen die Zugehörigkeit zu einer sozialen Gruppe entsprechend der sexuellen Orientierung (beispielsweise Homosexuelle, Heterosexuelle), was auch für kollektive oder soziale Identität der Person steht. Zudem werden unter der sexuellen Identität die sexuellen Merkmale einer Person als Teil der persönlichen Identität verstanden (Moin, Duvdevany & Mazor, 2009).                                 |
| Triangulierung                    | Bezeichnet in den Sozialwissenschaften ein Vorgehen, um ein vielschichtiges Verständnis von einem Forschungsgegenstand zu erhalten. Dazu werden unterschiedliche methodische Verfahren, verschiedene Daten, theoretische Annahmen sowie unterschiedliche Perspektiven der Forschenden herangezogen. Das Ziel ist es, eine höhere Validität der Forschungsergebnisse zu erreichen und systematische Fehler zu verringern (Mey, Ruppel & Vock, n.d.).   |
| Trunkierungen                     | Unter Trunkierungen werden datenbankspezifische Zeichen verstanden, die bei der Suche verwendet werden. Beispielsweise midwi*, wobei das Sternchen für die Endungen (midwife, midwifes) steht (Prohaska, 2017).   |
| Übertragbarkeit (Transferability) | Durch detaillierte Beschreibungen und Diskussionen kann eine nachvollziehbare Präsentation der Ergebnisse erfolgen. Die Transferability wird durch die Anreicherung der Ergebnisse mit Informationen der Situation vor Ort unterstützt. Weiter ist die Verwendung von plausiblen Zitaten im Text unterstützend. Durch eine schlüssige Präsentation sollen Sachverhalte für die eigene Praxis interpretiert und reflektiert werden sowie die Ergebnisse für weitere Forschung genutzt werden können (Ris & Preusse-Bleuler, 2015). |
| Wohlbefinden                      | Wohlbefinden wird vom Individuum erlebt, wenn es an Betätigungen teilhaben kann, die mit seinen Werten und Präferenzen, seiner Betätigungsidentität und seinen Fähigkeiten, gewünschte Rollen auszufüllen übereinstimmen. Diese Rollen unterstützen seine Pläne und Ziele im Leben (Townsend & Polatajko (2013).  |
| Zuverlässigkeit (Dependability)   | Wird durch eine zeitnahe und regelmässige Prüfung der Datenerhebung und -analyse bezüglich Gemeinsamkeiten und Unterschieden gefördert. Ein weiterer Förderfaktor ist die Überprüfung der Datenanalyse und -ergebnisse durch ein hochschulinternes oder -externes Gremium (Ris & Preusse-Bleuler, 2015).  |

## **B: Literaturverzeichnis Glossar**

American Occupational Therapy Association (AOTA). (2014). *Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process (3rd ed.)*. American Journal of Occupational Therapy, 68 (Supplement 1) S1 – S48.

Arbeitsgruppe Modelle und Theorien in der Ergotherapie. (2010). *Fachwörterbuch Ergotherapie Deutsch-Englisch, Englisch-Deutsch*. Idstein: Schulz Kirchner Verlag.

AWMF. (n.d.). *MeSH - Medical Subject Headings*. Heruntergeladen von <https://www.awmf.org/leitlinien/was-ist-mesh.html> am 01.04.2020

Berg, D., Oster, J-L. & Takacs, C. (2019). *Betätigungs... was?! – Fachterminologie nach Anne G. Fisher*. ergopraxis 05/19.

CAU. (2009). *PubMed-Anleitung*. Heruntergeladen von <https://www.ub.uni-kiel.de/de/bibliotheken-standorte/zweigbibliothek-medizin/pubmed-anleitung> am 02.04.2020

Dehnhardt, B. & Schaefer, C. (2012). *Ich werde Ergotherapeutin - Mit Lisa erfolgreich durch die Ausbildung*. Stuttgart: Thieme.

DocCheck Flexikon. (n.d.). *Coping-Strategie*. Heruntergeladen von <https://flexikon.doccheck.com/de/Coping-Strategie> am 26.03.2020 <sup>1</sup>

DocCheck Flexikon. (n.d.). *Generalisiert*. Heruntergeladen von <https://flexikon.doccheck.com/de/Generalisiert> am 26.03.2020 <sup>2</sup>

DocCheck Flexikon. (n.d.). *Kognitiv*. Heruntergeladen von <https://flexikon.doccheck.com/de/Generalisiert> am 14.04.2020 <sup>3</sup>

DocCheck Flexikon. (n.d.). *Libido*. Heruntergeladen von <https://flexikon.doccheck.com/de/Libido> am 26.03.2020 <sup>4</sup>

DocCheck Flexikon. (n.d.). *Mental*. Heruntergeladen von [https://flexikon.doccheck.com/de/Mental?utm\\_source=www.doccheck.flexikon&utm\\_medium=web&utm\\_campaign=DC%2BSearch](https://flexikon.doccheck.com/de/Mental?utm_source=www.doccheck.flexikon&utm_medium=web&utm_campaign=DC%2BSearch) am 26.03.2020 <sup>5</sup>

DocCheck Flexikon. (n.d.). *Motorisch*. Heruntergeladen von <https://flexikon.doccheck.com/de/Motorisch> am 14.04.2020 <sup>6</sup>

- DocCheck Flexikon. (n.d.). *Sensomotorisch*. Heruntergeladen von <https://flexikon.doccheck.com/de/Sensomotorisch> am 14.04.2020 <sup>7</sup>
- DocCheck Flexikon. (n.d.). *Sensorisch*. Heruntergeladen von <https://flexikon.doccheck.com/de/Sensorisch> am 14.04.2020 <sup>8</sup>
- Dr. Med. Nonnenmacher. (2019). *Blutergüsse*. Heruntergeladen von <https://medlexi.de/Bluterg%C3%BCsse> am 26.03.2020 <sup>9</sup>
- Dr. Med. Nonnenmacher. (2019). *Läsion*. Heruntergeladen von [https://medlexi.de/L%C3%A4sion#Was\\_ist\\_eine\\_L.C3.A4sion.3F](https://medlexi.de/L%C3%A4sion#Was_ist_eine_L.C3.A4sion.3F) am 26.03.2020<sup>10</sup>
- Dr. Med. Nonnenmacher. (2019). *Perzeption*. Heruntergeladen von <https://medlexi.de/Perzeption> am 26.03.2020 <sup>11</sup>
- Educalingo. (n.d.). *Intellekt*. Heruntergeladen von <https://educalingo.com/de/dic-de/intellektuell> am 14.04.2020
- Fragile Suisse (n.d.) *Schlaganfall*. Heruntergeladen von <https://www.fragile.ch/hirnverletzung/schlaganfall/> am 26.03.2020
- Gebhardt, H. & Mattisek, A. (2007). *Praktikum qualitative Sozialforschung und demographischer Wandel*. Heruntergeladen von [https://www.unimuenster.de/imperia/md/content/geographie\\_methodenseminar/qualitativemethoden/auswertung\\_interviews\\_kurzfassung.pdf](https://www.unimuenster.de/imperia/md/content/geographie_methodenseminar/qualitativemethoden/auswertung_interviews_kurzfassung.pdf) am 02.04.2020
- Genderdings. (n.d.). *Geschlechteridentität*. Heruntergeladen von <https://genderdings.de/gender/geschlechtsidentitaet/> am 26.03.2020
- Glaser, B. G. & Strauss, A. (1998). *Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung*. Bern: Huber.
- Glässel, A. (2017). *Grundlagen der qualitativen Methoden*. Schulungsunterlagen Bachelorstudiengänge Departement Gesundheit ZHAW.
- Hirsch, I. H. (2019). *Überblick über sexuelle Funktionsstörungen bei Männern*. Heruntergeladen von <https://www.msmanuals.com/de/heim/gesundheitsprobleme-von-männern/sexuelle-funktionsstörungen-bei-männern/überblick-über-sexuelle-funktionsstörungen-bei-männern> am 26.03.2020

- Jan. (2012). *Ergotherapie im Konzept der ganzheitlichen Pflege*. Heruntergeladen von <https://www.ergotherapie.org/2012/10/20/ergotherapie-im-konzept-der-ganzheitlichen-pflege/> am 26.03.2020
- Law, M., Stewart, D., Letts, L., Pollock, N., Bosch, J. & Westmorland, M. (1998). *Anleitung zum Formular für eine kritische Besprechung qualitativer Studien*. McMaster-Universität.
- Luomajoki, H. (2007). *Schmerzen verstehen und behandeln - Wenn der Schmerz im Vordergrund steht*. Physiopraxis 02/07.
- Mey, G., Ruppel P. S. & Vock, R. (n.d.). *Triangulation und Mixed Methods*. Heruntergeladen von <https://studi-lektor.de/tipps/qualitative-forschung/triangulation-mixed-methods.html> am 02.04.2020
- 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.
- Pfeffer, A. (2010). *Assessment: Fatigue Severity Scale – Einsatz bei Erschöpfung*. *ergopraxis*, 3(07/08), 26–27.
- Prohaska, C. (2017). *Literaturrecherche*. ZHAW Hochschulbibliothek Winterthur.
- Rheumaliga Schweiz (RLS). (2017). *Nationale Strategie «Muskuloskelettale Erkrankungen» 2017-2022*. Zürich: Rheumaliga Schweiz.
- Ris, I. & Preusse-Bleuler, B. (2015). *AICA: Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal eines Forschungsartikels*. Schulungsunterlagen Bachelorstudiengänge Departement Gesundheit ZHAW.
- Townsend E.A. & Polatajko H.J. (2013). *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being, & Justice Through Occupation (second edition)*. Ottawa, Ontario: COAT Publications ACE.



## C: Datenbanken

| Datenbank    | Beschreibung   |
|--------------|--|
| Medline      | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bereiche Klinische Medizin, Anatomie und Physiologie, Pharmakologie und Pharmazie, Zahnmedizin, Psychiatrie und Psychologie, Gesundheitswesen</li> </ul>  |
| Cinahl       | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Englischsprachige Pflegezeitschriften</li> <li>▪ Zeitschriften aus weiteren Berufsfeldern des Gesundheitswesens</li> </ul>  |
| AMED         | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Komplementärmedizin</li> <li>▪ Besondere Therapierichtungen wie Ergo- und Physiotherapie</li> <li>▪ Palliativpflege</li> <li>▪ Schwerpunkt Europa</li> </ul>  |
| PubMed       | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Medizin und Biomedizin</li> <li>▪ Bereiche Zahnmedizin, vorklinische Fächer, Gesundheitswesen, Krankenpflege, Tiermedizin</li> <li>▪ Randbereiche wie Biologie, Biochemie, Psychologie oder Sportmedizin</li> </ul>               |
| PsycINFO     | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Internationale Zeitschriften des Bereichs Psychologie</li> <li>▪ Psychologisch relevante Teilgebiete aus Medizin, Soziologie, Erziehungswissenschaft, Philosophie, Sport, Kriminologie, Linguistik, Ökonomie und Recht</li> </ul> |
| PubPsych     | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Frei zugängliche Suchoberfläche für psychologische Literaturdatenbanken</li> </ul>  |
| PsycARTICLES | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Psychologie</li> <li>▪ unterschiedliche Schwerpunkte wie Verhaltenspsychologie, Experimentalpsychologie, klinische Psychologie und Sportpsychologie</li> </ul>  |
| OTD Base     | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Abstracts</li> <li>▪ nationalen und internationalen Fachzeitschriften Ergotherapie</li> </ul>   |
| OTseeker     | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Abstracts von systematischen Übersichtsarbeiten und randomisierten kontrollierten Studien für Ergotherapie</li> </ul>   |

ZHAW. (n.d.). Datenbanken für den Fachbereich Gesundheit. Heruntergeladen von <https://www.zhaw.ch/de/hochschulbibliothek/recherchehilfe-kurse/fachinformation-gesundheit/fachdatenbanken-gesundheit/> am 24.04.2020

## D: Suchmatrix

| Datenbank | Keyword-Kombination  | Treffer | Relevante Treffer   |
|-----------|--|---------|---|
| CINAHL    | Health professionals AND arthritis AND sexuality or sex or intimacy or sexual behavior   | 17      | 0   |
|           | Health professionals OR health personnel OR health care provider AND arthritis AND sexuality OR sex OR intimacy OR sexual behavior | 8       | 0   |
|           | Health professionals OR nurses OR physicians OR doctors AND arthritis AND sexuality  | 10      | 0   |
|           | Health professionals OR nurses OR physicians OR doctors AND arthritis AND sexuality OR sex OR intimacy OR sexual behavior          | 140     | 0   |
|           | Rheumatic diseases AND sexuality   | 23      | <p>Helland, Y., Kjekken, I., Steen, E., Kvien, T. K., Hauge, M.-I. &amp; Dagfinrud, H. (2011). <i>Rheumatic diseases and sexuality: Disease impact and self-management strategies</i>. <i>Arthritis care &amp; research</i>, 63(5), 743–750.</p> <p>Helland, Y., Dagfinrud, H., Haugen, M. I., Kjekken, I., &amp; Zangi, H. (2017). <i>Patients' Perspectives on Information and Communication About Sexual and Relational Issues in Rheumatology Health Care</i>. <i>Musculoskeletal care</i>, 15(2), 131-139.</p> <p>Bouhouche, L., Rostom, S., Idrissi, Z. M., Bahiri, R. &amp; Hajjaj-Hassouni, N. (2017). <i>Perceptions in Rheumatoid Arthritis: Comparative Study Between Patients and Their Close Families</i>. <i>Journal of Clinical Rheumatology: Practical Reports on Rheumatic &amp; Musculoskeletal Diseases</i>, 23(5), 262–266.</p> |
|           | Sexuality AND chronic illness OR chronic disease AND   | 4       | 0   |

|  |  |     |                                      |
|--|--|-----|--------------------------------------|
|  | occupational therapy   |     |                                      |
|  | Sexuality AND chronic musculoskeletal pain AND occupational therapy  | 1   | 0                                    |
|  | Sexuality AND partnership and occupational therapy AND muskuloskeletal disorder AND  | 0   | 0                                    |
|  | (MH "Chronic Pain") AND (MH "Sexuality") OR (MH "Attitude to Sexuality")   | 59  | 0                                    |
|  | (MH "Chronic Pain") AND (MH "Sexuality") OR (MH "Attitude to Sexuality") AND (MH "Occupational Therapy")   | 1   | 0                                    |
|  | (MH "Arthritis") OR (MH "Arthritis, Juvenile Rheumatoid") OR (MH "Arthritis, Rheumatoid") OR (MH "Arthritis, Psoriatic") OR (MH "Spondylarthritis") AND (MH "Sexuality") OR (MH "Attitude to Sexuality")                                 | 56  | 0                                    |
|  | (MH "Arthritis") OR (MH "Arthritis, Juvenile Rheumatoid") OR (MH "Arthritis, Rheumatoid") OR (MH "Arthritis, Psoriatic") OR (MH "Spondylarthritis") AND (MH "Sexuality") OR (MH "Attitude to Sexuality") AND (MH "Occupational Therapy") | 2   | 0                                    |
|  | (MH "Spondylitis, Ankylosing") AND (MH "Sexuality") OR (MH "Attitude to Sexuality")  | 4   | 0                                    |
|  | Sexuality OR sex OR intimacy OR sexual behavior AND occupational therapy OR occupational therapist   | 294 | Zu viele<br>Suche erneut eingegrenzt |

|         |  |    |   |
|---------|--|----|---|
|         | OR ot  |    |   |
|         | Sexuality AND occupational therapy OR occupational therapist OR ot   | 82 | <p>Lynch, C. &amp; Fortune, T. (2019). <i>Applying an Occupational Lens to Thinking About and Addressing Sexuality</i>. <i>Sexuality and Disability</i>, 37(2), 145–159.</p> <p>Young, K., Dodington, A., Smith, C. &amp; Heck, C. S. (2020). <i>Addressing clients' sexual health in occupational therapy practice</i>. <i>Canadian Journal of Occupational Therapy</i>, 87(1), 52–62.</p> <p>Helland, Y., Garratt, A., Kjekken, I., Kvien, T. K. &amp; Dagfinrud, H. (2013). <i>Current practice and barriers to the management of sexual issues in rheumatology: results of a survey of health professionals</i>. <i>Scandinavian Journal of Rheumatology</i>, 42(1), 20–26.</p> |
|         | ((MH "Sexuality") OR (MH "Attitude to Sexuality")) AND (partner or spouse or husband or wife or significant other) AND (arthritis or osteoarthritis or rheumatoid arthritis) | 21 | <p>Bouhouche, L., Rostom, S., Idrissi, Z. M., Bahiri, R. &amp; Hajjaj-Hassouni, N. (2017). <i>Perceptions in Rheumatoid Arthritis: Comparative Study Between Patients and Their Close Families</i>. <i>Journal of Clinical Rheumatology: Practical Reports on Rheumatic &amp; Musculoskeletal Diseases</i>, 23(5), 262–266.</p>   |
|         | Health professionals AND patient perspective AND Sexuality   | 6  | <p>Helland, Y., Dagfinrud, H., Haugen, M. I., Kjekken, I., &amp; Zangi, H. (2017). <i>Patients' Perspectives on Information and Communication About Sexual and Relational Issues in Rheumatology Health Care</i>. <i>Musculoskeletal care</i>, 15(2), 131-139.</p> <p><i>References am Ende der Studie:</i><br/> Akkus, Y., Nakas D. &amp; Kalyoncu, U. (2010). <i>Factors affecting the sexual satisfaction of patients with rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis</i>. <i>Sexuality and Disability</i> 28: 223–32.</p>  |
| Medline | Arthritis AND Sexuality  | 69 | <p>Kobelt, G., Texier-Richard, B., Mimoun, S., Woronoff, A.-S., Bertholon, D.-R., Perdriger, A. et al. (2012). <i>Rheumatoid arthritis and sexuality: A patient survey in France</i>. <i>BMC Musculoskeletal Disorders</i>, 13(1), 170.</p>   |

|  |  |     |   |
|--|--|-----|---|
|  |  |     | Coskun, B., Coskun, B. N., Atis, G., Ergenekon, E. & Dilek, K. (2014). <i>Evaluation of Sexual Function in Women with Rheumatoid Arthritis</i> . Urology Journal, 10(4), 1081–1087.   |
|  | Ankylosing spondylitis AND Sexuality                                       | 14  | Demir, S. E., Rezvani, A. & Ok, S. (2013). <i>Assessment of sexual functions in female patients with ankylosing spondylitis compared with healthy controls</i> . Rheumatology International, 33(1), 57–63.<br><br>Bal, S., Bal, K., Turan, Y., Deniz, G., Gürkan, A., Berkit, I. K. et al. (2011). <i>Sexual functions in ankylosing spondylitis</i> . Rheumatology International, 31(7), 889–894.  |
|  | Fibromyalgia AND sexuality   | 21  | Granero-Molina, J., Matarín Jiménez, T. M., Ramos Rodríguez, C., Hernández-Padilla, J. M., Castro-Sánchez, A. M. & Fernández-Sola, C. (2018). <i>Social Support for Female Sexual Dysfunction in Fibromyalgia</i> . Clinical Nursing Research, 27(3), 296–314.<br><br>Jiménez, T. M. M., Fernández-Sola, C., Hernández-Padilla, J. M., Casado, M. C., Raynal, L. H. A. & Granero-Molina, J. (2017). <i>Perceptions about the sexuality of women with fibromyalgia syndrome: a phenomenological study</i> . Journal of Advanced Nursing, 73(7), 1646–1656. |
|  | Chronic Pain/ OR Spondylitis, Ankylosing/ OR Arthritis/ AND exp Sexuality/ | 23  | 0   |
|  | Arthritis AND sex* AND experienc*  | 616 | Zu viele<br>Suche erneut eingegrenzt  |
|  | Sex* AND arthritis AND partner* AND impact OR influence                    | 36  | Matheson, L., Harcourt, D. & Hewlett, S. (2010). <i>'Your whole life, your whole world, it changes': partners' experiences of living with rheumatoid arthritis</i> . Musculoskeletal Care, 8(1), 46–54.<br><br>Vivekanantham, A., Campbell, P., Mallen, C. D. & Dunn, K. M. (2014). <i>Impact of Pain Intensity</i>   |

|          |   |     |   |
|----------|---|-----|---|
|          |   |     | <i>on Relationship Quality Between Couples Where One Has Back Pain. Pain Medicine, 15(5), 832–841.</i>  |
|          | Arthritis OR "ankylosing spondylitis" OR "chronic pain" AND sex* and experienc* AND "occupational therap**" | 11  | 0   |
|          | Occupational Therapy AND Sexuality/   | 59  | <p>Rose, N. &amp; Hughes, C. (2018). <i>Addressing Sex in Occupational Therapy: A Coconstructed Autoethnography</i>. American Journal of Occupational Therapy, 72(3), 7203205070p1.</p> <p>Mc Grath, M. &amp; Sakellariou, D. (2015). <i>Why Has So Little Progress Been Made in the Practice of Occupational Therapy in Relation to Sexuality?</i> American Journal of Occupational Therapy, 70(1), 7001360010p1.</p> <p>Helland, Y., Garratt, A., Kjekken, I., Kvien, T. K. &amp; Dagfinrud, H. (2013). <i>Current practice and barriers to the management of sexual issues in rheumatology: results of a survey of health professionals</i>. Scandinavian Journal of Rheumatology, 42(1), 20–26.</p> |
|          | "Occupational therapy" AND sexual*  | 162 | Young, K., Dodington, A., Smith, C. & Heck, C. S. (2020). <i>Addressing clients' sexual health in occupational therapy practice</i> . Canadian Journal of Occupational Therapy, 87(1), 52–62.   |
| OTDBase  | Sexuality AND chronic pain  | 2   | 0   |
|          | Arthritis AND sexuality   | 100 | 0   |
| OTSeeker | Sexuality AND arthritis   | 0   |   |
|          | Sexuality   | 6   | 0   |
| PsycInfo | Exp Rheumatoid Arthritis/ OR exp Arthritis/ AND exp Sexuality/  | 8   | 0   |

|              |   |    |   |
|--------------|---|----|---|
|              | Exp Sexuality/ AND exp Rheumatoid Arthritis/ OR exp Arthritis/ AND exp Needs/ | 0  |   |
|              | Exp Sexuality/ AND exp Chronic Illness/ OR exp Chronic Pain/ AND exp Needs/   | 2  | 0   |
|              | Sexuality AND "ankylosing spondylitis"  | 27 | 0   |
|              | Sexuality AND "ankylosing spondylitis" AND "patient view*"                    | 0  |   |
| PubPsych     | Sexuality AND arthritis   | 11 | Ryan, S. (2014). <i>Psychological effects of living with rheumatoid arthritis</i> . London Bd. 29, Ausg. 13.<br><br>Rothermund, E., Sharav, D., Ahlers, C. J. & Beier, K. M. (2010). <i>Sexualität und Partnerschaft bei rheumatischen Erkrankungen</i> . <i>Sexuologie</i> , 17(1-2), 59-62. |
|              | Sexuality AND "ankylosing spondylitis"  | 1  | 0   |
|              | Sexual* AND "occupational therapy"  | 32 | 0   |
|              | Sexual* AND "chronic pain" AND "healthcare professionals"                     | 0  |   |
|              | Sexual* AND "chronic disease" AND "healthcare professionals"                  | 1  | 0   |
| PsycARTICLES | Sexuality AND arthritis AND partnership                                       | 12 | 0   |

|        |  |     |  |
|--------|--|-----|--|
|        | Sexuality AND "occupational therap**"  | 66  | 0  |
|        | (Sexuality and (partner or spouse) and perspective and (arthritis or rheumatoide arthritis)) | 116 | Spring, A., Cudney, S., Weinert, C., & Winters, C. (2011). <i>Spousal support experiences of rural women living with chronic illness</i> . <i>Holistic nursing practice</i> , 25(2), 71-79.  |
| PubMed | Sexual* AND arthritis  | 946 | Auf den ersten Seiten:<br>Favalli, E. G., Biggioggero, M., Crotti, C., Becciolini, A., Raimondo, M. G. & Meroni, P. L. (2019). <i>Sex and Management of Rheumatoid Arthritis</i> . <i>Clinical Reviews in Allergy &amp; Immunology</i> , 56(3), 333–345.<br><br>Dorner, T. E., Berner, C., Haider, S., Grabovac, I., Lamprecht, T., Fenzl, K. H. et al. (2018). <i>Sexual health in patients with rheumatoid arthritis and the association between physical fitness and sexual function: a cross-sectional study</i> . <i>Rheumatology International</i> , 38(6), 1103–1114. |
|        | Sexuality AND arthritis  | 278 | Zu viele<br>Suche erneut eingegrenzt   |
|        | Sexual* AND arthritis AND spouse   | 17  | Bouhouche, L., Rostom, S., Idrissi, Z. M., Bahiri, R. & Hajjaj-Hassouni, N. (2017). <i>Perceptions in Rheumatoid Arthritis: Comparative Study Between Patients and Their Close Families</i> . <i>Journal of Clinical Rheumatology: Practical Reports on Rheumatic &amp; Musculoskeletal Diseases</i> , 23(5), 262–266.<br><br>Vivekanantham, A., Campbell, P., Mallen, C. D. & Dunn, K. M. (2014). <i>Impact of Pain Intensity on Relationship Quality Between Couples Where One Has Back Pain</i> . <i>Pain Medicine</i> , 15(5), 832–841.                                  |
| AMED   | Arthritis/ AND Sexuality/  | 0   |  |



|  |   |     |   |
|--|---|-----|---|
|  | Spondylitis ankylosing/ AND Sexuality/              | 0   |   |
|  | Sexuality and arthritis OR "ankylosing spondylitis" | 249 | Auf den ersten Seiten keine Treffer   |
|  | "Occupational therap*" AND sexuality                | 42  | Mc Grath, M. & Sakellariou, D. (2015). <i>Why Has So Little Progress Been Made in the Practice of Occupational Therapy in Relation to Sexuality?</i> . American Journal of Occupational Therapy, 70(1), 7001360010p1. |

## E: Begründung der Auswahl der Hauptstudien

| Studie   | Inhalt   | Erfüllung<br>Einschlusskriterien  | Beantwortung der<br>Fragestellung  |
|--|--|---|--|
| Helland et al. (2011). <i>Rheumatic diseases and sexuality: Disease impact and self-management strategies</i> . <i>Arthritis care &amp; research</i> , 63(5), 743–750.               | Es wird aufgezeigt, wie Betroffene den Einfluss der rheumatischen Erkrankung auf intime Beziehungen und Sexualität wahrnehmen. Weiter werden Selbstmanagement Strategien zum Umgang mit den Krankheitskonsequenzen aufgeführt. | <i>Setting</i><br>Rheumatisches Spital in Oslo<br><br><i>Verfügbarkeit der Literatur</i><br>Volltext vorhanden<br><br><i>Sprache</i><br>Englisch<br><br><i>Arthritis oder Weichteilrheuma</i><br>Rheumatoide Arthritis, ankylosierende Spondylitis, Psoriasis Arthritis, juvenile idiopathische Arthritis<br><br><i>Ergotherapie</i><br>Nein<br><br><i>Erscheinungsjahr der Literatur</i><br>2011 | Ja, beantwortet einen Teil der Fragestellung – Die Studie beschäftigt sich mit von Betroffenen erlebten krankheitsbedingten Einflüssen auf die Sexualität sowie intime Beziehungen und nimmt daher Bezug auf die Sichtweise der Betroffenen auf die Sexualität.<br><br>Die Sichtweise der betroffenen Personen wird ausführlich beschrieben. Die Partnerin oder der Partner wird in der Studie häufig erwähnt, deren Sicht wird jedoch nicht aufgezeigt. |
| Jiménez et al. (2017). <i>Perceptions about the sexuality of women with fibromyalgia syndrome: a phenomenological study</i> . <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 73(7), 1646–1656. | Die Wahrnehmungen und Erfahrungen von Frauen mit Fibromyalgie bezüglich ihrer Sexualität werden aufgezeigt.  | <i>Setting</i><br>Patientenverband Fibromyalgie, Spanien<br><br><i>Verfügbarkeit der Literatur</i><br>Volltext vorhanden<br><br><i>Sprache</i><br>Englisch<br><br><i>Arthritis oder Weichteilrheuma</i><br>Fibromyalgie<br><br><i>Ergotherapie</i><br>Nein<br><br><i>Erscheinungsjahr der Literatur</i><br>2017   | Ja, beantwortet einen Teil der Fragestellung – Die Studie beschäftigt sich mit den Wahrnehmungen und Erfahrungen von Frauen mit Fibromyalgie bezüglich ihrer Sexualität, wodurch die Sichtweise von Betroffenen bezüglich der Sexualität abgedeckt wird.<br><br>Die Sichtweise der betroffenen Frauen wird deutlich aufgezeigt. Der Partner wird in der Studie häufig erwähnt, seine Sicht wird jedoch nicht aufgezeigt.                                 |
| Lynch, C. & Fortune, T. (2019). <i>Applying an Occupational Lens to Thinking About and Addressing Sexuality</i> . <i>Sexuality</i>   | Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten sprechen mit dem Hintergrund des OPH Konzeptes über ihr Reasoning und Handeln in Bezug auf die Arbeit mit Klientinnen und Klienten, bei welchen das Ausleben                            | <i>Setting</i><br>Australien<br><br><i>Verfügbarkeit der Literatur</i><br>Volltext vorhanden<br><br><i>Sprache</i><br>Englisch  | Ja, beantwortet einen Teil der Fragestellung – Durch die Überlegungen und Erfahrungen der Teilnehmenden bezüglich Klientinnen und Klienten mit sexuellen Schwierigkeiten, wird der mögliche  |

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <p>and Disability, 37(2), 145–159.</p>  | <p>der Sexualität mit Schwierigkeiten verbunden ist.</p>  | <p><i>Arthritis oder Weichteilrheuma</i><br/>Nein</p> <p><i>Ergotherapie</i><br/>Ja</p> <p><i>Erscheinungsjahr der Literatur</i><br/>2019</p>   | <p>Handlungsbedarf der Ergotherapie durch diese Studie beschrieben.</p>   |
| <p>Rose, N. &amp; Hughes, C. (2018). <i>Addressing Sex in Occupational Therapy: A Coconstructed Autoethnography</i>. American Journal of Occupational Therapy, 72(3), 7203205070p1.</p> | <p>Durch die Diskussion einer Ergotherapeutin und einer Klientin wurden potenzielle Gesundheitsrisiken bei der sexuellen Aktivität, die Bedeutung der Sexualität als Kernaspekt der Identität, die Art und Weise, wie die Rehabilitation derzeit Sexualität ausschliesst und die mögliche Rolle der Ergotherapie bei der Auseinandersetzung mit Sexualität eruiert.</p> | <p><i>Setting</i><br/>Amerika</p> <p><i>Verfügbarkeit der Literatur</i><br/>Volltext vorhanden</p> <p><i>Sprache</i><br/>Englisch</p> <p><i>Arthritis oder Weichteilrheuma</i><br/>Nein</p> <p><i>Ergotherapie</i><br/>Ja</p> <p><i>Erscheinungsjahr der Literatur</i><br/>2018</p> | <p>Ja, beantwortet einen Teil der Fragestellung – Es wird beschrieben, wie Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten auf Anliegen von Klientinnen und Klienten eingehen können. Somit wird der mögliche Handlungsbedarf der Ergotherapie durch diese Studie abgedeckt.</p> |

## F: Studienwürdigung

**Titel:** Rheumatic Diseases and Sexuality: Disease Impact and Self-Management Strategies (Helland et al., 2011)

**Würdigung:** Kritische Besprechung qualitativer Studien nach Law et al. (1998)

|   |  |
|---|--|
| <p><b>ZWECK DER STUDIE</b></p> <p>Wurde der Zweck klar angegeben?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja<br/><input type="checkbox"/> nein</p>   | <p><i>Skizzieren Sie den Zweck der Studie.</i></p> <p>Ziel: Die Autorinnen und Autoren untersuchten, inwiefern intime Beziehungen und die Sexualität von rheumatischen Erkrankungen beeinflusst werden. Weiter sollten Selbstmanagement Strategien zum Umgang mit den Folgen der Krankheit aus Sicht der Studienteilnehmenden aufgezeigt werden.</p>   |
| <p><b>LITERATUR</b></p> <p>Wurde die relevante Hintergrund-Literatur gesichtet?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja<br/><input type="checkbox"/> nein</p> <p>Welche(r) Bereich(e) der Ergotherapie wurde(n) untersucht?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Selbstversorgung (selfcare)<br/><input type="checkbox"/> Produktivität<br/><input checked="" type="checkbox"/> Freizeit<br/><input type="checkbox"/> Komponenten der Performanz<br/><input type="checkbox"/> Komponenten des Umfelds<br/><input checked="" type="checkbox"/> Betätigung (occupation)</p> | <p><i>Geben Sie an, wie die Notwendigkeit der Studie gerechtfertigt wurde.</i></p> <p>Das Thema wird sehr kurz, jedoch sinnvoll mit Literatur eingeführt (mögliche Auswirkungen der Symptome auf die Sexualität; Sexualität mit biologischen, physischen und emotionalen Aspekten; Prävalenz von sexuellen Problemen bei rheumatischen Erkrankungen; Auswirkungen der sexuellen Gesundheit auf die Betroffenen sowie deren Partnerinnen und Partnern).</p> <p>Es wird diskutiert, dass dem Thema Sexualität trotz der Auswirkungen der rheumatischen Erkrankungen bisher wenig Aufmerksamkeit geschenkt wurde. Weiter wird aufgezeigt, dass bislang die sexuellen Probleme meist der Schwerpunkt der Forschung waren und nicht die vielseitigen Aspekte der Sexualität.</p> <p><i>In welcher Weise bezieht sich die Studie auf Ergotherapie und/oder Ihre Forschungsfrage?</i></p> <p>Die Studie beschäftigt sich mit von Betroffenen erlebten krankheitsbedingten Einflüssen auf die Sexualität und intime Beziehungen. Daher nimmt sie Bezug auf einen Teil der Fragestellung der BA, nämlich der Sichtweise der Betroffenen auf die Sexualität.</p> |

|  |  |
|--|--|
| <p><b>STUDIENDESIGN</b></p> <p>Welches Design hatte die Studie?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Ethnographie</li> <li><input type="radio"/> Grounded Theory (gegenstandsverankerte Theoriebildung)</li> <li><input type="radio"/> Partizipative</li> <li><input type="radio"/> Handlungsforschung</li> <li><input checked="" type="radio"/> Phänomenologie</li> <li><input type="radio"/> Andere</li> </ul> | <p><i>Welches Design hatte die Studie? Entsprech das Design der Studienfrage (z.B. hinsichtlich des Wissensstandes zur betreffenden Frage, hinsichtlich ethischer Aspekte)?</i></p> <p>Das Studiendesign wird nicht explizit genannt. In der Datenanalyse wird beschrieben, dass die Transkripte mit einem deskriptiven phänomenologischen Ansatz thematisch analysiert wurden. Aus Sicht der Verfasserinnen wurde der phänomenologische Ansatz verfolgt, da Erfahrungen und Gefühle der Teilnehmenden bezüglich der Auswirkung der Erkrankung auf die Sexualität erhoben wurden. Zudem wird ersichtlich, dass sich die Forschenden in die Lebenswelt der Teilnehmenden hineinversetzten und die Erfahrungen der Personen interpretierten.</p> <p>Das Design wird von den Verfasserinnen als angemessen für die Zielerreichung der Studie erachtet.</p>                      |
| <p>Wurde eine theoretische Perspektive identifiziert?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> ja</li> <li><input checked="" type="radio"/> nein</li> </ul>  | <p><i>Beschreiben Sie die theoretische Perspektive dieser Studie.</i></p> <p>Das bestehende Wissen über das Phänomen sowie die theoretische Sichtweise der Forschenden sind aus der Studie nicht ersichtlich.</p>  |
| <p>Verwendete Methode(n):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> teilnehmende Beobachtung</li> <li><input checked="" type="radio"/> Interviews</li> <li><input type="radio"/> historische Forschung</li> <li><input checked="" type="radio"/> Fokusgruppen</li> <li><input type="radio"/> andere</li> </ul> <p>_____</p>   | <p><i>Beschreiben Sie die Methode(n), die zur Beantwortung der Forschungsfrage verwandt wurde(n).</i></p> <p>Es wurden einmalig 19 semistrukturierte, detaillierte individuelle Interviews durch die Autorin Ylva Helland und zwei Fokusgruppen Interviews (eines mit drei Männern und eines mit drei Frauen) durch den Forscher Eldri Steen durchgeführt. Ein Interview musste aufgrund schlechter Datenqualität ausgeschlossen werden. Insgesamt konnten daher die Daten von 23 Patientinnen und Patienten ausgewertet werden. Eine Frau hat sowohl am Fokusgruppen- als auch am Einzelinterview teilgenommen. Nach den Interviews füllten die Teilnehmenden einen Fragebogen zu den persönlichen und krankheitsbezogenen Daten aus. Weiter wurde das Assessment «modified Health Assessment Questionnaire [M-HAQ]» zur Erhebung der physischen Funktion durchgeführt.</p> |
| <p><b>STICHPROBENAUSWAHL</b></p> <p>Wurde der Vorgang der gezielten Auswahl beschrieben?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="radio"/> ja</li> <li><input type="radio"/> nein</li> </ul>   | <p><i>Beschreiben Sie die Methoden zur Zusammenstellung der Stichprobe. Wurde beim Prozess der Stichprobenauswahl flexibel vorgegangen?</i></p> <p>Die Stichprobe wurde zielgerichtet (purposeful sampling) ausgewählt, was der qualitativen Forschung entspricht, um eine Variation von Alter, Geschlecht, Krankheitsdauer, Diagnose und Familienstand zu gewährleisten.</p>  |



|  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> ja</li> <li><input checked="" type="radio"/> nein</li> </ul> <p>Prozedurale Strenge Waren die Strategien zur Datenerhebung von prozeduraler Strenge?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> ja</li> <li><input checked="" type="radio"/> nein</li> <li><input type="radio"/> nicht angegeben</li> </ul> | <p>Einleitung</p> <p>Erleben Sie, dass die Krankheit Ihr tägliches Leben, Ihre Beziehung und/oder Ihr Sexualleben in irgendeiner Weise beeinflusst?</p> <p>Medikation</p> <p>Haben Sie Erfahrungen mit Nebenwirkungen in Bezug auf das Sexualleben?</p> <p>Körperbild und Auftritt</p> <p>Haben Sie Erfahrungen mit visuell sichtbaren Veränderungen des Körpers?<br/>Haben Sie Erfahrungen mit veränderten körperlichen Funktionen?</p> <p>Intime Beziehungen</p> <p>Haben Sie Erfahrungen damit, dass die Erkrankung einen (positiven/ negativen) Effekt auf die Wahrscheinlichkeit eine Partnerin oder einen Partner zu finden oder zu wollen hat?</p> <p>Interaktion in intimen Beziehungen</p> <p>Haben Sie Erfahrungen mit dem Einfluss der Erkrankung auf die Beziehung?</p> <p>Physische Funktion</p> <p>Gibt es Dinge, die Sie während dem Sex machen möchten, jedoch nicht können?<br/>Haben Sie Erfahrungen mit dem Umgang der Krankheitseffekte im Sexualleben und in der Beziehung?</p> <p>Von den Interviewenden wurden weitere vertiefende Fragen gestellt.</p> |
|--|--|

|   |  |
|---|--|
| <p><b>DATENANALYSE</b></p> <p><b>Analytische Genauigkeit</b></p> <p>War die Datenanalyse induktiv?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> ja</li> <li><input type="checkbox"/> nein</li> <li><input type="checkbox"/> nicht angegeben</li> </ul> <p>Stimmten die gewonnenen Erkenntnisse mit den Daten überein und spiegelten diese wider?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> ja</li> <li><input type="checkbox"/> nein</li> </ul> <p><b>Überprüfbarkeit</b></p> <p>Wurden ein Entscheidungspfad entwickelt und Regeln angegeben?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> ja</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> nein</li> <li><input type="checkbox"/> nicht angegeben</li> </ul> <p>Wurde der Prozess der Transformation von Daten in Aussagen/Codes adäquat beschrieben?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> ja</li> <li><input type="checkbox"/> nein</li> <li><input type="checkbox"/> nicht angegeben</li> </ul> | <p><i>Beschreiben Sie die Methode(n) der Datenanalyse. Waren die Methoden geeignet? Welche alternativen Erklärungen wurden ausgelotet?</i></p> <p>Die Interviews wurden aufgenommen und von zwei speziell ausgebildeten Sekretärinnen verbal transkribiert und anonymisiert. Für das Codieren und Systematisieren wurde das «QSR International NVivo» Datenprogramm genutzt. Um den Prozess der Analysierung der Daten zu validieren, haben Helland und Steen fünf Transkripte überprüft und erste Themen daraus identifiziert. Die Transkripte wurden folglich, nach einem deskriptiven phänomenologischen Ansatz, thematisch analysiert. Ein Interview musste aufgrund schlechter Datenqualität ausgeschlossen werden. Das Coding, die thematische Struktur und die Interpretation der Unterlagen wurden mit einer Ressourcengruppe, sowie qualitativ Forschenden diskutiert, um sicherzustellen, dass die relevanten Themen identifiziert und alternative Interpretationen überdacht wurden.</p> <p><i>Beschreiben Sie die Entscheidungen des Forschers bezüglich der Transformation von Daten in Aussagen/Codes. Skizzieren Sie das angegebene Prinzip der Entwicklung von Aussagen.</i></p> |
|---|--|



|  |  |
|--|--|
|  |  <p><b>Interviews transcribed verbatim</b></p> <p><b>Initial examination of data</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Repeated readings of the interviews</li> <li>- Identifying initial themes and categories</li> </ul> <p><b>Coding</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 2 researchers coded 5 transcripts individually</li> <li>- Comparison of identified themes, discussion to agreement</li> <li>- Continued coding, reviewing already coded interviews when new themes were identified</li> </ul> <p><b>Sorting data by themes and concepts</b></p> <p><b>Summarizing and synthesizing data</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Analysis within cases (vertically)</li> <li>- Constant comparison between cases</li> <li>- Condensing, synthesizing data within codes</li> <li>- Making matrices, cross-sectional analysis, allowing to examine for patterns across cases (horizontally)</li> </ul> <p><b>From code to meaning</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Describing the content of categories; general traits, contrasts</li> </ul> <p><b>Synthesized into consistent statement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Insights contained in the categories are synthesized and integrated into a consistent description of the structure of the event</li> </ul> <p><b>Figure 1. Strategy for collection and management of data.</b></p> <p>In Abbildung 1 der Studie wird die Strategie zur Sammlung und Verwaltung der Daten ausführlich aufgezeigt.</p> <p>Einzige Limitation ist, dass keine Regeln zur Transformation der Daten in Kategorien angegeben sind.</p> |
| <p><b>Theoretische Verbindungen</b></p> <p>Hat sich ein sinnvolles Bild des untersuchten Phänomens ergeben?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> | <p><i>Wie wurden die untersuchten Konzepte geklärt und verfeinert, und wie wurden Beziehungen deutlich gemacht? Beschreiben Sie alle konzeptionellen Rahmen, die sich ergeben haben.</i></p> <p>Es ergaben sich folgende Haupt- und Unterthemen:</p> <p>1. Zwischen Krankheit und Normalität</p>   |

|  |  |
|--|--|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Neuorientierung/ Neuverhandlung</li> <li>- Intrapersonale Varianz der Auswirkung</li> <li>- Vergleich mit Gesunden</li> <li>- Körperbild</li> </ul> <p>2. Beziehungsaspekte</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verständnis</li> <li>- Akzeptanz</li> <li>- Eine Partnerin, einen Partner kennenlernen</li> </ul> <p>3. Krankheitsbedingte Herausforderungen im Sexualleben</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reduktion/ Verlust der Lust</li> <li>- Sex weniger im Fokus</li> <li>- Unterbruch der sexuellen Aktivität</li> <li>- Fluktuationen im Sexualleben</li> <li>- Erektile Dysfunktionen</li> </ul> <p>4. Selbstmanagement Strategien</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aktivität/ Passivität</li> <li>- Kommunikation/ Stille</li> <li>- Dehnen</li> </ul> <p>Die Verfasserinnen erachten die Darstellung der Ergebnisse als umfassend und sinnvoll für die ergotherapeutische Praxis.</p> |
| <p><b>VERTRAUENSWÜRDIGKEIT</b></p> <p>Wird Triangulierung angegeben, nach</p> <p>Quellen/Daten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> ja</li> <li><input type="checkbox"/> nein</li> </ul> <p>Methoden</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> ja</li> <li><input type="checkbox"/> nein</li> </ul> <p>Forscher</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> ja</li> <li><input type="checkbox"/> nein</li> </ul> <p>Theorien</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> ja</li> <li><input type="checkbox"/> nein</li> </ul> | <p><i>Beschreiben Sie die Strategien, die verwendet wurden, um die Vertrauenswürdigkeit der Ergebnisse zu gewährleisten.</i></p> <p>Die Daten wurden über verschiedene Studienteilnehmende gesammelt wodurch die Triangulierung nach Quellen gegeben ist.</p> <p>Es wurden sowohl Einzelinterviews als auch Fokusgruppeninterviews durchgeführt was als Erreichung der Triangulierung nach Methoden gilt.</p> <p>An der Datenanalyse sind zwei Forschende beteiligt was eine Triangulierung nach Forschenden gewährleistet. Zudem wird das Coding, die thematische Struktur sowie die Interpretation der Daten mit einer Ressourcengruppe und weiteren qualitativ Forschenden diskutiert, um sicherzustellen, dass alle relevanten Themen identifiziert und alternative Interpretationen überdacht wurden.</p>   |

|  |   |
|--|---|
| <p>Wurde «Member checking» (Überprüfung durch die Teilnehmer) benutzt, um Ergebnisse zu verifizieren?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> ja</li> <li><input checked="" type="radio"/> nein</li> <li><input type="radio"/> nicht angegeben</li> </ul> | <p>Es wurde kein Member checking durchgeführt.</p>  |
| <p><b>SCHLUSSFOLGERUNGEN UND IMPLIKATIONEN</b></p> <p>Waren die Schlussfolgerungen den Ergebnissen der Studie angemessen?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="radio"/> ja</li> <li><input type="radio"/> nein</li> </ul>                            | <p><i>Zu welchem Schluss kam die Studie? Welche Implikationen hatten die Ergebnisse für die Ergotherapie (in Praxis und Forschung)? Worin lagen die hauptsächlichsten Begrenzungen der Studie?</i></p> <p>Die Autorinnen und Autoren beschreiben, dass die Studie die Wichtigkeit der Sexualität für Menschen mit Arthritis aufzeigt. Die Sexualität sei eine Quelle für physisches Vergnügen und Intimität mit der Partnerin oder dem Partner. Sie kann jedoch auch Angst und Not hervorrufen. Um intime Beziehungen und Sexualität zu verbessern werden verschiedene Selbstmanagement-Strategien angewendet. Für Gesundheitsfachpersonen und Forschende bedeutet dies, dass das Wissen und die Offenheit bezüglich sexueller Themen ein Teil ihrer Kompetenzen darstellen sollten.</p> <p>Das formulierte Ziel konnte erreicht werden.</p> <p>Die Autorinnen und Autoren nennen keine konkreten Limitationen. Sie zeigen lediglich auf, dass Haltungen und Normen in Bezug auf Sexualität kulturabhängig und deshalb sehr unterschiedlich sind, weshalb eine Übertragung der Ergebnisse über den Studienrahmen hinaus mit Vorsicht erfolgen sollte.</p> |

**Güte: Trustworthiness nach Lincoln und Guba (1985)**

|  |
|--|
| <p><b>Confirmability (Bestätigung)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Interviews wurden aufgenommen sowie transkribiert und sind somit für Externe überprüfbar. (+)</li> <li>▪ Die Studie wurde durch eine Ressourcengruppe und von weiteren qualitativ Forschenden begleitet. (+)</li> </ul> <p>➔ gut, Confirmability gegeben</p> |
| <p><b>Dependability (Zuverlässigkeit)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es ist nicht ersichtlich, ob die Datenanalyse bezüglich Gemeinsamkeiten und Unterschieden reflektiert wurde. (-)</li> <li>▪ Es ist nicht ersichtlich in welcher Zeitspanne die Daten erhoben wurden. (-)</li> </ul>   |

- Die Datenanalyse/ -ergebnisse wurden nicht von einem hochschulinternen oder -externen Gremium geprüft. (-)
  - Die Datenanalyse wurde jedoch mit einer Ressourcengruppe und einem Team von qualitativ Forschenden diskutiert. (+)
- ➔ mittel, Dependability teilweise gegeben

#### **Credibility (Glaubwürdigkeit)**

- Es wurde kein Member checking durchgeführt. (-)
  - Es wurde ein Peer debriefing mit einer Ressourcengruppe sowie einem Team von qualitativ Forschenden gemacht. (+)
  - Es ist nicht ersichtlich, ob Negativ- oder Kontrastfälle identifiziert wurden. (-)
  - Die Triangulierung nach Methoden ist gegeben, da Einzel- und Fokusgruppeninterviews durchgeführt wurden. (+)
  - Die Daten wurden mit dem NVivo Datenprogramm für qualitative Analysen codiert und systematisiert. (+)
- ➔ mittel, Credibility teilweise gegeben

#### **Transferability (Übertragbarkeit)**

- Es wurden nur Patientinnen und Patienten aus einem Spital miteinbezogen. (-)
  - Die Ergebnisse wurden ausführlich beschrieben und anhand einer Tabelle mit Zitaten unterlegt. (+)
- ➔ mittel, Transferability teilweise erreicht

**Titel:** Perceptions about the sexuality of woman with fibromyalgia syndrome: a phenomenological study (Jiménez et al., 2017)

**Würdigung:** Kritische Besprechung qualitativer Studien nach Law et al. (1998)

|   |  |
|---|--|
| <p><b>ZWECK DER STUDIE</b></p> <p>Wurde der Zweck klar angegeben?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja<br/><input type="checkbox"/> nein</p>   | <p><i>Skizzieren Sie den Zweck der Studie.</i></p> <p>Ziel: Die Wahrnehmungen und Erfahrungen von Frauen mit Fibromyalgie Syndrom (FMS) in Bezug auf ihre Sexualität erforschen und verstehen.</p>   |
| <p><b>LITERATUR</b></p> <p>Wurde die relevante Hintergrund-Literatur gesichtet?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja<br/><input type="checkbox"/> nein</p> <p>Welche(r) Bereich(e) der Ergotherapie wurde(n) untersucht?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Selbstversorgung (selfcare)<br/><input type="checkbox"/> Produktivität<br/><input checked="" type="checkbox"/> Freizeit<br/><input type="checkbox"/> Komponenten der Performanz<br/><input type="checkbox"/> Komponenten des Umfelds<br/><input checked="" type="checkbox"/> Betätigung (occupation)</p> | <p><i>Geben Sie an, wie die Notwendigkeit der Studie gerechtfertigt wurde.</i></p> <p>Gemäss den Autorinnen und Autoren fokussierte sich die Forschung im Bereich FMS bisher wenig auf das Verständnis der weiblichen Sexualität durch die Erfahrung von betroffenen Frauen. Die Forschenden verwenden angemessene und sinnvolle Literatur für den Hintergrund (Physische Probleme; Pathogenese; Behandlung und Therapie, Auswirkung auf das Selbstbild und die sexuelle Beziehung; multidisziplinärer Ansatz mit holistischer Sicht für mehr Lebensqualität der Frauen und ihrer Partnern; Wichtigkeit von Selbstmanagement, Bewältigungsstrategien und sozialer Unterstützung; Sexuality adaptation model [SAM] zur Identifikation des Individuums als ein komplexes adaptierendes System).</p> <p><i>In welcher Weise bezieht sich die Studie auf Ergotherapie und/oder Ihre Forschungsfrage?</i></p> <p>Die Studie beschäftigt sich mit den Wahrnehmungen und Erfahrungen von Frauen mit Fibromyalgie bezüglich ihrer Sexualität. Somit wird der Teil der Fragestellung dieser BA mit der Sichtweise der Betroffenen durch diese Studie abgedeckt.</p> |
| <p><b>STUDIENDESIGN</b></p> <p>Welches Design hatte die Studie?</p> <p><input type="checkbox"/> Ethnographie<br/><input type="checkbox"/> Grounded Theory (gegenstandsverankerte Theoriebildung)<br/><input type="checkbox"/> Partizipative<br/><input type="checkbox"/> Handlungsforschung<br/><input checked="" type="checkbox"/> Phänomenologie<br/><input type="checkbox"/> Andere</p>  | <p><i>Welches Design hatte die Studie? Entsprech das Design der Studienfrage (z.B. hinsichtlich des Wissensstandes zur betreffenden Frage, hinsichtlich ethischer Aspekte)?</i></p> <p>Es handelt sich um eine phänomenologische Studie. Es wurde ein qualitativ deskriptives und interpretatives Design unter Benutzung des «Gadamer's philosophical hermeneutics» verwendet.</p> <p>Das Design wird von den Verfasserinnen als angemessen für die Zielerreichung der Studie erachtet.</p>  |

|  |   |
|--|---|
| <p>Wurde eine theoretische Perspektive identifiziert?</p> <p><input type="radio"/> ja<br/><input checked="" type="radio"/> nein</p>  | <p><i>Beschreiben Sie die theoretische Perspektive dieser Studie.</i></p> <p>Das bestehende Wissen über das Phänomen sowie die theoretische Sichtweise der Forschenden sind aus der Studie nicht ersichtlich. Es wird jedoch beschrieben, dass bei der Datenanalyse eigene Erfahrungen reflektiert wurden.</p>  |
| <p>Verwendete Methode(n):</p> <p><input type="radio"/> teilnehmende Beobachtung<br/><input checked="" type="radio"/> Interviews<br/><input type="radio"/> historische Forschung<br/><input checked="" type="radio"/> Fokusgruppen<br/><input type="radio"/> andere<br/>_____</p>   | <p><i>Beschreiben Sie die Methode(n), die zur Beantwortung der Forschungsfrage verwandt wurde(n).</i></p> <p>Von einer Pflegenden und einem Psychologen wurden einmalig Fokusgruppeninterviews und umfassende Einzelinterviews durchgeführt. Am Fokusgruppeninterview haben insgesamt fünf Frauen, an den Einzelinterviews haben insgesamt acht Frauen teilgenommen. Nach den Interviews wurden die soziodemografischen Daten der Frauen erhoben.</p>   |
| <p><b>STICHPROBENAUSWAHL</b></p> <p>Wurde der Vorgang der gezielten Auswahl beschrieben?</p> <p><input type="radio"/> ja<br/><input checked="" type="radio"/> nein</p> <p>Wurde die Stichprobe so lange zusammengestellt, bis Redundanz der Daten erreicht war?</p> <p><input checked="" type="radio"/> ja<br/><input type="radio"/> nein<br/><input type="radio"/> nicht angegeben</p> <p>Wurde wohlinformierte Zustimmung eingeholt?</p> <p><input checked="" type="radio"/> ja<br/><input type="radio"/> nein<br/><input type="radio"/> nicht angegeben</p> | <p><i>Beschreiben Sie die Methoden zur Zusammenstellung der Stichprobe. Wurde beim Prozess der Stichprobenauswahl flexibel vorgegangen?</i></p> <p>Es wurde eine willkürliche Stichprobenziehung (convenience sampling) in einem Fibromyalgie-Patienten-Verband durchgeführt. Dies entspricht nicht der gängigen Vorgehensweise der qualitativen Forschung. Die Stichprobe umfasst 13 Frauen im Alter von 22-56 Jahren mit einer durchschnittlichen Krankheitsdauer von 14.8 Jahren. Die Stichprobengröße wurde durch die Themensättigung bestimmt.</p> <p><i>Beschreiben Sie das Ethik-Verfahren.</i></p> <p>Eine ethische Genehmigung wurde von der Forschungsethik-Kommission einer Universität und dem Fibromyalgie-Patienten-Verband erteilt. Das Forschungsteam informierte die Teilnehmerinnen zudem über die Art der Untersuchung, dass die Interviews aufgenommen werden müssen und dass diese nur für den Studienzweck verwendet werden. Die Frauen konnten die Fragen frei beantworten und sich jederzeit aus der Teilnahme zurückziehen. Um die Vertraulichkeit und die Anonymität zu gewährleisten, können keine Rückverfolgungen aufgrund der Zitate oder Beschreibungen gemacht werden. Hierfür wurden die Namen der Teilnehmerinnen durch Codes ersetzt. Die Forschenden garantierten den Teilnehmerinnen die sichere Aufbewahrung und die Vernichtung der Daten nach Studienschluss.</p> |
| <p><b>DATENERHEBUNG</b></p> <p>Deskriptive Klarheit klare und vollständige Beschreibung von:</p> <p>Ort</p> <p><input type="radio"/> ja<br/><input checked="" type="radio"/> nein</p>  | <p><i>Beschreiben Sie den Kontext der Studie. Genügte er, um das «Gesamtbild» zu verstehen? Beschreiben Sie, wie Elemente der Studie dokumentiert wurden. Was fehlte?</i></p> <p>Es wird beschrieben, dass die Studie in einem Verband für Patienten mit Fibromyalgie durchgeführt und die Interviews in einem stillen, privaten Raum gemacht wurden. Ein genauer Ort oder das Land ist nicht direkt ersichtlich. Erst beim Lesen der Limitationen wird klar, dass die Studie in Spanien durchgeführt wurde.</p> <p>Die soziodemografischen Daten der Teilnehmerinnen werden in Tabelle 1 der Studie aufgeführt.</p>  |

|  |  |
|--|--|
| <p>Teilnehmern</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> ja</li> <li><input type="checkbox"/> nein</li> </ul> <p>Referenzen des Forschers</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> ja</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> nein</li> </ul> <p>Rolle des Forschers und seine Beziehung zu den Teilnehmern</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> ja</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> nein</li> </ul> <p>Angabe der Annahmen des Forschers «in Klammern» («bracketing»)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> ja</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> nein</li> </ul> <p>Prozedurale Strenge Waren die Strategien zur Datenerhebung von prozeduraler Strenge?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> ja</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> nein</li> <li><input type="checkbox"/> nicht angegeben</li> </ul> | <p>Die Referenzen der Forschenden sind auf der ersten Seite angegeben. Jedoch sind keinerlei bestehende Erfahrungen bezüglich Interviews und Kommunikation beschrieben.</p> <p>Es werden keine Angaben zu der Beziehung der Forschenden zu den TeilnehmerInnen gemacht.</p> <p>Die Forschenden stellten eine Einführungsfrage und weitere Fragen waren vom Gesprächsverlauf abhängig. Der Grad der Beteiligung der Forschenden ist jedoch nicht klar ersichtlich.</p> <p>Die Annahmen der Forschenden wurden nicht in Klammern gesetzt.</p> <p>➔ Gemäss den oben genannten Daten kann kein Gesamtbild zur Datenerhebung gemacht werden, da viele Informationen dazu fehlen. Zur Erreichung der prozeduralen Strenge fehlen unter anderem Informationen zur Schulung der Datenerheberinnen und -erheber sowie zur Menge der gesammelten Daten.</p> <p>Das Fokusgruppen Interview dauerte insgesamt 40 Minuten und wurde mit 5 Frauen durchgeführt. Die Einführungsfrage lautete folgendermassen: «Erzählen Sie mir über die Wichtigkeit und den Grund ein aktives Sexualleben mit Fibromyalgie aufrechtzuerhalten?»</p> <p>Die Einzelinterviews wurden mit insgesamt acht Frauen durchgeführt und dauerten je 35 Minuten. Es wurde ebenfalls eine Einleitungsfrage gestellt, danach Fragen wie: «Wie beeinflussen die Symptome der Fibromyalgie sexuelle Beziehungen?». Das Interview endete immer mit der Frage: «Gibt es noch etwas, dass Sie zu diesen Themen sagen möchten?».</p> |
| <p><b>DATENANALYSE</b></p> <p><b>Analytische Genauigkeit</b></p> <p>War die Datenanalyse induktiv?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> ja</li> <li><input type="checkbox"/> nein</li> <li><input type="checkbox"/> nicht angegeben</li> </ul> <p>Stimmten die gewonnenen Erkenntnisse mit den Daten überein und spiegelten diese wider?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> ja</li> <li><input type="checkbox"/> nein</li> </ul>   | <p><i>Beschreiben Sie die Methode(n) der Datenanalyse. Waren die Methoden geeignet? Welche alternativen Erklärungen wurden ausgelotet?</i></p> <p>Die Interviews wurden aufgenommen und transkribiert. Alle Daten enthielten eine hermeneutische Einheit, die mit dem Programm Atlas-ti 7.0 analysiert wurden. Zur Interpretation und Analyse der Daten wurde ein qualitativer Ansatz basierend auf «Gadamer's hermeneutic phenomenology» benutzt, wobei eine modifizierte Form der Stufen nach Valerie Fleming angewendet wurde. In einem ersten Schritt wurde die Relevanz der Forschungsfrage bewertet. Im zweiten Schritt haben die Forschenden eine Reflexion bezüglich ihrer Vorurteile gegenüber der weiblichen Sexualität im Zusammenhang mit Fibromyalgie vorgenommen. Weiter wurden Schlussfolgerungen aus früheren Forschungen und Erfahrungen in Therapie und Pflege dieser Frauen überdacht. Der dritte Schritt zielte darauf ab, ein vertieftes Verständnis des Phänomens durch den Dialog zwischen einem der Forschenden und den TeilnehmerInnen zu erreichen. Hier tauchten neue Fragen auf, wie beispielsweise: "Welche Rolle spielt der Partner im Umgang mit sexueller Dysfunktion bei FMS?" Der vierte Schritt hatte zum Ziel, das Phänomen durch die Erhebung der Transkripte zu verstehen. Nach dem Lesen der Transkripte wurden</p>   |

|   |  |
|---|--|
| <p><b>Überprüfbarkeit</b></p> <p>Wurden ein Entscheidungspfad entwickelt und Regeln angegeben?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> ja</li> <li><input checked="" type="radio"/> nein</li> <li><input type="radio"/> nicht angegeben</li> </ul> <p>Wurde der Prozess der Transformation von Daten in Aussagen/Codes adäquat beschrieben?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> ja</li> <li><input checked="" type="radio"/> nein</li> <li><input type="radio"/> nicht angegeben</li> </ul> | <p>die Erfahrungen der Teilnehmerinnen mit den Reflexionen der Forschenden und deren Horizont erneut überprüft. Dabei ergaben sich neue Fragen wie beispielsweise "Welchen Einfluss hat die Einstellung der Angehörigen der Gesundheitsberufe beim Angehen von sexuellen Dysfunktionen bei FMS?". Bei der Prüfung jedes Satzes der Transkripte wurden Themen, Unterthemen und Bedeutungseinheiten identifiziert.</p> <p>In einem fünften Schritt wurde versucht, die Zuverlässigkeit (Reliabilität) der qualitativen Daten zu prüfen.</p> <p><i>Beschreiben Sie die Entscheidungen des Forschers bezüglich der Transformation von Daten in Aussagen/Codes. Skizzieren Sie das angegebene Prinzip der Entwicklung von Aussagen.</i></p> <p>Es wurde kein Entscheidungs- oder Überprüfungspfad bezüglich der Identifizierung von Kategorien beschrieben. Der Text lässt keinen Rückschluss darauf zu, ob überhaupt Codes für die Ergebnisse erarbeitet wurden oder nicht. Auch der Prozess der Transformation der Daten in Aussagen/ Codes wurde nicht beschrieben. Es steht lediglich, dass in jedem Satz Themen, Unterthemen und Bedeutungseinheiten identifiziert wurden.</p> |
| <p><b>Theoretische Verbindungen</b></p> <p>Hat sich ein sinnvolles Bild des untersuchten Phänomens ergeben?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="radio"/> ja</li> <li><input type="radio"/> nein</li> </ul>   | <p><i>Wie wurden die untersuchten Konzepte geklärt und verfeinert, und wie wurden Beziehungen deutlich gemacht? Beschreiben Sie alle konzeptionellen Rahmen, die sich ergeben haben.</i></p> <p>Es ergaben sich folgende Haupt- und Unterthemen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Physische Auswirkungen: Nicht berühren, nicht schauen <ul style="list-style-type: none"> <li>- Schmerz, der Auslöser von sexueller Dysfunktion bei FMS</li> <li>- Sexuelle Steifheit</li> <li>- Störung des Körperbildes</li> </ul> </li> <li>2. Sexualität und Identität: Kampf gegen den Verlust <ul style="list-style-type: none"> <li>- Der Wunsch nach aktiver Sexualität</li> <li>- Die Krise überwinden</li> </ul> </li> <li>3. Einfluss auf die Beziehung <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es für den anderen tun</li> <li>- Unbequeme Sexualität</li> </ul> </li> </ol> <p>Die Verfasserinnen erachten die Darstellung der Ergebnisse als angemessen und sinnvoll für die ergotherapeutische Praxis.</p>   |
| <p><b>VERTRAUENSWÜRDIGKEIT</b></p> <p>Wird Triangulierung angegeben, nach Quellen/Daten</p>   | <p><i>Beschreiben Sie die Strategien, die verwendet wurden, um die Vertrauenswürdigkeit der Ergebnisse zu gewährleisten.</i></p> <p>Die Daten wurden von verschiedenen Studienteilnehmenden gesammelt sodass die Triangulierung nach Quellen gegeben ist.</p> <p>Die Triangulierung nach Methoden ist durch die Fokusgruppe sowie die Einzelinterviews erreicht.</p>   |



|  |   |
|--|---|
| <p> <input checked="" type="checkbox"/> ja<br/> <input type="checkbox"/> nein </p> <p>Methoden</p> <p> <input checked="" type="checkbox"/> ja<br/> <input type="checkbox"/> nein </p> <p>Forscher</p> <p> <input type="checkbox"/> ja<br/> <input checked="" type="checkbox"/> nein </p> <p>Theorien</p> <p> <input checked="" type="checkbox"/> ja<br/> <input type="checkbox"/> nein </p> <p>Wurde "Member checking" (Überprüfung durch die Teilnehmer) benutzt, um Ergebnisse zu verifizieren?</p> <p> <input checked="" type="checkbox"/> ja<br/> <input type="checkbox"/> nein<br/> <input type="checkbox"/> nicht angegeben </p> | <p>Es ist nicht ersichtlich, ob mehr als eine forschende Person an der Analyse der Daten beteiligt war, weshalb die Triangulierung nach Forschenden nicht gegeben ist.</p> <p>Während der Analyse wurde der qualitative Ansatz basierend auf der «Gadamer's hermeneutic Phänomenologie» benutzt. Weiter wurde eine modifizierte Form der Stufen von Valerie Fleming angewendet. Dies bedeutet eine Erreichung der Triangulierung nach Theorien.</p> <p>Die Transkripte und die Analysen wurden den Studienteilnehmerinnen zur Bestätigung übergeben.</p>  |
| <p><b>SCHLUSSFOLGERUNGEN UND IMPLIKATIONEN</b></p> <p>Waren die Schlussfolgerungen den Ergebnissen der Studie angemessen?</p> <p> <input checked="" type="checkbox"/> ja<br/> <input type="checkbox"/> nein </p>   | <p><i>Zu welchem Schluss kam die Studie? Welche Implikationen hatten die Ergebnisse für die Ergotherapie (in Praxis und Forschung)? Worin lagen die hauptsächlich Begrenzungen der Studie?</i></p> <p>Die Forschenden tragen die wichtigsten Ergebnisse der Studie nochmals zusammen und setzten sie in Bezug zu anderen Studien. Sie nennen dabei die sexuelle Dysfunktion, die durch physische-, psycho-emotionale- und Beziehungsprobleme beeinflusst werden. Diese Faktoren beeinträchtigen Bewältigung und Anpassung. Zudem beschreiben die Autorinnen und Autoren, dass Schuldgefühle und Angst eine Auswirkung auf die Sexualität der Frauen haben. Die Sexualität ist für die betroffenen Frauen trotz der Einschränkungen wichtig für ihre Identität und Lebensqualität. Sie benötigen dabei die Unterstützung und das Verständnis ihrer Partner, der Familie und der Gesundheitsfachpersonen.</p> <p>Gemäss den Forschenden hilft die Studie das Phänomen zu verstehen. Sie beschreiben, dass Pflegepersonal die Sexualität dieser Frauen anerkennen und die Erfahrungen der Betroffenen berücksichtigen sollen. Die Autorinnen und Autoren stellen keinen direkten Bezug zur Ergotherapie her. Die Verfasserinnen aber sehen die Wichtigkeit, die oben genannte Implikation auch in der Ergotherapie umzusetzen.</p> |

|  |   |
|--|---|
|  | <p>Die Forschenden zeigen folgende Limitationen auf: Die Studie ist nicht generalisierbar, da sie nur in einem Fibromyalgie Verband durchgeführt wurde; die katholische Moral in Spanien, führt dazu, dass das Thema im Gesundheitswesen kaum angesprochen wird; Vorurteile der Forschenden haben möglicherweise die Resultate beeinflusst.</p> <p>Die Inklusion von Teilnehmenden aus anderen Ethnien oder mit anderen sexuellen Neigungen hätten daher möglicherweise andere Resultate ergeben.</p> |
|--|---|

### Güte: Trustworthiness nach Lincoln und Guba (1985)

|  |  |
|--|--|
|  | <p><b>Confirmability (Bestätigung)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Interviews wurden aufgenommen sowie transkribiert und sind somit für Externe überprüfbar. (+)</li> <li>▪ Eine Begleitung durch eine externe Person ist in der Studie nicht gewährleistet. (-)</li> </ul> <p>➔ mittel, Confirmability teilweise erreicht</p>  |
|  | <p><b>Dependability (Zuverlässigkeit)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es ist nicht ersichtlich, ob die Datenerhebung und -analyse bezüglich Gemeinsamkeiten und Unterschieden reflektiert wurden. (-)</li> <li>▪ Die Datenerhebung fand zwischen April und Juni 2014 statt. Da die Stichprobe anhand der Datensättigung bestimmt wurde, wird von den Verfasserinnen angenommen, dass die Daten in dieser Zeitspanne und somit möglichst zeitnah ausgewertet wurden. (+)</li> <li>▪ Die Datenanalyse und -ergebnisse wurden von keinem hochschulinternen oder -externen Gremium geprüft. (-)</li> </ul> <p>➔ mittel, Dependability teilweise gegeben</p> |
|  | <p><b>Credibility (Glaubwürdigkeit)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es wurde ein Member checking durchgeführt. (+)</li> <li>▪ Es ist nicht ersichtlich, ob die Datenanalyse mit weiteren Forschenden nachbesprochen wurde, weshalb ein Peer debriefing ausgeschlossen wird. (-)</li> <li>▪ Die Triangulierung nach Methoden ist durch die Fokusgruppe sowie die Einzelinterviews gegeben. (+)</li> </ul> <p>➔ mittel, Credibility teilweise gegeben</p>   |
|  | <p><b>Transferability (Übertragbarkeit)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Datenerhebung fand nur in einem Patientenverband statt, zudem ist der Ort der Durchführung nicht klar ersichtlich. (-)</li> <li>▪ Die Ergebnisse wurden mit zahlreichen Zitaten unterlegt. (+)</li> </ul> <p>➔ mittel, Transferability teilweise erreicht</p>   |

**Titel:** Applying an Occupational Lens to Thinking About and Addressing Sexuality (Lynch & Fortune, 2019)

**Würdigung:** Kritische Besprechung qualitativer Studien nach Law et al. (1998)

|   |  |
|---|--|
| <p><b>ZWECK DER STUDIE</b></p> <p>Wurde der Zweck klar angegeben?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja<br/><input type="checkbox"/> nein</p>   | <p><i>Skizzieren Sie den Zweck der Studie.</i></p> <p>Ziel: Die Autorinnen möchten das Reasoning und das Handeln von Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten in Bezug auf die Arbeit mit Klientinnen und Klienten, bei denen das Ausleben der Sexualität mit Schwierigkeiten verbunden ist, aufzeigen. Ausserdem sollen Konzepte die Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten verwenden, um Sexualität in der Praxis anzusprechen, dargestellt werden. Zudem soll das Ausmass, inwiefern die Fachpersonen die Bedürfnisse und Prioritäten bezüglich der Sexualität des Individuums berücksichtigen, eruiert werden.</p>   |
| <p><b>LITERATUR</b></p> <p>Wurde die relevante Hintergrund-Literatur gesichtet?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja<br/><input type="checkbox"/> nein</p> <p>Welche(r) Bereich(e) der Ergotherapie wurde(n) untersucht?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Selbstversorgung (selfcare)<br/><input type="checkbox"/> Produktivität<br/><input checked="" type="checkbox"/> Freizeit<br/><input type="checkbox"/> Komponenten der Performanz<br/><input type="checkbox"/> Komponenten des Umfelds<br/><input checked="" type="checkbox"/> Betätigung (occupation)</p> | <p><i>Geben Sie an, wie die Notwendigkeit der Studie gerechtfertigt wurde.</i></p> <p>In der Einleitung wird der Hintergrund der Studie sinnvoll mit Literatur beschrieben (Sexualität als Identitätsaspekt, Aspekt der Rollengestaltung und des Selbstwertgefühls; Einschränkung der Sexualität durch Krankheit; Auswirkung auf sexuelles Wesen; Recht auf Sexualität; Mangel an Aufmerksamkeit von Gesundheitsfachpersonen; Aufgabe der Gesundheitsfachpersonen inkl. Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten; occupational perspective of health [OPH]).</p> <p>Die Forscherinnen äussern nicht klar, dass bisher keine Forschung diesbezüglich erfolgt ist.</p> <p><i>In welcher Weise bezieht sich die Studie auf Ergotherapie und/oder Ihre Forschungsfrage?</i></p> <p>Durch die Überlegungen und Erfahrungen der Teilnehmenden bezüglich Klientinnen und Klienten mit sexuellen Schwierigkeiten, wird der mögliche Handlungsbedarf der Ergotherapie durch diese Studie beschrieben.</p> |
| <p><b>STUDIENDESIGN</b></p> <p>Welches Design hatte die Studie?</p> <p><input type="checkbox"/> Ethnographie<br/><input type="checkbox"/> Grounded Theory (gegenstandsverankerte Theoriebildung)<br/><input type="checkbox"/> Partizipative Handlungsfor-schung<br/><input type="checkbox"/> Phänomenologie</p>   | <p><i>Welches Design hatte die Studie? Entsprech das Design der Studienfrage (z.B. hinsichtlich des Wissensstandes zur betreffenden Frage, hinsichtlich ethischer Aspekte)?</i></p> <p>Es wurde ein qualitativ phänomenographischer Ansatz verwendet, da dadurch die qualitativ unterschiedlichen Denkweisen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer über Sexualität erhoben werden können. Die Phänomenographie zielt darauf ab, Unterschiede zwischen Vorstellungen bezüglich eines Phänomens aufzuzeigen. Mittels dieses Designs möchten die Autorinnen beschreibende Kategorien generieren und zeigen, wie diese miteinander zusammenhängen.</p>  |

|  |  |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Andere:<br>Phänomenographie  | Das Design wird von den Verfasserinnen als angemessen für die Zielerreichung der Studie erachtet.  |
| Wurde eine theoretische Perspektive identifiziert?<br><br><input type="checkbox"/> ja<br><input checked="" type="checkbox"/> nein  | <i>Beschreiben Sie die theoretische Perspektive dieser Studie.</i><br><br>Das bestehende Wissen über das Phänomen sowie die theoretische Sichtweise der Forscherinnen ist aus der Studie nicht ersichtlich.  |
| Verwendete Methode(n):<br><br><input type="checkbox"/> teilnehmende Beobachtung<br><input checked="" type="checkbox"/> Interviews<br><input type="checkbox"/> historische Forschung<br><input type="checkbox"/> Fokusgruppen<br><input type="checkbox"/> andere<br><hr/>   | <i>Beschreiben Sie die Methode(n), die zur Beantwortung der Forschungsfrage verwandt wurde(n).</i><br><br>Es wurden einmalig semistrukturierte Interviews durchgeführt. Leitfragen wurden mittels Themen aus bestehenden Studien und anhand des Bezugsrahmens OPH entwickelt.  |
| <b>STICHPROBENAUSWAHL</b><br><br>Wurde der Vorgang der gezielten Auswahl beschrieben?<br><br><input checked="" type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein<br><br>Wurde die Stichprobe so lange zusammengestellt, bis Redundanz der Daten erreicht war?<br><br><input type="checkbox"/> ja<br><input checked="" type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> nicht angegeben<br><br>Wurde wohlinformierte Zustimmung eingeholt?<br><br><input checked="" type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> nicht angegeben | <i>Beschreiben Sie die Methoden zur Zusammenstellung der Stichprobe. Wurde beim Prozess der Stichprobenauswahl flexibel vorgegangen?</i><br><br>Um unterschiedliche Erfahrungen zu generieren, wurde die Stichprobe zielgerichtet (purposeful sampling) ausgewählt, was der qualitativen Forschung entspricht. Die Forscherinnen wollten Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus unterschiedlichen Bereichen der Praxis und mit verschiedenen Erfahrungslevels bezüglich des Ansprechens von Sexualität rekrutieren. Die Teilnehmenden wurden deshalb via dem «national professional association – Occupational Therapy Australia (OTAustralia) ebulletin» oder durch eine spezielle Interessengruppe für Sexualität rekrutiert. Jene Personen, die auf die Anzeige geantwortet haben, repräsentieren die Vielfalt. 16 Teilnehmende waren in der Endstichprobe, davon sind vier Männer und zwölf Frauen.<br>Es wird keine Äusserung zur Redundanz der Daten gemacht weshalb die Flexibilität der Forscherinnen in Frage gestellt werden kann.<br><br><i>Beschreiben Sie das Ethik-Verfahren.</i><br><br>Vor Beginn der Forschung wurde die ethische Genehmigung durch die zuständige Ethikkommission erteilt.<br><br>Weiter unterschrieben die Teilnehmenden eine schriftliche Einverständniserklärung.<br>Die Autorinnen achteten auf die Anonymität der Teilnehmenden bezüglich ihres Fachbereichs, indem sie diese kollektiv darstellen. Zudem wurde bei jedem Teilnehmenden eine Pseudonymisierung vorgenommen. |
| <b>DATENERHEBUNG</b><br><br>Deskriptive Klarheit klare und vollständige Beschreibung von:<br><br>Ort<br><input type="checkbox"/> ja  | <i>Beschreiben Sie den Kontext der Studie. Genügte er, um das «Gesamtbild» zu verstehen? Beschreiben Sie, wie Elemente der Studie dokumentiert wurden. Was fehlte?</i><br><br>Es wird nicht klar beschrieben wer die Interviews durchgeführt hat und wo die vier Interviews, die nicht via Skype oder Telefon erfolgten, stattgefunden haben. Der Ort der durchgeführten Studie ist lediglich auf Australien zurückzuführen.   |

|   |   |
|---|---|
| <p><input checked="" type="checkbox"/> nein</p> <p>Teilnehmern</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja<br/><input type="checkbox"/> nein</p> <p>Referenzen des Forschers</p> <p><input type="checkbox"/> ja<br/><input checked="" type="checkbox"/> nein</p> <p>Rolle des Forschers und seine Beziehung zu den Teilnehmern</p> <p><input type="checkbox"/> ja<br/><input checked="" type="checkbox"/> nein</p> <p>Angabe der Annahmen des Forschers «in Klammern» («bracketing»)</p> <p><input type="checkbox"/> ja<br/><input checked="" type="checkbox"/> nein</p> <p>Prozedurale Strenge Waren die Strategien zur Datenerhebung von prozeduraler Strenge?</p> <p><input type="checkbox"/> ja<br/><input checked="" type="checkbox"/> nein<br/><input type="checkbox"/> nicht angegeben</p> | <p>In Tabelle 1 der Studie werden die Charakterisierungen der Teilnehmenden festgehalten.<br/>Referenzen und bisherige Erfahrungen der Forscherinnen werden nicht aufgeführt.</p> <p>Der Grad der Beteiligung sowie die Beziehung der Forscherinnen zu den Teilnehmenden ist aus dem Text nicht ersichtlich.</p> <p>➔ Gemäss den oben genannten Daten kann kein Gesamtbild zur Datenerhebung gemacht werden, da viele Informationen dazu fehlen. Zur Erreichung der prozeduralen Strenge fehlen unter anderem Informationen zur Schulung der Datenerheberinnen sowie der Menge der gesammelten Daten.</p> <p>Die Datenerhebung zeigt, dass die Interviews innert zwei Monaten durchgeführt wurden und je eine Dauer von 39 Minuten betragen. 12 der Teilnehmenden wurden via Skype oder Telefon interviewt, mit vier weiteren hat ein persönliches Interview stattgefunden.<br/>Es wurden Leitfragen mittels Fragen aus bestehenden Studien und unter Bezugnahme des «The occupational perspective of health [OPH] framework» entwickelt. Dieser Ansatz konzipiert, dass Betätigung vier Dimensionen habe: doing, being, becoming, belonging. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden bezüglich der Relevanz dieser Dimensionen in Bezug zur Sexualität befragt. Es werden lediglich Beispielsfragen in einer Tabelle 2 dargestellt und nicht alle beschrieben.</p> |
| <p><b>DATENANALYSE</b></p> <p><b>Analytische Genauigkeit</b><br/>War die Datenanalyse induktiv?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja<br/><input type="checkbox"/> nein<br/><input type="checkbox"/> nicht angegeben</p> <p>Stimmten die gewonnenen Erkenntnisse mit den Daten überein und spiegelten diese wider?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja<br/><input type="checkbox"/> nein</p> <p><b>Überprüfbarkeit</b></p>  | <p><i>Beschreiben Sie die Methode(n) der Datenanalyse. Waren die Methoden geeignet? Welche alternativen Erklärungen wurden ausgelotet?</i></p> <p>Alle Befragungen wurden digital aufgenommen und wörtlich transkribiert. Wer die Transkripte verfasst hat ist aus der Studie nicht ersichtlich.</p> <p>Ausgehend von den Prinzipien, die durch frühere phänomenografische Forscherinnen und Forschern entwickelt wurden, wurde ein Analyseverfahren angepasst und ausführlich beschrieben:<br/>Als erstes wurden die Transkripte mehrmals durchgelesen, um eine allgemeine Einarbeitung zu ermöglichen. Dann stellten sie sich bei jedem Transkript zwei Fragen (a) Was sagt dieses Transkript darüber aus, wie die Konzeptionierung bezüglich Sexualität der Teilnehmerinnen und Teilnehmer ist? (b) Inwieweit wird die Sexualität als Berufsfrage betrachtet und in der Praxis als ein gültiges Berufsproblem behandelt? Anschließend wurden die Transkripte nochmals gelesen, wobei besonders auf die Konzeption der Sexualität von den Teilnehmenden und auf die Konzepte des OPH geachtet wurde. Für jeden Studienteilnehmenden wurden vorläufige Konzeptionsaussagen darüber generiert, wie Sexualität in Bezug auf</p>  |

|  |  |
|--|--|
| <p>Wurden ein Entscheidungspfad entwickelt und Regeln angegeben?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> ja</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> nein</li> <li><input type="checkbox"/> nicht angegeben</li> </ul> <p>Wurde der Prozess der Transformation von Daten in Aussagen/Codes adäquat beschrieben?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> ja</li> <li><input type="checkbox"/> nein</li> <li><input type="checkbox"/> nicht angegeben</li> </ul> | <p>die Betätigung im OPH artikuliert ist. Aufkommende Kategorien wurden auf Überschneidungen überprüft. Die endgültigen Kategorien wurden erstellt, um die Art und Weise widerzuspiegeln, wie die Teilnehmenden über das Tun, Sein, Werden und die Zugehörigkeit des Individuums als sexuelle Wesen sprechen.</p> <p><i>Beschreiben Sie die Entscheidungen des Forschers bezüglich der Transformation von Daten in Aussagen/Codes. Skizzieren Sie das angegebene Prinzip der Entwicklung von Aussagen.</i></p> <p>Die Autorinnen beschreiben eine ausführliche Analyse Prozedur, in der sie die Transkripte mittels sechs Schritten analysiert haben. Ausserdem wurden auftauchende Kategorien überprüft, um eventuelle Überschneidungen zu erkennen. Regeln werden jedoch keine angegeben.</p> <p>Die Forscherinnen nennen keine spezifische Analysemethode zur Transformation der Daten in Aussagen, beschreiben jedoch die 6 Schritte, wie sie auf die Daten gekommen sind.</p> |
| <p><b>Theoretische Verbindungen</b></p> <p>Hat sich ein sinnvolles Bild des untersuchten Phänomens ergeben?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> ja</li> <li><input type="checkbox"/> nein</li> </ul>  | <p><i>Wie wurden die untersuchten Konzepte geklärt und verfeinert, und wie wurden Beziehungen deutlich gemacht? Beschreiben Sie alle konzeptionellen Rahmen, die sich ergeben haben.</i></p> <p>Die Autorinnen bringen die Ergebnisse in einen verständlichen und sinnvollen Zusammenhang mit dem von ihnen verwendeten Konzept «OPH».</p> <p>Die Ergebnisse wurden in vier Oberthemen dargestellt:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sexualität als Tun</li> <li>2. Ein sexuelles Wesen sein</li> <li>3. Werden in Bezug auf die Sexualität</li> <li>4. Zugehörigkeit zur eigenen Sexualität</li> </ol> <p>Die Verfasserinnen erachten die Darstellung der Ergebnisse als umfassend und sinnvoll für ergotherapeutische Praxis.</p>   |
| <p><b>VERTRAUENSWÜRDIGKEIT</b></p> <p>Wird Triangulierung angegeben, nach</p> <p>Quellen/Daten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> ja</li> <li><input type="checkbox"/> nein</li> </ul> <p>Methoden</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> ja</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> nein</li> </ul> <p>Forscher</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> ja</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> nein</li> </ul>               | <p><i>Beschreiben Sie die Strategien, die verwendet wurden, um die Vertrauenswürdigkeit der Ergebnisse zu gewährleisten.</i></p> <p>Die Daten wurden von verschiedenen Studienteilnehmenden gesammelt, wodurch die Triangulierung nach Quellen gegeben ist.</p> <p>Es wurden lediglich Einzelinterviews durchgeführt, weshalb die Triangulierung nach Methoden nicht gegeben ist.</p> <p>Es ist nicht ersichtlich, ob mehr als eine forschende Person an der Analyse der Daten beteiligt war wodurch die Triangulierung nach Forschenden nicht gewährleistet ist.</p> <p>Während der Datenanalyse wurde das OPH miteinbezogen, was für die Triangulierung nach Theorien spricht.</p>   |

|   |   |
|---|---|
| <p>Theorien</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> ja</li> <li><input type="checkbox"/> nein</li> </ul> <p>Wurde «Member checking» (Überprüfung durch die Teilnehmer) benutzt, um Ergebnisse zu verifizieren?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> ja</li> <li><input type="checkbox"/> nein</li> <li><input type="checkbox"/> nicht angegeben</li> </ul> | <p>Member checking wurde durchgeführt, indem die Transkripte an die Teilnehmenden gesendet wurden.</p>  |
| <p><b>SCHLUSSFOLGERUNGEN UND IMPLIKATIONEN</b></p> <p>Waren die Schlussfolgerungen den Ergebnissen der Studie angemessen?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> ja</li> <li><input type="checkbox"/> nein</li> </ul>   | <p><i>Zu welchem Schluss kam die Studie? Welche Implikationen hatten die Ergebnisse für die Ergotherapie (in Praxis und Forschung)? Worin lagen die hauptsächlichsten Begrenzungen der Studie?</i></p> <p>Die Schlussfolgerungen beziehen sich auf die im Ergebnisteil beschriebenen Resultate. Die Forscherinnen gehen auf alle vier Kategorien «tun, sein, werden und zugehören» ein und beschreiben klar, wie Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten diese Aspekte in der Arbeit berücksichtigen. Der zweite Teil der Fragestellung (in welchem Ausmass die Bedürfnisse und Prioritäten bezüglich der Sexualität des Individuums berücksichtigen werden) wird aufgegriffen in dem beschrieben wird, dass je nach Individuum und Zeitpunkt die vier Kategorien einen unterschiedlichen Schwerpunkt haben. Dennoch wird die Wichtigkeit alle vier Kategorien, auf eine kombinierte Art anzusprechen, betont.</p> <p>Die Schlussfolgerungen werden unter anderem mittels einer Figur, welche die vier Kategorien «tun, sein, werden und zugehören» aufzeigen, erläutert. Die Autorinnen machen klar, wie die vier Kategorien in den Überlegungen der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten eingebettet sind. Die Analyse der Ergebnisse ergab, dass jeweils mehrere der vier Kategorien von den Teilnehmenden genutzt werden. Diese Überschneidung der Kategorien wird von den Autorinnen mit dem OPH in Verbindung gebracht, das eher allgemeine Annahmen und Werte als spezifische Richtlinien und Technologien präsentiert. Die Überschneidungen werden zudem mit der Philosophie der Phänomenographie gleichgesetzt, die von der Vorstellung ausgeht, dass Menschen Phänomene auf eine qualitativ unterschiedliche aber auch auf eine miteinander verbundene Weise erleben und verstehen.</p> <p>Die Ergebnisse ermutigen Gesundheitsfachpersonen eine breitere Perspektive der Sexualität anzunehmen, um sicher zu gehen, dass alle vier Kategorien angesprochen und somit auch die nicht-funktionellen Aspekte der Sexualität betrachtet werden. Die Autorinnen beschreiben, dass eine ergotherapeutische Perspektive auf die Sexualität Gesundheitsfachpersonen darin unterstützen kann, ihre Rollen bezüglich des Ansprechens besser zu verstehen.</p> <p>Folgende Limitation der Studie werden beschreiben: Die Erarbeitung der Studie aus der Perspektive des OPH hat Antworten der Teilnehmenden und Analyse stark beeinflusst; Studie wurde nur in Australien durchgeführt, weshalb eine Übertragung der Resultate auf</p> |

andere Länder mit Vorsicht erfolgen sollte.

## Güte: Trustworthiness nach Lincoln und Guba (1985)

### Confirmability (Bestätigung)

- Interviews wurden aufgenommen und wörtlich transkribiert. (+)
  - Es wird nicht beschrieben, dass eine externe Person zur Begleitung zugezogen wurde. (-)
- ➔ teilweise gut, Confirmability teilweise erreicht

### Dependability (Zuverlässigkeit)

- Die Datenerhebung wurde einmalig durchgeführt und klar beschreiben. (+)
  - Die Datenerhebung und die -analyse wurden bezüglich Gemeinsamkeiten und Unterschieden nicht reflektiert. (-)
  - Die Zeitspanne zwischen Datenerhebung und -analyse ist nicht bekannt. (-)
  - Die Daten wurden mehrmals durchgelesen. (+)
  - Datenanalyse und -ergebnisse wurden von keinem hochschulinternen oder -externen Gremium geprüft. (-)
- ➔ teilweise gut, Dependability teilweise erreicht

### Credibility (Glaubwürdigkeit)

- Interviews wurden als einzige Methode zur Datenerhebung verwendet. (-)
  - Member checking wurde durchgeführt. (+)
- ➔ teilweise gut, Credibility teilweise erreicht

### Transferability (Übertragbarkeit)

- Die Ergebnisse wurden mit Zitaten untermauert. (+)
  - Die Stichprobe umfasst Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten aus verschiedenen Fachbereichen und Institutionen. (+)
- ➔ Gut, Transferability erreicht



**Titel:** Addressing Sex in Occupational Therapy: A Coconstructed Autoethnography (Rose & Hughes, 2018)

**Würdigung:** Kritische Besprechung qualitativer Studien nach Law et al. (1998)

|   |   |
|---|---|
| <p><b>ZWECK DER STUDIE</b></p> <p>Wurde der Zweck klar angegeben?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja<br/><input type="checkbox"/> nein</p>   | <p><i>Skizzieren Sie den Zweck der Studie.</i></p> <p>Ziel: Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten dazu auffordern, die Art und Weise zu berücksichtigen, wie sie Sex (verschiedene Formen der körperlichen sexuellen Aktivität) und Sexualität in der Praxis ein- oder ausschliessen. Weiter soll aufgezeigt werden, wie Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten Sex und Sexualität bei Klientinnen und Klienten ansprechen und was die Konsequenzen sind, wenn sie dies nicht tun.</p> <p>Der Zweck der Studie wird in der Zusammenfassung angegeben, es wird jedoch keine Forschungsfrage oder Hypothese formuliert.</p>  |
| <p><b>LITERATUR</b></p> <p>Wurde die relevante Hintergrund-Literatur gesichtet?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja<br/><input type="checkbox"/> nein</p> <p>Welche(r) Bereich(e) der Ergotherapie wurde(n) untersucht?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Selbstversorgung (selfcare)<br/><input type="checkbox"/> Produktivität<br/><input checked="" type="checkbox"/> Freizeit<br/><input type="checkbox"/> Komponenten der Performanz<br/><input type="checkbox"/> Komponenten des Umfelds<br/><input checked="" type="checkbox"/> Betätigung (occupation)</p> | <p><i>Geben Sie an, wie die Notwendigkeit der Studie gerechtfertigt wurde.</i></p> <p>Die Autorinnen greifen auf aussagekräftige und sinnvolle Literatur zurück, um den Hintergrund zu beschreiben (holistische Sichtweise; sexuelle Anliegen oft die höchste Priorität für Personen mit Einschränkungen; Verantwortung der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten diese Anliegen zu verstehen und anzusprechen; historische und politische Sichten auf die Sexualität).</p> <p>Obwohl bestehende Literatur darauf hinweist, dass Sex und Sexualität für Klientinnen und Klienten in der Rehabilitation Anliegen darstellen und Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten eine Rolle beim Thematisieren spielen, werden die beiden Themen nur selten angesprochen. Gründe für ein Nichtansprechen seitens der Fachpersonen werden von den Autorinnen ebenfalls mittels bestehender Literatur dargelegt.</p> <p><i>In welcher Weise bezieht sich die Studie auf Ergotherapie und/oder Ihre Forschungsfrage?</i></p> <p>Die Studie beleuchtet sexuelle Anliegen einer Klientin und wie die Ergotherapie darauf eingehen kann. Somit wird ein Teil der Fragestellung, nämlich der mögliche Handlungsbedarf der Ergotherapie aufgezeigt.</p> |
| <p><b>STUDIENDESIGN</b></p> <p>Welches Design hatte die Studie?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Ethnographie (ko-konstruierte Autoethnografie)<br/><input type="checkbox"/> Grounded Theory (gegenstandsverankerte Theoriebildung)</p>   | <p><i>Welches Design hatte die Studie? Entsprech das Design der Studienfrage (z.B. hinsichtlich des Wissensstandes zur betreffenden Frage, hinsichtlich ethischer Aspekte)?</i></p> <p>Die Studie verwendete als Design eine ko-konstruierte Autoethnografie. Die Zusammenarbeit der Forscherinnen ist dabei zentral für den Forschungsprozess. Das Design umfasst eine Selbstreflexion über ein bestimmtes Phänomen. Der Ansatz bezieht sich auf Narrative (erzählen von Geschichten und persönlichen Erfahrungen) und stellt die Forschenden und die Klientinnen sowie Klienten in eine gleichberechtigte Rolle. Die Autorinnen beschreiben, dass Wissen für diese Studie durch Diskussion und Interaktion generiert wurde.</p>   |

|  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Partizipative Handlungsforschung</li> <li><input type="radio"/> Phänomenologie</li> <li><input type="radio"/> Andere :</li> </ul>   | <p>Sie beschreiben das Design sehr ausführlich und beziehen es auf ihr Vorgehen.</p> <p>Das Design wird von den Verfasserinnen als angemessen für die Zielerreichung der Studie erachtet.</p>   |
| <p>Wurde eine theoretische Perspektive identifiziert?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> ja</li> <li><input type="checkbox"/> nein</li> </ul>  | <p><i>Beschreiben Sie die theoretische Perspektive dieser Studie.</i></p> <p>Rose beschreibt, dass sie während ihrer gesamten ergotherapeutischen Ausbildung an den Themen Sex und Sexualität interessiert war. Dies veranlasste sie dazu, sich in ihrer Doktorarbeit der Erforschung der Rolle von Einschränkungen in Sex und Beziehungen zu widmen. Den Hintergrunddaten von Hughes kann entnommen werden, dass sie sich bereits vor der Studie mit Sex und Sexualität beschäftigte. Sie ist Sexualpädagogin und in ihren Studienjahren war sie Vizepräsidentin einer künstlerischen, feministischen Pornografie Firma.</p>   |
| <p>Verwendete Methode(n):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> teilnehmende Beobachtung</li> <li><input type="radio"/> Interviews</li> <li><input type="radio"/> historische Forschung</li> <li><input type="radio"/> Fokusgruppen</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> andere Diskussion mit individuell vorbereiteten und spontanen Fragen</li> </ul>  | <p><i>Beschreiben Sie die Methode(n), die zur Beantwortung der Forschungsfrage verwandt wurde(n).</i></p> <p>Die ko-konstruierte Autoethnografie begann an Hughes Bett während Rose sie besuchte. Die beiden Frauen bemerkten, dass es bezüglich Sex und Ergotherapie viel zu entdecken gab. Sie führten ihre Diskussion in den folgenden Tagen via soziale Medien weiter. Zwei Monate nach Hughes Entlassung aus der Rehaklinik, trafen sich die beiden und führten eine zweistündige Diskussion, die sie aufnahmen. Die Konversation ergab sich aus individuell vorbereiteten sowie spontanen Fragen. Nach ersten Analysen der Transkripte trafen sie sich erneut, um ihre Narration durch zusätzliche Diskussion zu bilden, resultierend in einem gemeinsamen Entwurf mit Schlüsselthemen.</p> |
| <p><b>STICHPROBENAUSWAHL</b></p> <p>Wurde der Vorgang der gezielten Auswahl beschrieben?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> ja</li> <li><input type="checkbox"/> nein</li> </ul> <p>Wurde die Stichprobe so lange zusammengestellt, bis Redundanz der Daten erreicht war?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> ja</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> nein</li> <li><input type="checkbox"/> nicht angegeben</li> </ul> <p>Wurde wohlinformierte Zustimmung eingeholt?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> ja</li> <li><input type="checkbox"/> nein</li> <li><input type="checkbox"/> nicht angegeben</li> </ul> | <p><i>Beschreiben Sie die Methoden zur Zusammenstellung der Stichprobe. Wurde beim Prozess der Stichprobenauswahl flexibel vorgegangen?</i></p> <p>Eine Stichprobenziehung an sich hat nicht stattgefunden. Die beiden Forscherinnen kannten sich durch die „sex-positive community“ in deren Stadt und waren schon vor Hughes Schlaganfall Teil desselben sozialen Kreises. Nach dem Ereignis mündete das gemeinsame Interesse bezüglich Sex und Einschränkungen in etliche Diskussionen und Gesprächen, was zu dieser Studie führte.</p> <p><i>Beschreiben Sie das Ethik-Verfahren.</i></p> <p>Da die Studie nur aus Reflexionen und Eigenarbeit der Autorinnen besteht, ist laut ihnen keine Genehmigung durch einen Forschungs-Ethikrat erforderlich.</p>                                     |
| <p><b>DATENERHEBUNG</b></p>  | <p><i>Beschreiben Sie den Kontext der Studie. Genügte er, um das «Gesamtbild»</i></p>   |

|   |  |
|---|--|
| <p>Deskriptive Klarheit klare und vollständige Beschreibung von:</p> <p>Ort</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> ja</li> <li><input checked="" type="radio"/> nein</li> </ul> <p>Teilnehmern</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="radio"/> ja</li> <li><input type="radio"/> nein</li> </ul> <p>Referenzen des Forschers</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="radio"/> ja</li> <li><input type="radio"/> nein</li> </ul> <p>Rolle des Forschers und seine Beziehung zu den Teilnehmern</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> ja</li> <li><input checked="" type="radio"/> nein</li> </ul> <p>Angabe der Annahmen des Forschers «in Klammern» («bracketing»)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> ja</li> <li><input checked="" type="radio"/> nein</li> </ul> <p>Prozedurale Strenge Waren die Strategien zur Datenerhebung von prozeduraler Strenge?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> ja</li> <li><input checked="" type="radio"/> nein</li> <li><input type="radio"/> nicht angegeben</li> </ul> | <p><i>zu verstehen? Beschreiben Sie, wie Elemente der Studie dokumentiert wurden. Was fehlte?</i></p> <p>Die ko-konstruierte Autoethnografie begann an Hughes Rehabilitationsbett. Eine genaue Angabe des Ortes ist nicht gegeben.</p> <p>Die beiden Autorinnen werden auf der ersten Seite der Studie ausführlich beschrieben und ihre Referenzen werden teilweise angegeben.</p> <p>Aus der Studie ist ersichtlich, dass sich die beiden schon vor dem Ereignis kannten und im gleichen sozialen Kreis sind. Die Ko-Konstruktion fand über mehrere Monate statt.</p> <p>➔ Gemäss den oben genannten Daten kann kein Gesamtbild zur Datenerhebung gemacht werden, da zur Erreichung der prozeduralen Strenge beispielsweise Informationen zur Menge der gesammelten Daten fehlen.</p>   |
| <p><b>DATENANALYSE</b></p> <p><b>Analytische Genauigkeit</b><br/>War die Datenanalyse induktiv?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="radio"/> ja</li> <li><input type="radio"/> nein</li> <li><input type="radio"/> nicht angegeben</li> </ul> <p>Stimmten die gewonnenen Erkenntnisse mit den Daten</p>  | <p><i>Beschreiben Sie die Methode(n) der Datenanalyse. Waren die Methoden geeignet? Welche alternativen Erklärungen wurden ausgelotet?</i></p> <p>Die Aufnahme der zweistündigen Diskussion der beiden Forscherinnen wurde im Anschluss von Rose transkribiert. Zur Vervollständigung der Analyse haben beide Autorinnen das transkribierte Interview individuell überprüft und Themen extrahiert, die sie für ihre Zielerreichung als wichtig erachteten. Nach ersten Analysen der Transkripte trafen sie sich erneut, um ihre Narration durch zusätzliche Diskussion zu bilden, resultierend in einem gemeinsamen Entwurf mit Schlüsselthemen und Nachrichten. Rose hat anschliessend einen ersten Entwurf des Artikels fertiggestellt, worauf die beiden Forscherinnen sich erneut trafen, um den Inhalt zu diskutieren und die Arbeit gemeinsam zu redigieren.</p> |

|   |  |
|---|--|
| <p>überein und spiegelten diese wider?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja<br/><input type="checkbox"/> nein</p> <p><b>Überprüfbarkeit</b><br/>Wurden ein Entscheidungspfad entwickelt und Regeln angegeben?</p> <p><input type="checkbox"/> ja<br/><input checked="" type="checkbox"/> nein<br/><input type="checkbox"/> nicht angegeben</p> <p>Wurde der Prozess der Transformation von Daten in Aussagen/Codes adäquat beschrieben?</p> <p><input type="checkbox"/> ja<br/><input checked="" type="checkbox"/> nein<br/><input type="checkbox"/> nicht angegeben</p> | <p><i>Beschreiben Sie die Entscheidungen des Forschers bezüglich der Transformation von Daten in Aussagen/Codes. Skizzieren Sie das angegebene Prinzip der Entwicklung von Aussagen.</i></p> <p>Aus der Studie ist zu entnehmen, dass die Autorinnen aus dem Transkript der zweistündigen Diskussion individuell wichtige Themen extrahiert haben, diese bei einem erneuten Treffen diskutiert und daraus ein Entwurf mit Schlüsselthemen verfassten haben. Ein Entscheidungspfad oder Regeln zur Transformation der Daten in Kategorien oder Codes wurde nicht angegeben.</p> <p>Die beiden Forscherinnen trafen sich nach dem Verfassen des Entwurfs durch Rose erneut, um den Inhalt zu diskutieren und die Arbeit gemeinsam zu redigieren. Dies zeigt den Verfasserinnen, dass die Daten überprüft wurden.</p>   |
| <p><b>Theoretische Verbindungen</b><br/>Hat sich ein sinnvolles Bild des untersuchten Phänomens ergeben?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja<br/><input type="checkbox"/> nein</p>  | <p><i>Wie wurden die untersuchten Konzepte geklärt und verfeinert, und wie wurden Beziehungen deutlich gemacht? Beschreiben Sie alle konzeptionellen Rahmen, die sich ergeben haben.</i></p> <p>Es ergaben sich fünf Oberthemen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sexuelle Konsequenzen eines Schlaganfalles</li> <li>2. Gesundheitsförderung und Risikoreduzierung</li> <li>3. Sexuelle Identität und soziale Rollen</li> <li>4. Wege, auf denen die Rehabilitation Sex ausschliesst</li> <li>5. Sexualität in der Ergotherapie thematisieren</li> </ol> <p>Die Verfasserinnen erachten die Darstellung der Ergebnisse als umfassend und sinnvoll für ergotherapeutische Praxis.</p>   |
| <p><b>VERTRAUENSWÜRDIGKEIT</b></p> <p>Wird Triangulierung angegeben, nach Quellen/Daten</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja<br/><input type="checkbox"/> nein</p> <p>Methoden</p> <p><input type="checkbox"/> ja<br/><input checked="" type="checkbox"/> nein</p> <p>Forscher</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ja</p>   | <p><i>Beschreiben Sie die Strategien, die verwendet wurden, um die Vertrauenswürdigkeit der Ergebnisse zu gewährleisten.</i></p> <p>Die Daten wurden aus zwei Quellen generiert. Zum einen aus der Sicht einer Ergotherapeutin und zum anderen aus der Sicht einer Frau, die drei Schlaganfälle erlitten hat. Somit ist die Triangulierung nach Quellen gegeben. Beide Autorinnen haben bereits einen Hintergrund zum Thema Sexualität.</p> <p>Die Studie weist lediglich Diskussionen zwischen den beiden Forscherinnen auf, wodurch eine Triangulierung nach Methoden nicht gegeben ist.</p> <p>Die Daten wurden jeweils von den beiden Autorinnen analysiert und gemeinsam diskutiert. Die Triangulierung nach Forschenden ist somit erreicht.</p> <p>Es wurden keine Theorien miteinbezogen, weshalb die Triangulierung nach Theorien nicht gegeben ist.</p> |

|  |   |
|--|---|
| <p><input type="radio"/> ja<br/><input type="radio"/> nein</p> <p>Theorien</p> <p><input type="radio"/> ja<br/><input checked="" type="radio"/> nein</p> <p>Wurde «Member checking» (Überprüfung durch die Teilnehmer) benutzt, um Ergebnisse zu verifizieren?</p> <p><input checked="" type="radio"/> ja<br/><input type="radio"/> nein<br/><input type="radio"/> nicht angegeben</p> | <p>Die Forscherinnen haben die Transkripte zur genaueren Datenanalyse gelesen, was gemäss den Verfasserinnen als eine Überprüfung der Daten zur Verifizierung der Ergebnisse gilt.</p>  |
| <p><b>SCHLUSSFOLGERUNGEN UND IMPLIKATIONEN</b></p> <p>Waren die Schlussfolgerungen den Ergebnissen der Studie angemessen?</p> <p><input checked="" type="radio"/> ja<br/><input type="radio"/> nein</p>  | <p><i>Zu welchem Schluss kam die Studie? Welche Implikationen hatten die Ergebnisse für die Ergotherapie (in Praxis und Forschung)? Worin lagen die hauptsächlichsten Begrenzungen der Studie?</i></p> <p>Den Forscherinnen gelang es mittels der ko-konstruierten Autoethnografie ein besseres Verständnis bezüglich Hughes sexueller Rehabilitation und der damit verbundenen Rolle der Ergotherapie zu vermitteln. Die Autorinnen gehen in der Diskussion erneut darauf ein, dass Sexualität viele Aspekte des Lebens wie Sicherheit, bedeutungsvolle Betätigungen, soziale Rollen und Identität beeinflusst. Diese Aspekte beschäftigen Betroffene und sollten von Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten nicht ignoriert werden.</p> <p>Die Autorinnen widmen den Implikationen für die ergotherapeutische Praxis einen eigenen Abschnitt. Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten sollten die Wichtigkeit von Sex als Gruppe von bedeutungsvollen Betätigungen und als Schlüsselkomponente der Identität ansehen. Zum Schluss werden vier Implikationen zusammengefasst.</p> <p>Die Autoren beschreiben keine Limitationen der Studie.</p> |

**Güte: Trustworthiness nach Lincoln und Guba (1985)**

|  |
|--|
| <p><b>Confirmability (Bestätigung)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Das erste Interview wurde aufgenommen und transkribiert, die restlichen Diskussionen nicht. Dadurch ist eine Überprüfung durch Externe nur teilweise möglich. (+/-)</li> <li>▪ Eine Begleitung durch externe Personen zur Überprüfung der Daten ist nicht gewährleistet. (-)</li> </ul> <p>➔ mittel, Confirmability teilweise erreicht</p> |
| <p><b>Dependability (Zuverlässigkeit)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Datenerhebung und -analyse wurden auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede geprüft. (+)</li> <li>▪ Die Kokonstruktion fand während mehreren Monaten statt. (+)</li> <li>▪ Die Datenanalyse und -ergebnisse wurden von keinem hochschulinternen oder -externen Gremium geprüft. (-)</li> </ul>   |

→ mittel, Dependability teilweise gegeben

### **Credibility (Glaubwürdigkeit)**

- Die Triangulierung nach Quellen und Forschenden ist gegeben. (+)
- Die Datenanalyse wurde nicht mit weiteren Forschenden nachbesprochen, es hat demnach kein Peer debriefing stattgefunden. (-)
- Die Transkripte wurden von beiden Autorinnen zur Datenanalyse gelesen, wodurch ein Member checking gewährleistet ist. (+)
- Die Triangulierung nach Methoden ist nicht gegeben. (-)

→ mittel, Credibility teilweise gegeben

### **Transferability (Übertragbarkeit)**

- Das Setting ist nur für den Beginn der Studie klar. (-)
- Die Ergebnisse wurden mit Ausschnitten des Interviews unterlegt. (+)

→ mittel, Transferability teilweise erreicht