

**Bachelorarbeit**

# **Sexualität - Darüber spreche ich!**

## **Wirkung von Schulungen zum Thema Sexualität auf das professionelle Handeln von Ergotherapeuten**

---

**Eberhard Clara, S12478889**

**Schulz Nadine Janaina, S12479341**

<b>Departement:</b>	<b>Gesundheit</b>
<b>Institut:</b>	<b>Institut für Ergotherapie</b>
<b>Studienjahr:</b>	<b>ER12</b>
<b>Eingereicht am:</b>	<b>30.04.2015</b>
<b>Betreuende Lehrperson:</b>	<b>Maria Auer</b>





## Inhaltsverzeichnis

Abstract.....	7
1 Einleitung.....	8
2 Theoretischer Hintergrund.....	9
2.1 Problemstellung.....	9
2.2 Begründung der Themenwahl.....	10
2.3 Fragestellung.....	11
2.4 Zielsetzung.....	11
2.5 Begriffsdefinitionen.....	12
2.5.1 Interdisciplinary/Interdisziplinarität (= Interprofessionalität).....	12
2.5.2 Multidisciplinary / Multidisziplinarität.....	12
2.5.3 Sexualität.....	13
2.5.4 Neurologische Störung.....	13
2.6 Zusammenhang Betätigungsidentität und sexuelle Identität.....	14
2.7 Veränderung der Identität / Kompetenz.....	14
3 Methodik.....	16
3.1 Übergeordnete methodische Herangehensweise.....	16
3.2 Vorgehen Literaturrecherche.....	16
3.3 Eingrenzung und Erweiterung der Studien.....	17
3.4 Ein-/Ausschlusskriterien für Hauptstudien.....	19
3.5 Hauptstudien.....	22
3.6 Model of Human Occupation.....	23
3.6.1 Volition.....	24
3.6.2 Habituation.....	24
3.6.3 Performanzvermögen.....	24
3.6.4 Die Umwelt.....	25
3.6.5 Anwendungsbereich des Modells.....	25
4 Ergebnisse.....	26
4.1 Hauptliteratur 1 Higgins et al. (2012).....	26
4.2 Hauptliteratur 2 Fronek et al. (2005).....	29
4.3 Hauptliteratur 3 Fronek et al. (2011).....	33
4.4 Hauptliteratur 4 Simpson et al. (2006).....	38
4.5 Zusammenfassung Studienergebnisse.....	43
4.6 Einordnung Ergebnisse ins MOHO.....	48
4.6.1 Volition.....	48
4.6.2 Habituation.....	49
4.6.3 Performanzvermögen.....	49
4.6.4 Zeitliche Umwelt.....	49
4.6.5 Soziale Umwelt.....	49
4.6.6 Räumliche Umwelt.....	50
4.6.7 Kulturelle Umwelt.....	50

4.6.8	Qualitative Ergebnisse im MOHO Modell .....	51
5	Diskussion .....	52
5.1	Kritische Beurteilung- Vergleiche zwischen Studien .....	52
5.2	Bezug zur Fragestellung .....	53
5.2.1	Fachwissen bezüglich Sexualität .....	53
5.2.2	Komfort bezüglich Sexualität.....	54
5.2.3	Haltung bezüglich Sexualität.....	55
5.2.4	Fertigkeiten bezüglich Sexualität.....	55
5.2.5	Zusammenhang zwischen Fertigkeiten, Komfort und Wissen.....	56
6	Theorie-Praxis Transfer .....	58
7	Schlussfolgerung .....	60
8	Grenzen der Bachelorarbeit.....	61
9	Offene Fragen.....	62
	Verzeichnisse .....	63
	Literaturverzeichnis .....	63
	Abbildungsverzeichnis.....	70
	Tabellenverzeichnis.....	70
	Abkürzungsverzeichnis .....	70
10	Wortzahl .....	70
11	Danksagung .....	71
12	Eigenständigkeitserklärung.....	71
	Anhang .....	72
	A Glossar .....	72
	B Literaturverzeichnis Glossar .....	79
	C Teilausschnitt Literatursuche .....	83
	D Ergänzungen Modelle / PLISSIT Modell.....	87
	E Ergänzungen Diskussion .....	88
	F Beurteilung der Hauptstudien.....	91

---

Anmerkung:

In der vorliegenden Arbeit wird aus Gründen der Lesbarkeit nur die männliche Form von Autor, Teilnehmer, Therapeut und Klient verwendet. Die Urheber dieser Bachelorarbeit werden als sVerfasserinnen%b bezeichnet.

Fachbegriffe werden bei der ersten Nennung mit einem Stern s\*%g gekennzeichnet und im Glossar erklärt.

---

## **Abstract**

### **Darstellung des Themas**

Sexualität ist in der Ergotherapie noch immer ein Tabuthema und wird in der Praxis nicht gerne angesprochen, obwohl die Literatur Sexualität als Betätigung beschreibt. Ergotherapeuten fehlt es an Wissen und Fertigkeiten im Umgang mit sexuellen Themen von Klienten mit einer neurologischen Störung.

### **Ziel**

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, die Wirkung eines Trainingsprogrammes zum Thema Sexualität bei Ergotherapeuten im Umgang mit körperlich beeinträchtigten Klienten aufzuzeigen.

### **Methode**

Für die vorliegende Arbeit wurde eine systematische Literaturrecherche in den Datenbanken Cinahl, Medline, OTSeeker, OTDBase und PsychInfo mit entsprechenden Keywords durchgeführt. Die Literaturrecherche dauerte von September 2014 bis Januar 2015. Vier Studien erfüllten die Einschlusskriterien. Anschliessend wurden die Studien analysiert und kritisch diskutiert.

### **Relevante Ergebnisse**

Die Studien zeigen auf, dass ein Training zum Thema Sexualität eine Steigerung des Komforts, der Haltung und des Wissens von Ergotherapeuten im Umgang mit sexuellen Themen von Klienten bewirkt.

### **Schlussfolgerung**

Anhand der vier Hauptstudien konnte der Nutzen eines Trainings zum Thema Sexualität aufgezeigt werden. Die Studien weisen jedoch methodische Schwächen auf und stützen sich mehrheitlich auf Selbstbeurteilungsfragebögen. Der Fokus weiterführender Studien könnte sich verstärkt auf qualitativen Daten und Simulationsklienten richten, um aussagekräftigere Ergebnisse zu erhalten.

### **Keywords**

*sexuality, interprofessional, interdisciplinary, training, rehabilitation, occupational therapy*

## 1 Einleitung

In der Studie von Dyer und das Nair (2014) kommentiert eine Fachperson folgendes:

I've had a couple of service users bring the subject up of (...) sex and relationships (...) Erm, it's hard (...) I personally find it hard to talk about because I don't think I have the (...) proper knowledge to be able to explain it to that person so yeah I just sort of skimmed over ((laughter from others)) the subject ((sounds of agreement from others)). Changed the subject. (S. 1433)

Anhand dieser Aussage einer befragten Person aus der Rehabilitation\* wird deutlich, dass der Umgang mit Sexualität spezifisches Wissen voraussetzt sowie spezifische Fertigkeiten\* und Übung verlangt, um eine angemessene Diskussion mit Klienten über Sexualität und Beziehung führen zu können. Fehlt dem Gesundheitspersonal diese Expertise, können Unbehagen, abweichendes Verhalten der Fachperson (Dyer et al., 2014) und ein Mangel individueller Klientenbehandlungen die Folge sein (Chau et al., 2008).

Personen mit einer erworbenen Körperbeeinträchtigung\* geben an, dass sich der Rehabilitationsfokus stark auf die körperlichen Beschwerden konzentrierte und Gesundheitsfachpersonen die individuellen Bedürfnisse, wie mentale und emotionale Bedürfnisse, ausklammern würden (Chau et al., 2008). Laut Parker und Yau (2012) erhalten Klienten keine sexuelle Beratung oder Information zum Thema Sexualität. Auch in der Ergotherapie\* werde Sexualität bei Betroffenen im Praxisalltag kaum angesprochen. Ergotherapeuten hätten ein mangelhaftes Bewusstsein, Wissen und Selbstvertrauen beim Ansprechen der Sexualität (Hyland & Mc Grath, 2013). Klienten hingegen wünschten sich, dass Sexualität künftig während dem Rehabilitationsprozess angesprochen werde und sich das Rehabilitationsteam offen und bereit erklärt, sexuelle Themen anzusprechen (Parker et al., 2012).

Diese Arbeit beschäftigt sich mit der Frage, ob ausgebildeten Ergotherapeuten, integriert in einem Rehabilitationsteam, das Angebot einer interprofessionellen\* Schulung über Sexualität helfen könnte, um ihre Expertise im Bereich der Sexualität zu steigern und folglich kompetent auf sexuelle Themen sowie Anliegen von Klienten reagieren zu können. Die Verfasserinnen legen den Fokus auf bereits ausgebildete Ergotherapeuten, da diese letztendlich als Vorbild gelten für jene, die sich noch in der Ausbildung befinden (CURAVIVA Schweiz, 2015). Nicht in der Arbeit berücksichtigt wird der Aufgabenbereich einer Berührerin\*, da dies nicht in den Kompetenzbereich eines Ergotherapeuten fällt.



In der interprofessionellen Zusammenarbeit des Rehabilitationsteams werden körperlich beeinträchtigte Klienten nach einer neurologischen Störung behandelt. Geistige und psychische Beeinträchtigungen sowie Präventionsprogramme zur Verhinderung von sexueller Belästigung\* werden aus der vorliegenden Arbeit ausgeschlossen, um dem Hauptthema mit vertiefter Aufmerksamkeit gerecht zu werden.

## **2 Theoretischer Hintergrund**

In diesem Kapitel gehen die Verfasserinnen auf die Problemstellung der Arbeit und die Relevanz des Themas ein und formulieren daraus die Fragestellung und Zielsetzung.

### **2.1 Problemstellung**

Eine erworbene Körperbeeinträchtigung, verursacht durch eine neurologische Störung, hat für betroffene Personen eine Menge drastischer Veränderungen zur Folge (Reitz, Tobe, Knapp & Schurch, 2004; Ostrander, 2008). So berichten Menschen mit einer Querschnittslähmung in der Studie von Kreuter, Taft, Siösteen und Biering-Sørensen (2011) über Veränderungen in ihrem Sexualleben. Neben auftretenden sexuellen Funktionseinschränkungen\* und Beeinträchtigungen im Aufbau sowie der Aufrechterhaltung intimer Beziehungen\* sehen sich Betroffene durch ihre erworbene Körperbeeinträchtigung auch mit negativen gesellschaftlichen Einstellungen konfrontiert (WHO, 2005). Foucault (1978, zit. nach Galvin, 2006, S.503) sagt aus, dass Faktoren wie Attraktivität oder sexuelle Funktionsfähigkeit, die in einer Gesellschaft nach wie vor angestrebt werden, einen Einfluss auf die Selbstachtung, wie auch auf den Respekt und die Liebe, die einer Person entgegengebracht wird, haben.

Personen mit einer körperlichen Beeinträchtigung haben genauso wie Nichtbetroffene das Bedürfnis nach Sexualität, wie das Beispiel von Sakellariou und Sawada (2006) bei Menschen mit einer Querschnittslähmung aufzeigt. In mehreren Studien zeigt sich jedoch, dass ein Ansprechen von Sexualität im rehabilitativen Setting\* nicht als selbstverständlich erachtet wird (Gianotten, Bender, Post & Höing, 2006; Hyland et al., 2013; Jones, Weeraakoon & Pynor, 2005). Während das Gesundheitspersonal peinlich berührt ist, über Sexualität zu sprechen, wünschen sich Klienten hingegen eine Person aus dem Gesundheitswesen, mit der sie über ihre Sexualität sprechen können (Rubin, 2005).

Hyland et al. (2013) nennen therapeutische und institutionelle Hindernisse von Ergotherapeuten, welche ein Ansprechen der Sexualität im Praxisalltag erschweren.

Unter den therapeutischen Hindernissen lassen sich folgende Faktoren zusammenfassen: Auftretende Gefühle von Verlegenheit und Beschämung bei der Diskussion über Sexualität sowie negative Einstellungen gegenüber der Sexualität bei körperlich Beeinträchtigten. Ein weiteres Hindernis ist ein grosser Altersunterschied zwischen Therapeuten und Klienten und das mangelnde Wissen über mögliche ergotherapeutische Interventionsmöglichkeiten. Zudem waren einige Therapeuten der Ansicht, dass Klienten das Ansprechen von Sexualität als indirekte Andeutung eines sexuellen Angebots verstehen könnten (Hyland et al., 2013). Als institutionelle Hindernisse gaben Ergotherapeuten einen Mangel an Räumlichkeiten an, was ein Ansprechen des intimen Themas mit Klienten erschweren könne. Ebenfalls fehle es vorwiegend an Strukturen wie beispielsweise Leitlinien, die Ergotherapeuten den Umgang mit sexuellen Anliegen von Klienten erleichtern könnten. Alle genannten therapeutischen und institutionellen Faktoren können dazu führen, dass es Therapeuten an praktischem Wissen im Umgang mit der sexuellen Thematik und an Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten fehlt (Hyland et al., 2013).

## **2.2 Begründung der Themenwahl**

Obwohl Ergotherapeuten alltagsbezogen arbeiten und Sexualität nach der American Occupational Therapy Association [AOTA] (2014) als Betätigung\* gilt, ist Sexualität sowohl in ergotherapeutischen Assessments, als auch in ergotherapeutischen Interventionen kaum vertreten (Hyland et al., 2013). Dabei steht Sexualität laut Wilcock (1998, zit. nach Sakellariou & Algado, 2006, S.70) als Oberbegriff für eine Reihe von Betätigungen. So sind das Kochen eines Abendessens für den Liebsten, das Flirten, aber auch die Ausführung von sexueller Aktivität Betätigungen, durch welche Personen ihre sexuelle Natur und ihre Bedürfnisse zufriedenstellen können. Gemäss Couldrick (1998) steht Sexualität in einem engen Zusammenhang mit der Ausführung sozialer Rollen\*. Die Wiederaufnahme dieser Rollen\* und Betätigungen [AOTA] (2014) im Bereich der Sexualität wäre somit laut den Verfasserinnen ein möglicher Schwerpunkt der ergotherapeutischen Arbeit.

Um eine effiziente Therapie im rehabilitativen Setting anbieten und dem Klienten zur Seite stehen zu können, ist es erforderlich, dass Ergotherapeuten wissen, wie Sie auf mögliche Fragen bezüglich der Sexualität reagieren können. Laut Couldrick (2005) können Ergotherapeuten die sexuelle Gesundheit von Menschen mit einer Einschränkung fördern.

Den Verfasserinnen ist es daher ein Anliegen, dass Ergotherapeuten Klienten mit einer neurologischen Störung im Prozess des Umbruchs, sprich in Veränderungen ihrer Sexualität und Identität, kompetent unterstützen können. Ein Training zum Thema der Sexualität, welches gemäss Hyland et al. (2013) notwendig ist, würde Ergotherapeuten im Umgang mit sexuellen Anliegen ihrer Klienten unterstützen. Einerseits könnten Ergotherapeuten ihre Fähigkeiten beim Ansprechen sexueller Themen verbessern. Andererseits kann ein Training helfen, eine offenere Einstellung gegenüber der Sexualität im Allgemeinen zu erlangen und das Wissen über mögliche Interventionsansätze zu festigen (Hyland et al., 2013).

Ein interprofessionelles Training über Sexualität soll es Teammitgliedern ermöglichen, Herausforderungen und Grenzen innerhalb der eigenen Profession zu erkennen. Das Ziel eines Trainings ist es, allgemeines Wissen über sexuelle Bedürfnisse im rehabilitativen Setting zu generieren. Dadurch könnten einfache Fragen zum Thema der Sexualität beantwortet werden und die einzelnen Professionsgruppen wüssten, bei welchen Themen sie sich an welche Profession wenden können (Booth, Kendall, Fronek, Miller & Geraghty, 2003).

### **2.3 Fragestellung**

Aus den oben genannten Erläuterungen und Problemen ergibt sich folgende Fragestellung: Inwiefern kann die Durchführung einer interprofessionellen Schulung über Sexualität Ergotherapeuten im Umgang mit sexuellen Themen körperlich beeinträchtigter Klienten in der Therapie unterstützen?

### **2.4 Zielsetzung**

Von der Fragestellung kann folgende Zielsetzung abgeleitet werden:

Das Ziel der Arbeit ist es, die Wirkung eines Trainings über Sexualität auf den Umgang von Ergotherapeuten mit neurologischen Klienten aufzuzeigen. Weiter verfolgen die Verfasserinnen das Ziel, die gefundenen Auswirkungen eines interprofessionellen Trainings zum Thema Sexualität direkt in das ergotherapeutische Grundschema des Modells Model of Human Occupation [MOHO] zu integrieren sowie Empfehlungen an die Praxis zu formulieren.

## 2.5 Begriffsdefinitionen

Im Folgenden gehen die Verfasserinnen auf Begriffe ein, welche für das Verständnis der Bachelorarbeit als wichtig erachtet werden. Weiter wird im Kapitel 2.6 und 2.7 näher auf die Identitätsentwicklung und mögliche Einflussfaktoren der Identität, bezogen auf eine neurologische Störung, eingegangen.

### 2.5.1 Interdisciplinary/Interdisziplinarität (= Interprofessionalität)

Die englische Literatur definiert den Begriff *interdisciplinary* (deutsch: Interdisziplinarität) unterschiedlich. Mahler, Gutmann, Karstens und Joos (2014) weisen auf die unterschiedliche und teils synonyme Verwendung der Begriffe *interdisziplinär* und *interprofessionell* hin. Der unterschiedliche Gebrauch dieser Definitionen stellten die Verfasserinnen auch in den ausgewählten Hauptstudien der vorliegenden Arbeit fest. So wurde das Wort *interdisziplinär* häufig anstelle von *interprofessionell* verwendet. *Interprofessionalität* zeichnet sich durch den kritischen Austausch und das Anstreben eines Konsenses zwischen den einzelnen Fachdisziplinen aus. Es wird versucht, Behandlungswidersprüche- oder Wiederholungen zu vermeiden (Van Cranenburgh, 2007). Den Verfasserinnen geht es in der vorliegenden Bachelorarbeit explizit um die Zusammenarbeit der verschiedenen Disziplinen. Sie verwenden daher in der vorliegenden Arbeit den Begriff *interprofessionalität*.

### 2.5.2 Multidisciplinary / Multidisziplinarität

Auch der Begriff *Multidisziplinarität* wird in der Literatur unterschiedlich definiert. Die Verfasserinnen orientieren sich hier an Van Cranenburgh (2007), wonach die Behandlungsziele in einem multidisziplinären Team untereinander bekannt, die Aufgabenbereiche jedoch auf die einzelnen Disziplinen aufgeteilt sind. Es findet eine Kommunikation unter den Disziplinen statt (Van Cranenburgh, 2007), die Zusammenarbeit ist jedoch weniger intensiv als zwischen den interdisziplinären (=interprofessionellen) Teammitgliedern (Körner, 2010). Die Verfasserinnen integrieren Multidisziplinarität in ihre Arbeit, da die Professionen miteinander kommunizieren, auch wenn dies in der Interprofessionalität stärker ausgelebt wird.

### 2.5.3 Sexualität

Sexualität wird in der Weltgesundheitsorganisation [WHO] (2010) wie folgt 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...“ (S. 4)

Aus der Definition der WHO (2010) wird deutlich, dass Sexualität viel mehr beinhaltet als nur den Geschlechtsakt.

Kleinplatz et al. (2009) bestätigen, dass eine normale sexuelle Funktionsfähigkeit, wie das Erreichen eines Orgasmus, nicht zwingend notwendig ist, um eine zufriedenstellende Sexualität zu erleben. Viel wichtiger seien eine enge Bindung und das Vertrauen zum Partner, das Gefühl von Sicherheit, eine nonverbale und verbale Kommunikation, Kreativität im Sinne von Ausprobieren eigener Möglichkeiten und Grenzen sowie der Humor. Dass sich Sexualität nicht alleine auf körperliche Leistung reduzieren lässt, sondern auch eine emotionale Vertrautheit beinhaltet, bestätigen Mah und Binik (2005).

### 2.5.4 Neurologische Störung

Gemäss der International Classification of Functioning, Disability and Health\* (WHO, 2005) gelten folgende Krankheitsbilder als neurologische Störung: Zerebralparese\* bei Kindern und Jugendlichen, Multiple Sklerose\*, Rückenmarksverletzung und Schädel-Hirn-Trauma\*. Die genannten Krankheitsbilder, ausgenommen die Zerebralparese bei Kindern und Jugendlichen, enthalten im Bereich der Aktivität und Partizipation\* das ICF Core Set\* „intime Beziehungen“\*. Dies bedeutet, dass das Aufbauen und Aufrechterhalten von intimen Beziehungen aufgrund der erworbenen neurologischen Störung eingeschränkt sein kann (WHO, 2005). In den Bereichen Körperfunktion\* und Umwelt\* treten aufgrund der neurologischen Erkrankung ebenfalls Einschränkungen auf. Im Bereich Körperfunktion\* kann es zu Beeinträchtigungen der sexuellen Funktion kommen, während im Bereich Umwelt mitunter Einschränkungen der ICF Kategorien „physische und emotionale Unterstützung“\* und „gesellschaftliche Einstellungen“\* möglich sind (WHO, 2005).

## **2.6 Zusammenhang Betätigungsidentität und sexuelle Identität**

Die eigene Identität, nach Kielhofner (2008) Betätigungsidentität\* genannt, ist eng an die Betätigungskompetenz\* gekoppelt. Sie entwickelt sich laufend von Kindheit an über die Jugend bis hin zum frühen und späten Erwachsenenalter. Eine positive Betätigungsidentität und die im Laufe der Zeit erreichte Betätigungskompetenz im eigenen Umfeld ergeben die Betätigungsadaptation. Jeder Mensch erlebt früher oder später eine Bedrohung oder ein Problem in seinem Leben, wie beispielsweise ein Unfall. Dies kann dazu führen, dass die Betätigungsidentität wie auch die Betätigungskompetenz neu angepasst, beziehungsweise adaptiert werden muss (Kielhofner, 2008).

In der Adoleszenz verändert sich die Betätigungsidentität und -kompetenz dadurch, dass die heranwachsende Person neue Interessen\*, Rollen und Gewohnheiten\* entwickelt. Der Jugendliche tritt beispielsweise eine Ausbildung an oder übernimmt mehr Verantwortung im Haushalt (Kielhofner, 2008). Jeder Heranwachsende durchläuft zudem die Pubertät, wobei sich die äusseren Geschlechtsmerkmale beider Geschlechter vergrössern und die Produktion von Sexualhormonen einsetzt. Damit verbunden ist das gesteigerte Verlangen nach dem Ausleben der eigenen Sexualität (Baldwin & Baldwin, 2012). Laut Richards, Crowe, Larson und Swarr (1998) verbringen Jugendliche zudem viel Zeit mit potentiellen Liebespartnern. Sexuelle Erfahrungen sind laut Altenthan et al. (2010) wichtig für die Identitätsbildung, da sich durch diese Erfahrungen eigene Stärken, Schwächen, Vorlieben und Abneigungen herauskristallisieren. Auch aus Gray, Culpepper und Welsh (2012) wird deutlich, wie wichtig Beziehungen zu nahestehenden Freunden und romantische Beziehungen während der Pubertät sind. Durch diese Beziehungen können sich Heranwachsende besser kennenlernen, Vertrauen zu einer anderen Person aufbauen und Erfahrungen in der eigenen sexuellen Entwicklung gewinnen. Moin, Duvdevany und Mazor (2009) sagen zudem aus, dass die sexuelle Identität\* und die Körperwahrnehmung wichtige Faktoren sind für die Lebenszufriedenheit. Diese Lebenszufriedenheit wird durch die eigene sexuelle Zufriedenheit beeinflusst. Die Verfasserinnen erkennen somit einen Zusammenhang zwischen der Betätigungsidentität und der eigenen Sexualität.

## **2.7 Veränderung der Identität / Kompetenz**

Die Ergebnisse von Chau et al. (2008) legen dar, dass die frühe Phase der Rehabilitation für Betroffene besonders schwierig ist. Dies zeigt sich darin, dass die Personen Mühe hatten, körperliche Veränderungen in das eigene Selbst zu integrieren.

Sheldon, Renwick und Yoshida (2011) zeigen am Beispiel von Menschen mit einer Querschnittlähmung auf, inwiefern ein Unfallereignis die Betätigungsidentität und -kompetenz verändern kann. Die Probanden berichteten nach einem Unfall über veränderte Ansichten zum Körperbild\*, in der Interaktion mit der Gesellschaft und der Wahl eigener Entscheidungen sowie Aktivitäten.

In Sakellariou und Sawada (2006) sagten querschnittgelähmte Probanden aus, dass ihre Sexualität nach dem Unfallereignis eine zentrale Sorge darstelle. Die Testpersonen äuserten sich hingegen nicht über ein vermindertes Verlangen, sexuell aktiv zu sein (Sakellariou & Sawada, 2006). Dies wird in Moin et al. (2009) bestätigt. In ihrer Studie gaben Frauen mit einer erworbenen Beeinträchtigung an, dass ihnen ihre Sexualität genauso wichtig sei wie für Frauen ohne Beeinträchtigung.

Eine veränderte Beziehung zum eigenen Körper, bedingt durch beispielsweise einen Unfall, kann jedoch dazu führen, dass die eigene Identität neu definiert werden muss und die Beeinträchtigung ein unausweichlich charakteristisches Merkmal der eigenen Identität wird (Sakellariou & Sawada, 2006). Der Fokus der Sexualität richtet sich dann nicht mehr primär auf den Sexualakt, sondern auf die Wahrnehmung intimer Momente. Es ist wünschenswert, eine Identität anzustreben, in welcher die eigene Beeinträchtigung integriert werden kann und die mit den gesellschaftlichen Erwartungen kompatibel wäre. Personen mit einer Einschränkung werden mehrheitlich von der Gesellschaft als asexuell\* wahrgenommen. Gemäss Esmail, Darry, Walter und Knupp (2010) sehen sich Personen mit einer sichtbaren Beeinträchtigung, zum Beispiel Personen in einem Rollstuhl, stärker mit dem Vorurteil von Asexualität konfrontiert als Personen ohne sichtbare Beeinträchtigung. Aufgrund gesellschaftlicher Einstellungen ist es Personen mit einer Einschränkung erschwert, ihre Sexualität auszuleben (Sakellariou, 2012). Dies zeigt sich darin, dass diese Personen aufgrund inadäquater Reaktionen der Gesellschaft negative Emotionen erfahren, die sich erheblich darauf auswirken, wie sich die Personen selber sehen und wie sie ihre Beeinträchtigung in ihr Selbstbild\* integrieren können (Chau et al., 2008). Menschen mit einer Querschnittlähmung berichten beispielsweise über starrende Blicke Anderer und ihrer damit verbundenen Mühe, wieder an Selbstvertrauen zu gewinnen (Sheldon et al., 2011).

### **3 Methodik**

Im Folgenden wird die übergeordnete methodische Herangehensweise, das Vorgehen während der Literaturrecherche, die Ein- und Ausschlusskriterien sowie die verwendeten Evaluationsinstrumente beschrieben und erklärt.

#### **3.1 Übergeordnete methodische Herangehensweise**

Als Erstes begannen die Verfasserinnen mit der Ausarbeitung der Einleitung. Hierfür suchten sie nach geeigneter Literatur für die Darstellung des Themas, die Problemstellung und die Begründung der Themenwahl. Anschliessend wurde die Fragestellung mit der Zielsetzung aus dem Exposé spezifiziert. Nach einer ausführlichen Literaturrecherche zur Wirkung einer interprofessionellen Schulung zum Thema Sexualität, wurden potentielle Studien gelesen und aussortiert. Mithilfe der gewählten Evaluationsinstrumente Letts et al. (2007) und Law et al. (1998) wurden vier Hauptstudien bewertet. Weiter wurden die Ergebnisse der ausgewählten Studien in das MOHO Modell übertragen. In der Diskussion erfolgten die Gegenüberstellung der Studienergebnisse und die kritische Auseinandersetzung. Schlussfolgernd gaben die Verfasserinnen Empfehlungen für die Praxis ab und führten ihre Grenzen der Bachelorarbeit auf.

#### **3.2 Vorgehen Literaturrecherche**

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Frage, inwiefern eine interprofessionelle Schulung über das Thema Sexualität im rehabilitativen Setting Ergotherapeuten und andere Professionen im Umgang mit körperlich beeinträchtigten Klienten unterstützen kann. Anhand der Fragestellung wurde eine Keywordtabelle (siehe Tabelle 1) ausgearbeitet. Die Schlüsselwörter der Fragestellung wurden in die englische Sprache übersetzt und anschliessend Synonyme sowie Unter- und Oberbegriffe generiert. Weiter wurden für die Keywords Schlagwörter identifiziert. Im Zeitraum von September 2014 bis Januar 2015 führten die Verfasserinnen mit den identifizierten Schlüssel- und Schlagwörter eine systematische Literaturrecherche durch.

Die Literaturrecherche erfolgte in den medizinischen Datenbanken CINAHL und Medline. Diese beiden Datenbanken sind für das Gesundheitswesen bekannt und decken einen Grossteil von gesundheitsspezifischen Studien ab. Weiter wurden die ergotherapiespezifischen Datenbanken OTDBase und OTSeeker sowie die für psychologische Teilgebiete relevante Datenbank PsychInfo beigezogen.



Letztlich wurde direkt in den Zeitschriften *Sexuality & Disability* und *Sexual & Relationship Therapy* mit der in der Tabelle 1 verwendeten Keywords nach Artikeln gesucht. Die Verfasserinnen suchten generell nach internationalen Studien in westlichen Ländern, um den Übertrag in die Schweiz garantieren zu können.

### 3.3 Eingrenzung und Erweiterung der Studien

Die Keywords und Schlagwörter wurden mit den Booleschen Operatoren *AND* und *NOT* verbunden, um die Trefferzahl zu reduzieren und ungewünschte Suchergebnisse auszuschliessen. Bei zu geringer Trefferzahl wurde zusätzlich der Operator *OR* beigezogen. Des Weiteren verwendeten die Verfasserinnen die Trunkierung *\** zur Erweiterung der Suchergebnisse und das Zeichen *%* zur Einschränkung der Suchergebnisse. Zudem wurde mit der Schneeballsuche und der Applikation *Find similar* weitere Studien gefunden. Die Verfasserinnen verwendeten nur Studien, deren Volltext gebührenfrei zur Verfügung stand.

Tabelle 1 Keywordtabelle

Schlüsselwörter/ Stichwörter	Keywords	Synonyme, Unter- Oberbegriffe	Schlagwörter
<b>Sexualität</b>	sexuality	sexual activity sexual behavior sexual identity sexual function asexual sexual health intimacy intimate relationships desire	<b>MeSH:</b> sexuality sex education sex counseling <b>CINAHL Headings:</b> sexuality attitude to sexuality sexual dysfunction <b>PsychInfo</b> sexuality
<b>Ergotherapie</b>	occupational therapy	occupational therapist occupation occupational therapy service occupational	<b>MeSH/CINAHL Headings:</b> occupations occupational therapy

Fortsetzung

Tabelle 1 Keywordtabelle

Schlüsselwörter/ Stichwörter	Keywords	Synonyme, Unter- Oberbegriffe	Schlagwörter
<b>Beeinträchtigung/ beeinträchtigt</b>	disability/ disabled	handicap handicapped impaired physically disabled neurological disability acquired physical disability	<b>MeSH:</b> physical disability disabled persons spinal cord injuries <b>CINAHL Headings:</b> disabled <b>PsychInfo</b> physical disabilities (Attitude Toward) spinal cord injuries physical disorders
<b>Rehabilitation</b>	rehabilitation	sexuality rehabilitation setting rehabilitative management rehabilitation process intervention	<b>MeSH:</b> rehabilitation rehabilitation centers <b>CINAHL Headings:</b> rehabilitation patients rehabilitation rehabilitation centers <b>PsychInfo</b> rehabilitation
<b>interprofessionell</b>	interdisciplinary	multidisciplinary physiotherapist nursing staff medical staff occupational therapist speech therapist social worker health professionals interdisciplinary team interprofessional	<b>MeSH:</b> interdisciplinary communication health professionals patient care team <b>CINAHL Headings:</b> education, interdisciplinary Multidisciplinary Care Team
<b>Schulung</b>	training	workshop education competence skill knowledge attitude comfort sexuality training program	<b>MeSH:</b> education inservice Training teaching <b>CINAHL Headings:</b> teaching education

### 3.4 Ein-/Ausschlusskriterien für Hauptstudien

In der Tabelle 2 gehen die Verfasserinnen auf die definierten Ein- und Ausschlusskriterien für die Studienauswahl ein.

**Tabelle 2** Ein-/Ausschlusskriterien

<b>Kriterien</b>	<b>Begründung</b>
<b>Intervention</b>	Eingeschlossen wird ein interprofessionelles Training/Schulung zum Thema Sexualität. Die Verfasserinnen erachten die Zusammenarbeit der verschiedenen Disziplinen als wichtig. Gemäss Post, Gianotten, Heijnen, Lambers und Willems (2008) ist eine Zusammenarbeit mit anderen Disziplinen für den Rehabilitationsprozess bedeutend. Durch einen kritischen Austausch zwischen den einzelnen Fachdisziplinen wird versucht, Behandlungswidersprüche zu vermeiden (Van Cranenburgh, 2007).
<b>Sprache</b>	Es wird ausschliesslich deutsch und/oder englischsprachige Literatur verwendet, da beide Verfasserinnen diese Sprachen verstehen.
<b>Studienteilnehmer</b>	Bei der Stichprobe soll das Rehabilitationsteam miteingeschlossen sein. In einem rehabilitativen Setting werden idealerweise alle Bedürfnisse des Klienten abgedeckt. Das Rehabilitationsteam setzt sich zusammen aus unterschiedlichen Professionen wie zum Beispiel aus Ärzten, Pflegefachpersonen, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, Sozialarbeitern und klinischen Psychologen (Eldar, Marincek & Kullmann, 2008).
<b>Klienten</b>	Bei den Klienten handelt es sich um Frauen und Männer mit einer erworbenen körperlichen Beeinträchtigung, die gegebenenfalls nach einer neurologischen Störung auftritt. Nicht berücksichtigt werden Kinder und Jugendliche bis und mit 14 Jahren, da Jugendliche durchschnittlich nicht vor dem 14. Lebensalter sexuell aktiv werden (Madkour et al., 2014). Ebenfalls wird das Krankheitsbild Zerebralparese bei Kindern und Jugendlichen ausgeschlossen, da nach der WHO (2005) bei dieser Krankheit keine Beeinträchtigungen im Bereich intimer Beziehungen vorliegen.

Fortsetzung

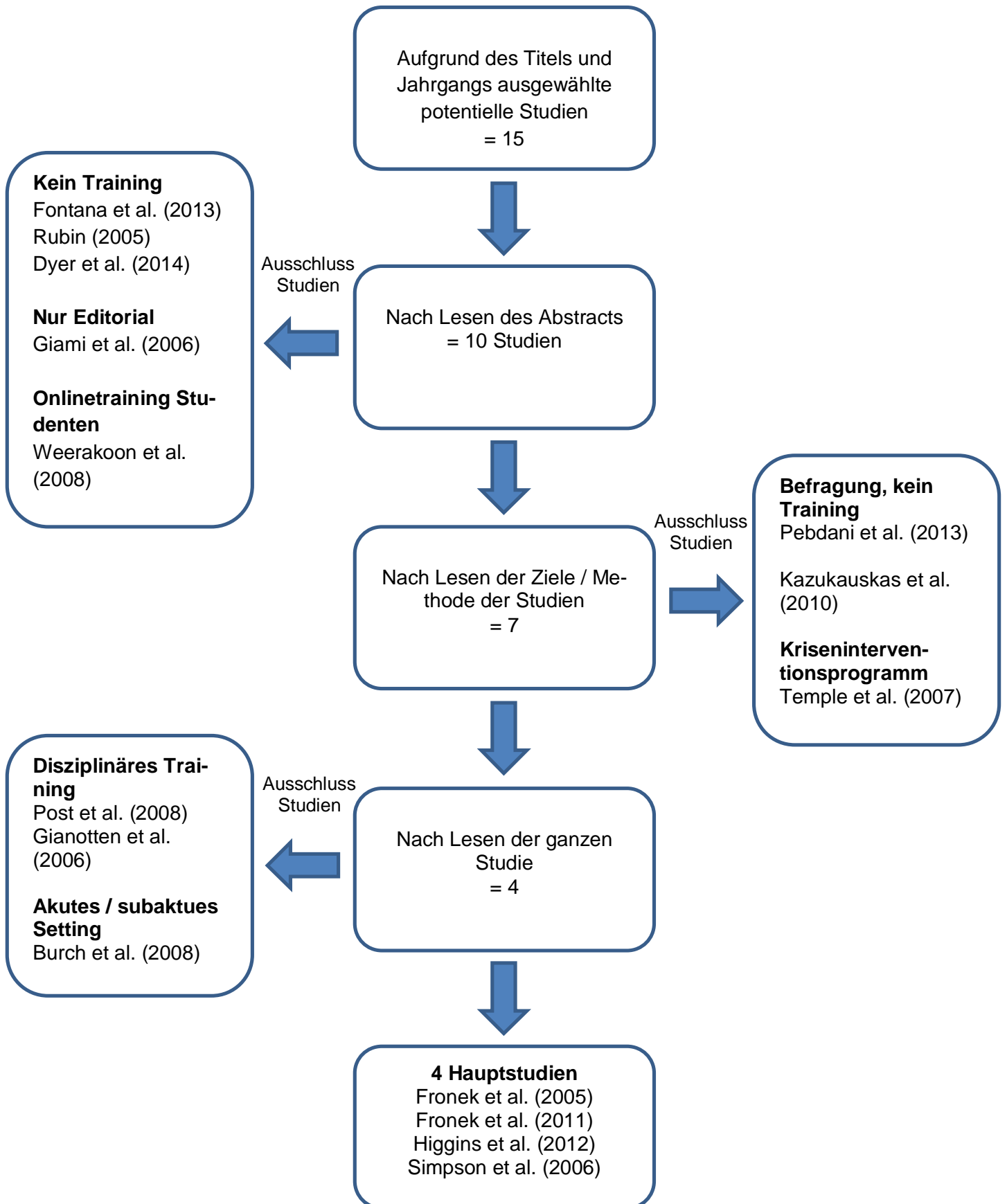
**Tabelle 2** Ein-/ Ausschlusskriterien

<b>Kriterien</b>	<b>Begründung</b>
<b>Setting</b>	Das rehabilitative Setting soll in den Studien mitunter eingeschlossen sein, da laut Parker und Yau (2012) das Thema Sexualität bereits in der Rehabilitation eine Rolle spielt.
<b>Sexuelle Belästigung</b>	Studien, die auf spezifische Interventionsmassnahmen und Präventionsprogramme bei sexueller Belästigung sowie Aggressionsverhalten bei Klienten eingehen, werden aus der Arbeit ausgeschlossen. Laut Temple, Zgaljardic, Yancy und Jaffray (2007) benötigt die Handhabung von Verhaltensproblemen und sexueller Unangemessenheit von Klienten vertieftes spezifisches Training.
<b>Publikationsjahr</b>	Damit die Bachelorarbeit dem aktuellen Stand (State of the Art) entspricht, werden nur veröffentlichte Publikationen zwischen den Jahren 2005 und 2015 berücksichtigt.

Die Tabelle mit einem Auszug aus der Literaturrecherche ist im Anhang B sTeilausschnitt Literatursuche%abgelegt.

Aufgrund der Literaturrecherche fanden die Verfasserinnen nach dem Durchlesen des Titels und des Jahrgangs der Studien 15 potenzielle Studien für die Beantwortung der Fragestellung. Von den rund 15 Studien fielen fünf Studien nach Lesen des Abstracts weg. Drei weitere Studien schlossen die Verfasserinnen nach Durchlesen der Ziele und der Methode aus. Die sieben verbleibenden Studien wurden unter der Berücksichtigung der formulierten Einschluss-/Ausschlusskriterien vollständig gelesen. Als Hauptliteratur wurden letztlich vier Studien ausgewählt, die mit den Evaluationsinstrumenten von Letts et al. (2007) und Law et al. (1998) beurteilt wurden. Die zusammengefasste Beurteilung der vier Studien ist im Ergebnisteil aufgeführt. Die detaillierte Beurteilung der einzelnen Literaturen ist im Anhang F sBeurteilung Hauptliteratur%zu finden. Im Folgenden wird in der Abbildung 3 der Selektionsprozess der Literaturwahl grafisch dargestellt.

Abbildung 1 Darstellung Selektionsprozess



### 3.5 Hauptstudien

In der folgenden Tabelle sind die ausgewählten Hauptstudien im Detail aufgeführt.

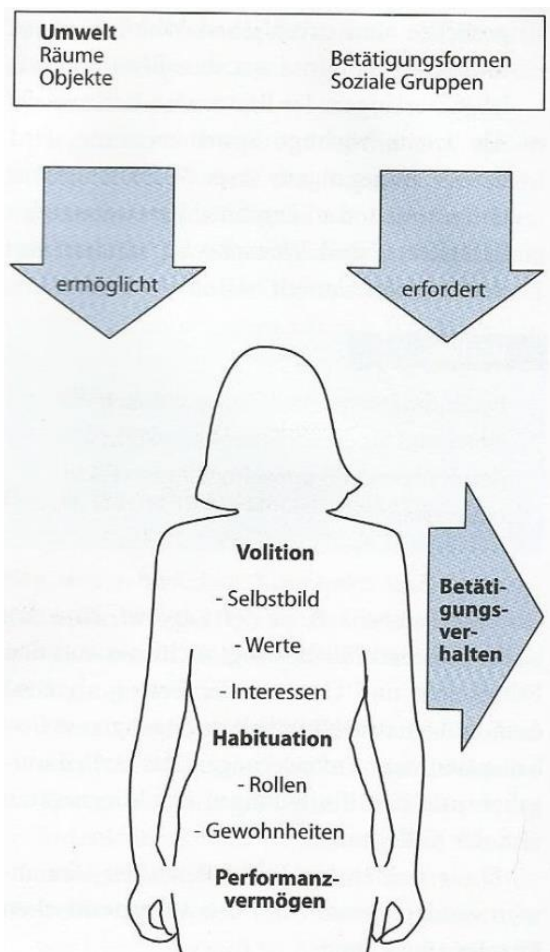
**Tabelle 3** *Hauptliteratur*

<b>Nummer</b>	<b>Autor</b>	<b>Jahr</b>	<b>Titel</b>	<b>Design</b>
1	Fronek, Booth, Kendall, Miller & Geraghty	2005	The Effectiveness of a Sexuality Training Program for the Interdisciplinary Spinal Cord Injury Rehabilitation Team	Quantitative Studie
2	Simpson, Anwar, Wilson & Bertapelle	2006	Improving the rehabilitative management of client sexual health concerns after neurological disability: evaluation of a staff training programme in New Zealand	Quantitative Studie
3	Fronek, Kendall, Booth, Eugarde & Geraghty	2011	A Longitudinal Study of Sexuality Training for the Interdisciplinary Rehabilitation Team	Mixed-method Studie
4	Higgins, Sharek, Nolan, Sheerin, Flanagan, Slaicinaite, Donnell & Walsh	2012	Mixed methods evaluation of an interdisciplinary sexuality education programme for staff working with people who have an acquired physical disability	Mixed-method Studie

### 3.6 Model of Human Occupation

Das Model of Human Occupation, kurz MOHO genannt, ist ein betätigungsfokussiertes, klientenzentriertes und ganzheitliches Modell, welches erstmals 1980 im American Journal of Occupational Therapy durch Gary Kielhofner publiziert wurde. Wie aus der Abbildung 1 ersichtlich wird, setzt sich der Mensch im Grundschemata des MOHO aus den folgenden drei Komponenten zusammen: Volition, Habituation und Performanzvermögen. Diese Komponenten stehen in einem Zusammenhang und beeinflussen sich gegenseitig. Die Interaktion eines Menschen mit seiner Umwelt wird als sein Betätigungsverhalten verstanden. Im Folgenden wird die MOHO Struktur in Form einer Abbildung aufgezeigt und kurz auf die einzelnen Begriffe im Grundschemata eingegangen.

**Abbildung 2** Grundschemata MOHO (Kielhofner, Mentrup & Niehaus, 2009, S.58)



### **3.6.1 Volition**

Unter Volition versteht Kielhofner (2008), was eine Person in ihrem Leben für wichtig erachtet (=Werte\*), welche Interessen sie verfolgt und wie selbstwirksam\* sie sich in ihrem eigenen Handeln erlebt (=Selbstbild). Die Volition äussert sich in Gedanken und Gefühlen über Handlungen in der Vergangenheit, der Gegenwart und der Zukunft. Diese Gedanken und Gefühle beeinflussen die Auswahl, das Erleben und die Interpretation des eigenen Betätigungsverhaltens. Was eine Person über sich und ihre Fähigkeiten denkt, hängt jedoch auch stark von den kulturellen Einflüssen einer Gesellschaft ab (Kielhofner, 2008). Durch eine erworbene Beeinträchtigung kann eine Person daran gehindert werden, die bis anhin wichtigen Betätigungen weiterhin zufriedenstellend auszuführen. Werden die ursprünglichen Werte nicht angepasst, kann das eigene Selbstwertgefühl darunter leiden (Kielhofner et al., 2009).

### **3.6.2 Habituation**

Unter Habituation versteht Kielhofner (2008) die Gewohnheiten und Rollen, welche ein Mensch in seinem Leben einnimmt. Gewohnheiten strukturieren das eigene Betätigungsverhalten. Sie sind dadurch gekennzeichnet, dass sie sich im Tagesablauf wiederholen und so mit der Zeit ohne besondere Aufmerksamkeit routiniert durchgeführt werden. Als Beispiel einer möglichen Routine gilt die morgendliche Toilette, welche täglich meist identisch durchgeführt und mit der Zeit automatisiert wird. Durch eine Beeinträchtigung kann die Routine gestört werden. Da sie nun nicht mehr automatisch ausgeführt werden kann, erfordert sie mehr Konzentration und Anstrengung. Jede Person nimmt in ihren Handlungsmustern auch verschiedene Rollen ein, mit denen sie sich identifiziert. Als Beispiel kann eine Person die Rolle einer Hausfrau, einer Mutter und zugleich einer Arbeitnehmerin innehaben. In jeder Rollenausführung wird die Person durch eigene und gesellschaftliche Erwartungen sowie Ansprüche beeinflusst.

### **3.6.3 Performanzvermögen**

Beim Performanzvermögen handelt es sich um all jene Fähigkeiten eines Menschen, welche ihm die Ausführung von verschiedenen Betätigungen ermöglichen. Dies beinhaltet unter anderem muskuloskelettale, neurologische, kardiopulmonale sowie mentale oder kognitive Fähigkeiten (Kielhofner, 2008).



Kielhofner et al. (2009) schliessen die motorischen\*, prozessbezogenen\* Fertigkeiten und die Kommunikations- und Interaktionsfertigkeiten\* in das Performanzvermögen mit ein.

#### **3.6.4 Die Umwelt**

Alle Betätigungen werden in einer komplexen, vielschichtigen Umwelt ausgeführt. Es gibt eine zeitliche, soziale\*, kulturelle sowie eine räumliche Umwelt\*. Wo und wann sich eine Person aufhält, welche Objekte sie verwendet und mit welchen Menschen sie interagiert sind Faktoren, welche einen Einfluss auf die Betätigung haben. Jede Umwelt bietet Möglichkeiten und Ressourcen als auch Einschränkungen in der Ausführung von Betätigungen. So kann eine barrierefreie Schule einer Person im Rollstuhl uneingeschränkte Mobilität ermöglichen. Die Unterstützungen oder Einschränkungen sozialer wie auch körperlicher Aspekte haben einen enormen Einfluss auf das Ermöglichen oder das Behindern der Betätigungsausführung eines Menschen (Kielhofner, 2008).

#### **3.6.5 Anwendungsbereich des Modells**

Menschen mit einer Funktionsstörung müssen lernen, sich in den Bereichen der Volition, Habituation und dem Performanzvermögen neu zu organisieren und anzupassen. Das MOHO Modell soll Therapeuten in der Praxis helfen, die erklärten Subsysteme eines Menschen und die Umwelt als Hintergrund für die Beantwortung von Klientenproblemen zu verwenden (Kielhofner et al., 2009). Die Verfasserinnen möchten jedoch in ihrer Bachelorarbeit den Fokus nicht primär auf den Klienten ausrichten, sondern auf die Ergotherapeuten und inwiefern ein Trainingsprogramm über Sexualität ihre eigenen Subsysteme verändern kann.

## **4 Ergebnisse**

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse mit Fokus auf den quantitativen Resultaten der vier ausgewählten Hauptstudien zusammengefasst. Im Kapitel 4.6. erfolgt die Einordnung der qualitativen Ergebnisse in das MOHO Modell. Es sind ausschliesslich jene Resultate der Studien zusammengefasst, welche relevant sind für die vorliegende Arbeit.

### **4.1 Hauptliteratur 1 Higgins et al. (2012)**

#### **Zweck der Studie**

Higgins et al. (2012) untersuchen den Effekt eines eintägigen, interprofessionellen Aufklärungsprogrammes für das Fachpersonal in den Bereichen Wissen, Fertigkeiten und Komfort, im Umgang mit sexuellen Themen und Problemen bei Personen mit einer erworbenen körperlicher Beeinträchtigung.

#### **Design**

Bei Higgins et al. (2012) handelt es sich um ein sequenziertes Mixed-Method Design mit qualitativen und quantitativen Daten im Vorher/Nachher Vergleich.

#### **Stichprobe**

Die Studienteilnehmer arbeiten alle in einem Krankenhaus für erworbene, körperliche Beeinträchtigungen in Dublin, Irland. Die Teilnahme am Trainingsprogramm war für alle Personen freiwillig. Von insgesamt 38 Personen konnten die Fragebögen nur bei 29 Teilnehmern zugeordnet werden. Aufgrund dessen wurden nur diese 29 Personen für die Studie zugelassen. Das Alter variierte zwischen 20-55 Jahren und die Stichprobe vertrat mehrere Disziplinen wie Pflege, Physiotherapie, Ergotherapie, Sozialarbeiter und Betreuungspersonen. Alle Teilnehmer mussten als Einschlusskriterium die Fragebögen vor und nach dem Workshop ausfüllen.

#### **Messungen**

Insgesamt führten Higgins et al. (2012) drei Messungen anhand eines Fragebogens und sechs halbstrukturierten Interviews durch. Der Fragebogen, der auf dem KCAASS (Knowledge, Comfort, Approach and Attitude Sexuality Scale) basierte, wurde den Teilnehmern vor und nach dem Training ausgehändigt. Er enthielt eine 4-Punkte-Likert-Skala mit den Kategorien Wissen, Komfort und Fertigkeiten.

Die Antworten reichten von eins bis vier, wobei eins in den einzelnen Kategorien mit den Antwortmöglichkeiten kein Wissen%keine Fertigkeiten im Beantworten von sexuellen Fragen%und hoch unangenehm%vertreten war, während vier sehr ausgeprägtes Wissen%ausgeprägte Fertigkeiten%und nicht unangenehm%bedeutete. Weiter wurden im Anschluss der Intervention sechs halbstrukturierte Interviews mit zwölf freiwilligen Personen durchgeführt.

## **Intervention**

Das eintägige Aufklärungsprogramm wurde von einem interprofessionellen Team des Krankenhauses in Dublin entwickelt und durchgeführt. Folgende Professionen waren in diesem Team vertreten: Psychologen, Pflege- und Gesundheitspersonal, Physio- sowie Ergotherapeuten. Das Personal wurde mittels Informationsbroschüren über das Training aufmerksam gemacht. Der Interventionstag richtete sich nach dem PLISSIT<sup>1</sup> Modell. Dieses Modell beschreibt vier verschiedene Levels von sexueller Beratung und deren Durchführung. Das Edukationsprogramm fokussierte sich an diesem Durchführungstag auf das Level 1-Permission, dem Erschaffen eines Kontextes, in welchem die Sexualität ein Teil des übergreifenden Gesundheitswesens ist. Die Inhalte des Trainings reichten von reflektierenden Übungen, Videos, Rollenspielen und Fallstudien zu Gruppendiskussionen.

## **Datenanalyse**

Die Umfragen analysierten Higgins et al. (2012) mit PASW Statistics 18.0 (Predictive Analysis SoftWare). Die einzelnen Items der Kategorien Wissen, Fertigkeiten und Komfort und die Gesamtwerte der Kategorien wurden durch gepaarte t-Tests auf ihre Signifikanz zwischen den Messzeitpunkten vor, sowie nach dem Workshop überprüft. Die halbstrukturierten Interviews wurden transkribiert und auf ihre Genauigkeit und Klarheit überprüft.

## **Ergebnisse**

### *Kategorie Wissen*

Die Resultate der Wissenskategorie zeigen einen signifikanten Unterschied zwischen dem Test vor, sowie nach dem Training. Dies gilt für die Gesamtwerte der Kategorie wie auch für die Mehrheit der einzelnen Unterpunkte. Unterstützt wird dieses Ergebnis durch die qualitativ erhobenen Daten. Die Teilnehmer berichteten nach der Intervention über ihr verstärktes Verständnis bezüglich den sexuellen Bedürfnissen ihrer Klienten.

---

<sup>1</sup> Das PLISSIT Modell wird im Anhang unter Punkt sD%kurz erläutert

### *Kategorie Fertigkeit*

Wie in der vorhergehenden Kategorie wurde auch hier ein signifikanter Unterschied im Gesamtwertpunktevergleich und der Mehrheit der einzelnen Unterpunkte in den Fertigkeiten zwischen den Messzeitpunkten vor und nach dem Workshop festgestellt.

### *Kategorie Komfort*

In dieser Kategorie zeigte sich ebenfalls ein signifikanter Unterschied im Vergleich der Gesamtpunkte. Der Unterschied im Vergleich zu den Kategorien Wissen und Fertigkeit war hier relativ klein (6 von 15 Unterpunkten). Zusammenfassend sagen Higgins et al. (2012), dass dieses Training im Bereich des Komforts einen positiven Effekt auf die Studienteilnehmer hatte. Die Interviewteilnehmer berichteten über zahlreiche Beispiele, in welchen sie sich nach dem Training wohler fühlten.

### **Schlussfolgerungen und klinische Implikation**

Die Hypothese von Higgins et al. (2012), wonach das Training das Wissen, die Fertigkeiten und den Komfort des Fachpersonals steigert, wird bestätigt. Alle drei Kategorien des KCAASS wiesen signifikante Steigerungen zwischen den Messungen vor und nach dem Workshop auf. Das Trainingsprogramm dauerte jedoch nur einen Tag, sodass nur wenige Teilnehmer das Training mit einem sehr guten Wissen abschlossen. Die Interviews hingegen zeigten klar auf, dass die Studienteilnehmer sich sicherer und wohler fühlten im Umgang mit der Thematik Sexualität. Supervision und Betreuung innerhalb des Praxisalltags könnten womöglich den Komfortlevel des Personals zusätzlich erhöhen. Weiter erwähnen Higgins et al. (2012) den Nutzen interprofessioneller Trainingsprogramme.

### **Limitationen**

Als Limitation erkennen Higgins et al. (2012) das Fehlen einer Kontrollgruppe, wodurch die gefundenen Veränderungen zwischen den Messungen davor und danach nicht mit Sicherheit auf das Training alleine zurückgeführt werden können. Weiter war die Stichprobe mit einer Anzahl von N=29 relativ klein und nicht repräsentativ. Ein Vergleich der Resultate zwischen den einzelnen Professionen ist daher nicht möglich. Higgins et al. (2012) erkennen weiter, dass die Verwendung freiwilliger Teilnehmer und das Vertrauen auf der Selbsteinschätzung zu verfälschenden Ergebnissen geführt haben könnte. Es werden weiterführende Studien empfohlen, die das tatsächliche Wissen, die Anwendung und die Haltung einer Person messen können (Higgins et al., 2012).

## **4.2 Hauptliteratur 2 Fronek et al. (2005)**

### **Zweck der Studie**

Fronek, Booth, Kendall, Miller & Geraghty (2005) untersuchen die Wirkung eines Trainings zum Thema Sexualität auf das Wissen, den Komfort und die Haltung von Fachpersonen eines interprofessionellen Rehabilitationsteams, die mit rückenmarksverletzten Patienten arbeiten.

### **Design**

Bei dieser quantitativen Studie handelt es sich um eine randomisiert kontrollierte Studie (RCT) mit einer Versuchs- und Kontrollgruppe, die drei Messzeitpunkte enthält.

### **Stichprobe**

Die Studienteilnehmer sind Mitarbeitende des Queensland Spinal Cord Injury Services, welcher aus drei verschiedenen Institutionen besteht. In einem interprofessionellen Team von insgesamt 96 Mitarbeitern waren 89 bereit, an der Studie teilzunehmen. Mittels einer geschichteten Zufallsstichprobe wurden 44 Teilnehmer der Versuchsgruppe und 45 Teilnehmer der Kontrollgruppe zugeteilt. In der Versuchs- und der Kontrollgruppe war die Anzahl der vertretenen Disziplinen praktisch identisch. Von den 89 Teilnehmern waren 3 Ergotherapeuten und 1 Ergotherapieassistent vertreten. Teilnehmer, die nicht alle Daten angaben, wurden aus der Studie ausgeschlossen. Dies ergab die definitive Studienteilnehmeranzahl von 84. Für die Teilnahme am Trainingsprogramm wurden keine Ein-/Ausschlusskriterien formuliert.

### **Messungen**

Die Outcome Messungen wurden bei beiden Gruppen zu drei Messzeitpunkten durchgeführt: vor der Intervention, unmittelbar danach und drei Monate nach dem Training. Zur Erfassung der Variablen Wissen (=knowledge), Komfort (=comfort), Herangehensweise (=approach) und Haltung (=attitude) des Personals gegenüber Sexualität verwendeten die Forscher das KCAASS Messinstrument. Die KCAASS (=Knowledge, Comfort, Approach and Attitude Sexuality Scale) setzt sich aus vier Unterkategorien zusammen und misst das Personalwissen, den Komfort im Ansprechen sexueller Themen, das Herangehen an sexuelle Themen und die Haltung des Personals bezüglich Sexualität bei Personen mit einer Rückenmarksverletzung.

## **Intervention**

Nach einer Bedarfsanalyse in der Institution wurde ein eintägiger Workshop über Sexualität für die Versuchsgruppe zusammengestellt. Die Durchführung des Workshops, mit einer Gruppengröße von jeweils 10-15 Versuchsteilnehmern, erfolgte durch eine externe, klinische Pflegefachfrau. Teilnehmer erhielten vor dem Training Informationsblätter. Als Bezugsrahmen für das Training diente das PLISSIT Modell, welches die Teilnehmer unterstützen sollte im Umgang mit Fragen zur Sexualität. Der KCAASS Fragebogen wurde der Versuchsgruppe unmittelbar vor und nach dem Training durch die Hauptforscher abgegeben. Drei Monate nach dem Training füllten die Kontroll- und die Versuchsgruppe die KCAASS unter normalen Arbeitsbedingungen nochmals aus. Trainingsinhalte reichten von generellen Informationen über Sexualität zu praktischem Unterricht wie Fallbearbeitungen und Gruppendiskussionen.

## **Datenanalyse**

Fronek et al. (2005) verwendeten aufgrund der schiefen Datenverteilung nichtparametrische Analyseverfahren. Um Vergleiche zwischen den Ergebnissen der Kontroll- und Versuchsgruppe ziehen zu können, wurde der Mann-Whitney U Test verwendet. Mit dem Friedman's Test wurden Vergleiche innerhalb der gleichen Gruppe zu den drei genannten Messzeitpunkten vorgenommen. Der Wilcoxon Test ermöglichte es Fronek et al. (2005) innerhalb der gleichen Gruppe zu erkennen, welche Messzeitpunkte sich signifikant voneinander unterschieden.

## **Ergebnisse**

Da die demographischen Daten unabhängig zu den Fragebögen erfasst wurden, konnten keine Vergleiche zwischen den demographischen Daten der Gruppen und den Ergebnissen der KCAASS Fragebögen gezogen werden. Fehlende Daten des KCAASS schwankten zwischen den drei Messzeitpunkten und waren über die gesamten Unterkategorien verteilt, wobei mehr Daten der Kontrollgruppe fehlten. Die fehlenden Daten wurden für die Datenanalyse entfernt.

### *Vergleiche zwischen Kontroll-und Versuchsgruppe*

Die Kontrollgruppe verzeichnete im Test vor dem Training in allen Unterkategorien höhere Punktwerte als die Versuchsgruppe. Im Bereich Wissen war der Punktwert der Kontrollgruppe signifikant höher als jener der Versuchsgruppe.

Im Test nach dem Training und dem Drei-Monate-Follow-up zeigte die Versuchsgruppe nur in der Unterkategorie Wissen signifikant höhere Werte als die Kontrollgruppe. In den Unterkategorien Komfort, Herangehensweise und Haltung konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen der Kontroll- und Versuchsgruppe zu allen drei Messzeitpunkten festgestellt werden.

#### *Vergleiche innerhalb der Versuchsgruppe*

Bei der Versuchsgruppe konnten zwischen den Messungen vor und nach dem Workshop sowie der Vor- und Drei-Monate-Follow-up Testung signifikante Unterschiede in allen Unterkategorien festgestellt werden. Obwohl die Punktwerte drei Monate später im Vergleich zur Testung danach wieder zu einer Abnahme tendierten, konnte keine Signifikanz festgestellt werden.

#### *Vergleiche innerhalb der Kontrollgruppe*

Die Kontrollgruppe zeigte bei allen Unterkategorien keine signifikanten Unterschiede innerhalb der einzelnen Messzeitpunkte.

### **Schlussfolgerungen**

Fronek et al. (2005) zeigen die Wirkung eines Workshops über Sexualität auf. Mithilfe des Trainingsprogramms konnte einerseits der Wissenserwerb des Personals vergrößert, andererseits das Unbehagen reduziert sowie die Herangehensweise im Ansprechen sexueller Anliegen verbessert werden. Letztlich verbesserte sich auch die Einstellung des Personals gegenüber der Sexualität bei Klienten mit einer Rückenmarksverletzung. Die Teilnehmer der Versuchsgruppe zeigten in allen Unterkategorien des KCAASS eine signifikante Verbesserung. Diese Verbesserungen konnten im Drei-Monate Follow-up aufrechterhalten werden. Weiterführenden Studien sollten laut Fronek et al. (2005) überprüfen, wie lange die erzielten Verbesserungen andauern und wie die Übertragbarkeit in den Praxisalltag gestaltet werden könnte.

### **Limitationen**

Die grösste Limitation sehen Fronek et al. (2005) in den höher erzielten Punktwerten der Kontrollgruppe vor dem Training im Vergleich zur Versuchsgruppe in allen Unterkategorien des KCAASS Assessments. Fronek et al. (2005) glauben, dass dies auf eine Eifersucht der Kontrollgruppe zurückzuführen ist, da ihnen im Vergleich zur Versuchsgruppe die Teilnahme am Training verwehrt blieb.

Aufgrund dessen überschätzten sie sich allenfalls in ihrem eigenen Wissen, ihrem Komfort und ihren Einstellungen gegenüber der Sexualität. Fronek et al. (2005) geben weiter an, dass sich das zusammengestellte Trainingsprogramm auf die Bedürfnisse des untersuchten Personals ausrichtete, wodurch eine Übertragbarkeit auf ein anderes Personal in anderen Rehabilitationszentren unklar bleibt.



### **4.3 Hauptliteratur 3 Fronck et al. (2011)**

Fronck, Kendall, Booth, Eugarde & Geraghty (2011) bauen ihre Studie auf den Ergebnissen von Fronck et al. (2005) auf.

#### **Zweck der Studie**

Fronck et al. (2011) wollten einerseits analysieren, ob die berichteten Verbesserungen der Versuchsgruppe aus Fronck et al. (2005) in den Kategorien Wissen, Komfort und Haltung nach zwei Jahren aufrechterhalten werden können. Andererseits wollten Fronck et al. (2011) erforschen, ob die Kontrollgruppe, die in Fronck et al. (2005) im vierten Monat nach der Versuchsgruppe dasselbe eintägige Trainingsprogramm erhielt, ähnliche Verbesserungen in allen Kategorien nach dem Training verzeichnen konnte wie die Versuchsgruppe aus Fronck et al. (2005).

#### **Design**

Fronck et al. (2011) ist eine randomisiert kontrollierte Studie über zwei Jahre hinweg. Es handelt sich um ein Mixed-Method Design mit quantitativen und qualitativen Daten.

#### **Stichprobe**

Bei den Studienteilnehmern handelt es sich um dieselben wie aus der Studie von Fronck et al. (2005). Das Personal arbeitet bei Queensland Spinal Cord Injuries Service (QSCIS) in Australien. Von den 84 Teilnehmern in Fronck et al. (2005) wurden nur 37 Personen stichprobeartig in eine Kontrollgruppe (N=12) und eine Versuchsgruppe (N=25) eingeteilt. Dies ist auf das definierte Einschlusskriterium zurückzuführen, welches nur jene Teilnehmer miteinschloss, die an allen drei vorgängigen Testungen teilgenommen haben. Von den insgesamt 37 Teilnehmenden waren 23 Pflegepersonen, ein Arzt, drei weitere Personen aus dem Gesundheitsbereich sowie 10 Personen aus dem Gemeinschaftswesen\*. Laut Fronck et al. (2011) bestanden zwischen den Teilnehmern der Testung zwei Jahre danach (N=37) und den an der Studie nicht Teilnehmenden (N=47) keine signifikanten Unterschiede.

#### **Messungen**

Einerseits wurden quantitative Daten in Form der Knowledge, Comfort, Approach and Attitude Sexuality Scale (KCAASS) bei der Kontroll- und der Versuchsgruppe zu den Zeitpunkten vor und nach dem Training, Drei-Monate und Zwei Jahre nach dem Training erhoben.

Andererseits wurden auch qualitative Daten in Form eines Fokusgruppeninterviews zwei Jahre nach dem Training erfasst. Dieses Interview wurde als eine interinstitutionelle Diskussion zwischen den drei involvierten Institutionen Spinal Injuries Unit, Transitional Rehabilitation Team und Spinal Outreach Team durchgeführt. Zusätzlich zum Fokusgruppeninterview und dem KCAASS Fragebogen wurden die Teilnehmer gebeten, ein Feedbackbogen mit offen gestellten Fragen zu den Themen persönliche Haltung, Nutzen des Trainings sowie mögliche zukünftige Bedürfnisse auszufüllen. Dieser Feedbackbogen war dem KCAASS Fragebogen angefügt.

### **Intervention**

Fronek et al. (2011) verweisen auf die detaillierte Beschreibung des eintägigen Workshops über Sexualität, welche bereits in Fronek et al. (2005) beschrieben wird. Das Fokusgruppeninterview erfolgte zwei Jahre nach dem ursprünglichen Training von Fronek et al. (2005), aber vor der Aushändigung des letzten KCAASS Fragebogens. Zu Beginn des Interviews wurde den Teilnehmern eine Zusammenfassung der ursprünglich gefundenen Ergebnisse aus Fronek et al. (2005) präsentiert. Danach wurden sie gebeten, über den Nutzen und die Herausforderungen des durchgeführten Trainings zu berichten. Während dem Fokusgruppeninterview wurden mündliche Aussagen der Teilnehmer durch einen Schreiber schriftlich festgehalten. Die Aushändigung des KCAASS Fragebogens erfolgte vier Monate nach dem Fokusgruppeninterview an einem normalen Arbeitstag. Die Datensammlung des KCAASS dauerte einen Monat an, um möglichst viele Teilnehmerantworten innerhalb dieses Zeitraums zu erhalten.

### **Datenanalyse**

Aufgrund der schiefen Datenverteilung verwendeten Fronek et al. (2011) folgende nicht parametrische Analyseverfahren: Den Mann-Whitney U Test, den Friedman Test und den Wilcoxon Test. Für die qualitative Analyse wählten Fronek et al. (2011) einen pragmatischen Ansatz mittels themenbezogener Analyse. Die transkribierten Daten aus dem Fokusgruppeninterview wurden mit den schriftlichen Kommentaren aus dem Feedbackfragebogen zwei Jahre danach zusammengefasst und themenbasiert zugeordnet.

### **Ergebnisse**

Aufgrund mangelhafter Teilnehmerzahl innerhalb der einzelnen Disziplinen konnten keine Vergleiche zwischen den einzelnen Disziplinen gemacht werden.

### *Quantitative Ergebnisse:*

#### *Vergleiche zwischen Kontroll- und Versuchsgruppe*

In der Testung drei Monate nach dem Training, welche in Fronek et. al (2005) erfolgte, zeigte die Versuchsgruppe in der Kategorie Wissen signifikant höhere Werte als die Kontrollgruppe. Zu diesem Zeitpunkt hatte die Kontrollgruppe das Trainingsprogramm noch nicht erhalten. Zwei Jahre nach dem Training fanden Fronek et al. (2011) keine signifikanten Unterschiede zwischen der Kontroll- und der Versuchsgruppe in den Unterkategorien Wissen, Komfort, Herangehensweise und Haltung. Beide Gruppen hatten zu diesem Zeitpunkt das Trainingsprogramm zum Thema Sexualität besucht.

#### *Vergleiche innerhalb der Kontrollgruppe*

Über die gesamte Zeitspanne von der Vorher Testung bis zur Testung zwei Jahre nach der Intervention konnte bei der Kontrollgruppe keine signifikanten Unterschiede in den Kategorien Wissen, Komfort und Herangehensweise festgestellt werden. In der Kategorie Haltung wurde ein signifikanter Unterschied zwischen den Messungen vor, sowie zwei Jahre nach dem Workshop gefunden. Durch die Post-Hoc Analyse wurde in den Kategorien Wissen und Haltung signifikante Veränderungen zwischen den Messungen 3 Monate nachher und 2 Jahre danach gefunden. In den Kategorien Komfort und Herangehensweise lassen sich keine signifikanten Veränderungen finden.

#### *Vergleiche innerhalb der Versuchsgruppe*

Die Versuchsgruppe verzeichnete in den Kategorien Wissen, Komfort und Herangehensweise in der Messung zwei Jahre nach dem Workshop einen signifikant höheren Punktewert auf als im Test vor dem Training. Dieser Wert war jedoch nicht signifikant höher als zwischen der drei Monate und der zwei Jahre danach Messung. In der Haltungskategorie konnte nur festgestellt werden, dass die Ergebnisse des Tests 2 Jahre nach der Intervention signifikant tiefer waren als die Werte der Messung danach.

### *Qualitative Ergebnisse:*

Die Ergebnisse des Fokusgruppeninterview wurden in die Themen Trainingsinhalte, Trainingsnutzen, Trainingskontext, Trainingsart und fortführende Weiterbildungsoptionen kategorisiert. Im Folgenden werden die einzelnen Ergebnispunkte kurz erläutert.

### *Trainingsinhalte*

Die spezifischen Trainingsinhalte beinhalteten Themen wie Fruchtbarkeit, Blasen- und Stuhlgangmanagement, Beziehungen, erektile Erregung, Körperbild, emotionale und psychologische Aspekte der Sexualität, Empfängnisverhütung, verschiedene Stellungen, Beratung, sexuelle Hilfsmittel und Kommunikation.

### *Trainingsnutzen*

Der Nutzen des Trainings zeigte sich neben dem Wissenserwerb, dem Komfort und dem Erlangen von mehr Mut im Ansprechen sexueller Themen darin, dass die Studienteilnehmer einen engagierteren und begeisterteren Umgang mit dem Thema der Sexualität pflegten.

### *Trainingskontext*

Kontextuelle Faktoren einer Institution, kulturelle Ansichten des Personals sowie auch gesellschaftliche Haltungen und Annahmen würden das Lernverhalten und den Komfortlevel des Personals beeinflussen. Die Gesundheitsfachleute erkannten, dass ein Trainingsprogramm auf verschiedene Annahmen und Werte ausgerichtet sein sollte. Mithilfe des Trainings soll das Personal die Fähigkeit entwickeln, eigene persönliche Werte in den Hintergrund zu stellen und den Bedürfnissen des Klienten gerecht zu werden.

### *Trainingsart*

Das Training fand in einer Gruppe statt. Die meisten Teilnehmer befürworteten das Gruppensetting. Das interprofessionelle Training half den Teilnehmern, mehr über die Ansichten anderer Disziplinen zu erfahren.

### *Weiterbildung*

Als mögliche fortführende Bildungsmöglichkeiten nannten die Fokusgruppenteilnehmer Selbstlernpakete, zusätzliches Fortbildungsmaterial wie Broschüren und jährliche Auffrischungen in Form von Trainingsprogrammen.

## **Schlussfolgerungen und klinische Implikation**

Fronek et al. (2011) bestätigen ihre Hypothese, indem die Kontroll- und die Versuchsgruppe in allen Bereichen nach zwei Jahren ähnliche Punktwerte in den Bereichen Wissen, Komfort und Haltung verzeichnen konnten.

Die Werte der Kontrollgruppe, die nach zwei Jahren leicht höher lagen als jene der Versuchsgruppe, können auf den späteren Erhalt des Trainings zurückgeführt werden. Die Kategorie Komfort zeigte über die zwei Jahre Nachher Periode hinweg bei beiden Gruppen die grösste Steigerung nach dem Trainingserhalt. Zukünftige Studien sollten untersuchen, inwiefern das angewandte Trainingsprogramm in anderen Institutionen verwendet werden kann und wie die Übertragbarkeit des Wissens nach dem Training in die Praxis gewährleistet ist.

### **Limitationen**

Fronek et al. (2011) gehen auf einige Limitationen ein. Sie erkennen, dass die Stichprobenanzahl der Kontrollgruppe (N=12) in der Testung zwei Jahre danach kleiner war als jene in der Versuchsgruppe (N=25), wodurch Unterschiede zwischen den beiden Gruppen nicht ausschliessbar sind. Weiter kann es zu einer Kontaminierung zwischen den beiden Gruppen gekommen sein. Fronek et al. (2011) verweisen zudem auf den Zeitpunkt der Interviewdurchführung. Das Fokusgruppeninterview fand vor dem Ausfüllen des KCAASS Fragebogens statt, wodurch womöglich die Teilnehmer im späteren Ausfüllen des Fragebogens in ihrer Antwortwahl beeinflusst waren. Die Unterkategorie Haltung des KCAASS Assessments sei laut Fronek et al. (2011) im Sinne einer Einstellungsveränderung schwer zu messen und es mangelte an Zeit und Geld, um weitere beobachtende Messverfahren beizuziehen. Zuletzt wird die Übertragbarkeit in das klinische Setting hinterfragt, da sich das Trainingsprogramm spezifisch auf die Bedürfnisse der Teilnehmer abstimmte.

#### **4.4 Hauptliteratur 4 Simpson et al. (2006)**

##### **Zweck der Studie**

Simpson, Anwar, Wilson & Bertapelle (2006) evaluieren die Wirkung eines zweitägigen Trainings über Sexualität mit dem Ziel, das Rehabilitationsmanagement bei sexuellen Anliegen von Klienten nach einer neurologischen Beeinträchtigung zu verbessern.

##### **Design**

Bei dieser quantitativen Studie handelt es sich um ein Kohortendesign mit Messungen vor und nach der Intervention sowie einer freiwilligen Messung 6 Monate danach.

##### **Stichprobe**

Bei Simpson et al. (2006) waren insgesamt 99 Teilnehmer involviert. Von den 99 Teilnehmern waren 74 Personen in der Versuchsgruppe und besuchten das Trainingsprogramm, während die restlichen 25 Personen der Kontrollgruppe angehörten und kein Training erhielten. Die Versuchsgruppe (N=74), bestehend aus Fachleuten, kam aus Rehabilitationszentren, aus der Privattherapie, Vermittlungsagenturen, sexuellen Gesundheitszentren, privaten und gemeinnützigen Institutionen. Bei der Kontrollgruppe (N=25) handelt es hingegen um Personal aus zwei Rehabilitationszentren, das sich freiwillig meldete. Diese Gruppe erhielt kein Training. Das Anwerben der freiwilligen Kontrollgruppenteilnehmer erfolgte am ersten Tag des Workshops. Die Stichprobengröße verringerte sich bis zur Messung 6 Monate nach der Intervention auf insgesamt 46 Studienteilnehmer.

##### **Messungen**

Die Messungen wurden bei der Versuchsgruppe zu drei verschiedenen Zeitpunkten durchgeführt: Eine Testung vor und nach dem Training und eine Messung sechs Monate nach dem Training für freiwillige Teilnehmer. Bei der Kontrollgruppe wurde nur vor der Intervention sowie sechs Monate danach ein Test durchgeführt. Die Kontroll- und die Versuchsgruppe erhielten zudem ein Protokoll, in welchem sie demographischen Informationen sowie professionellen und religiösen Ansichten angaben. Die Testung des Trainingseffektes wurde mit einer Reihe verschiedener Assessments durchgeführt. Der objektive Wissenstest (= Objective knowledge test) prüfte einerseits das Allgemeinwissen über sexuelle Dysfunktionen\*, andererseits wurden die Teilnehmer über Veränderungen in der Sexualität nach einer neurologischen Störung abgefragt.

Weiter gab es eine Testung zur Messung der Haltung gegenüber Sexualität (=Sex Attitude Scale), einen Test zur Überprüfung von neun erwünschten und ausgeführten Rolleninterventionen im Ansprechen sexueller Anliegen (=Roles Skills Intervention survey) und einen Test zur Erfassung des Komfortlevels (=Single item to assess global staff comfort). Alle Assessments waren mittels Likert-Skalen aufgebaut.

### **Intervention**

Das zweitägige Trainingsprogramm wurde in Neuseeland durchgeführt. Die Versuchsgruppe wurde vor dem Trainingsbeginn über den Studienzweck informiert. Beide Gruppen füllten den Vor-Fragebogen sowie das Protokoll mit den demographischen Daten aus. Am Ende des Trainings beantwortete die Versuchsgruppe den Nachher Fragebogen. Die Teilnehmer beider Gruppen konnten sich dann für eine freiwillige Teilnahme sechs Monate nach dem Training eintragen. Die Leiter des Workshops wurden aus dem Kader des Rehabilitationsteams ausgewählt und erhielten vorgängig ein kurzes Training. Die Trainingsinhalte reichten von Rollenspielen über Brainstorming hin zu Gruppendiskussionen. Ein genanntes Trainingsziel war es, die sexuellen Rechte von Personen mit einer neurologischen Störung zu verstehen und angemessen auf sexuelle Anliegen von Klienten reagieren zu können.

### **Datenanalyse**

Zur Überprüfung demographischer Unterschiede zwischen der Versuchs- und der Kontrollgruppe wurde die Chi-Square Analyse verwendet. Die Forscher verwendeten den Mann-Whitney U und den Wilcoxon Test als nichtparametrische Analyseverfahren. Mittels der Spearman $\rho$  Korrelation wurden Zusammenhänge zwischen einer Reihe von Charaktermerkmalen der Teilnehmer und den Outcomevariablen in der Nachher Testung untersucht.

### **Ergebnisse**

Aufgrund der grossen Bandbreite an verwendeten Assessments werden nur die wichtigsten aller Messungen aufgeführt.

#### *Spearman $\rho$ Korrelation*

Die selbst eingeschätzte Fertigkeitenkompetenz hängt eng zusammen mit den angegebenen Komfortlevels im Ansprechen sexueller Anliegen von Klienten. Personen, welche ihre Fertigkeiten höher einstufen, zeigten bessere Resultate im Wissenstest.

### *Objektiver Wissenstest*

Die Messung vor dem Training zeigte zwischen der Versuchs- und der Kontrollgruppe keine signifikanten Unterschiede. In der Nachher Testung wurden bei der Versuchsgruppe im Wissenstest signifikant höhere Werte festgestellt als in der Vorher Testung. Sechs Monate nach dem Training verschlechterten sich die Werte der Versuchsgruppe im Vergleich zu der Messung nach dem Training minim. Die Verschlechterung war jedoch im Vergleich zu den Werten der Kontrollgruppe sechs Monate nach dem Training immer noch signifikant höher. In der Kontrollgruppe konnten keine signifikanten Verbesserungen zwischen den Messungen vor und 6 Monate danach festgestellt werden.

### *Rollen und Fertigkeitseinstufung*

94 % der insgesamt 99 Teilnehmenden empfanden die Rolle positiv auf sexuelle Anliegen von Klienten zu reagieren am ehesten anwendbar im institutionellen Setting. In der Messung vor dem Training zeigten sich bei der Einstufung der Fertigkeit keine signifikanten Unterschiede zwischen der Kontroll- und Versuchsgruppe. Die Versuchsgruppe zeigte jedoch in der Messung danach eine signifikant bessere Fertigkeitseinstufung als vor dem Training. Diese Testwerte nach der Intervention der Versuchsgruppe waren signifikant höher als die Testwerte der Kontrollgruppe vor der Intervention. Sechs Monate nach dem Training zeigte die Versuchsgruppe immer noch signifikant höhere Fertigkeitseinstufungen im Vergleich zur Kontrollgruppe, wobei im Vergleich zur Testung unmittelbar nach dem Training eine signifikante Abnahme der Einstufung ersichtlich ist. Bei der Kontrollgruppe konnten keine signifikanten Veränderungen über die zwei Messzeitpunkte aufgezeigt werden.

### *Rollenausführung in vergangenen sechs Monaten*

Vergleiche zwischen vor dem Training und sechs Monate danach zeigten bei allen Versuchsteilnehmern (N=71) signifikante Verbesserungen in der aktiven Rollenausführung nach dem Training.

### *Haltung gegenüber Sexualität*

Der Mann-Whitney U ergab einen signifikanten Unterschied zwischen der Kontroll- und der Versuchsgruppe bezüglich Einstellungen gegenüber Sexualität. Die Versuchsgruppe erreichte insgesamt weniger hohe Punktwerte als die Kontrollgruppe und war dadurch liberaler eingestellt. Diese Ergebnisse blieben bei beiden Gruppen über die Messzeitpunkte stabil.



### *Globales Komfortlevel*

In der Testung vor dem Training konnte zwischen der Kontroll- und der Versuchsgruppe keine signifikanten Unterschiede bezüglich des Wohlbefindens im Ansprechen von Klientenbedürfnissen festgestellt werden. Vergleiche zwischen den beiden Messzeitpunkten vor und nach dem Workshop innerhalb der Versuchsgruppe zeigten eine signifikante Verbesserung des Komfortlevels. Dieser Wert war signifikant höher als bei der Messung vor der Intervention der Kontrollgruppe. Auch die Werte sechs Monate nach dem Training lagen bei der Versuchsgruppe signifikant höher als jene der Kontrollgruppe.

### *Berichtete Interventionen*

In dieser Kategorie wurde der Level an Personalaktivität im Ansprechen sexueller Anliegen von Klienten evaluiert. In der Testung 6 Monate nach dem Training gab die Versuchsgruppe an, dass sie, im Vergleich zur Kontrollgruppe, ein signifikant breiteres Spektrum an Rollen anwende. Die Kontrollgruppe zeigte zwischen den Messzeitpunkten vor, und 6 Monate danach keine signifikante Verbesserung in der aktiven Rollenausführung.

### **Schlussfolgerungen**

Aus Simpson et al. (2006) geht hervor, dass sich durch das Training das Wissen, die Fertigkeiten und den Komfort der Versuchsgruppe verbessert haben. Zusätzlich sprachen mehr Fachleute, die am Training teilnahmen, die Klienten auf ihre sexuellen Anliegen an. Die Kontrollgruppe konnte ihre Resultate nicht durch Reifung oder Erfahrung über sechs Monate hinweg an jene Resultate der Versuchsgruppe angleichen. Weiter schlussfolgern Simpson et al. (2006), dass die Kontrollgruppe im Vergleich zur Versuchsgruppe eine konservativere Einstellung gegenüber der Sexualität einnahm. Die Zunahme von objektivem Wissen in der Testung unmittelbar nach dem Training zeigt die Notwendigkeit auf, dass Gesundheitsfachleute ihr Wissen im Bereich neurologischer Erkrankungen vertiefen sollten. Die Abnahme des Wissens, wie dies die Evaluation 6 Monate nach dem Training aufzeigt, spricht für die erneute Durchführung eines Trainings.

### **Limitationen**

Simpson et al. (2006) erachten die geringe Antwortrate von 46.6 % in der Testung sechs Monate danach als nicht optimal. Verfälschungen in den Resultaten können dadurch nicht ausgeschlossen werden, da womöglich nur noch jene Teilnehmer sechs Monate später an der Studie teilnahmen, welche die Schulung als positiv erlebten.

Weiter weisen Simpson et al. (2006) darauf hin, dass die Anwendung des Assessments sRollenausführung%zu Verfälschungen geführt haben könnte, da sich die Probanden innerhalb der letzten sechs Monaten noch an ihre ausgeführten Rollen erinnern mussten. Als letztgenannter Punkt gelten laut Simpson et al. (2006) die Gütekriterien Reliabilität und Validität der angewandten Messinstrumente als nicht gesichert und müssten noch stärker auf ihre Güte ermittelt werden.

## 4.5 Zusammenfassung Studienergebnisse

Folgend werden die Ergebnisse der vier Hauptstudien tabellarisch aufgeführt.

**Tabelle 4** Übersicht der Studienergebnisse

<b>Autor</b>	<b>Higgins et al. (2012)</b>	<b>Fronek et al. (2005)</b>	<b>Fronek et al. (2011)</b>	<b>Simpson et al. (2006)</b>
<b>Ziel</b>	Testen des Effekts eines eintägigen, interprofessionellen Aufklärungsprogramms in den Bereichen Wissen, Fertigkeit und Komfort beim Personal, das mit körperlich beeinträchtigten Klienten arbeitet.	Testung der Wirkung eines sexuellen Trainingsprogramms auf das Wissen, den Komfort und die Haltung eines Rehabilitationsteams.	Testung des Effekts eines sexuellen Trainingsprogramms bei einem Rehabilitationsteam über zwei Jahre testen.	Testen der Wirkung eines zweitägigen sexuellen Trainingsprogramms eines multidisziplinären Teams.
<b>Design</b>	Vorher- Nachher Design Mixed-Method	RCT- Design Quantitativ	RCT- Design Mixed-Method	Kohortendesign Quantitativ
<b>Stichprobe</b>	Quantitativ: (N =29) Qualitativ: (N=12)	Versuchsgruppe (N= 44) Kontrollgruppe: (N=45)	Versuchsgruppe (N= 25) Kontrollgruppe: (N= 12)	Versuchsgruppe (N= 74) Kontrollgruppe (N= 25)
<b>Drop-Outs über alle Messungen</b>	Keine Drop-Outs  Missing Data wurde aus der Datenanalyse ausgeschlossen	5 Drop-Outs  Missing Data wurde aus Datenanalyse ausgeschlossen.	6 Drop-Outs	53 Drop-Outs  Chi Square Analyse durchgeführt

Fortsetzung

**Tabelle 4** Übersicht der Studienergebnisse

<b>Autor</b>	<b>Higgins et al. (2012)</b>	<b>Fronek et al. (2005)</b>	<b>Fronek et al. (2011)</b>	<b>Simpson et al. (2006)</b>
<b>Messungen</b>	<b>Drei Messungen</b> Vor und nach Training, halbstrukturiertes Interview	<b>Drei Messungen</b> Vor und nach Training, Drei-Monats-Follow-up	<b>Zwei Messungen</b> zwei Jahre Follow- up, Fokusgruppeninterview zwei Jahre nach Training	<b>Drei Messungen</b> Vor und nach Training, Sechs-Monats-Follow-up
<b>Involvierte Disziplinen</b>	Pflege, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Sozial- arbeiter, Betreuungsperso- nal	Pflege, Ärzte, Sozialarbei- ter, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Über- gangs-und Nachbehand- lungspersonal	Pflege, Arzt, erweitertes Gesundheitspersonal, Per- sonal aus Gemeinschafts- wesen	Disziplinen nicht explizit genannt
<b>Setting</b>	Spital/ Rehabilitationszent- rum Behandlung körperlich beeinträchtigter Klienten  <b>Ort</b> Irland	Rehabilitationszentrum mit rückenmarksverletzten Klienten  <b>Ort</b> Australien	Rehabilitationszentrum mit rückenmarksverletzten Klienten  <b>Ort</b> Australien	Rehabilitationszentren, Privattherapie, Vermitt- lungsagenturen, sexuelle Gesundheitservices, pri- vate/ gemeinnützige Insti- tutionen bei Klienten mit neurologischer Einschrän- kung  <b>Ort</b> Neuseeland
<b>Trainingsdauer</b>	1 Tag	1 Tag	1 Tag	2 Tage

Fortsetzung

**Tabelle 4** Übersicht der Studienergebnisse

<b>Autor</b>	<b>Higgins et al. (2012)</b>	<b>Fronek et al. (2005)</b>	<b>Fronek et al. (2011)</b>	<b>Simpson et al. (2006)</b>
<b>Inhalt Training (Beispiele)</b>	PLISSIT Modell	PLISSIT Modell	Wird nicht beschrieben (Verweis auf Studie Fronek et al., 2005)	PLISSIT Modell
	Videoaufnahmen	Kulturelle Unterschiede/ Einstellungen/ Werte		Verstehen sexueller Rechte
	Rollenspiele	Rolle der Gesundheitsfachleute		Einführen von Strategien und Herangehensweisen bei sexuellen Anliegen von Klienten
	Reflexionsübungen	Identifikation von professionellen Limitationen		Rollenidentifizierung
	Fallbeispiele	Entwicklung sexueller Identität		
<b>Assessment</b>	KCAASS (4-Punkte-Likert- Skala)	KCAASS (4-Punkte-Likert-Skala)	KCAASS (4-Punkte-Likert-Skala)	Objective knowledge test (Range von 0-13)
	Halbstrukturiertes Interview		Fokusgruppeninterview	Sex Attitude Scale (5-Punkte-Likert-Skala)
				Roles Skills Intervention survey (Range von 1-6)
				global staff comfort (Range von 0-6)

Fortsetzung

Tabelle 4 Übersicht der Studienergebnisse

Autor	Higgins et al. (2012)	Fronek et al. (2005)	Fronek et al. (2011)	Simpson et al. (2006)
<b>Datenanalyse</b>	T-Test Transkription der Interviews	Mann-Whitney U Test Friedman's Test Wilcoxon Test	Mann-Whitney U Test Friedman's Test Wilcoxon Test Themenbasierte Zuordnung der Resultate aus Fokusgruppeninterview	Chi-Square Analyse Mann-Whitney U Wilcoxon Test Spearman's Korrelation
<b>Outcome Variablen</b>	Knowledge Skill Comfort	Knowledge Comfort Approach Attitude	Knowledge Comfort Approach Attitude	Objective Knowledge, Skills self-rating, Comfort, Reported staff activity, Staff attitudes
<b>Ergebnisse</b>	<b>Quantitativ</b> Verbesserungen in allen Outcome Variablen in der Nachher Testung ersichtlich  <b>Qualitativ</b> <i>Knowledge</i> Verstärktes Verständnis über sexuelle Bedürfnisse	<b>Vergleiche: Kontroll- und Versuchsgruppe</b> Versuchsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe nur im Bereich Wissen signifikant höhere Werte unmittelbar nach Training und im Drei-Monate-Follow-up.	<b>Vergleiche: Kontroll- und Versuchsgruppe</b> Keine signifikanten Unterschiede zwischen Kontroll- und Versuchsgruppe im Zwei-Jahre Follow-up  <b>Innerhalb Versuchsgruppe</b> Signifikante Unterschiede in allen Kategorien über gesamte Zeitspanne	<b>Objective knowledge test, Roles Skills Intervention survey, global staff comfort</b> signifikante Verbesserungen unmittelbar nach Training. Sechs Monate nach Training Wissensnachlass & niedrigere Fertigkeitseinstufung.

Fortsetzung

Tabelle 4 Übersicht der Studienergebnisse

Autor	Higgins et al. (2012)	Fronek et al. (2005)	Fronek et al. (2011)	Simpson et al. (2006)
Ergebnisse	<i>Skill</i> Aufmerksame Haltung, Initiativergreifung  <i>Comfort</i> sicherer Umgang, mehr Wohlbehagen	<b>Innerhalb Versuchsgruppe</b> Signifikante Unterschiede in allen Kategorien über die drei Messzeitpunkte  <b>Innerhalb Kontrollgruppe</b> Keine signifikanten Unter- schiede über die drei Messzeitpunkte	<b>Innerhalb Kontrollgruppe</b> Keine signifikanten Unter- schiede über gesamte Zeitspanne  <b>Qualitativ</b> Engagierterer, begeisterte- rer Umgang mit Sexualität, verstärktes Wohlbehagen, gestärkte Selbstsicherheit	<b>Sex Attitude Scale</b> Versuchsgruppe liberalere Ansichten als Kontroll- gruppe

## 4.6 Einordnung Ergebnisse ins MOHO

Im Folgenden werden die wichtigsten Ergebnisse des Trainings zum Thema Sexualität aus Higgins et al. (2012), Fronek et al. (2005), Fronek et al. (2011) und Simpson et al. (2006) in das MOHO Modell eingeordnet. Der Hauptfokus liegt auf den qualitativen Ergebnissen von Higgins et al. (2012) und Fronek et al. (2011). In diesen beiden Studien werden subjektive Aussagen der Probanden gemacht, welche den Verfasserinnen direkte Beispiele für die Einordnung ins Modell liefern.

### 4.6.1 Volition

#### *Selbstbild*

Mithilfe des Trainingsprogrammes konnten sich die Studienteilnehmer aus den vier Hauptstudien in diversen Wissensthemen zur Sexualität verbessern. In Fronek et al. (2011) eignete sich das Personal beispielsweise spezifisches Fachwissen in den Bereichen *sexuelle Hilfsmittel* oder *emotionale und psychologische Aspekte der Sexualität* an. Laut Fronek et al. (2011) konnten die Studienteilnehmer an Selbstvertrauen und Selbstsicherheit im Ansprechen sexueller Anliegen gewinnen und fühlten sich in solchen Situationen wohler als vor der Trainingseinheit (Higgins et al., 2012).

#### *Interessen*

Die Studienteilnehmer waren offener (Fronek et al., 2011) und aufmerksamer (Higgins et al., 2012) gegenüber sexuellen Themen ihrer Klienten. Die Studienteilnehmer äusserten sich zwei Jahre nach dem Training über mehr Begeisterung und Engagement im Umgang mit der sexuellen Thematik (Fronek et al., 2011). Zudem wünschten sich die Teilnehmer noch mehr Weiterbildung im Bereich der Sexualität (Fronek et al., 2011; Higgins et al. 2012).

#### *Werte*

In allen Hauptstudien konnten nach dem Training Veränderungen in der Einstellung und der Haltung des Personals gegenüber der Sexualität festgestellt werden. Das Training wirkte laut Fronek et al. (2011) desensibilisierend. Die Studienteilnehmer berichteten nach dem Training über mehr Verständnis für die sexuellen Bedürfnisse ihrer Klienten und legten mehr Wert auf die Berücksichtigung emotionaler und sozialer Bedürfnisse (Higgins et al., 2012). Insgesamt konnte neben einer veränderten Haltung ein grösseres Fachwissen und mehr Wohlbefinden festgestellt werden (Fronek et al., 2011).



## **4.6.2 Habituation**

### *Gewohnheit*

Während sich die Studienteilnehmer vor der Intervention mehr auf die körperlichen Anliegen ihrer Klienten konzentrierten, waren sie nach dem Training bedacht darauf, die sexuellen sowie emotionalen Bedürfnisse ihrer Klienten zu berücksichtigen (Higgins et al., 2012).

### *Rolle*

Alle Versuchsgruppenteilnehmer übten nach der Teilnahme am Trainingsprogramm ihre Therapeutenrolle im Ansprechen sexueller Anliegen von Klienten intensiver aus (Simpson et al., 2006). In Higgins et al. (2012) konnte beim Personal ein proaktiveres Verhalten im Aufbringen und Diskutieren sexueller Themen bei Klienten und im Team festgestellt werden.

## **4.6.3 Performanzvermögen**

In Simpson et al. (2006) wurde nach dem Training eine signifikant bessere Einstufung der Fertigkeiten festgestellt. Zudem fanden Simpson et al. (2006) heraus, dass die eingeschätzten Fertigkeitenkompetenzen eng korrelieren mit dem wahrgenommenen Komfortlevel des Personals. Im Bereich der Kommunikations- und Interaktionsfertigkeiten zeigten sich die Studienteilnehmer eher bereit, mit ihren Klienten über sexuelle Themen zu sprechen (Fronek et al., 2011).

## **4.6.4 Zeitliche Umwelt**

Wie die Langzeitstudien von Simpson et al. (2006), Fronek et al. (2011) und Fronek et al. (2005) aufzeigen, geht das erlernte Wissen nach dem Training mit der Zeit wieder verloren, während der Komfort über die Zweijahresperiode hinweg in der Versuchs- und Kontrollgruppe zunahm (Fronek et al., 2011). Ein eintägiges Trainingsprogramm reichte den Studienteilnehmern in Higgins et al. (2012) nicht aus, um sich tiefgründiges Wissen in spezifischen Themenbereichen anzueignen und konstant aufrechtzuerhalten.

## **4.6.5 Soziale Umwelt**

In die soziale Umwelt lässt sich das Gruppensetting von Fronek et al. (2011) einordnen, in welcher das Trainingsprogramm statt.

Das Gruppensetting bietet unterschiedlichen Disziplinen die Möglichkeit, ihre persönlichen Erfahrungen und Meinungen auszutauschen (Fronek et al., 2011). Laut Higgins et al. (2012) könne Supervision im klinischen Setting dazu beitragen, dass sich das eigene Wohlbefinden im Bereich sexueller Themen verbessere. Durch den Austausch mit Arbeitskollegen oder mit Klienten erhalte das Personal eine Rückmeldung und lerne dadurch, auf welche Art und Weise sexuelle Themen angesprochen werden können (Fronek et al., 2011).

#### **4.6.6 Räumliche Umwelt**

In diesem Bereich können ausgehend von den Studien keine passenden Ergebnisse zugeordnet werden.

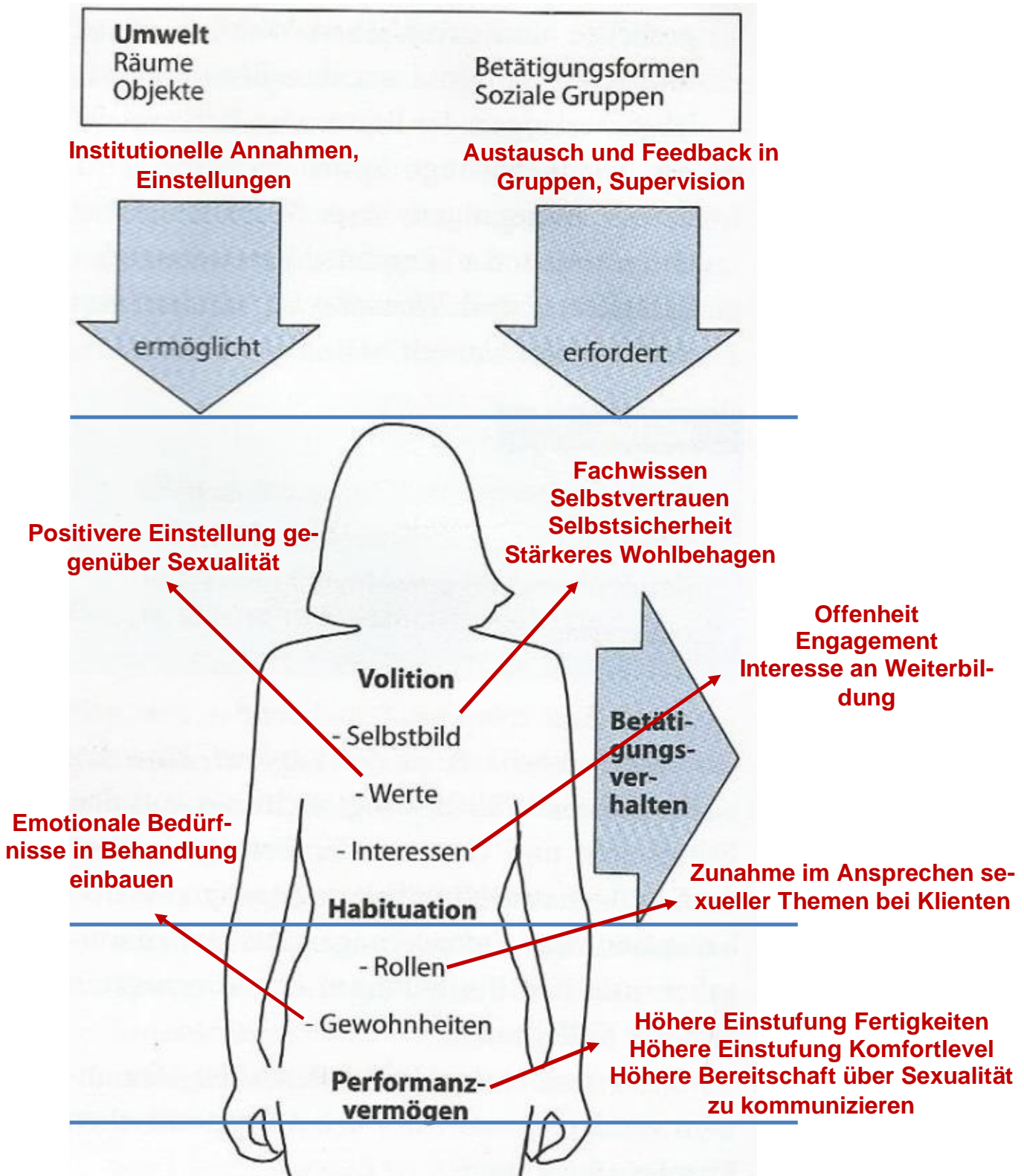
#### **4.6.7 Kulturelle Umwelt**

Nicht zuletzt spielt es eine entscheidende Rolle, wie das Thema der Sexualität im klinischen Setting gelebt wird (Fronek et al., 2011). Fronek et al. (2011) benennen wichtige kontextuelle Faktoren, die einen unterschiedlichen Einfluss haben auf das Lernverhalten, das Wohlbefinden, den Grad der Einstellungsveränderung sowie den Übertrag des Gelernten in den Alltag. Diese kontextuellen Faktoren beinhalten die Einstellungen des Personals sowie die gelebten institutionellen Annahmen und Einstellungen gegenüber der Sexualität. Studienteilnehmer von Fronek et al. (2011) gaben an, dass die institutionellen Einstellungen einen Einfluss darauf haben, wie das Personal den Nutzen im Ansprechen sexueller Themen einschätzt. Laut Fronek et al. (2011) könnten Institutionen ihrem Personal weitere Lernmöglichkeiten im Bereich der Sexualität bieten. Als mögliche Beispiele nennen Fronek et al. (2011) weiterführende Schulungsprogramme, Selbststudium, Informationsbroschüren und regelmässige Trainingsprogramme. Auch in Higgins et al. (2012) werden institutionelle Vorschläge wie der Einschluss von Sexualität in Patientendokumentationen und Behandlungspfade genannt.

#### 4.6.8 Qualitative Ergebnisse im MOHO Modell

Die qualitativen Ergebnisse werden folgend grafisch ins MOHO Modell eingeordnet.

Abbildung 3 Qualitative Ergebnisse im MOHO Modell



## 5 Diskussion

Im Folgenden werden die vier Hauptstudien kritisch beurteilt. Es wird nochmals auf die Fragestellung eingegangen, denn das Ziel dieser systematischen Literaturrecherche war es, die Wirkung eines interprofessionellen Trainingsprogrammes für Gesundheitsfachleute im rehabilitativen Setting zum Thema Sexualität zu untersuchen. Die Verfasserinnen wollten herausfinden, inwiefern Ergotherapeuten, eingebettet in einem interprofessionellen Rehabilitationsteam, durch die Teilnahme an einem Training profitieren können im Umgang mit sexuellen Themen und Anliegen körperlich beeinträchtigter Klienten.

### 5.1 Kritische Beurteilung- Vergleiche zwischen Studien

Higgins et al. (2012), Fronck et al. (2005), Fronck et al. (2011) und Simpson et al. (2006) haben untereinander gemein, dass sie freiwillige Teilnehmer für die Trainingsprogramme verwendeten. Die Repräsentativität der getesteten Gesundheitsfachleute war deshalb in allen vier Studien nicht gewährleistet. Als positiv erachten die Verfasserinnen die in den Studien von Fronck et al. (2005) und Fronck et al. (2011) verwendete Zufallsstichprobe. Obwohl auch hier nur freiwillige Gesundheitsfachleute in das Studiendesign miteingeschlossen wurden, teilten Fronck et al. (2005) und Fronck et al. (2011) alle freiwilligen Teilnehmer mithilfe einer geschichteten Zufallsstichprobe in eine Kontroll- und Versuchsgruppe ein. Dadurch erhielten sie im Vergleich zu Simpson et al. (2006) eine identische Gruppengröße von Kontroll- und Versuchsgruppe.

Higgins et al. (2012) verwendeten als Studiendesign eine Mixed-Method mit Vorher-Nachher Design. Diese Studie kann dadurch am ehesten mit dem Studiendesign von Fronck et al. (2011) verglichen werden, da Fronck et al. (2011) ebenfalls mittels eines Fokusgruppeninterviews qualitative Anteile überprüften. Higgins et al. (2012) unterscheiden sich dennoch grundlegend von den anderen Hauptstudien, da sie keine Kontrollgruppe verwendeten und die Wirkung des Trainingsprogrammes nur anhand eines einzigen Messzeitpunktes untersuchten. Dadurch konnten Higgins et al. (2012) im Vergleich zu Fronck et al. (2005), Fronck et al. (2011) und Simpson et al. (2006) keine Langzeiteffekte erforschen. Obwohl Higgins et al. (2012) keine Kontrollgruppe verwendeten, kann der Trainingseffekt durch die Methodentriangulation von quantitativen und qualitativen Ergebnissen an Glaubwürdigkeit gewinnen.

Ein weiterer Unterschied von Higgins et al. (2012) im Vergleich zu den anderen Studien ist die Datenauswertung mit t-Tests. Higgins et al. (2012) machen keine Aussagen über die Verteilung der Daten, wodurch die Verfasserinnen die Verwendung der t-Tests hinterfragen. Als wesentlich besser wird die Verwendung der nicht metrischen Analyseverfahren der drei anderen Studien erachtet. Die Ergebnisse von Fronek et al. (2005), Fronek et al. (2011) und Simpson et al. (2006) sind dadurch aufgrund der korrekten Verwendung der Analyseverfahren aussagekräftiger als die von Higgins et al. (2012). Durch die genannten Unterschiede zwischen Higgins et al. (2012) und den anderen drei Hauptstudien müssen Vergleiche zwischen allen Hauptstudien mit Vorbehalt gezogen werden. Generell kann gesagt werden, dass die Übertragbarkeit aller vier Hauptstudien in den Praxisalltag nicht gewährleistet ist, da sich die Programme auf individuelle Bedürfnisse des Personal ausrichteten und in spezifischen Settings abspielten. Weiter muss bedacht werden, dass das Training der vier Hauptstudien mit ein bis zwei Trainingstagen von kurzer Dauer war und laut den Verfasserinnen somit keine grossen Effekte in den Bereichen des Wohlbefindens, der Fertigkeiten, der Haltung sowie des Wissen erzielt werden konnten.

Eine detaillierte kritische Kurzbeurteilung zu Fronek et al. (2005), Fronek et al. (2011), Simpson et al. (2006) und Higgins et al. (2012) ist im Anhang unter Punkt 5.2 zu finden. Des Weiteren sind im gleichen Abschnitt des Anhangs Vergleiche zwischen den Assessments der einzelnen Studien beschrieben.

## **5.2 Bezug zur Fragestellung**

Mit der vorliegenden Arbeit konnte die Fragestellung, inwiefern ein interprofessionelles Training Ergotherapeuten im Umgang mit sexuellen Themen körperlich beeinträchtigter Klienten unterstützen kann, beantwortet werden. Anhand der vier Hauptstudien war es möglich, die Wirkung eines Trainings zum Thema Sexualität in den Bereichen Fachwissen, Komfort, Haltung und Fertigkeiten von Gesundheitsfachleuten zu eruieren. Im Folgenden werden die Ergebnisse der vier Hauptstudien analysiert und miteinander verglichen.

### **5.2.1 Fachwissen bezüglich Sexualität**

Bei allen Studien kann nach der Teilnahme am Trainingsprogramm ein Wissenserwerb innerhalb der Versuchsgruppe verzeichnet werden.

Ebenfalls zeigten Vergleiche zwischen der Versuchs- und der Kontrollgruppe in Fronek et al. (2005), Simpson et al. (2006) und Fronek et al. (2011) einen höheren Wissenserwerb der Versuchsgruppe. Bei Fronek et al. (2005) zeigte die Versuchsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant bessere Wissensresultate unmittelbar nach dem Training und drei Monate später. Auch bei Simpson et al. (2006) konnte bei der Versuchsgruppe unmittelbar nach dem Training signifikant bessere Wissensresultate festgestellt werden. Sechs Monate nach dem Training waren die Werte der Versuchsgruppe jedoch wieder wie vor dem Training. Dies spricht für eine Wissensabnahme, die sich auch bei Fronek et al. (2011) mit verstreichender Zeit feststellen lässt. Die Verfasserinnen schlussfolgern, dass die Wissensaneignung unmittelbar nach einem Training am höchsten ist und dass das gelernte Wissen mit der Zeit wieder vergessen geht. Prosiegel und Böttger (2007) unterstützen die Meinung der Verfasserinnen. Nur durch Wiederholung neuer Informationen und durch die Anwendung von Lernstrategien kann Wissen langfristig gespeichert werden. Dies würde bedeuten, dass die Studienteilnehmer sich mehrmals mit konkreten echten oder gestellten Situationen auseinandersetzen müssten, um das Gelernte langfristig umsetzen zu können. Aufgrund der grossen Bandbreite des vermittelten Wissens in Fronek et al. (2011) wird klar, dass innerhalb der kurzen Dauer des Trainingsprogrammes nicht im Detail auf die Lerninhalte eingegangen werden konnte. Laut Higgins et al. (2012) sahen sich die Teilnehmer erst in der Praxis mit komplexeren Fällen konfrontiert. Das Gelernte konnte innerhalb der kurzen Zeit zu wenig gefestigt werden, was wiederum die Aussage von Prosiegel et al. (2007) bestätigt. Dennoch bewirkte das Trainingsprogramm zum Thema Sexualität beim Personal einen bewussteren Umgang mit den sexuellen Bedürfnissen der Klienten. Damit kann der Aussage von Chau et al. (2008), welche in der Einleitung der vorliegenden Arbeit aufgeführt wird, entgegengewirkt werden. Das Personal nahm, entgegen der Aussage von Chau et al. (2008), neben körperlichen Beschwerden auch emotionale Bedürfnisse der Klienten bewusster wahr.

### **5.2.2 Komfort bezüglich Sexualität**

Im Bereich des Wohlbefindens konnte innerhalb der Versuchsgruppe bei allen Hauptstudien signifikante Verbesserungen des Komfortlevels festgestellt werden. Auch in der Studie von Gianotten et al. (2006) wird eine Steigerung des Komforts festgestellt. Vergleiche zwischen der Kontroll- und der Versuchsgruppe zeigten innerhalb der einzelnen Studien jedoch erhebliche Unterschiede.

Fronek et al. (2005) stellten unmittelbar nach dem Training und drei Monate danach keine Unterschiede zwischen der Kontroll- und der Versuchsgruppe fest. Simpson et al. (2006) behaupten, dass die Versuchsgruppe sechs Monate nach dem Training signifikant höhere Werte im Bereich Komfort verzeichnete als die Kontrollgruppe.

Die Verfasserinnen erachten die Ergebnisse von Fronek et al. (2005) und Simpson et al. (2006) jedoch für wenig aussagekräftig, da es in beiden Studien bei der Kontroll- und der Versuchsgruppe schon vor dem Training Unterschiede in den Antworten bezüglich der Streuungen und der Medianwerte gab. In Fronek et al. (2011) wird dennoch in der Grafik sehr schön ein Steigerungstrend zu mehr Behagen in der Versuchs- und in der Kontrollgruppe aufgezeigt. Dieses Ergebnis lässt sich mit den qualitativen Ergebnissen von Higgins et al. (2012) und Fronek et al. (2011) erklären, in dem sich die Teilnehmer nach dem Training wohler fühlten und mutiger waren im Ansprechen sexueller Themen (Higgins et al., 2012; Fronek et al. 2011).

### **5.2.3 Haltung bezüglich Sexualität**

Im Bereich der Haltung gegenüber Sexualität zeigt sich bei Gesundheitsfachleuten ein erstaunliches Bild. Bei Fronek et al. (2005) wird über alle Messungen hinweg deutlich, dass die Kontroll-, aber auch die Versuchsgruppe sowohl vor als auch nach dem Training in einem hohen Punktebereich zu liegen kommen. Bei Simpson et al. (2006) verzeichnet die Kontrollgruppe zwar leicht weniger liberale Ansichten als die Versuchsgruppe, diese liegen jedoch immer noch im Bereich einer liberalen Haltung gegenüber der Sexualität. Ein möglicher Grund dieser Resultate könnte im Selbsteinschätzungsbogen liegen, bei welchem die Probanden ihre Haltung gegenüber Sexualität höher einschätzen als sie tatsächlich war. Eine weitere Möglichkeit besteht darin, dass die Studienteilnehmer zwar positiv eingestellt sind gegenüber Sexualität, das Thema jedoch aufgrund institutioneller Barrieren und Mangel an Kompetenzen nicht ansprachen (McGrath & Lynch, 2014).

### **5.2.4 Fertigkeiten bezüglich Sexualität**

Die Ergebnisse von Simpson et al. (2006) und Higgins et al. (2012) zeigen innerhalb der Versuchsgruppe eine signifikante Verbesserung der Fertigkeitseinstufung nach dem Training. Die quantitativen Ergebnisse stimmen mit den Ergebnissen aus den Interviews überein. Nach sechs Monaten nimmt die Fertigkeitseinstufung bei Simpson et al. (2006) jedoch bereits wieder tiefere Werte an als unmittelbar nach dem Training.

Den Verfasserinnen ist bei Simpson et al. (2006) nicht klar, warum die Antwortbilder zwischen der Kontrollgruppe vor und sechs Monate nach dem Training im Bereich der Streuung und der Medianwerte erhebliche Unterschiede aufweisen. Da die Kontrollgruppe kein Training erhielt, müssten die Antwortbilder dieser Gruppe in etwa gleich aussehen.

Eine mögliche Begründung für die unterschiedlichen Antwortbildern der Kontrollgruppe könnte in der Abnahme der Gruppengröße von N=25 auf N=13 liegen, wodurch es zu Verzerrungen in den Ergebnissen gekommen ist. Für die Verfasserinnen macht es wenig Sinn, dass Simpson et al. (2006) die Werte der Versuchsgruppe zum Zeitpunkt sechs Monate nach Training noch mit jenen Werten der Kontrollgruppe vor dem Training vergleicht, wenn sich die Antwortbilder der Kontrollgruppe sechs Monate später ebenfalls verändert haben. Insgesamt betrachtet lässt sich auch bei Simpson et al. (2006) nach sechs Monaten eine Abnahme der Fertigkeitseinstufung verzeichnen.

### **5.2.5 Zusammenhang zwischen Fertigkeiten, Komfort und Wissen**

Die Verfasserinnen erkennen einen Zusammenhang zwischen erlerntem Fachwissen, Fertigkeiten und dem Komfortlevel des Personals nach dem Training. Das geringe Selbstvertrauen in die eigenen therapeutischen Fähigkeiten, welches Hyland et al. (2013) beim Gesundheitspersonal erkannte, konnte durch das Training verbessert werden. Dies zeigt sich darin, dass die Probanden in Fronek et al. (2011) und Higgins et al. (2012) mithilfe des Trainingsprogramms zum Thema Sexualität eine höhere Selbstwirksamkeit entwickelten. Mit der gewonnenen Selbstsicherheit gewannen die Teilnehmer auch an mehr Behagen (Fronek et al., 2011; Higgins et al., 2012). Diese Aussagen können von Pebdani (2013), Kazukauskas und Lam (2010), Juergens, Smedema und Berven (2009) und Timm (2009) unterstützt werden. Laut diesen Studien gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Komfort und dem Wissen gegenüber Sexualität. So fühlt sich eine Person umso wohler im Ansprechen sexueller Anliegen von Klienten, je mehr Wissen sie über Sexualität und Beeinträchtigung verfügt. Dies bestätigen auch Simpson et al. (2006) in ihren Ergebnissen, indem eine höhere Einstufung eigener Fertigkeiten mit höherem Wissen einhergeht. Kazukauskas et al. (2010) weisen zudem darauf hin, dass ein höheres Kompetenzgefühl mit mehr Wohlbehagen korreliert. Ein Training kann Ergotherapeuten somit im Umgang mit der sexuellen Thematik ihrer Klienten unterstützen.



Wie jedoch erkannt, kommt es nach dem Training im Laufe der Zeit zu einer Wissensabnahme (Fronek et al., 2005; Fronek et al., 2011; Simpson et al., 2006) und einer Abnahme der Fertigkeiten (Simpson et al., 2006).

Die Verfasserinnen fragten sich deshalb, was es braucht, damit das Wissen, die Fertigkeiten und das damit verbundene Wohlbefinden aufrechterhalten werden können. Aus Dyer et al. (2014) geht hervor, dass Übung im Eröffnen und Führen sexueller Diskussionen helfen kann. Je mehr das Personal übt, umso einfacher wird ihnen der Umgang mit der Thematik fallen. Gianotten et al. (2006) bestätigen die Aussage von Dyer et al. (2014). Laut Gianotten et al. (2006) müsse das Sprechen über Sexualität praktisch erlernt werden.

## 6 Theorie-Praxis Transfer

Im Folgenden gehen die Verfasserinnen darauf ein, was neben Trainingsprogrammen zum Thema Sexualität in der Praxis unternommen werden kann, damit der Wunsch von Klienten, Sexualität in den Rehabilitationsprozess zu integrieren, erfüllt wird (Parker et al., 2012).

Als Erstes erscheint es den Verfasserinnen wichtig, sich zu überlegen, an welchem Ort sexuelle Themen und sexuelle Bedürfnisse von Klienten angesprochen werden. Empfohlen wird die Verwendung von Einzelräumen (Hyland et al., 2013; Juergens et al., 2009). In diesen können sexuelle Themen an einem ruhigen Ort diskutiert werden (Juergens et al., 2009). Desweiteren können standardisierte Fragebögen sowie schriftliche Informationsblätter dem Personal helfen, sexuelle Themen zielgerichtet anzusprechen, ohne dabei die Klienten zu beleidigen (Dyer et al., 2014; Higgins et al., 2012). Informationsbroschüren oder aber auch generelle Fragen zur Sexualität im Erstgespräch sind Optionen, die dem Klienten aufzeigen sollen, dass er über Sexualität sprechen darf. Klienten können dadurch selber entscheiden, ob, wann und mit wem sie ihre Anliegen besprechen möchten (Northcott et al., 2000). Auch Poster, die in Ergotherapie Räumen oder im Korridor aufgehängt werden, könnten Klienten auf die Relevanz des Themas in der Ergotherapie aufmerksam machen. Die Verfasserinnen sehen hierbei ebenfalls die Möglichkeit, dass Ergotherapeuten in der Gestaltung von Broschüren mit Personen, die seit längerer Zeit körperlich beeinträchtigt sind, zusammenarbeiten. Klienten könnten dadurch ihre eigenen Erfahrungen in die Informationsblätter einfließen lassen. Laut Chau et al. (2008) sind vorwiegend abgeschlossene Klienten geeignet für diese Art von Arbeit. Weiter sollte eine Institution ihren Mitarbeitern Austauschmöglichkeiten und Weiterbildungen in regelmäßigen Abständen ermöglichen, damit das Wissen und die Kompetenz im Bereich der Sexualität aufrechterhalten werden kann. Ebenfalls ist es relevant, den Fokus weiterhin auf interprofessionelle Schulungen zu legen (Booth et al., 2003). Ergotherapeuten sollen laut den Verfasserinnen nicht Experten in einem gewissen Bereich der Sexualität sein, wie beispielsweise der Abgabe von sexuellen Hilfsmitteln oder Stellungnahmen, wie dies Gianotten et al. (2006) vorschlägt. Ziel ist es vielmehr, einfache Fragen zum Thema der Sexualität beantworten zu können. Zu unterscheiden ist hierbei zwischen *von* und *über* Sexualität sprechen (Selle, 2000). Ergotherapeuten sollten vor allem *über* Sexualität sprechen können.

Dies bedeutet, dass man sich mit den biologischen, gesellschaftspolitischen sowie sozialen Aspekten der Sexualität auseinandersetzt. Das kann dazu führen, dass Personen einen Perspektivenwechsel vornehmen oder das Thema versachlichen, was die Verfasserinnen begrüßen würden. Wenn Ergotherapeuten hingegen von Sexualität sprechen, setzen sie sich mit sexuellen Fantasien, Gefühlen und Erfahrungen auseinander. Die Verfasserinnen sind sich einig, dass von Sexualität zu sprechen die Kompetenzen der Ergotherapeuten überschreiten (Selle, 2000). Es geht somit vor allem darum, positiv auf sexuelle Anliegen von Klienten zu reagieren (Simpson et al., 2006). Northcott und Chard (2000) sowie Oppliger (2015) sind sich mit den Verfasserinnen einig, dass Ergotherapeuten nicht sexuelle Probleme der Klienten lösen müssen. Als sinnvoll erachten es auch diese Autoren, erste Schritte einzuleiten und Klienten die Möglichkeit aufzeigen, an welche Fachstellen sie sich wenden können. Das PLISSIT Modell, welches in allen Hauptstudien der vorliegenden Arbeit erwähnt und von Couldrick, Sadlo und Cross (2010) angepasst wurde, bietet einen guten Orientierungspunkt für Gesundheitsfachleute im Bereich der Sexualität.

Ferner ist es notwendig, Sexualunterricht bereits in der Ergotherapieausbildung einzubauen, um Studenten in ihren Einstellungen und Denkmustern bezüglich der Sexualität zu sensibilisieren (Valvano et al., 2014). Auch Oppliger (2015) erkennt, dass in der Ausbildung zum Ergotherapeuten Grundkenntnisse der Sexualität vermittelt werden sollten. Sexualunterricht hilft womöglich, das Unbehagen der Studenten im Bereich sexueller Themen von Klienten (Jones et al., 2005) zu minimieren. Der Fokus des Sexualunterrichts könnte sich auf Rollenspiele, das Wahrnehmen eigener Gefühle (Timm, 2009) sowie einem regen Austausch im Klassenraum richten. Laut Timm (2009) ist es wichtig, sich Gedanken zu machen, wie man zu Sexualität und sexuellen Themen steht. Diese Reflexionsarbeit kann helfen, eigene Stärken und Herausforderungen mit der Thematik zu erkennen.

## 7 Schlussfolgerung

Die vorliegende Arbeit zeigt auf, dass sich ein interprofessioneller Workshop zum Thema Sexualität positiv auf ein interprofessionelles Team (Ergotherapeuten miteingeschlossen) auswirken kann. Der Trainingseffekt lässt sich in einer Steigerung des Komforts, der Haltung und des Wissens von Ergotherapeuten im Umgang mit sexuellen Themen von Klienten feststellen. Die Testpersonen der Hauptstudie zeigten nach dem Training mehr Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und war offener gegenüber sexuellen Themen von Klienten.

Die Auseinandersetzung mit dem Thema der Sexualität kann Ergotherapeuten somit im Umgang mit körperlich beeinträchtigten Klienten sensibilisieren. Der genaue Wirkungseffekt eines Trainings zum Thema Sexualität kann jedoch aufgrund methodischer Unklarheiten sowie der kurzen Trainingsdauer nicht vollständig geklärt werden. Umso wichtiger ist es deshalb, sich im Praxisalltag immer wieder im Team über sexuelle Themen bei Klienten auszutauschen, eigene Herausforderungen und Probleme zu erkennen und sich weiterzubilden. Die Verwendung von Informationsblättern und Assessments, auf denen Informationen zur Sexualität skizziert sind, könnten in der Praxis den Umgang und die Kommunikation mit Klienten erleichtern.

Weiterführende Studien könnten sich auf den Effekt längerer Trainingsprogramme konzentrieren, welche mittels Fokusgruppeninterviews überprüft würden. Weiter wäre es möglich, in zukünftigen Studien Testklienten einzusetzen, um eine natürlichere Reaktion von Ergotherapeuten zu erhalten. Diese Art von Untersuchung kennen die Verfasserinnen persönlich aus anderen Arbeitsbereichen, in denen klare Ergebnisse erzielt werden (zum Beispiel Detailhandel/Bankwesen). Sie sind sich jedoch einig, dass dieses Verfahren auch Gefahren im Bereich der Ethik mit sich bringt und deshalb gut durchdacht werden sollte. Ebenfalls könnte es schwierig sein, beeinträchtigte Klienten als Testklienten zu finden, die sich für eine Teilnahme bereit erklären. Alternativ könnten Simulationsklienten verwendet werden. Laut Lane und Rollnick (2007) besteht ebenfalls ein Bedarf an Studien, die den Erwerb von Fähigkeiten anhand von Simulationsklienten beurteilen würden. Schliesslich braucht es zukünftige Studien, welche die Übertragbarkeit der Ergebnisse in den Praxisalltag gewährleisten können.

## **8 Grenzen der Bachelorarbeit**

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um ein Thema, das der Ergotherapie noch wenig vertraut ist. Dies bedingte, dass die Verfasserinnen für die Beantwortung der Fragestellung aufgrund der aktuellen Studienlage mit methodisch weniger guten Studien arbeiteten. Für die Verfasserinnen war es besonders im Einleitungsteil der vorliegenden Arbeit schwierig, durchgehend Studien mit jungem Jahrgang zu finden.

Die verwendeten Hauptstudien stützten ihre Ergebnisauswertung auf Selbsteinschätzungsfragebögen, wodurch die quantitativen Ergebnisse mit Vorbehalt interpretiert werden mussten. Obwohl die Verfasserinnen die Literatursuche mithilfe mehrerer Datenbanken und Zeitschriften durchführten, ist es durchaus möglich, dass nicht alle relevanten Studien gefunden wurden. Weiter kann es aufgrund der Übersetzung englischer Studien ins Deutsche zu Missverständnissen und falschen Übersetzungen gekommen sein. Zudem fand das Trainingsprogramm zum Thema Sexualität in einem interprofessionellen Team statt. Wie groß die Wirkung des Workshops allein auf die Berufsgruppe der Ergotherapeuten war, konnte dadurch nicht konkret erfasst werden. Letztendlich war es schwer zu eruieren, inwiefern die Workshops in die allgemeine Praxis übertragbar sind.

## **9 Offene Fragen**

Unklar bleibt, ob Trainingsprogramme über das Thema Sexualität bei steigenden Gesundheitskosten von Institutionen momentan und in ferner Zukunft als prioritär betrachtet werden. In stressigen Arbeitsumfeldern, in welchen die Therapiezeiten von geringer Dauer sind und wenige Räume zur Verfügung stehen, kann es sein, dass der Umgang mit Sexualität weiterhin vernachlässigt wird. Gewährt eine Institution ihrem Team mehr Einzelräume, Weiterbildungen sowie Inter- und Supervisionen, bleibt dennoch die Frage offen, wer im interprofessionellen Team Verantwortung für den Organisationsprozess übernehmen wird und wer Assessments und Informationsbroschüren anfertigt.

## Verzeichnisse

### Literaturverzeichnis

- Altenthon, S., Betscher-Ott, S., Gotthardt, W., Hobmair, H., Höhle, R., Ott, W. & Pöll, R. (2010). Psychische Kräfte. In H. Hobmair (Hrsg.), *Mensch - Psyche - Erziehung. Studienbuch zur Pädagogik und Psychologie* (S.89-112). Troisdorf: Bildungsv Verlag EINS GmbH.
- American Occupational Therapy Association (2014). OCCUPATIONAL THERAPY PRACTICE FRAMEWORK: Domain & process, 3rd edition. *American Journal of Occupational Therapy*, 68, 1-48.
- Baldwin, J. D. & Baldwin, J. I. (2012). Sexual Behavior. In V. S. Ramachandran (Hrsg.), *Encyclopedia of Human Behavior* (S.418-424). San Diego: Academic Press.
- Booth, S., Kendall, M., Fronek, P., Miller, D. & Geraghty, T. (2003). Training the Interdisciplinary Team in Sexuality Rehabilitation Following Spinal Cord Injury: A Needs Assessment. *Sexuality & Disability*, 21, 249-261.
- Burch, A. (2008). Health Care Providers' Knowledge, Attitudes, and Self-efficacy for Working With Patients With Spinal Cord Injury Who Have Diverse Sexual Orientations. *Physical Therapy*, 88, 191-198.
- Chau, L., Hegedus, L., Praamsma, M., Smith, K., Tsukada, M., Yoshida, K. & Renwick, R. (2008). Women Living With a Spinal Cord Injury: Perceptions About Their Changed Bodies. *Qualitative Health Research*, 18, 209-221.
- Couldrick, L. (1998). Sexual Issues: an Area of Concern for Occupational Therapists?. *British Journal of Occupational Therapy*, 61, 493-496.
- Couldrick, L. (2005). Sexual Expression and Occupational Therapy. *British Journal of Occupational Therapy*, 68, 315-318.
- Couldrick, L., Sadlo, G. & Cross, V. (2010). Proposing a new sexual health model of practice for disability teams: The Recognition Model. *International Journal of Therapy & Rehabilitation*, 17, 290-299.

- CURAVIVA Schweiz (2015). Gazette. Sexualität - Thema des beruflichen Alltags [On-Line]. Heruntergeladen von <http://www.curaviva.ch/Verlag/PDgwT/?id=26FABA0F-D27BC19B757850D8BC813848&method=objectdata.detail&p=1&callerid=&c=1E062A1D-9041-B02D-A47DB0067025B42E> am 21.03.2015
- Dyer, K. & das Nair, R. (2014). Talking about sex after traumatic brain injury: perceptions and experiences of multidisciplinary rehabilitation professionals. *Disability & Rehabilitation*, 36, 1431-1438.
- Eldar, R., Marincek, C. & Kullmann, L. (2008). Need for Rehabilitation Teamwork Training in Europe. *Croatian Medical Journal*, 49, 352-357.
- Esmail, S., Darry, K., Walter, A. & Knupp, H. (2010). Attitudes and perceptions towards disability and sexuality. *Disability & Rehabilitation*, 32, 1148-1155.
- Fontana, R. T., Santos, A. V. & Brum, Z. P. (2013). HEALTH EDUCATION AS A STRATEGY FOR HEALTHY SEXUALITY. *Revista De Pesquisa: Cuidado e Fundamental*, 5, 529-536.
- Fronek, P., Booth, S., Kendall, M., Miller, D. & Geraghty, T. (2005). The Effectiveness of a Sexuality Training Program for the Interdisciplinary Spinal Cord Injury Rehabilitation Team. *Sexuality & Disability*, 23, 51-63.
- Fronek, P., Kendall, M., Booth, S., Eugarde, E. & Geraghty, T. (2011). A Longitudinal Study of Sexuality Training for the Interdisciplinary Rehabilitation Team. *Sexuality & Disability*, 29, 87-100.
- Galvin, R. (2006). A genealogy of the disabled identity in relation to work and sexuality. *Disability & Society*, 21, 499-512.
- Giami, A. & Pacey, S. (2006). Training health professionals in sexuality. *Sexual & Relationship Therapy*, 21, 267-271.
- Gianotten, W. L., Bender, J. L., Post, M. W. & Höing, M. (2006). Training in sexology for medical and paramedical professionals: A model for the rehabilitation setting. *Sexual and Relationship Therapy*, 21, 303-317.



- Gray, S. L., Culpepper, C. L. & Welsh, D. P. (2012). Adolescence. In V. S. Ramachandran (Hrsg.), *Encyclopedia of Human Behavior* (S. 22-29). San Diego: Academic Press.
- Higgins, A., Sharek, D., Nolan, M., Sheerin, B., Flanagan, P., Slaicuinaite, S., . . . Walsh, H. (2012). Mixed methods evaluation of an interdisciplinary sexuality education programme for staff working with people who have an acquired physical disability. *Journal of Advanced Nursing*, *68*, 2559-2569.
- Hyland, A. & Mc Grath, M. (2013). Sexuality and occupational therapy in Ireland - a case of ambivalence? *Disability & Rehabilitation*, *35*, 73-80.
- Jones, M. K., Weerakoon, P. & Pynor, R. A. (2005). Survey of occupational therapy students' attitudes towards sexual issues in clinical practice. *Occupational Therapy International*, *12*, 95-106.
- Juergens, M. H., Smedema, S. M. & Berven, N. L. (2009). Willingness of Graduate Students in Rehabilitation Counseling to Discuss Sexuality with Clients. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, *53*, 34-43.
- Kazukauskas, K. A. & Lam, C. S. (2010). Disability and Sexuality: Knowledge, Attitudes, and Level of Comfort Among Certified Rehabilitation Counselors. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, *54*, 15-25.
- Kielhofner, G. (2008). *Model of Human Occupation: Theory and application*. Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kielhofner, G., Mentrup, C. & Niehaus, A. (2009). Das „Model of Human Occupation“ (MOHO): Eine Übersicht zu den grundlegenden Konzepten und zur Anwendung. In C., Jerosch-Herold, U., Marotzki, B.M., Stubner, & P., Weber (Hrsg.), *Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis* (S. 56-83). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Kleinplatz, P. J., Menard, A. D., Paquet, M., Paradis, N., Campbell, M., Zuccarino, D. & Mehak, L. (2009). The components of optimal sexuality: A portrait of "great sex". *Canadian Journal of Human Sexuality*, *18*, 1-13.

- Körner, M. (2010). Interprofessional teamwork in medical rehabilitation: A comparison of multidisciplinary and interdisciplinary team approach. *Clinical Rehabilitation*, 24, 745-755.
- Kreuter, M., Taft, C., Siösteen, A. & Biering-Sørensen, F. (2011). Women's sexual functioning and sex life after spinal cord injury. *Spinal Cord*, 49, 154-160.
- Lane, C. & Rollnick, S. (2007). The use of simulated patients and role-play in communication skills training: A review of the literature to August 2005. *Patient Education & Counseling*, 67, 13-20.
- Law, M., Stewart, D., Letts, L., Pollock, N., Bosch, J. & Westmorland, M. (1998). Guidelines for Critical Review Form . Quantitative Studies [On-Line]. Heruntergeladen von <http://www.srs-mcmaster.ca> am 17.12.2014
- Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J. & Westmorland, M. (2007). Guidelines for Critical Review Form . Quantitative Studies (Version 2.0) [On-Line]. Heruntergeladen von <http://www.srs-mcmaster.ca> am 17.02.2014
- Madkour, A., Spriggs, de Looze, M., Ma, P., Halpern, C., Tucker, Farhat, T., ter Bogt, T. F. M., . . . Godeau, E. (2014). Macro-Level Age Norms for the Timing of Sexual Initiation and Adolescents' Early Sexual Initiation in 17 European Countries. *Journal of Adolescent Health*, 55, 114-121.
- Mah, K. & Binik, Y., M. (2005). Are Orgasms in the Mind or the Body? Psychosocial versus Physiological Correlates of Orgasmic Pleasure and Satisfaction. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 31, 187-200.
- Mahler, C., Gutmann, T., Karstens, S. & Joos, S. (2014). Begrifflichkeiten für die Zusammenarbeit in den Gesundheitsberufen . Definition und gängige Praxis. Abstract heruntergeladen von <http://www.egms.de/static/de/journals/zma/2014-31/zma000932.shtml> am 22.02.2015
- McGrath, M. & Lynch, E. (2014). Occupational therapists' perspectives on addressing sexual concerns of older adults in the context of rehabilitation. *Disability & Rehabilitation*, 36, 651-657.

- Moin, V., Duvdevany, I. & Mazor, D. (2009). Sexual Identity, Body Image and Life Satisfaction Among Women With and Without Physical Disability. *Sexuality & Disability*, 27, 83-95.
- Northcott, R. & Chard, G. (2000). Sexual Aspects of Rehabilitation: The Client's Perspective. *British Journal of Occupational Therapy*, 63, 412-418.
- Ostrander, R.N. (2008). When identities collide: masculinity, disability and race. *Disability & Society*, 23, 585-597.
- Oppliger, S. (2015). Ergotherapie und Sexualität. (Ergotherapeutinnen-Verband Schweiz [EVS], Hrsg.), *Ergotherapie* (S. 9-11). Bern.
- Parker, M.G. & Yau, M.K. (2012). Sexuality, Identity and Women with Spinal Cord Injury. *Sexuality & Disability*, 30, 15-27.
- Pebdani, R. N. (2013). Rehabilitation Counselor Knowledge, Comfort, Approach, and Attitude toward Sex and Disability. *Rehabilitation Research, Policy & Education*, 27, 32-42.
- Post, M. W. M., Gianotten, W. L., Heijnen, L., Lambers, E. J. H. R. & Willems, M. (2008). Sexological Competence of Different Rehabilitation Disciplines and Effects of a Discipline-specific Sexological Training. *Sexuality & Disability*, 26, 3-14.
- Prosiegel, M. & Böttger, S. (2007). *Neuropsychologische Störungen und ihre Rehabilitation*. München: Richard Pflaum Verlag GmbH & Co. KG.
- Reitz, A., Tobe, V., Knapp, P. A. & Schurch, B. (2004). Impact of spinal cord injury on sexual health and quality of life. *International Journal of Impotence Research*, 16, 167-174.
- Richards, M. H., Crowe, P. A., Larson, R. & Swarr, A. (1998). Developmental Patterns and Gender Differences in the Experience of Peer Companionship during Adolescence. *Child Development*, 69, 154-163.
- Rubin, R. (2005). Communication about sexual problems in male patients with multiple sclerosis. *Nursing Standard*, 19, 33-37.

- Sakellariou, D. & Algado, S. S. (2006). Sexuality and Occupational Therapy: Exploring the Link. *British Journal of Occupational Therapy*, 69, 350-356.
- Sakellariou, D. & Sawada, Y. (2006). Sexuality After Spinal Cord Injury: The Greek Male's Perspective. *American Journal of Occupational Therapy*, 60, 311-319.
- Sakellariou, D. (2012). Sexuality and Disability: A Discussion on Care of the Self. *Sexuality & Disability*, 30, 187-197.
- Selle, U. (2000). Sexuelsprachliche Möglichkeiten. In J. Braun, E. Burchardt, F. Herrath, L. Lähnemann, B. Martin, B. Niemann, . . . S. Tolkmitt, U. Sielert, & K. Valtl (Hrsg.), *Sexualpädagogik lehren: Ein didaktisches Modell für die Aus- und Weiterbildung* (S. 246-248). Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Sheldon, A. P., Renwick, R. & Yoshida, K. K. (2011). Exploring Body Image and Self-Concept of Men With Acquired Spinal Cord Injuries. *American Journal of Men's Health*, 5, 306-317.
- Simpson, G., Anwar, S., Wilson, J. & Bertapelle, T. (2006). Improving the rehabilitative management of client sexual health concerns after neurological disability: Evaluation of a staff sexuality training programme in New Zealand. *Clinical Rehabilitation*, 20, 847-859.
- Temple, R. O., Zgaljardic, D. J., Yancy, S. & Jaffray, S. (2007). Crisis Intervention Training Program: Influence on Staff Attitudes in a Postacute Residential Brain Injury Rehabilitation Setting. *Rehabilitation Psychology*, 52, 429-434.
- Timm, T. M. (2009). "Do I Really Have to Talk About Sex?" Encouraging Beginning Therapists to Integrate Sexuality into Couples Therapy. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 8, 15-33.
- Valvano, A. K., West, L. M., Wilson, C. K., Macapagal, K. R., Penwell-Waines, L. M., Waller, J. L. & Stepleman, L. M. (2014). Health Professions Students' Perceptions of Sexuality in Patients with Physical Disability. *Sexuality & Disability*, 32, 413-427.

- Van Cranenburgh, B. (2007). Das Behandlungsteam: Mono-, multi- oder interdisziplinär. *Neurorehabilitation neurophysiologische Grundlagen, Lernprozesse, Behandlungsprinzipien* (S. 16-19). München: Elsevier GmbH.
- Weerakoon, P., Sitharthan, G. & Skowronski, D. (2008). Online sexuality education and health professional students' comfort in dealing with sexual issues. *Sexual & Relationship Therapy*, 23, 247-257.
- World Health Organization (2005). Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF): World Health, Organization, Genf. Heruntergeladen von <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/index.htm> am 12.11.2014
- 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 14.03.2015

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 <i>Darstellung Selektionsprozess</i> .....	21
Abbildung 2 <i>Grundschemata MOHO (Kielhofner, Mentrup &amp; Niehaus, 2009, S.58)</i> .....	23
Abbildung 3 <i>Qualitative Ergebnisse im MOHO Modell</i> .....	51

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 <i>Keywordtabelle</i> .....	17
Tabelle 2 <i>Ein-/ Ausschlusskriterien</i> .....	19
Tabelle 3 <i>Hauptliteratur</i> .....	22
Tabelle 4 <i>Übersicht der Studienergebnisse</i> .....	43
Tabelle 5 <i>Begriffsdefinitionen Glossar</i> .....	72
Tabelle 6 <i>Kombinationen Keywords und Schlagwörter</i> .....	83
Tabelle 7 <i>Beurteilung Fronek et al. (2005) nach Law et al. (1998)</i> .....	91
Tabelle 8 <i>Beurteilung von Simpson et al. (2006) nach Law et al. (1998)</i> .....	99
Tabelle 9 <i>Beurteilung Fronek et al. (2011) nach Law et al. (1998)</i> .....	108
Tabelle 10 <i>Beurteilung Fronek et al. (2011) nach Letts et al. (2007)</i> .....	119
Tabelle 11 <i>Beurteilung Higgins et al. (2012) nach Law et al. (1998)</i> .....	125
Tabelle 12 <i>Beurteilung Higgins et al. (2012) nach Letts et al. (2007)</i> .....	133

## Abkürzungsverzeichnis

<b>AOTA</b>	American Occupational Therapy Association
<b>ICF</b>	International Classification of Functioning, Disability and Health
<b>KCAASS</b>	Knowledge, Comfort, Approach and Attitude Sexuality Scale
<b>MOHO</b>	Model of Human Occupation
<b>Reha</b>	Rehabilitation
<b>WHO</b>	World Health Organization

## 10 Wortzahl

Abstract: 200

Gesamte Arbeit: 11408

## **11 Danksagung**

Ganz herzlich bedanken möchten wir uns bei unserer Mentorin Maria Auer für die Betreuung und Unterstützung während des Prozesses unserer Bachelorarbeit. Sie hat sich für immer wieder auftretende Fragen und Unklarheiten unsererseits viel Zeit genommen. Ein weiteres, grosses Dankeschön richtet sich an Marion Huber, welche uns bei der Beurteilung der Hauptstudien zu Rat beiseite stand. Weiter möchten wir uns bei Adrian Sigrist, Eliane Ott sowie Ben Fluri bedanken. Sie haben sich die Zeit genommen, unsere Arbeit auf Rechtschreibung, Satzbau, den roten Faden sowie das Fachliche zu überprüfen. Ein riesen Dankeschön auch an Marina Schulz, die uns das Drucken und Binden der Bachelorarbeit ermöglicht hat.

Zum Schluss möchten wir uns auch recht herzlich bei unseren Freunden und Familie bedanken für die mentale Unterstützung. Ihr habt uns immer wieder aufs Neue Mut gemacht. Vielen lieben Dank.

## **12 Eigenständigkeitserklärung**

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

Clara Eberhard

Nadine Janaïna Schulz

## Anhang

### A Glossar

Tabelle 5 Begriffsdefinitionen Glossar

Begriff	Bedeutung
<b>Asexuell</b>	Asexuell ist das Gegenteil von sexuell. Sexuell wird in Verbindung gebracht mit geschlechtlich, wodurch asexuell mit nicht geschlechtlich gleichgesetzt werden kann (Brockhaus Enzyklopädie, 2012).
<b>Berührerin</b>	Eine Berührerin, auch Sexualassistentin genannt, unterstützt beeinträchtigte Menschen darin, sinnliche und sexuelle Erlebnisse zu erfahren (INSOS Schweiz, 2011).
<b>Betätigung</b>	Laut der American Occupational Therapy Association [AOTA] (2014) sind Betätigungen verschiedenartige Aktivitäten des Lebens, welche zentral sind für die Identität einer Person. Betätigungen haben eine besondere Bedeutung und einen besonderen Wert für diejenige Person, welche sie ausführt.
<b>Betätigungsidentität</b>	Die Betätigungsidentität ist dadurch definiert, wie eine Person sich selber sieht und wer sie gerne sein möchte (Kielhofner, 2008). Sie beinhaltet die eigene Selbstwirksamkeit* und die Leistungsfähigkeit, die eine Person in ihrem Tun/Handeln erlebt (Kielhofner, 2008). Die Person definiert sich selber, zum einen über eigene Interessen und Rollen die sie in einer Gesellschaft einnimmt und ausführt. Zum anderen hängt die Identitätsbildung davon ab, wie eine Person ihre Umwelt erlebt und welche Erwartungen die Umwelt an die Person stellt.
<b>Betätigungskompetenz</b>	Die Betätigungskompetenz setzt Betätigungsidentität in eine Handlung um, in dem die eingenommenen Rollen und Interessen entsprechend dem eigenen Leistungsstandard ausgeführt werden. In der Betätigungskompetenz werden all jene Betätigungen wahrgenommen, welche ein Gefühl von Kontrollüberzeugung, Zufriedenheit und Erfüllung vermitteln und kompatibel sind mit der eigenen Betätigungsidentität (Kielhofner, 2008)



Fortsetzung

**Tabelle 5** Begriffsdefinitionen Glossar

<b>Begriff</b>	<b>Bedeutung</b>
<b>Ergotherapie</b>	Im Occupational Therapy Practice Framework der American Occupational Therapy Association [AOTA] (2014) verbessert oder ermöglicht die Ergotherapie Einzelpersonen oder Gruppen mittels Alltagsaktivitäten die Teilnahme an Rollen, Gewohnheiten und Routinen bei Ihnen zu Hause, in der Schule, am Arbeitsplatz, in der Gesellschaft oder in einem anderen Setting. Ergotherapeuten sorgen sich darum, dass ihre Klienten maximale Partizipation erreichen können. Die Ergotherapie als Profession zeichnet sich durch ihre klientenzentrierte Arbeit und ihre ganzheitliche Erfassung aus (Sumsion & Law, 2006).
<b>Erworbene Körperbeeinträchtigung</b>	Siehe Körperbehinderte
<b>Fertigkeit</b>	Fertigkeiten sind laut Kielhofner (2008) beobachtbare und zielgerichtete Aktionen, die von einer Person eingesetzt werden, um eine Handlung durchzuführen.
<b>Gemeinschaftswesen</b>	Der Begriff wurde in Fronek et al. (2011) ungenau beschrieben und konnte seitens der Verfasserinnen nicht korrekt übersetzt werden.
<b>Gesellschaftliche Einstellungen</b>	Gesellschaftliche Einstellungen meint die allgemeine oder spezifische Meinungen oder Überzeugungen einer Kultur über soziale, politische oder ökonomische Themen (WHO, 2005).
<b>Gewohnheit</b>	Gewohnheit ist laut Kielhofner (2008) eine erworbene Fähigkeit, sich in gleich bleibenden Situationen ähnlich zu verhalten und ähnlich zu reagieren. Damit eine Gewohnheit sich entwickeln kann, muss sich eine Handlung mehrmals auf die gleiche Weise wiederholen.
<b>ICF</b>	Die International Classification of Functioning, Disability and Health, kurz ICF, ist ein Konzept der funktionalen Gesundheit, welches in einer einheitlichen Sprache für fachübergreifende Disziplinen geschrieben wurde. Die ICF ermöglicht es, Informationen über Ressourcen und Einschränkungen aller Aspekte der Gesundheit eines Menschen zu erfassen und zu strukturieren (WHO, 2005).

Fortsetzung

**Tabelle 5** Begriffsdefinitionen Glossar

<b>Begriff</b>	<b>Bedeutung</b>
<b>ICF Core Set</b>	Core Sets sind laut Selb et al. (2015) Listen mit einer Auswahl an spezifischen ICF Kategorien aus der gesamten ICF Klassifikation. Diese Listen enthalten jene ICF Kategorien, welche für Gesundheitsstörungen relevant sind.
<b>Interdisziplinäres Team / Interprofessionelles Team</b>	Ein interdisziplinäres, sprich interprofessionelles Team zeichnet sich dadurch aus, dass die Teammitglieder der einzelnen Disziplinen miteinander Behandlungsziele und -massnahmen der Klienten ausformulieren und diese anschliessend durchführen. Im Vergleich zu multidisziplinären Teams ist die Zusammenarbeit zwischen den interdisziplinären Teammitgliedern wesentlich intensiver (Körner, 2010). Den Verfasserinnen geht es in der Bachelorarbeit explizit um die Zusammenarbeit der verschiedenen Disziplinen.
<b>Interessen</b>	Ein Interesse wird für jene Betätigungen empfunden, welche einer Person Freude und Zufriedenheit in der Ausführung ermöglichen (Kielhofner, Mentrup & Niehaus, 2009).
<b>Intime Beziehungen</b>	Unter diesem Core Set versteht die WHO (2005) das Aufbauen und Aufrechterhalten von intimen Beziehungen oder Liebensbeziehungen zwischen einem Ehemann und einer Ehefrau, sich Liebenden oder Sexualpartnern. Die intimen Beziehungen beinhalten romantische, eheliche und sexuelle Beziehungen. Die romantischen Beziehungen sind im Vergleich zu freundschaftlichen Beziehungen durch Zuneigung und sexuellem Verhalten gekennzeichnet (Collins et al., 2009).
<b>Kommunikations- und Interaktionsfertigkeit</b>	Hierbei handelt es sich laut Kielhofner (2008) um die Vermittlung von Absichten und Bedürfnissen im sozialen Kontakt mit anderen. Dies beinhaltet das Gestikulieren, das Sprechen, das Zusammenarbeiten oder aber auch das Durchsetzungsvermögen anderen Menschen gegenüber.
<b>Körperbild</b>	Als Körperbild werden bewusste und unbewusste Wahrnehmungen des eigenen Körpers verstanden (Kent, 2006).

Fortsetzung

**Tabelle 5** Begriffsdefinitionen Glossar

<b>Begriff</b>	<b>Bedeutung</b>
<b>Körperbehinderung</b>	Als Körperbehinderung wird die erworbene oder angeborene Beeinträchtigung von Körperfunktionen eines Menschen verstanden, welche durch einen Unfall oder eine Krankheit entstanden ist (Brockhaus Enzyklopädie Online, 2012). Die Verfasserinnen beschränken sich in ihrer Arbeit nur auf die erworbenen Körperbeeinträchtigungen.
<b>Körperfunktionen</b>	Die WHO (2005, S.16) definiert Körperfunktionen als physiologische Funktionen der Körpersysteme. Ein Beispiel hierfür wären mentale Funktionen oder Sprech- und Stimmfunktionen.
<b>Motorische Fertigkeit</b>	Dies beinhaltet das Bewegen der eigenen Person oder das Bewegen von Objekten in einem Raum (Kielhofner, 2008).
<b>Multiple Sklerose</b>	Die Multiple Sklerose ist eine chronisch entzündliche Erkrankung des Nervensystems (Kell, Kirchhefer & Voss, 2005, S.146). Bei der Erkrankung kommt es zu einer Schädigung der weissen Substanz des zentralen Nervensystems, den Myelinscheiden. Mögliche Entzündungen können an verschiedenen Orten im Rückenmark und im Gehirn auftreten. Die Schädigung der Myelinscheiden hat zur Folge, dass die Reizweiterleitung der Aktionspotentiale zunächst verzögert erfolgt. Im Laufe der Erkrankung kann es auch zu kompletten Ausfällen der Reizweiterleitung kommen. Je nach Entzündungsort treten unterschiedliche Krankheitssymptome auf wie beispielsweise motorische Störungen, Sensibilitätsstörungen oder zerebelläre Störungen wie Ataxie (Kell, Kirchhefer & Voss, 2005)
<b>Normen</b>	Unter Normen werden die Ansprüche an ein erwartetes Verhalten verstanden. Normen deuten darauf hin, wie Personen sich in bestimmten Situationen zu verhalten haben (Heery & Noon, 2008). Normen werden in sozialen und kulturellen Kontexten erlernt (Tomlinson, 2010).
<b>Partizipation</b>	Unter Partizipation wird die Teilhabe verstanden. Die WHO (2005, S.16) versteht unter Teilhabe das Einbezogenensein in eine Lebenssituation.
<b>Prozesshafte Fertigkeit</b>	Bei diesen Fertigkeiten geht es darum, eine Handlung in zeitlich logischer Reihenfolge durchzuführen, angemessene Werkzeuge und Materialien zu verwenden und eine Anpassung bei auftretenden Problemen vorzunehmen (Kielhofner, 2008).

Fortsetzung

**Tabelle 5** Begriffsdefinitionen Glossar

<b>Begriff</b>	<b>Bedeutung</b>
<b>Physische und emotionale Unterstützung</b>	Unter diesem Kriterium wird das Ausmass an physischer oder emotionaler Unterstützung verstanden, welche eine Person einer anderen geben kann (WHO, 2005).
<b>Querschnittslähmung</b>	Die Querschnittslähmung ist eine Rückenmarksverletzung (Corinth & Enders, 2008). Mögliche Ursachen einer solchen Verletzung können Tumore, Wirbelsäulenverletzungen oder Blutungen sein (Trepel, 2012). Je nach Läsionshöhe des Rückenmarks wird zwischen einer Tetra- und Paraplegie unterschieden. Bei einer Tetraplegie liegt eine Verletzung auf der Höhe des Halsmarks vor, wodurch die Beine, die Arme und der Rumpf betroffen sind. Bei einer Paraplegie liegen mögliche Verletzungen in der Brust, Lenden oder- Sakralmarksbereichen, wodurch der Rumpf und die Beine gelähmt sind. Neben Störungen der Blasen- oder Darmfunktion ist ebenfalls die Sexualfunktion beeinträchtigt (Corinth & Enders, 2008).
<b>Räumliche Umwelt</b>	Die Umwelt besteht aus Räumen wie beispielsweise einem Büro oder einem Spitalzimmer und den darin enthaltenen Objekten. Die Räume, wie auch die Objekte, beeinflussen das Betätigungsverhalten (Kielhofner, Mentrup & Niehaus, 2009).
<b>Rehabilitation [Reha]</b>	Eine Reha hat das Ziel, die erworbenen, körperlichen Beeinträchtigungen von Klienten zu minimieren sowie die Genesung und die maximale Teilhabe in der Gesellschaft anzustreben. Während der rehabilitativen Phase leidet ein Grossteil der Klienten an sexuellen Problemen (Gianotten et al., 2006). Im rehabilitativen Setting sollten alle Bedürfnisse des Klienten abgedeckt werden. Um dies zu gewährleisten, setzt sich das Reha-Team aus unterschiedlichen Professionen wie Ärzten, Pflegefachpersonen, Physio . und Ergotherapeuten, Logopäden, Sozialarbeitern und klinischen Psychologen zusammen (Eldar, Marincek & Kullmann, 2008).
<b>Rolle</b>	Als Rolle versteht Kielhofner (2008) ein gesellschaftlich und/ oder persönlich definierter sozialer Status dazu gezeigten Einstellungen und Verhaltensmustern. Jede Person nimmt in ihrem Leben eine Vielzahl verschiedener Rollen ein, wie beispielsweise die Rolle des Arbeitnehmers oder Vaters.

Fortsetzung

**Tabelle 5** Begriffsdefinitionen Glossar

Begriff	Bedeutung
<b>Schädel-Hirn-Trauma</b>	Laut Kell, Kirchhefer & Voss (2005, S. 175) wird von einem Schädelhirntrauma gesprochen, wenn sowohl der Schädel als auch das Gehirn in Mitleidenschaft gezogen werden. Das Schädelhirntrauma wird in vier Schweregrade eingeteilt. Bei der <b>Commotio cerebri</b> handelt es sich um den ersten Schweregrad. Die Folgen dieses leichten Hirntraumas sind kurze Bewusstlosigkeit, Erinnerungsstörungen für die Zeit vor und nach dem Unfall, Erbrechen und Übelkeit als vegetative Störungen sowie leichte Kopfschmerzen. Bleibende Schäden können ausgeschlossen werden. Bei der <b>Contusio cerebri</b> hingegen liegt eine Hirnprellung vor, die auf unterschiedlich starke Druck- oder Zugschädigungen der Gehirnschubstanz zurückzuführen ist und eine direkte Schädigung der Hirnschubstanz zur Folge hat. Je nach Schweregrad der Verletzung kann es neben intrazerebralen Blutungen zu längeren Bewusstseinsverlusten, zu Lähmungen oder Sensibilitätsstörungen kommen. Folgeschäden können nicht ausgeschlossen werden (Kell, Kirchhefer & Voss, 2005).
<b>Setting</b>	Ein Setting bildet einen Rahmen, in welchem therapeutische Prozesse, aber auch bestimmte Erlebnisse stattfinden (Brockhaus Enzyklopädie, 2012).
<b>Selbstwirksamkeit</b>	Selbstwirksamkeit ist eine situationsspezifische Form von Selbstvertrauen. Die Selbstwirksamkeit hängt eng mit der Überzeugung einer Person zusammen, ob sie durch ihr eigenes Handeln und ihre Fähigkeiten ein gewünschtes Resultat erzielen kann. Der Erfolg der gezeigten Leistung ist folglich stark an die Überzeugung der eigenen Fähigkeiten gekoppelt (Kent, 2006).
<b>Sexuelle Funktionen</b>	Unter einer sexuellen Funktion werden laut der WHO (2005) die mentalen und physischen Funktionen verstanden, welche mit dem Geschlechtsakt zusammenhängen. Darunter fallen die Stadien der Erregung, des Vorspiels, des Orgasmus und letztlich der Entspannung.
<b>Sexuelle Dysfunktion</b>	Eine sexuelle Dysfunktion besteht, wenn ein Geschlechtsorgan nicht mehr korrekt funktioniert (Beispielsweise Impotenz) (Sexual dysfunction, 2007).
<b>Sexuelle Identität</b>	Die sexuelle Identität beinhaltet das sexuelle Selbstwertgefühl, die sexuelle Zufriedenheit sowie die Bedeutung von Sex im Leben einer Person (Moin et al., 2009).

Fortsetzung

**Tabelle 5** Begriffsdefinitionen Glossar

Begriffe	Bedeutung
<b>Sexuelle Belästigung</b>	Sexuelle Belästigung ist jedes unerwünschte, sexuell bestimmte Verhalten, das die Würde von Beschäftigten am Arbeitsplatz verletzt (Brockhaus Enzyklopädie, 2012).
<b>Selbstbild</b>	Das Selbstbild ist die Kombination zwischen gemachten Erfahrungen eigener Fähigkeiten und die damit verbundene Wirksamkeit. Durch gemachte Erfahrungen wird gelernt, in welchen intellektuellen, körperlichen und zwischenmenschlichen Fähigkeiten eine Stärken und Schwächen hat (Kielhofner, Mentrup & Niehaus, 2009).
<b>Soziale Umwelt</b>	Die soziale Umwelt setzt sich aus Personengruppen und Betätigungsformen zusammen. In Personengruppen herrschen Normen und Rollenerwartungen, die das Betätigungsverhalten der einzelnen Menschen innerhalb der Gruppe beeinflussen (Kielhofner, Mentrup & Niehaus, 2009).
<b>Umwelt</b>	Der Begriff Umwelt umfasst die physischen, sozialen, wirtschaftlichen, kulturellen und politischen Eigenschaften, welche die Motivation, Organisation und Durchführung einer bedeutenden Aktivität eines Individuums beeinflussen (Kielhofner, 2008).
<b>Zerebralparese</b>	Zerebralparese ist ein Krankheitsbild, welches die Haltung, Bewegung und die motorische Funktion stört. Grund dafür ist eine sich nicht erweiternde Läsion des sich entwickelnden Gehirns (Zerebralparese, infantile. In <i>Klinisches Wörterbuch</i> (n.d.)).

## B Literaturverzeichnis Glossar

- (2007). sexual dysfunction. In Last, J. (Hrsg.), *A Dictionary of Public Health*. Oxford University Press. Heruntergeladen von <http://www.oxfordreference.com/view/10.1093/acref/9780195160901.001.0001/acref-9780195160901-e-4127> am 24.03.2015
- American Occupational Therapy Association (2014). OCCUPATIONAL THERAPY PRACTICE FRAMEWORK: Domain & process, 3rd edition. *American Journal of Occupational Therapy*, 68, 1-48.
- Brockhaus Enzyklopädie Online (2012). Körperbehinderte [elektronische Version]. Heruntergeladen von <https://fh-zuer.brockhaus-wissensservice.com/brockhaus/k%C3%B6rperbehinderte> am 17.02.2015
- Brockhaus Enzyklopädie Online (2012). Setting [elektronische Version]. Heruntergeladen von <https://fh-zuer.brockhaus-wissensservice.com/brockhaus/setting> am 11.03.2015
- Brockhaus Enzyklopädie Online (2012). Sexuell [elektronische Version]. Heruntergeladen von <https://fh-zuer.brockhaus-wissensservice.com/brockhaus/sexuell> am 11.03.2015
- Brockhaus Enzyklopädie Online (2012). Sexuelle Belästigung [elektronische Version]. Heruntergeladen von <https://fh-zuer.brockhaus-wissensservice.com/brockhaus/sexuelle-bel%C3%A4stigung> am 19.03.2015
- Collins, W. A., Welsh, D. P. & Furman, W. (2009). Adolescent Romantic Relationships. *Annual Review of Psychology*, 60, 631-652.
- Corinth, B. & Enders, B. (2008). Querschnittlähmung. In C. Koesling & T. Bollinger-Herzka (Hrsg.), *Ergotherapie in Orthopädie, Traumatologie und Rheumatologie* (S.278- 284). Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- Eldar, R., Marincek, C. & Kullmann, L. (2008). Need for Rehabilitation Teamwork Training in Europe. *Croatian Medical Journal*, 49, 352-357.

- Gianotten, W. L., Bender, J. L., Post, M. W. & Höing, M. (2006). Training in sexology for medical and paramedical professionals: A model for the rehabilitation setting. *Sexual & Relationship Therapy, 21*, 303-317.
- Heery, E. & Noon, M. (2008). norms. In A Dictionary of Human Resource Management. Oxford University Press. Heruntergeladen von <http://www.oxfordreference.com/view/10.1093/acref/9780199298761.001.0001/acref-9780199298761-e-839> am 11.03.2015
- INSOS Schweiz (2011). Umgang mit Sexualität in Institutionen für Menschen mit Behinderung. Heruntergeladen von <http://www.insos.ch/publikationen/insos-magazin/arciv-magazin/> am 21.03.2015
- Kell, C., Kirchhefer, R. & Voss, R. (2005). *Neurologie und Psychiatrie. Krankheitslehre für Physiotherapeuten und Masseur.* München: Urban & Fischer.
- Kielhofner, G. (2008). *Model of human occupation: Theory and application.* Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kielhofner, G., Mentrup, C. & Niehaus, A. (2009). Das sModel of Human Occupation% (MOHO): Eine Übersicht zu den grundlegenden Konzepten und zur Anwendung. In C., Jerosch-Herold, U., Marotzki, B.M., Stubner, & P., Weber (Hrsg.), *Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis* (S. 56-83). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Kent, M. (2006). body image. In The Oxford Dictionary of Sports Science & Medicine. Oxford University Press. Heruntergeladen von <http://www.oxfordreference.com/view/10.1093/acref/9780198568506.001.0001/acref-9780198568506-e-958> am 11.03.2015
- Kent, M. (2006). self-efficacy. In The Oxford Dictionary of Sports Science & Medicine. Oxford University Press. Heruntergeladen von <http://www.oxfordreference.com/view/10.1093/acref/9780198568506.001.0001/acref-9780198568506-e-6269> am 11.03.2015



- Körner, M. (2010). Interprofessional teamwork in medical rehabilitation: a comparison of multidisciplinary and interdisciplinary team approach. *Clinical Rehabilitation*, 24, 745-755.
- Mahler, C., Gutmann, T., Karstens, S. & Joos, S. (2014). Begrifflichkeiten für die Zusammenarbeit in den Gesundheitsberufen . Definition und gängige Praxis. Abstract heruntergeladen von <http://www.egms.de/static/de/journals/zma/2014-31/zma000932.shtml> am 22.02.2015
- Moin, V., Duvdevany, I. & Mazor, D. (2009). Sexual identity, Body Image and Life Satisfaction Among Women With and Without Physical Disability. *Sexuality & Disability*, 27, 83-95.
- Selb, M., Escorpizo, R., Kostanjsek, N., Stucki, G., Ustun, B. & Cieza, A. (2015). A guide on how to develop an international classification of functioning, disability and health core set. *European Journal of Physical & Rehabilitation Medicine*, 51, 105-117.
- Sumsion, T. & Law, M. (2006). A review of evidence on the conceptual elements informing client-centred practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 73, 153-162.
- Tomlinson, A. (2010). norms. In *A Dictionary of Sports Studies.*: Oxford University Press. Heruntergeladen von <http://www.oxfordreference.com/view/10.1093/acref/9780199213818.001.0001/acref-9780199213818-e-806> am 11.03.2015
- Trepel, M. (2012). *Neuroanatomie Struktur und Funktion* (5. Aufl. ed.). München: Urban & Fischer. S. 87-108.
- Van Cranenburgh, B. (2007). *Neurorehabilitation. Neurophysiologische Grundlagen, Lernprozesse, Behandlungsprinzipien*. München: Urban & Fischer.
- World Health Organization (2005). *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)*: World Health, Organization, Genf. Heruntergeladen von <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/index.htm> am 12.11.2014

Zerebralparese, infantile. In *Klinisches Wörterbuch* (n.d.). Berlin, Boston: De Gruyter. Heruntergeladen von <http://www.degruyter.com/view/kw/4410130> am 03.01.2015

## C Teilausschnitt Literatursuche

Tabelle 6 Kombinationen Keywords und Schlagwörter

Wortkombinationen	Datenbank	Treffer	Mögliche relevante Treffer
sexuality AND training AND rehabilitation	Cinahl	46	<b>Ca. 10</b> Fronek et al. (2011) Fronek et al. (2005) Pebdani et al. (2013) Post et al. (2008) Simpson et al. (2008) Gianotten et al. (2006) Fontana et al. (2013) Kazukauskas et al. (2010) Rubin (2005) Dyer et al. (2014)
sexuality AND training AND interdisciplinary	Cinahl	7	<b>6</b> Fronek et al. (2011) Fronek et al. (2005) Booth et al. (2003) Giami et al. (2006) Gianotten et al. (2006) Tepper et al. (1997) -> zu alt!
sexuality AND training AND rehabilitation AND interdisciplinary	Cinahl	5	<b>4</b> Gianotten et al.(2006) Fronek et al. (2005) Fronek et al. (2011) Booth et al. (2003)-> zu alt!
acquired physical dis- ability AND sexuality AND rehabilitation	Cinahl	2	<b>1</b> Higgins et al.(2012)

Fortsetzung

**Tabelle 6** Kombinationen Keywords und Schlagwörter

<b>Wortkombinationen</b>	<b>Datenbank</b>	<b>Treffer</b>	<b>Mögliche relevante Treffer</b>
sexuality training AND training OR education AND interdisciplinary team AND occupational therapy* AND disabled NOT mental disorders NOT child* AND rehabilitation	Cinahl	<b>Jahrgang ab 2005:</b> 47	<b>9</b> Indavere et al. (2013) Fronek et al. (2011) Pebdani (2013) Simpson et al. (2006) Giami et al. (2006) Fronek et al. (2005) Hyland & Mc Grath (2013) Kazukauskas et al. (2010) Simpson et al. (2007)
sexuality AND training OR workshop AND interdisciplinary AND rehabilitation	Medline	18	<b>1</b> Higgins et al.(2012)
health professional* AND sexuality AND multidisciplinary	Medline	8	<b>1</b> Haboui et al. (2003) -> zu alt!
<b>Patient Care Team</b> AND ((rehabilitation OR rehabilitation center*) AND sexuality) AND <b>Inservice Training</b>	Medline	0	<b>0</b>
<b>Patient Care Team</b> AND ((rehabilitation or rehabilitation center*) and sexuality)	Medline	4	<b>1</b> Halstead et al. (1976) -> zu alt
sexuality	OTDBase	40	<b>1</b> Indavere et al. (2013) -> spanisch
<b>inservice Training</b> AND sexuality AND rehabilitation	Medline	3	<b>3</b> Higgins et al. (2012) Simpson et al. (2006) Burch et al. (2008)

Fortsetzung

**Tabelle 6** Kombinationen Keywords und Schlagwörter

<b>Wortkombinationen</b>	<b>Datenbank</b>	<b>Treffer</b>	<b>Mögliche relevante Treffer</b>
<b>Rehabilitation</b> AND interdisciplinary AND sexuality	Cinahl	3	<b>3</b> Higgins et al. (2012) Indavere et al. (2013) Gianotten et al. (2006)
<b>Rehabilitation Centers</b> AND sexuality AND training program	Cinahl	2	<b>2</b> Simpson et al.(2007) → Kann nicht geöffnet werden! Temple et al. (2007)
<b>Education</b> AND sexuality* AND <b>Rehabilitation Centers</b>	Cinahl	2	<b>1</b> Simpson et al. (2007)
sexuality AND training AND teaching AND interdisciplinary AND rehabilitation NOT mental disorder NOT child*	Sexual & Relationship Therapy	58	<b>1</b> Weerakoon et al. (2008)
sexuality AND training AND rehabilitation AND interdisciplinary team NOT child*	Sexuality & Disability	40	<b>1</b> Fronek et al. (2011)
%sexuality training+ AND rehabilitation AND physical AND disability	Sexuality & Disability	29	<b>5</b> Fronek et al. (2005) Fronek et al. (2011) Booth et al. (2003) Kendall et al. (2003) Post et al. (2008)
%sexuality training+ AND interdisciplinary AND rehabilitation	PsychInfo	15	<b>5</b> Fronek et al. (2011) Higgins et al. (2012) Kazukauskas et al. (2010) Post et al. (2008) Fronek et al. (2005)
%sexuality training programme+AND interdisciplinary team	PsychInfo	2	<b>2</b> Higgins et al. (2012) Kazukauskas et al. (2010)

Fortsetzung

**Tabelle 6** *Kombinationen Keywords und Schlagwörter*

<b>Wortkombinationen</b>	<b>Datenbank</b>	<b>Treffer</b>	<b>Mögliche relevante Treffer</b>
<b>Physical Disorders/ AND ((sexuality and training and rehabilitation and team) not child*).af.</b>	PsychInfo	11	<b>3</b> Higgins et al. (2012) Temple et al. (2007) Gianotten et al. (2006)
<b>Physical Disorders AND (Rehabilitation/ OR Rehabilitation Centers/) AND Sexuality)</b>	PsychInfo	35	<b>1</b> Gianotten et al. (2006)

Schwarz= Keywörter

**FETT Schwarz: = Schlagwörter**

## **D Ergänzungen Modelle / PLISSIT Modell**

Das PLISSIT Modell, welches 1974 von Jack Annon entwickelt wurde, ist das am meisten referenzierte Modell bei Gesundheitsfachleuten, welche mit sexuellen Anliegen von Klienten mit einer Beeinträchtigung konfrontiert sind. Das Modell wird in folgende vier Stufen eingeteilt: Genehmigung geben (=Permission giving), begrenzte Intervention (=Limited Intervention), spezifische Ratschläge (=Specific Suggestions) und intensive Therapie (=intensive therapy). Im Folgenden wird nur kurz auf das Level 1 eingegangen, da dieses Level von grösster Bedeutung ist für die Fachleute eines interprofessionellen Teams.

Im Level 1, Genehmigung geben, geht es vorwiegend darum, sexuelles Verhalten zu normalisieren. Dem Klienten soll das Gefühl vermittelt werden, dass seine Fantasien, Gefühle und Verhaltensweisen völlig normal sind und er sich dafür nicht zu schämen hat. In anderen Worten soll der Klient die Erlaubnis erhalten, seine sexuellen Anliegen mitzuteilen und auf Akzeptanz der Fachleute stossen (Couldrick et al., 2010).

## **E Ergänzungen Diskussion**

### **Kritische Kurzbeurteilung Fronek et al. (2005)/Fronek et al. (2011)**

Fronek et al. (2005) nennen klar ihren Zweck und zeigen den Vorteil eines interprofessionellen Trainings auf. Das RCT-Design wird als passend für die Testung der Trainingswirksamkeit erachtet. Die Verfasserinnen empfinden es als günstig, dass die Trainingsprogramme durch die gleiche Person durchgeführt wurden, wodurch alle Teilnehmer identischen Unterricht erhielten. Als ungünstig empfinden die Verfasserinnen, dass die Begriffe der Outcome Variablen Knowledge, Comfort, Approach und Attitude in Fronek et al. (2005) nicht präzise definiert werden. Die Kontrollgruppe zeigt bei allen Unterkategorien vor dem Training höhere Punktwerte als die Versuchsgruppe, wodurch schon vor dem Training Unterschiede in der Baseline beider Gruppen verzeichnet wurden. Signifikante Unterschiede in der Testung nach dem Training zwischen den beiden Gruppen sind dadurch schwierig zu erreichen. Weiter bleibt unklar, ob eine Kontaminierung zwischen der Versuchs- und Kontrollgruppe stattgefunden hat, da ein Teil der Fragebögen unter normalen Arbeitsbedingungen ausgefüllt wurde.

Der Zweck und das Ziel von Fronek et al. (2011) baut auf der Studie von Fronek et al. (2005) auf und ist, ohne dem Lesen der vorherigen Studie, schwer verständlich geschrieben. Die Auswahl und die Anzahl der Fokusgruppenteilnehmer in Fronek et al. (2011) werden nicht beschrieben, was die Übertragbarkeit der Studie einschränkt. Weiter kann auch hier eine Kontaminierung zwischen den beiden Gruppen nicht ausgeschlossen werden, da die Datensammlung des KCAASS Fragebogens nach zwei Jahren einen Monat lang andauerte und Austausch zwischen beiden Gruppen nicht vermeidbar waren.

### **Kritische Kurzbeurteilung Simpson et al. (2006)**

Der Zweck der Studie von Simpson et al. (2006) wird klar benannt und eine Hypothese wird in der Einleitung ausformuliert. Simpson et al. (2006) beziehen relevante Hintergrundinformationen früherer Studien mit ein. Unklar ist jedoch, was Simpson et al. (2006) unter den Begrifflichkeiten interdisziplinär und multidisziplinär verstehen. Laut Simpson et al. (2006) gab es zwischen der Kontroll- und der Versuchsgruppe bei allen Unterkategorien vor dem Training keine signifikanten Unterschiede in den geäußerten Antworten. Trotz nicht gefundener Signifikanz lässt sich nach einer Aufzeichnung der Ergebnisse feststellen, dass die Kontroll- und Versuchsgruppe in einigen Unterkategorien dennoch ein anderes Streuungsbild und Medianwerte verzeichneten.



Inwiefern diese gezeigten Antwortverhalten vor dem Training Einfluss hatten auf die Ergebnisse nach dem Training bleibt unklar. Nicht zuletzt kann auch in Simpson et al. (2006) Kontaminierungsphänomen nicht ausgeschlossen werden, da viele der Workshop- und Kontrollgruppenteilnehmern in der gleichen Institution arbeiteten und die Auswahl der freiwilligen Kontrollgruppenmitglieder nach der Durchführung des ersten Trainingstages stattfand.

### **Kritische Kurzbeurteilung Higgins et al. (2012)**

Die Studie benennt klar ihren Zweck und formuliert eine Hypothese. Der Nutzen von interprofessioneller Zusammenarbeit wird aufgeführt und ein Bezug zu vorgängigen Studien wird aufgezeigt. Mit dem Mixed-Method Studiendesign werden qualitative und quantitative Daten erfasst, die miteinander verglichen werden konnten. Das KCAASS Assessment und dessen Adaptation an das Studiendesign wurden klar und verständlich beschrieben. Die Auswahl der Studienteilnehmer wird aufgeführt, jedoch handelt es sich bei den freiwilligen Teilnehmern von N=29 um eine relativ kleine, nicht repräsentative Stichprobe. Auch die Stichprobe der freiwilligen Interviewteilnehmer umfasst nur N=12 und ist nicht repräsentativ. Ein Vergleich der Resultate zwischen den einzelnen Professionen ist dadurch nicht möglich. Die Studie hat nur einen Messzeitpunkt und erforscht keine Langzeiteffekte. Ebenfalls fehlt der Studie eine Kontrollgruppe. Dadurch bleibt unklar, ob die gefundenen Veränderungen alleine auf den Trainingseffekt zurückgeführt werden können. Weiter sollte berücksichtigt werden, dass der Trainingseffekt nur anhand der Selbsteinschätzung des Personals überprüft wurde. Es wurden keine weiteren Faktoren wie beispielsweise die Klienten- Personal- Interaktion vor und nach dem Training zur Überprüfung des Trainingseffekts verwendet. Dadurch ist die Anwendbarkeit und Übertragbarkeit der Studie eingeschränkt. Bezüglich der quantitativen Datenanalyse lassen sich in der Studie keine Aussagen über die Verteilung der Daten (Normal-/Schiefverteilung) finden, wodurch die Verwendung des T-Tests hinterfragt werden sollte. Bei der qualitativen Datenanalyse verwendeten die Forscher die Methoden- und Forschertriangulation als Nachweis der prozeduralen Strenge. Es werden jedoch keine detaillierten Informationen über den genauen Interviewablauf, den Kontext und die Interviewauswertung aufgeführt, was wiederum die Übertragbarkeit der Studie einschränkt.

### **Assessments/Messungen**

Während Fronek et al. (2005), Fronek et al. (2011) den KCAASS Selbsteinschätzungsfragebogen verwendeten, machte Simpson et al. (2006) Gebrauch anderer Assessments.

Auch Higgins et al. (2012) verwendeten zwar den KCAASS Fragebogen, adaptierten ihn aber auf die Kategorien „Skills“, „Comfort“ und „Knowledge“. Der objektive Wissenstest von Simpson et al. (2006), welcher der KCAASS Kategorie Wissen gleich kommt, unterscheidet sich vom KCAASS Fragebogen, in dem er unter anderem Wissensfragen einbaut. Das Wissen der Teilnehmer wird dadurch wesentlich objektiver gemessen als beim KCAASS Fragebogen, der sich rein auf der Selbsteinschätzung der Teilnehmer beschränkt. Allen verwendeten Assessments der vier Hauptstudien ist gemein, dass die Gütekriterien der Validität und die Reliabilität angezweifelt werden müssen. Einerseits empfinden es die Verfasserinnen als nicht möglich, mithilfe eines Selbsteinschätzungsbogens das objektive Wissen, die Fertigkeiten und die Haltung des Personals zu testen. Andererseits wurden in der Meinung der Verfasserinnen mit den Assessments keine Störfaktoren mitberücksichtigt wie die Tatsache, dass die Studienteilnehmer über den Studienzweck informiert waren und dadurch womöglich günstigere Antworten abliefern.

## F Beurteilung der Hauptstudien

**Titel: The Effectiveness of a Sexuality Training Program for the Interdisciplinary Spinal Cord Injury Rehabilitation Team (Fronek, Booth, Kendall, Miller & Geraghty, 2005)**

**Tabelle 7** Beurteilung Fronek et al. (2005) nach Law et al. (1998)

<p><b>ZWECK DER STUDIE</b>  <b>Wurde der Zweck klar angegeben?</b>  X Ja</p> <p>Unklar: Sie beschreiben, sie wollen die Wirkung eines consumer-driven%sexuellen Trainingsprogramm erfahren.  Was ist gemeint mit consumer-driven?</p>	<p><b>Skizzieren Sie den Zweck der Studie. Inwiefern bezieht sich die Studie auf Ergotherapie und/oder auf die Forschungsfrage?</b>  <b>Ziel:</b> Das Messen des Trainingseffekts, um Wissen, Komfort und Einstellungen des Personals in einem interprofessionellen Rehatem mit SCI Patienten zu verbessern.</p> <p><b>Zweck:</b> Untersuchen der Wirkung eines Trainings auf Personalwissen, Komfort und Einstellungen (S.53 unter Methode)</p>
<p><b>LITERATUR</b>  <b>Wurde die relevante Hintergrund-Literatur gesichtet?</b>  X Ja</p>	<p><b>Geben Sie an, wie die Notwendigkeit der Studie gerechtfertigt wurde.</b>  In Institutionen für Personen mit einem SCI sind sexuelle Anliegen ein legitimer Bereich der Rehabilitation. Trotz dieser Tatsache werden sexuelle Themen nach wie vor selten thematisiert während der Rehabilitation.</p> <p>Barrieren für das nicht Ansprechen von sexuellen Anliegen werden aufgeführt (unzureichendes Wissen &amp; Fertigkeiten, eigene Expertise liege in anderen Bereichen, mangelnde Zeit, Patient nicht bereit über sexuelle Anliegen zu sprechen)</p> <p>Personaltraining ist erforderlich, um ganzheitliche Rehabilitation (inklusive sexuelle Anliegen) zu ermöglichen.</p> <p>Patienten haben nicht zwangsläufig eine bestimmte Person oder Disziplin, mit welcher sie über sexuelle Anliegen sprechen möchte -&gt; daher ist das handhaben eines solchen Trainings in einem interprofessionellen Team gefragt.</p> <p><b>Lücken:</b>  Die meisten Studien haben bis jetzt nur disziplinäre Trainings durchgeführt. Jedoch ermöglicht die Interaktion der verschiedenen Disziplinen, dass Patienten, unabhängig von der Disziplin, mit derjenigen Person sich austauschen können, mit welcher sie sich am wohlsten fühlt. (Vorteil interprofessionelles Training)</p> <p><b>Notwendigkeit dieser Studie</b>  In den bisherigen Studien war die Stichprobenpopulation relativ klein (wobei in ihrer Studie eben-</p>

	<p>falls eine kleine Stichprobe verwendet wird???) und keine Kontrollgruppe wurde verwendet. (kein RCT Design)</p> <p>Keine Studie hat den Einfluss eines Trainings auf Wissen, Komfort und Einstellungen im Umgang mit Sexualität überprüft.</p> <p>Die Autoren haben in ihrer früheren Studie vorgeschlagen, dass die Berücksichtigung der Faktoren Wissen, Komfort und Einstellungen des Personals wichtig ist, um den Schulungsbedarf zu erfassen und die Trainingsprogramminhalte festzulegen.</p> <p>Trainingsinhalte sollte individuell gestalten werden je nach Bedürfnis des Personals.</p>
<p><b>DESIGN</b>  <b>Randomisierte kontrollierte Studie (RCT)</b></p> <p><b>Trainingsinhalt: S.55, Beispiele</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gruppenlimitationen/Grenzen</li> <li>- Kulturelle Unterschiede/Einstellungen/Werte</li> <li>- Sexuelle Reha und die Rolle der Gesundheitsfachleute</li> <li>- Identifikation von professionellen Limitationen</li> <li>- Entwicklung von sexueller Identität etc.</li> </ul>	<p><b>Beschreiben Sie das Studiendesign. Entsprech das Design der Studienfrage (z.B. im Hinblick auf den Wissensstand zur betreffenden Frage, auf Ergebnisse (outcomes), auf ethische Aspekte)?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Studiendesign: RCT (S.53) über 8-monatige Zeitperiode</li> <li>- Outcome-Variabeln: Knowledge, Comfort und Attitude</li> <li>- PLISSIT-Model verwendet als Bezugsrahmen (Ziel: handhaben von sexuellen Fragen auf einem Minimum Level 1)</li> </ul> <p><b>Spezifizieren Sie alle systematischen Fehler (Verzerrungen, bias), die vielleicht aufgetreten sein könnten, und in welche Richtung sie die Ergebnisse beeinflussen.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Missing Data (S.57): Wenig Teilnehmer füllten in der 3-Monate Nachher Testung den Fragebogen aus</li> </ul>
<p><b>STICHPROBE</b>  Personal aus der Queensland Spinal Cord Injuries Institution (QSCIS) (akutes Angebot und primäre Rehabilitation in der SIU und vorübergehende Reha und Rehaprogramm in der TRP, community based follow-up und Konsultationsservice in der SPOT)</p> <p>N=89 Teilnehmer komplett  N= 44 Versuchsgruppe, N= 45 Kontrollgr</p> <p>Von N= 89 sind</p> <p>N= 63 Pflege, N= 3 Ärzte, N= 2 Sozialarbeiter, N=4 Physios, N= 1 Physioassistent, N= 3 Ergos, N=1 Ergoassistent, N=6 TRP Personal, N=6 SPOT Personal</p>	<p><b>Stichprobenauswahl (wer, Merkmale, wie viele, wie wurde die Stichprobe zusammengestellt?). Bei mehr als einer Gruppe: Waren die Gruppen ähnlich?</b></p> <p>Keine Ausschlusskriterien. Das ganze Personal der QSCIS wurde gebeten, an der Studie teilzunehmen.</p> <p>Von 96 interprofessionellem Personal war 89 Personen bereit, teilzunehmen</p> <p>Geschichtete Zufallsstichprobe:  Einteilung der Teilnehmer in Kontroll-und Workshopgruppe.</p> <p>Aufgrund Gerechtigkeit wurde den Teilnehmenden der Kontrollgruppe versprochen, dass sie nach</p>

<p>Frage: welche Aufgabe hat das TRP Personal und das SPOT Personal? Ist nicht klar beschrieben!!</p> <p><i>Wurde die Stichprobe detailliert beschrieben?</i> X Ja (S. 57)</p> <p><i>Wurde die Stichprobengrösse begründet?</i> X Nein</p>	<p>Beendigung der Studie ebenfalls Anrecht auf Workshopteilnahme hätten.</p> <p><b>Workshopgruppen</b> Jede Workshopgruppe bestand aus 10-15 Teilnehmern.</p> <p><b>Beschreiben Sie die Ethik-Verfahren. Wurde wohlinformierte Zustimmung eingeholt?</b> Einverständniserklärung (S. 53 unter Method und 55 unter Procedure). Es wird der Kontrollgruppe sogar aufgrund von Gerechtigkeit das Training vier Monate später ebenfalls anboten.</p>	
<p><b>ERGEBNISSE (Outcomes)</b></p>	<p><b>Geben Sie an, wie oft Outcome Messungen durchgeführt wurden</b> 3 Messzeitpunkte (Kontroll-und Workshopgr) Vorher-Evaluation, Nachher Evaluation, 3-Monate Nachher Evaluation</p>	
<p><b>Waren die Outcome Messungen zuverlässig (reliabel)?</b> X Ja KCAASS (hohe interne Konsistenz für das gesamte KCAASS. Zwischen den einzelnen Testitems ebenfalls mehrheitlich hohe interne Konsistenz)</p> <p><i>Waren die Outcome Messungen gültig (valid)?</i> X Ja, wobei sich die einzelnen Kategorien ziemlich unterscheiden in ihren Korrelationen (soll validiertes Messinstrument sein, S.54)</p> <p>Correlations between KCAASS subscales and KCAASS total are as follows: Knowledge-total = 0.757 Comfort-total=0.938 Approach-total=0.676 Attitude-total=0.297</p>	<p><b>Outcome Bereiche</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Knowledge</li> <li>- Comfort</li> <li>- Attitude</li> <li>- Approach</li> </ul>	<p><b>Listen Sie die verwendeten Messungen auf -KCAASS</b> hat vier Subskalen und misst momentanes Personalwissen, Komfort im Adressieren von sexuellen Themen, Komfort im Handhaben von individuellen Klientenbehandlungen und Einstellungen des Personals bzgl Sexualität bei Personen mit SCI.</p> <p><b>Mann-Whitey U Test</b> (verwendet um Vergleiche zu ziehen zwischen Kontroll-und Workshopgruppe)</p> <p><b>Friedman test</b> (innerhalb der gleichen Gruppe werden Vergleiche gezogen zwischen den 3 Messzeitpunkten)</p> <p><b>Wilcoxon Test</b> Post hoc Vergleiche (mit Friedmans test kann nur festgestellt werden, dass es signifikante Unterschiede zwischen den Medianen der 3 Mess-</p>

		zeitpunkte gibt. Nur mit Post-hoc Test kann herausgefunden werden, welche der Messzeitpunkte sich voneinander signifikant unterscheiden)
--	--	--

<p><b>MASSNAHMEN</b>  <b>Wurden die Massnahmen detailliert beschrieben?</b>  X Ja</p> <p><b>Wurde Kontaminierung vermieden?</b>  O Ja  O nein  X nicht angegeben (meiner Meinung nach aber nicht bzgl Ausfüllen der Fragebogen und danach wieder Einsammeln von Workshopteilnehmer und Kontrollgruppenteil)</p> <p><b>Wurden gleichzeitig weitere Massnahmen (Ko-Intervention) vermieden?</b>  X nicht angegeben</p>	<p><b>Beschreiben Sie kurz die Massnahmen (Schwerpunkt, wer führte sie aus, wie oft, in welchem Rahmen). Könnten die Massnahmen in der ergotherapeutischen Praxis wiederholt werden?</b></p> <p><b>Durchführen des Edukationsprogramms:</b>  Externe klinische Pflegefachfrau (anerkannte Spezialistin im Bereich Sexualität bei SCI)  Bemerkung: Dieselbe Person führte die Workshops durch (gut): Denn -&gt; Wechsel an Therapeuten kann bedeuten, dass einige motivierter oder mehr Wissen besitzen als andere! (jeder Teilnehmer hat somit gleiche Voraussetzung)</p> <p><b>Durchführung wie oft?</b>  Intervention an einem Tag à je 10-15 Gruppenteilnehmer</p> <p><b>Ablauf</b>  Teilnehmer erhielten Informationsblätter und eine Einverständniserklärung.  Teilnehmer konnten jederzeit Studie abbrechen.  Es wurde keine persönlich identifizierbaren Informationen verwendet.</p> <p><b>Workshopgruppe (pre und post)</b>  Pre und Postevaluation wurde unmittelbar vor und nach dem Training von der Gruppe ausgefüllt.</p> <p><b>Kontrollgruppen (pre und post)</b>  beantworteten die Fragebogen während normalen Arbeitstagen und füllten ihre Fragebogen nicht in einer Gruppe aus (Ist das sinnvoll?)</p> <p><b>Workshop-und Kontrollgruppe (3-month follow up)</b>  Beide Gruppen füllten die 3-Monate Nachher Fragebogen unter normalen Arbeitsbedingungen aus (kann es da nicht zu gegenseitiger Beeinflussung unter den Teilnehmer kommen oder zu Kontaminierung bei der Einsammlung im Anschluss?)</p>
<p><b>ERGEBNISSE</b>  <b>Wurde die statistische Signifikanz der Ergebnisse angegeben?</b>  X Ja</p> <p><b>War(en) die Analysemethode(n) geeignet?</b>  X Ja (Mann-Whitney U, Friedmann test und Wilcoxon korrekt verwendet: da keine parametrische Daten vorliegen)</p> <p><b>Wurde die klinische Bedeutung angegeben?</b>  X Ja: Sie verweisen auf der S. 60 darauf, dass ein längeres Trainingsprogramm womöglich auch mehr Wirkung zeigen würde. Ebenfalls schreiben sie auf der S. 62, dass die Studie nicht den Grad an Übertragbarkeit in die Praxis gemessen hat.</p> <p>Ebenfalls weisen sie auf ihre kleine Stich-</p>	<p><b>Welches waren die Ergebnisse? Waren sie statistisch signifikant (d.h. <math>p &lt; 0.05</math>)? Falls nicht statistisch signifikant: War die Studie gross genug, um einen eventuell auftretenden wichtigen Unterschied anzuzeigen? Falls es um viele Ergebnisse ging: Wurde dies bei der statistischen Analyse berücksichtigt?</b>  N= 44 Versuchsgruppe, N= 45 Kontrollgruppe</p> <p>Problem: Vergleiche unter den Gruppen konnte nicht gemacht werden, da demographische Daten separat zu den Fragebogenresultaten geprüft wurden. (Wie kann dann eine gute gematchte Zufallsstichprobe erfolgen?)</p> <p>Fehlende Ergebnisse im 3-Monate nachher Test (Abgang von 5 Personen) -&gt; Fehlende Daten wurden ganz aus der Beurteilungsanalysen ausgeschlossen. <b>EXCLUSION FEHLENDER DATEN</b></p>

<p>probengröße hin, welche eine Signifikanz eher unwahrscheinlich machen würde und bei ihnen doch signifikante Werte entstanden sind (soll auf die Relevanz der Werte hinweisen)</p> <p>Wie lange die Effektivität des Trainingsprogrammes anhält, kann nur schwer prognostiziert werden -&gt; für die Praxis wäre das wichtig zu wissen, um dann auch in gewissen Abständen wieder Trainings durchzuführen.</p>	<p><b>Cronbach's alpha KCAASS</b>  Zeigte bei den Subskalen folgende Werte:  Knowledge: 0.929  Comfort: 0.972  Approach: 0.865  Attitude: 0.641</p> <p><b>Mann-Whitney U</b> (Gruppenvergleiche zwischen Kontroll- und Versuchsgruppe)</p> <p><b>KNOWLEDGE</b>  <i>Vorher Testung:</i> Kontrollgruppe zeigte signifikant höhere Werte als die Versuchsgruppe bzgl. Wissenspunkten  <i>Nachher Testung und 3-Monate Nachher:</i> Kontrollgruppe zeigte signifikant schlechtere Werte als die Versuchsgruppe im Bereich knowledge</p> <p><b>COMFORT, APPROACH, ATTITUDE</b>  Keine signifikanten Unterschiede zwischen der Kontroll- und Versuchsgruppe bei Comfortlevel, Approach, und Attitude <i>vor der Testung</i>, unmittelbar dem Training (<i>Nachher Testung</i>) und 3-Monate nach dem Training (<i>3-Monate Nachher Testung</i>). (Interpretation: 1-tägiger Workshop bewirkt keine Veränderungen im Bereich Komfort, Approach und Einstellungen)</p> <p><b>Wilcoxon und Friedman's test</b> (Vergleiche innerhalb derselben Gruppe, gibt es signifikante Unterschiede zwischen den 3 Messzeitpunkten und wenn ja zwischen welchen?)</p> <p><i>Versuchsgruppe:</i> Signifikanter Unterschied zwischen Vorher- und Nachher Testung im Bereich Knowledge, Comfort, Approach und Attitude. 3-Monate Nachher Testung zeigte ebenfalls signifikanten Unterschied zur Vorher Testung in ebenfalls allen Bereichen. Obwohl die Werte im Vergleich zur Nachher-Testung kleiner waren, konnte kein signifikanter Unterschied festgestellt werden  <i>Kontrollgruppe:</i> Über Kontrollgruppe wird nichts gesagt???</p> <p><i>Welches war die klinische Bedeutung der Ergebnisse? Waren die Unterschiede zwischen Gruppen (falls es Gruppen gab) klinisch von Bedeutung?</i></p> <p><b>Vergleiche zwischen den einzelnen Disziplinen:</b>  Keine Unterschiede feststellbar</p>
<p><b>Wurden Fälle von Ausscheiden aus der Studie angegeben?</b>  X Ja</p>	<p><b>Schieden die Teilnehmer aus der Studie aus? Warum? (Wurden Gründe angegeben, und wurden Fälle von Ausscheiden angemessen)</b></p>



<p>O Nein</p>	<p><b>gehandhabt?)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Medizinische Praktizierende wurden ausgeschlossen, da sie zu wenig Teilnehmer hatten.</li> <li>- Abgang von N=5, d.h. nur noch 84 von anfänglich 89 füllten den 3-Monate Nachher Fragebogen aus -&gt; Gründe wurden nicht genannt!! Um welche Disziplinmitglieder es sich bei N=5 handelt, wird nicht genannt</li> <li>- Fehlende Daten der Kontrollgruppe war unterschiedlich über die Zeitspanne hinweg, der Anteil an fehlenden Daten war aber wesentlich höher als derjenige der Versuchsgruppen (Achtung: systematische Bevorzugung der Versuchsgruppe)</li> </ul>
<p><b>SCHLUSSFOLGERUNGEN UND KLINISCHE IMPLIKATION</b></p>	<p><b><i>Zu welchem Schluss kam die Studie? Welche Implikationen haben die Ergebnisse für die ergotherapeutische Praxis? Welches waren die hauptsächlichsten Begrenzungen oder systematische Fehler der Studie?</i></b></p> <p>Personal der Versuchsgruppe zeigte eine signifikante Verbesserung in allen Subkategorien des KCAASS. Diese Verbesserungen wurden auch nach 3-Monate Nachher Testung aufrechterhalten.</p> <p>Obwohl die Autoren in den Resultaten nicht darauf eingehen, sagen sie: Kontrollgruppe zeigte keine signifikante Veränderung in den KCAASS Punkten.</p> <p><b>Schlussfolgerung</b> der Studie: Verbesserungen durch Personaledukation und Training ersichtlich bzgl sexuellen Themen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Statistische Aussagekraft klein aufgrund kleiner Stichprobe. Dennoch sind signifikante Werte ersichtlich (je grösser eine Stichprobe umso wahrscheinlicher, dass die Werte sich sowieso voneinander unterscheiden)</li> <li>- Die Ergebnisse, dass die Versuchsgruppe auch nach 3 Monaten noch signifikante Verbesserungen in allen Subkategorien nachwies, konnte bisher in keiner Studie herausgefunden/nachgewiesen werden.</li> </ul> <p><b>Limitations:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Training in dieser Studie dauerte nur 1 Tag -&gt; längere Edukationsprogramme könnten effizienter sein. (Nachteil). Ein Vorteil ist hingegen, dass 1 Tag praktisch ist in Bezug auf finanzielle und organisatorische Variablen.</li> <li>- Die Kontrollgruppe könnte in der Beurteilung der Fragebogen Missgunst besessen</li> </ul>

	<p>haben, da sie nicht am Training teilnehmen durften und womöglich ihr eigenes Wissen, Comfort und Einstellungen über das Thema überschätzten.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Übertragbarkeit ins klinische Setting nicht möglich, da dieses Trainingsprogramm auf die individuellen Bedürfnisse des Personals abgestimmt war (wobei auf S. 53 geschrieben wird, dass Trainings individuell auf die verschiedenen Bedürfnisse in den unterschiedlichen Bereichen abgestimmt werden sollten)</li><li>- Die Tatsache, dass nach 3-Monate Testung bereits geringere Punkte erreicht wurden lässt die Frage offen, ab wann Auffrischkurse durchgeführt werden müssten</li><li>- Einseitige Verwendung der Assessments, in dem nur Personal zur Selbsteinschätzung befragt wurde und Patienten nicht mit einbezogen wurden.</li></ul>
--	--

**Titel: Improving the rehabilitative management of client sexual health concerns after neurological disability: evaluation of a staff sexuality training programme in New Zealand (Simpson, Anwar, Wilson & Bertapelle, 2006)**

**Tabelle 8** Beurteilung von Simpson et al. (2006) nach Law et al. (1998)

<p><b>ZWECK DER STUDIE</b>  <b>Wurde der Zweck klar angegeben?</b>  X Ja</p>	<p><b>Skizzieren Sie den Zweck der Studie. Inwiefern bezieht sich die Studie auf Ergotherapie und/oder auf die Forschungsfrage?</b>  <b>Zweck:</b> Testung des Effekts/Wirkung eines sexuellen Trainings fürs Personal bei Klienten nach einer neurologischen Erkrankung.  <b>Hypothese:</b> Die Teilnehmer des Workshops zeigen eine Erhöhung/Verbesserung in ihrem Wissen, Fertigkeiten, Komfort und Aktivität im Vergleich zur Kontrollgruppe, welche nicht am Workshop teilnimmt.</p>
<p><b>LITERATUR</b>  <b>Wurde die relevante Hintergrund-Literatur gesichtet?</b>  Grundsätzlich wird eine schöne Überleitung zum Thema gemacht.  → Personen mit einer erworbenen neurologischen Erkrankung haben sexuelle Probleme → diese werden im rehabilitativen Setting viel zu wenig angesprochen → es gibt bis jetzt sehr wenig Studien, welche ein sexuelles Training bei diesen Patienten durchgeführt haben und Effektivität überprüfen wollen.  → Was ein wenig fehlt: Wollen das die Patienten überhaupt? Ist es ein Bedürfnis/Notwendigkeit der Patienten, dass dies im rehabilitativen Setting angesprochen wird?</p>	<p><b>Geben Sie an, wie die Notwendigkeit der Studie gerechtfertigt wurde.</b>  Zuerst gehen die Autoren darauf ein, welche Konsequenzen eine erworbene neurologische Störung mit sich ziehen kann (da werden auch die sexuellen Probleme aufgezeigt).    Untersuchung von Anwar et al. (2001):  Personal und Patienten waren sich einig, dass sexuelle Themen während des Rehabilitationsprozesses zu wenig adressiert würden.  Die Autoren benennen aus vergangener Literatur die Gründe für den mangelnden Umgang mit sexuellen Gesundheitsproblemen (Mangel der Fertigkeiten, Mut, Mangel an Trainingsmöglichkeiten und geeigneten Ressourcen)    <b>Lücke:</b> wenig sexuelle Trainingsprogramme fokussieren sich auf die neurologische Erkrankung und noch weniger Studien haben die Effektivität eines solchen Programmes evaluiert.</p>
<p><b>DESIGN</b>  - Kohortenstudie</p>	<p><b>Beschreiben Sie das Studiendesign. Entsprech das Design der Studienfrage (z.B. im Hinblick auf den Wissensstand zur betreffenden Frage, auf Ergebnisse (outcomes), auf ethische Aspekte)?</b>  <b>Kohortenstudie: prospektive Studie</b>  Prospektiv kontrollierte vor-und nachher Testung  → Gibt eine Kontrollgruppe, die nicht am Workshop teilnahm.  → Problem: Wer in die Kontroll-und wer in die Workshopgruppe geht, kann der Forscher nicht beeinflussen (Freiwillige melden sich für Teilnahme/Verzicht Workshop)  → Da die Workshopgruppe/Kontrollgruppe nicht hinsichtlich aller Faktoren ähnlich ist, kann nicht darauf zurückgeführt werden,</p>

	<p>dass Resultat rein aufgrund des Trainings so herausgekommen ist.</p> <p><b>Spezifizieren Sie alle systematischen Fehler (Verzerrungen, bias), die vielleicht aufgetreten sein könnten, und in welche Richtung sie die Ergebnisse beeinflussen.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- repräsentative Stichprobe ist nicht garantiert (bei freiwilliger Teilnahme)</li> <li>- Kontrollgruppe unterscheidet sich von der Workshopgruppe nach Chi Square Testung im Bereich sOrte der Behandlung%(S.851). 80.8% (dh 80/99) gaben an, dass der Ort, an dem das sexuelle Anliegen der Patienten angesprochen wird, eine Rolle spielt. 20 % der Workshopteilnehmenden waren jedoch im Vergleich zu Kontrollgruppe in einer community agency%-&gt; Könnte zu Verfälschungen geführt haben</li> </ul>
<p><b>STICHPROBE</b> Aufgeteilt in Workshopteilnehmende und Kontrollgruppe N=74 (Workshop) N= 25 (Kontrollgruppenfreiwillige)</p> <p><b>Wurde die Stichprobe detailliert beschrieben?</b> X Ja (S.852 mit demographischen Details und S.850 mit den Teilnehmern und zu welchen Ausschlüssen es kam). Fragen: Was ist gemeint mit Community disability, wer gehört alles zu Allied health und Accommodation support?</p> <p><b>Wurde die Stichprobengröße begründet?</b> X Nein</p> <p>Probleme:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Freiwillige in der Kontrollgruppe</li> <li>- Stichprobe ist nicht repräsentativ</li> <li>- Nicht gleiche Anzahl Personen in Kontroll- und Workshopgruppe</li> </ul>	<p><b>Stichprobenauswahl (wer, Merkmale, wie viele, wie wurde die Stichprobe zusammengestellt?). Bei mehr als einer Gruppe: Waren die Gruppen ähnlich?</b> Stichprobenauswahl: Für Workshop wurde Werbung gemacht im Norden und Süden Neuseelands. Workshops wurden in zwei grossen Rehabilitationszentren durchgeführt (S.849)</p> <p><b>Workshopteilnehmer:</b> kamen aus ambulanten, stationären und vorübergehenden Rehabilitationszentren, aus Privattherapie, Vermittlungsagenturen bei Behinderung, sexuellen Gesundheitservices, privaten und gemeinnützigen Institutionen.</p> <p><b>Kontrollgruppe:</b> Personal von zwei Rehabilitationszentren, die sich freiwillig zur Nicht Teilnahme einschrieben. Diese Freiwilligen wurden aber erst zum Zeitpunkt rekrutiert, wo die Durchführung der ersten Workshopereinheit schon stattfand. (=mögliche Kontaminierung)</p> <p><b>Beschreiben Sie die Ethik-Verfahren. Wurde wohlinformierte Zustimmung eingeholt?</b> S.849: Laut der Health Human Research Ethics Committee beabsichtigt das Projekt vorwiegend die Gütesicherung und daher musste keine schriftliche Einwilligung der Teilnehmer eingeholt werden. Teilnehmer wurden über den Zweck der Evaluation informiert und über ihre freiwillige Teilnahme aufgeklärt.</p>
<p><b>ERGEBNISSE (outcomes)</b> <b>Welche Tests?</b> <b>Protokoll:</b> mit Fragen zu demographischen, professionellen und religiösen Ansichten. Auf einer Skala von 0-10 mussten Teilnehmer angeben, wie stark ihre religiöse Überzeugung ist.</p>	<p><b>Geben Sie an, wie oft Outcome Messungen durchgeführt wurden (also vorher, nachher, bei Nachbeobachtung (pre-, post- follow up)).</b> Pretest- dann Training und unmittelbar nach Training Posttest Freiwillige der Versuchsgruppe konnten sich noch einschreiben für eine erneute Umfrage nach 6 Monaten. -&gt; Langfristige Wirkungen wurden untersucht!!</p>

<p><b>1.Objective knowledge test (15 items)</b> Wissenstest mit Wahr/Falsch Fragen. Fragen über sexuelle Veränderungen nach einer neurologischen Behinderung. Eine Kopie des Tests kann angefordert werden.</p> <p><b>2.Sex Attitude Scale</b> Misst liberale versus konservative Einstellung gegenüber sexuellem Ausdruck. Zu 25 Aussagen wird auf einer 5-Punkte-Likert Skala geantwortet. Weniger als 50 von 100 Punkten repräsentiert eine liberalere Einstellung. Internale Konsistenz ist gegeben bei (alpha= 0.94).</p> <p><b>3. Role Skills Intervention survey</b> sammelt Information über Personalaktivität in 9 Rollen im Adressieren von sexuellen Anliegen von Klienten.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Welche Rolle im Adressieren von sexuellen Anliegen wird von Personen ausgeübt im klinischen Setting? (mit Ja/Nein Antworten)</li> <li>- Wie beurteilen die Personen selber ihr Fertigungslevel bei der Ausübung der genannten Rollen? (6-Punkte Likert Skala)</li> <li>- Üben die Personen innerhalb der 6 Monate die genannten Rollen aus? (mit Ja/Nein Antworten)</li> </ul> <p>Variablen: Häufigkeit wahrgenommener Rollen, mittlere Punkteanzahl der Fertigkeit und Häufigkeit der ausgeführten Rollen <u>Frage:</u> Zu viele unterschiedliche Outcome Messungen??? Fertigkeit wird nur durch subjektive Einschätzung gemessen. Hier müssten noch mehr Variablen überprüft werden, wie Beobachtung durch dritte Personen/Patienten/Angst</p> <p><b>4.Single item to assess global staff comfort</b> 7-Punkte Likert Skala zur Einschätzung/Messung des allgemeinen selbst eingeschätzten Komfortlevels der Teilnehmenden</p>	<p>Ordinalskalierte Daten sind geeignet um subjektive Einschätzungen zu machen (Einstellung/Meinung der Person über ihre eigenen Fertigkeiten, Comfort).</p> <p>S.850 Tabelle 1 zeigt schön auf, wann wie viele Teilnehmer die Fragebogen ausfüllen.</p>	
<p><b>Waren die outcome Messungen zuverlässig (reliabel/valide)?</b> <b>Objective knowledge test</b> <u>Reliabel:</u> nicht angegeben: Mit dem gleichen Test würde man zum selben Resultat kommen. Sollte reliabel sein <u>Valide:</u> nicht angegeben: Evt Inhaltsvalidität, in dem zwei Forscher die Fragen bezüglich Genauigkeit und Klarheit überprüfen. Fraglich, dass man anhand von 15 Punkten messen kann, wie hoch das Wissenslevel einer Person sein soll. Müsste</p>	<p><b>Outcome Bereiche</b></p> <p>Einstellung (Attitude)</p> <p>Wissensstand (= knowledge)</p> <p>Rollen &amp; Fertigkeiten</p> <p>Komfort (= comfort)</p>	<p><b>Listen Sie die verwendeten Messungen auf</b></p> <p><b>1.Objective Knowledge Test:</b> Mann-Whitney U Test Wilcoxon</p> <p><b>2. Sex Attitude Scale</b> 5-point Likert Skala (Ordinalskalierte Daten) Mann- Whitney U: Vergleich Workshopgruppe mit Kon-</p>

<p>auch interne Konsistenz unter den Testitems angegeben sein?</p> <p><b>Sex Attitude Scale</b>  <u>Reliabel:</u> angegeben, Interne Konsistenz ist bei 0.94 (das heisst die einzelnen Testteile messen zu einem hohen Mass dasselbe)  <u>Valide:</u> angegeben -&gt; gute Konstrukt-Faktor-und Konkurrenzvalidität</p> <p><b>Role Skills Intervention survey</b>  <u>Reliabel:</u> nicht angegeben (keine Internale Konsistenz angegeben)  <u>Valide:</u> nicht angegeben</p> <p><b>Single item to assess global staff comfort</b>  <u>Valide:</u> Nicht angegeben  <u>Reliabel:</u> Nicht angegeben  Kommt es da nicht noch auf die Situation der Teilnehmer an, wie fest und wann sie sich wie wohl fühlen? Glaube nicht, dass mit diesem Instrument der globale Komfort der Teilnehmenden gemessen werden kann.  Inhaltsvalidität: Anhand eines einzelnen Items kann doch nicht allgemeiner Komfort gemessen werden?</p>		<p>trollgruppe. Handelt sich um 2 unabhängige Stichproben, keine metrischen Daten</p> <p><b>Friedman Test</b> (um die Resultate des Vorher-Nacher und 6-Monate Nachher Tests der Workshopgruppe zu vergleichen: wird eingesetzt bei verbundenen Stichproben um zu überprüfen, ob sich die zentralen Tendenzen bei mehr als zwei Messzeitpunkten unterscheiden)</p> <p><b>Wilcoxon</b>  (Um die Resultate zwischen Vorher Test und nach 6-Monaten Test der gleichen Gruppe zu vergleichen)</p> <p><b>3. Role Skills Intervention survey</b>  6-point Likert Skala  Wilcoxon und Mann-Whitney U (Vergleich Kontroll-und Versuchsgruppe)</p> <p><b>4. Single item to assess global staff comfort</b>  7-point Likert Skala  Mann-Whitney U test (Vergleich zwischen Workshopgruppe und Kontrollgruppe zu Beginn)  Wilcoxon Test (Nachher-Testung der Workshopgruppe)</p> <p><b>Post-hoc Spearman's correlational analysis</b> (Um Zusammenhänge zwischen Comfort und Variablen wie demographische Variablen, Einstellung der Probanden, Zeitdauer, Wissensstandslevel, Selbsteinschätzung der Fertigkeiten)</p> <p><b>Chi-square analysis</b> zur Überprüfung von Unterschieden zw Workshopteilnehmern und Kontrollgruppenteilnehmern</p> <p>Tabelle 1 lässt wenig Spielraum für Interpretation/Nachrechnen der Resultate</p>
--	--	--

<p><b>MASSNAHMEN</b>  <b>Wurden die Massnahmen detailliert beschrieben?</b>  X Nein  <b>Wurde Kontaminierung vermieden?</b>  X Nein  S.850: wird darauf eingegangen, dass eine Kontaminierung möglich wäre  -&gt; Grosse Personalanzahl von Workshopteilnehmern als auch Kontrollgruppenteilnehmern arbeitete in denselben Institutionen  -&gt; Zusätzlich: wissen die Beurteiler, welcher Gruppe eine Person zugeteilt war, so können sie unter Umständen die Ergebnisse beeinflussen  <b>Wurden gleichzeitig weitere Massnahmen (Ko-Intervention) vermieden?</b>  X nicht angegeben  Sie schlussfolgern anhand der signifikanten Unterschiede der 6-monatigen Nachher Evaluation zwischen Workshop- und Kontrollgruppe, dass der bestehende Unterschied der beiden Gruppen nicht durch eine Reifung/Erfahrung der Kontrollgruppe minimiert werden konnte.</p>	<p><b>Beschreiben Sie kurz die Massnahmen (Schwerpunkt, wer führte sie aus, wie oft, in welchem Rahmen). Könnten die Massnahmen in der ergotherapeutischen Praxis wiederholt werden?</b>  <b>Trainingsprogramm Inhalt:</b> Ziele sind Im Appendix (S.859) aufgeführt.  → Multimodale Ansätze  → Korporative Präsentationen  → Lehrhafter Input  → Beobachtung eines Rollenspiels  → Brainstorming in kleinen Gruppen  → Diskussionen basierend auf sexuellen Sorgen von Patienten und klinische Anwendungsmöglichkeiten (anhand von Fallbeispielen)  Das Training war nicht konfrontativ und kein Teilnehmer wurde zur Offenlegung persönlicher Details gezwungen/aufgefordert.  <b>Dauer und Ablauf:</b>  Ziele der Lernprogramme wurden in 8 Einheiten verteilt über 2 Tage durchgeführt.  <b>Führung:</b>  Als Workshopleiter für die kleineren Workshopgruppen wurden Personen aus dem Kader, die im Rehateam arbeiteten, ausgewählt. (Pflege, weitere Gesundheitsfachleute)  Die Leiter erhielten ein kurzes Training.  <b>Umgebungsfaktoren:</b>  Wurde Umwelt kreiert, in welcher sich die Teilnehmenden wohl und sicher fühlten. Wie soll das überprüft werden? Wer sagt, wann sich ein Teilnehmer wohl fühlt? Welche Bedingungen müssen dazu geschaffen werden?  <b>Hintergrund des PLISSIT Model</b>  Wurde verwendet, damit die Teilnehmenden ihr Rollenverständnis klären konnten innerhalb ihrer Limitationen bezüglich Komfort und Fertigkeiten.</p>
<p><b>ERGEBNISSE</b>  <b>Wurde die statistische Signifikanz der Ergebnisse angegeben?</b>  X Ja (wobei kein Signifikanzgrad/Effektgrösse, an der sich die Autoren orientieren, angegeben wurde)  <b>War(en) die Analyse methode(n) geeignet?</b>  X Ja (Grundsätzlich ja, verwenden für die nichtmetrischen, ordinalskalierten Daten Wilkoxon und Mann-whitney U  <b>Wurde die klinische Bedeutung angegeben?</b>  X Ja  X Nein  → Bei einigen Faktoren nahmen die Autoren Stellung dazu. Z.B. im Diskus-</p>	<p><b>Welches waren die Ergebnisse? Waren sie statistisch signifikant (d.h. <math>p &lt; 0.05</math>)? Falls nicht statistisch signifikant: War die Studie gross genug, um einen eventuell auftretenden wichtigen Unterschied anzuzeigen? Falls es um viele Ergebnisse ging: Wurde dies bei der statistischen Analyse berücksichtigt?</b>  80.8 % der Studienteilnehmer gaben an, dass ihre Institution eine Funktion hat im Adressieren von sexuellen Anliegen.   Viele der aufgeführten Ergebnisse waren <math>p &lt; 0.001</math>.   Die Stichprobengrösse wurde nicht begründet. Mithilfe des <b>Chi-Square</b> wurde überprüft, ob die Kontrollgruppe und Versuchsgruppe die gleichen</p>

sionsteil bezüglich den Ergebnissen der liberalen/konservativen Haltung. Diese Ergebnisse könnten für die Praxis nicht wesentlich/bedeutend sein.

→ Probleme der Validität und Reliabilität der Messinstrumente

Staff attitudes: anhand ihrer Resultate kann nicht genau nachgerechnet werden, ob die Ergebnisse stimmen. Laut ihren Ergebnissen liegt jedoch ein signifikanter Unterschied zwischen den zentralen Tendenzen Kontroll/Workshopgruppe vor.

demographischer und professioneller Faktoren haben und damit aus der gleichen Grundgesamtheit stammen. (Homogenitätstest)

Sie zeigen mithilfe der Testung auf, dass Kontroll- und Versuchsgruppe sich nur im Bereich Institutionstyp unterscheidet.

Da gewisse Teilnehmer die Nachher Fragebögen nicht ausfüllten, wurde nochmals ein Chi-Square Test gemacht, der immer noch keine signifikanten Unterschiede zwischen der Workshopgruppe und Kontrollgruppe aufzeigte. Eine Voraussetzung wurde in der Verwendung des Chi-square Tests jedoch nicht berücksichtigt: nämlich das die Stichprobengröße mind. 50 Teilnehmer beinhalten sollte. (Im 6-Monate Nachher Design nehmen jedoch total nur noch N=46 Teilnehmer teil, was unterhalb der mind 50 Teilnehmer liegt).

#### **Resultate Staff attitudes:**

Anhand des **Mann-u-Whitney Tests** (Vergleich zwischen Kontrollgruppe und Workshopgruppe) wurde ein *signifikanter Unterschied* herausgefunden: Workshopteilnehmende hatten liberalere Ansichten als die Kontrollgruppenteilnehmer. (Hypothese: haben offeneren Umgang mit dem Thema und daher auch motiviert, am Training teilzunehmen)

**Friedman's Test:** Die Ergebnisse der Personaleinstellungen blieben bei der Workshopgruppe stabil über die Messzeitpunkte Vorher-Nachher- und 6-Monate nach Training. (keine Veränderungen über die 3 Messzeitpunkte ersichtlich)

**Wilcoxon:** Punkteergebnisse in der Kontrollgruppe blieben ebenfalls gleich zwischen der Vorher-Messung und der 6-Monate Nachher Messung. (keine Veränderungen über 2 Messzeitpunkte ersichtlich)

#### **Objective knowledge test**

Von den 15 items wurden 2 Items in mehr als 90% der Fälle korrekt beantwortet. Nach der Empfehlung von Steiner schlossen sie diese beiden Items nicht weiter in die Analyse ein (warum nicht?)

#### **Mann-Whitney U Test**

keine Unterschiede in der Vorher-Testung zwischen der Workshopgruppe und der Kontrollgruppe (Interpretation: hatten gleichen Wissensstandard).

Signifikante Verbesserungen ersichtlich zwischen Vorher- und Nachher Testung im Vergleich zur Kontrollgruppe (Interpretation: Workshopgruppe



<p>Einschätzung der Rollen ist sehr subjektiv: Kann mit diesem Assessment wirklich Fertigkeiteneinschätzung gemessen werden?</p> <p>Sind alles sehr subjektive Einschätzungen: Wie viel trägt das Training wirklich zur Verbesserung der Fähigkeiten bei und wieviel ist Kopfsache? (zB das Personen nach Training Druck verspüren, nun doch besser in Fertigkeiten zu sein, sonst würde Training ja nichts bringen) In diesem Test sollten noch mehr Variablen miteinbezogen werden!!</p> <p>Durch welche Variablen wird Komfort definiert? Da keine Beispielfragen des Fragebogens erwähnt werden, schwierig nachzuvollziehen, ob alle Faktoren, die Komfort auszeichnen, im Fragebogen aufgeführt waren.</p>	<p>zeigte aufgrund des vorausgehenden Workshops ein besseren Wissensstand in der Nachher-Testung als Kontrollgruppe)</p> <p><b>Wilcoxon:</b> signifikante Verbesserung der Ergebnisse zwischen Vorher-und Nachher-Testung der Workshopgruppe</p> <p>Keine signifikanten Unterschiede in der Kontrollgruppe zwischen Vorher-und 6 Monate Nachher-Testung ersichtlich (Interpretation: keine Verbesserung des Wissensstands ersichtlich)</p> <p><b>Staff roles and skills</b>  <b>Identifizierung mit 9 Rollen</b>  In der Tabelle 3 sind die Prozente der vom Personal eingeschätzten anwendbaren/zutreffenden Rollen eingetragen  → Nur Prozente sind wenig aussagekräftig</p> <p><b>Selbsteinschätzung der Fertigkeiten in den einsetzbaren/geeigneten Rollen</b>  <b>Mann-Whitney U:</b> Keine Unterschiede in der Fertigkeiteneinstufung von Workshopgruppe und Kontrollgruppe in der Testung mit dem Vorher-Fragebogen.  (Interpretation: Fertigkeiteneinstufung zwischen Kontroll-und Workshopgruppe zeigt keinen bedeutenden Unterschied)</p> <p>Die Workshopgruppe zeigte in der Nachher-Testung eine signifikant bessere Fertigkeiteneinstufung (<b>Wilcoxon</b>). Diese Nachher-Testung der Workshopgruppe war signifikant höher als diejenige der Kontrollgruppe (<b>Mann-Whitney-U</b>)</p> <p>6-Monate Nachher-Testung: Workshopgruppe zeigt immer noch signifikant höhere Fertigkeiteneinstufungen wie Kontrollgruppe, wobei im Vergleich zur Nachher-Testung eine signifikante Abnahme der Einstufung ersichtlich ist.</p> <p>Keine signifikanten Veränderungen ersichtlich über die 2 Messzeitpunkte bei der Kontrollgruppe.</p> <p><i>Aktivität in der Rolle:</i> 56 von 74 Workshopteilnehmern gaben an, dass sie mindestens eine Rolle in der vergangenen 6 Monaten aktiv ausgeübt haben. 15 von 74 -&gt; gaben keine solche Aktivität an.</p> <p><b>Comfort</b>  Vorher-Testung: keine signifikanten Unterschiede im berichteten Komfortlevel von Workshopteilnehmern und Kontrollgruppenteilnehmern. (<b>Mann-Whitney-U</b>)</p>
---	--

	<p>Nachher-Testung: Signifikante Verbesserung im Komfortlevel bei Workshopgruppe ersichtlich (<b>Wilcoxon</b>). Dieser Wert war im Vergleich zur Vorher-Testung der Kontrollgruppe signifikant höher.</p> <p>6-Monate Nachher Testung: Immer noch signifikant höheres Komfortlevel der Workshopgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe.</p> <p><b>Reported interventions</b> Level an Personalaktivität im Adressieren von sexuellen Problemen von Klienten 6-Monate Nachher Testung: Workshopgruppe gab an, die Rollen in einem signifikant breiteren Spektrum aktiv anzuwenden im Vergleich zur Kontrollgruppe (Mann-Whitney-U Test)-&gt; ist das wirklich nur auf das Training zurückzuführen? Oder mit Angst/Druck verbunden, sie müssten die Rollen jetzt ja häufiger anwenden und geben diese gewünschte Antwort%einfach so an?</p> <p>Kontrollgruppe zeigte im Vergleich Vorher und 6-Monate Nachher Testung keine signifikante Verbesserung der aktiven Rollenausführung (Wilcoxon)</p> <p><b>Staff attributes associated with comfort</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wahrgenommene eigene Kompetenz steht in einem engen Zusammenhang mit den berichteten Komfortlevels im Adressieren der sexuellen Anliegen der Klienten.</li> <li>- Personen, die ihre eigenen Fertigkeiten besser einschätzten, schnitten auch im Objektiven Wissenstest besser ab.</li> <li>- Positive Korrelation zwischen Ansprechen von sexuellen Anliegen durch den vorausgehenden Workshop und höheren Komfort- und Fertigungslevels.</li> </ul> <p><b>Welches war die klinische Bedeutung der Ergebnisse? Waren die Unterschiede zwischen Gruppen (falls es Gruppen gab) klinisch von Bedeutung?</b> Sie gehen in der Diskussion S. 855 darauf ein. Inwiefern die signifikanten Werte wirklich bedeutend sind für die reale Welt sei dahingestellt. Die Kontrollgruppe war trotz ihrer eher konservativen Einstellung in einem oberen Rang und somit nicht völlig konservativ. (S.855)</p>
<p><b>Wurden Fälle von Ausscheiden aus der Studie angegeben?</b> X Ja</p>	<p><b>Schieden die Teilnehmer aus der Studie aus? Warum? (Wurden Gründe angegeben, und wurden Fälle von Ausscheiden angemessen gehandhabt?)</b> Ja Gründe werden genannt (S.851). Kündigung, Mutterschaftsurlaub, Kontaktierung nicht möglich,</p>

<p><b>SCHLUSSFOLGERUNGEN UND KLINISCHE IMPLIKATION</b></p>	<p>das nicht Zurücksenden der Unterlagen.</p> <p><b><i>Zu welchem Schluss kam die Studie? Welche Implikationen haben die Ergebnisse für die ergotherapeutische Praxis? Welches waren die hauptsächlichsten Begrenzungen oder systematische Fehler der Studie?</i></b></p> <p>Trainingsintervention verbessert das Wissen, die Fertigkeiten und den Komfort (Behängen) des teilgenommenen Personals.</p> <p>Die Kontrollgruppe konnte ihre Resultate nur durch Reifung und Erfahrung nicht an derjenigen der Workshopgruppe angleichen.</p> <p>Die Kontrollgruppe war konservativer in ihren sexuellen Einstellungen als die Teilnehmer des Workshops.</p> <p>Die Zunahme von objektivem Wissen in der Nachher-Evaluation zeigt die Notwendigkeit auf, dass Gesundheitsfachleute ihr Wissen vertiefen sollten im Bereich neurologische Erkrankung und den Einfluss dieser Erkrankung auf sexuelle Bereiche. Die Abnahme des Wissens, wie dies die 6-Monate Nachher Evaluation zeigte, spricht für Auffrischungseinheiten, klinische Supervisionen und Zusammenfassungen wichtiger Schlüsselinformationen.</p> <p><b>Begrenzung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inwiefern die signifikanten werte bedeutend sind im Alltag</li> <li>- Andeutung bzgl Validität und Reliabilität.</li> </ul> <p><b>Inwiefern reliabel/valide ist ungewiss</b> (logistische und technische Herausforderungen -&gt; sicherstellen von Gleichheit zwischen den Assessments und den klinischen Settings, Analysieren und Prüfen der Assessments durch Experten, errichten von Interreliabilität, Einfluss von Testangst)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Geringe Antwortrate bei dem 6-Monate Nachher Test (46.4 %): kann zu systematischem Bevorzugung führen, indem diejenigen, welche antworteten, den Workshop als positiv erlebten und diejenigen, die nicht antworten, ihn als negativ erlebten.</li> <li>- Mangel an Kommunikationsinstitutionen bei teilnehmenden der Kontrollgruppe</li> <li>- Problem, dass sich Personen an ihre Aktivität im Adressieren von sexuellen Anliegen in den vergangenen 6 Monaten erinnern müssen -&gt; evt hat es in diesen 6 Monaten noch andere Weiterbildungen gegeben?</li> </ul>
--	---

**Titel: A Longitudinal Study of Sexuality Training for the Interdisciplinary Rehabilitation Team (Fronek, Kendall, Booth, Eugarde & Geraghty, 2011)**

**Tabelle 9** Beurteilung Fronek et al. (2011) nach Law et al. (1998)

<p><b>ZWECK DER STUDIE</b>  <b>Wurde der Zweck klar angegeben?</b>  X Nein (ihre Hypothese stellen sie erst im Resultatenteil S.91)</p> <p>Zweck/Ziel ist nur verständlich geschrieben, wenn man auch schon die Studie von Fronek et al (2005) gelesen hat und weiss, worum es in dieser Studie damals ging.</p>	<p><b>Skizzieren Sie den Zweck der Studie. Inwiefern bezieht sich die Studie auf Ergotherapie und/oder auf die Forschungsfrage?</b>  Baut auf die Studie von Fronek et al. (2005) auf:</p> <p><b>Zweck:</b> Die Studie präsentiert Ergebnisse über eine 2 Jahre follow-up (nachfolgende) Studie.</p> <p><b>Ziel: (S.89 Method, S.95 Diskussion)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Können die berichteten Verbesserungen der Versuchsgruppe nach 3 Monaten auch noch nach zwei Jahre aufrechterhalten werden.</li> <li>- Zeigt die Kontrollgruppe von Fronek et al (2005), die im 4. Monat ebenfalls dasselbe Trainingsprogramm der Versuchsgruppe erhielt, ähnliche Verbesserungen nach 2 Jahren im Bereich Wissen, Komfort und Einstellungen.</li> </ul>
<p><b>LITERATUR</b>  <b>Wurde die relevante Hintergrund-Literatur gesichtet?</b>  X Ja</p>	<p><b>Geben Sie an, wie die Notwendigkeit der Studie gerechtfertigt wurde.</b></p> <p>Sexuelle Funktion und intime Beziehungen sind fundamentale Konditionen, die durch SCI (spinal cord injury) betroffen sind.</p> <p>Die Wichtigkeit, sexuelle Themen durch ein multidisziplinäres Fachteam zu adressieren, wurde schon in mehreren Artikeln betont.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Simpson et al (2006) wird erwähnt! (multidisziplinäres Sexualtraining des Personals)</li> <li>- Post et al. (2008): keine Kontrollgruppe, disziplinärer Kontext und kein interprofessioneller Ansatz</li> <li>- Fronek et al. (2005): RCT, multidisziplinäres Team: sie beschreiben in der Einführung, dass 86 Teilnehmer in Kontroll-und Versuchsgruppe eingeteilt wurden (das ist aber falsch!!! -&gt; in Fronek et al (2005) wird von 89 Teilnehmern beschrieben!)</li> </ul> <p><b>Lücke:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wenige Studien haben jedoch den Langzeiteffekt eines Trainingsprogramms aufgezeigt.</li> <li>- Frühere Studien fokussierten sich mehr auf disziplinspezifische Trainings als auf interprofessionelle und multidisziplinäre Trainings</li> <li>- Studien, welche den Trainingseffekt von Personal auf Wissen und Einstellung bereits bei Patienten mit einer mentalen Behinderung untersuchten, verwendeten <i>kleine Stichprobengrößen</i> (wobei in dieser Studie ebenfalls kleine</li> </ul>

	<p>Stichprobengröße) <i>und keine RCT</i>.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Frühere Studien gaben an, dass 3-4 Monate Nachher Testung viele Teilnehmer an der Testung nicht mehr teilnahmen. (dies macht es natürlich notwendig, die Studie auf Langzeiteffekt zu überprüfen und Teilnehmeranteil auch nach gewisser Zeit aufrechtzuerhalten).</li> </ul>
<p><b>DESIGN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Randomisierte kontrollierte Studie (RCT)</li> </ul>	<p><b>Beschreiben Sie das Studiendesign. Entsprechend dem Design der Studienfrage (z.B. im Hinblick auf den Wissensstand zur betreffenden Frage, auf Ergebnisse (outcomes), auf ethische Aspekte)?</b></p> <p>S.89: 2-Jahre nachfolgende randomisiert kontrollierte Studie, mixed-method (sowohl quantitativ als auch qualitativ)</p> <p><b>Spezifizieren Sie alle systematischen Fehler (Verzerrungen, bias), die vielleicht aufgetreten sein könnten, und in welche Richtung sie die Ergebnisse beeinflussen.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Repräsentativität der Stichprobe nicht gewährleistet</li> <li>- Systematischer Fehler hinsichtlich Aufmerksamkeit der Teilnehmer</li> <li>- Selbsteinschätzungsfragebogen KCAASS</li> <li>- Fehler bzgl Erinnerung nach 2 Jahren</li> </ul>
<p><b>STICHPROBE</b></p> <p>Teilnehmer kommen aus dem QSCIS (Queensland Spinal Cord Injury Services). Das QSCIS setzt sich zusammen aus SIU (Spinal Injuries Unit), dem TRP (Transitional Rehabilitation Team) und dem SPOT (Spinal Outreach Team).</p> <p>Von den N=84 füllten aber nur N=37 den Fragebogen aus. Diese 37 Teilnehmer wurden stichprobeartig (randomized) in Kontrollgruppe N=12 und Versuchsgruppe N= 25 aufgeteilt.</p> <p>Von <b>N=37</b> sind N=23 Pflege, N=1 Medizinpraktiker N=3 allied health staff (wer beinhaltet das??), N= 10 community staff (Abgang der Teilnehmer wird unten erklärt)</p> <p><b>Wurde die Stichprobe detailliert beschrieben?</b> X Nein</p> <p><b>Wurde die Stichprobengröße begründet?</b> X Nein (keine Effektgröße angegeben, mit welcher man sicher sagen könnte, dass mit dieser Anzahl Teilnehmer die Signifikanz sicher nachgewiesen wer-</p>	<p><b>Stichprobenauswahl (wer, Merkmale, wie viele, wie wurde die Stichprobe zusammengestellt?). Bei mehr als einer Gruppe: Waren die Gruppen ähnlich?</b></p> <p><b>Einschlusskriterien:</b> nur jene Teilnehmer, die alle 3 Assessments zu den 3 Messzeitpunkten ausfüllten. Das sind <b>N=84</b> (da 5 Personen aus der Versuchsgruppe in der Studie von Fronck et al (2005) die 3-Monate Nachher Testung nicht ausfüllten) von ursprünglich N=89.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Kontrollgruppengröße stimmt nicht überein mit Versuchsgruppengröße!!</b></li> </ul> <p>Kompliziert geschrieben! Nicht von Anfang an verständlich!!! (warum haben dann nur 37 von den 84 teilgenommen? Es wird nicht explizit beschrieben, warum nur 37 an Studie teilnahmen. Sehr kleine Stichprobe)</p> <p>Laut den Autoren gäbe es keine signifikanten Unterschiede zwischen denen, die an der 2-Jahre nachher Testung teilnahmen und denen in der Abgangsgruppe (diejenigen, die nicht teilnehmen)</p> <p>Sie beschreiben nicht, wie sie das untersucht haben!!!</p> <p><b>Beschreiben Sie die Ethik-Verfahren. Wurde wohlinformierte Zustimmung eingeholt?</b></p> <p>S.90 Procedure: Genehmigung/Zustimmung wurde vom Ethikkomitee eingeholt bzgl Durchführung der zwei Jahre nachfolgende Studie (2 Year follow-up study).</p>

den kann)	Teilnehmer wurden mittels Informationsblätter informiert und Zustimmungsbewilligung wurde eingeholt. Teilnehmer durften jederzeit die Studienteilnahme beenden. Vertraulichkeit wurde durch nicht persönliche Informationen aufrechterhalten (zB keine Namensangabe)	
<b>ERGEBNISSE (outcomes)</b>	<b>Geben Sie an, wie oft Outcome Messungen durchgeführt wurden (also vorher, nachher, bei Nachbeobachtung (pre-, post- follow up)).</b> 2 Jahre Nachher Testung, wobei Ergebnisse von Fronek et al. (2005) ebenfalls beigezogen werden (Vorher Testung, Nachher Testung, 3 Monate Nachher Testung)	
<p><b>Waren die outcome Messungen zuverlässig (reliabel)?</b> X Ja (KCAASS; wobei sie nicht die Werte des Cronbach's alpha auflisten!!</p> <p><b>Waren die outcome Messungen gültig (valide)?</b> X Ja (KCAASS wird auf der S.89 beschrieben, Konstruktvalidität und interne Konsistenz)</p>	<p><b>Outcome Bereiche</b></p> <p>Wissen</p> <p>Komfort</p> <p>Approach/Methode/ Herangehensweise</p> <p>→ Höhere Punkte bedeuten mehr Wissen und Fertigkeiten</p>	<p><b>Listen Sie die verwendeten Messungen auf KCAASS</b> (quantitative Komponente für Versuchs- und Kontrollgruppe) Höhere Punktwerte in der Unterkategorie knowledge und skill% sind verzeichnet mit besserem Wissen und Fertigkeit. Bei den Unterkategorien sKomfort, Approach und Attitude% ist es gerade umgekehrt. Geringere Punktwerte sind verzeichnet mit höherem Komfort, Einstellung und Behandlung.</p> <p><b>Fokusgruppendifkussion</b> (qualitative Komponente) → Durchgeführt als eine interinstitutionelle Diskussion zwischen den 3 Institutionen SIU; TRP &amp; SPOT</p> <p><b>Written feedback to openended questions</b> Ging um KCAASS: es wurde über Einstellungen und Nutzen des Trainings befragt sowie mögliche zukünftige Bedürfnisse.</p> <p><b>QUANTITATIV</b> <b>Mann-Whitney U:</b> um Vergleiche zwischen der Versuchs- und Kontrollgruppe machen zu können.</p> <p><b>Wilcoxon signed ranks/Friedmans test:</b> für Vergleiche innerhalb der gleichen Gruppe über einen ge-</p>

		<p>wissen Zeitraum</p> <p><b>QUALITATIV</b>  Pragmatischer Ansatz (S.90 Data Analysis) mittels themenbezogener Analyse -&gt; sie geben noch Referenz nach Aronson (2009) an. GUT!!</p> <p>Die transkribierten Daten aus dem Interview wurden mit den geschriebenen Kommentaren aus dem KCAASS (open-ended questions) zusammengesetzt/kombiniert!</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vorhandene Erfahrungen wurden <b>themenbasiert</b> zugeordnet</li> <li>- <b>Themen</b> wurden durch den Analyseprozess identifiziert</li> <li>- <b>Themen</b> waren Einheiten von abgeleiteten Mustern (Vokabular, Konversations-themen, Gedanken etc.)</li> </ul> <p>Frage: Triangulation? (von wem wurden die Kategorien gebildet, gab es jemand, der entgegenlas?)</p>
--	--	---

<p><b>MASSNAHMEN</b>  <b>Wurden die Massnahmen detailliert beschrieben?</b>  X Nein (sie verweisen auf die frühere Studie, finde ich aber nicht sinnvoll)</p> <p><b>Wurde Kontaminierung vermieden?</b>  X nein (S.95 im Diskussionsteil gehen sie darauf ein): Nach dem Training der Versuchsgruppe arbeiteten die Versuchsgruppe mit der Kontrollgruppe wieder zusammen, wodurch womöglich die Kontrollgruppe durch die Interaktion mit der Versuchsgruppe von Wissenszufuhr profitieren konnte (Autoren erklären sich dadurch auch, warum es bei der Kontrollgruppe zu keinem signifikanten Verbesserung der Subkategorien über die gesamte Studienzeit kam)</p> <p><b>Wurden gleichzeitig weitere Massnahmen (Ko-Intervention) vermieden?</b>  X nicht angegeben</p>	<p><b>Beschreiben Sie kurz die Massnahmen (Schwerpunkt, wer führte sie aus, wie oft, in welchem Rahmen). Könnten die Massnahmen in der ergotherapeutischen Praxis wiederholt werden?</b>  <b>1-tägiger Workshop</b> (sie sagen, sie hätten diesen schon in der Studie von Fronek et al (2005) beschrieben.</p> <p><b>KCAASS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wurde <b>4 Monate</b> nach dem Fokusgruppeninterview verteilt (Handlungsrahmen normaler Arbeitstag)</li> <li>- Die Verteilung erfolgte durch das Forscherteam über alle Disziplinen (Achtung: Gefahr des Verwechselns zwischen Ergebnissen Kontrollgruppe und Versuchsgruppe?)</li> <li>- <b>Datensammlung erfolgte über 1 Monat</b> -&gt; um den Schichtarbeiten der Teilnehmer gerecht zu werden und die Nicht Teilnahme von Teilnehmern aufgrund ihres Urlaubs zu verhindern</li> <li>- Anwendung des KCAASS nach der 2 Jahre nachfolgenden Evaluation</li> <li>- waren zusätzlich offene Fragen miteinbezogen (open-ended questions), welche über die Einstellungen, Nutzen des Trainings und zukünftige Wünsche fragten.</li> </ul> <p><b>Fokusgruppeninterview:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wurde vor der Anwendung des KCAASS durchgeführt. Das heisst zu welchem Zeitpunkt? 2 Jahre nach der Testung?</li> <li>- Teilnehmern wurde anfänglich eine Zusammenfassung der RCT Ergebnisse präsentiert und wurden dann gebeten, über Nutzen und Herausforderungen des Trainings zu berichten (Achtung: was war die Absicht des vorherigen Zeigens? Dadurch könnten sie in ihren Aussagen schon beeinflusst und voreingenommen sein)</li> </ul> <p>Wurde das Fokusgruppeninterview 2 Jahre später durchgeführt? Und dann nach dem Fokusgruppeninterview nach weiteren 4 Monaten das KCAASS verteilt? Das wird im Kapitel Procedure nicht klar!!!!!! Erst in der Datenanalyse wird beschrieben, dass das KCAASS zwei Jahre später nochmals durchgeführt wurde.</p> <p>Erst im Teil Resultate beschreiben sie, dass sowohl die Kontroll-als auch die Versuchsgruppe das Training erhalten hatten, als sie die 2-Jahre Nachher Testung machten</p>
--	---



	<p>(sehr schwammig und unklar beschrieben)</p> <p>Aus den Massnahmen wird nicht klar, welche Person was machte</p>
<p><b>ERGEBNISSE</b></p> <p><b>Wurde die statistische Signifikanz der Ergebnisse angegeben?</b>  <input checked="" type="checkbox"/> Ja</p> <p><b>War(en) die Analysemethode(n) geeignet?</b>  <input checked="" type="checkbox"/> Ja (sie erwähnen auf S. 90, dass die Daten nicht normalverteilt sind und daher auf Mann-Whitney U, Friedman's test etc zurückgegriffen werden muss)</p> <p><b>Wurde die klinische Bedeutung angegeben?</b>  <input checked="" type="checkbox"/> Ja  <input type="checkbox"/> Nein  <input type="checkbox"/> Nicht angegeben</p>	<p><b>Welches waren die Ergebnisse? Waren sie statistisch signifikant (d.h. <math>p &lt; 0.05</math>)? Falls nicht statistisch signifikant: War die Studie gross genug, um einen eventuell auftretenden wichtigen Unterschied anzuzeigen? Falls es um viele Ergebnisse ging: Wurde dies bei der statistischen Analyse berücksichtigt?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Durch die kleine Stichprobengrösse konnten keine Vergleiche über die einzelnen Disziplinen gemacht werden</li> <li>- Erst im Resultatenteil stellen sie <b>Hypothese</b> auf, dass es nach der 2-Jahres Testung zwischen der Kontroll- und Versuchsgruppe keine signifikanten Unterschiede in den Subkategorien Wissen, Komfort und Einstellungen geben werde, da nun ja beide Gruppen Training erhalten haben (Kontrollgruppe 4 Monate nach Versuchsgruppe: müsste das nicht heissen, dass Kontrollgruppe noch mehr vom Training profitiert hat, weil sie Training zu späterem Zeitpunkt in Anspruch nahm? Aus früheren Studien hat man ja herausgefunden, dass sich die erhöhten Ergebnisse in einer follow-up Studie wieder verringern?. Wahrscheinlich ist das so, wobei die Unterschiede womöglich nicht von Bedeutung sind/nicht signifikant)</li> </ul> <p><b>Quantitative Resultate:</b>  <b>Nach 3-Monaten Testung allgemein Mann-Whitney U (da erhielt Kontrollgruppe Training noch nicht):</b>  Signifikante Unterschiede zwischen Kontroll- und Versuchsgruppe, in der Versuchsgruppe signifikant höhere Werte zeigte in der Subkategorie Wissen. (S.91)  <b>nach 2-Jahres Testung:</b> keine signifikanten Unterschiede zwischen der Kontroll- und Versuchsgruppe bei allen Subkategorien.</p> <p><b>Testung innerhalb derselben Gruppe (Wilcoxon)</b>  <b>Kontrollgruppe:</b>  Keine signifikanten Unterschiede vom Initialstart zur 2-Jahre Nachher Testung (über die ganze Studienperiode)  <b>Post hoc comparison</b> (welche Messzeitpunkte sich signifikant von den anderen unterscheiden):  <b>Knowledge:</b> trotz der Tatsache, dass in der Kon-</p>

trollgruppe über den ganzen Studienzeitraum keine signifikante Veränderung festgestellt wurde, zeigte sich in der post hoc comparison

- signifikante Veränderung zwischen 3-Monate Nachher Testung und der 2-Jahre Nachher Testung.

**Attitude:** dasselbe Resultat wie knowledge

**Comfort und Approach:** keine signifikanten Veränderungen.

**Versuchsgruppe:**

Signifikante Veränderung der Versuchsgruppe im Bereich Wissen, Komfort und Approach von der Initialmessung (Vorher-Testung) zur 2 Jahre Nachher Testung.

**Post hoc comparison:**

**Knowledge:** der Punktwert bei der 2-Jahre nachher Testung war signifikant höher als derjenige bei der Vorher Testung, jedoch nicht signifikant höher als die Werte der Nachher-Testung und 3-Monate Nachher Testung.

**Comfort & Approach:** dasselbe Resultat wie knowledge

**Attitude:** 2 Jahre Nachher Testung unterschied sich in den Werten nicht von der Vorher Testung oder der 3-Monate Nachher Testung

**Qualitative Resultate**

**Nutzen/Benefit des Trainings:**

Inhalte des Fokusgruppeninterviews, Stellungnahme

Sachgehalt:

- \*Fruchtbarkeit, Blasen und Stuhlgangmanagement
- Beziehungen, erektile Erregung
- Körperbild, emotionale und psychologische Aspekte der Sexualität
- Empfängnisverhütung
- Positionen/Stellungen, Beratung
- Sexuale Hilfsmittel, Kommunikation

Bereiche des Trainingseffekts:

- Wissenserwerb
- Mut, Komfort, überalterte Glaubensansätze

**Impact/ Wirkung**

- Enthusiasmus über sexuelle Themen
- Bildungswunsch/Weiterbildung zu sexuellen Themen
- Mehr Vertrauen
- Einstellungswechsel
- Desensibilisierung
- Vergrößertes Komfortlevel
- Information verbessert Fachwissen und

	<p>Mut über diese Themen zu sprechen</p> <p><b>Wichtigkeit des Kontextes (major theme)</b>  Wo soll Sexualtraining sich abhandeln? Welche Kontextfaktoren sind wichtig?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kontext Rehabilitation (= <i>intensiver emotionaler Kontext, emotional empfindliches Thema</i> wird genauer beschrieben auf S.93)</li> <li>- Hintergründe, kulturelle Vorstellungen/Überzeugungen/Meinungen . &gt; beeinflusst das Training in positiver oder negativer Art und Weise</li> <li>- Training muss auf verschiedene Hintergründe, Annahmen und Werte ausgerichtet werden. Wichtig, dass Personal Fähigkeit entwickelt, eigene persönliche Werte in Hintergrund zu stellen und den Bedürfnissen des Klienten gerecht zu werden.</li> <li>- Kontext gesellschaftlicher Einstellungen und Annahmen</li> </ul> <p><b>Benefits/Nutzen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Gruppensetting</b> im Training: ermöglicht das teilen von Erfahrungen, Nachbesprechungen, Problemlöseprozesse</li> <li>- <b>Multidisziplinäres</b> Training: erleichtert das Verständnis für andere berufsspezifische Ansichten und half, fördert Respektgewinnung gegenüber anderen Teilnehmern</li> </ul> <p><b>Zukunftsvisionen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Fortlaufende Edukationsprogramme</b> wie zB selbstdirektierende Lernpakete</li> <li>- <b>Sorge: wie kann neues Personal zum Thema trainiert/geschult werden?</b> Kombination von Lernoptionen, Broschüren, Ressourcenlisten und jährlich durchgeführte Trainingsupdates (Training sollte wiederholt werden)</li> <li>- <b>Es wurden fortgeschrittene Edukationsbedürfnisse herausgearbeitet:</b> Fruchtbarkeit, Produkte/Hilfsmittel für erektile Funktion, Beratung, praktische Wege zur Verbesserung von Sexualefunktion etc. (S.95)</li> </ul> <p><b>Welches war die klinische Bedeutung der Ergebnisse? Waren die Unterschiede zwischen Gruppen (falls es Gruppen gab) klinisch von Bedeutung?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Da sexuelles Trainingsprogramm individualisiert abgestimmt auf die Bedürfnisse der Probanden ist Übertragbarkeit fraglich. Es braucht mehr Forschung, inwiefern ein Training direkte Wirkung hat auf das Verhalten und die Praxis hat.</li> </ul>
--	--

<p><b>Wurden Fälle von Ausscheiden aus der Studie angegeben?</b>  X Ja  O Nein</p>	<p><b>Schieden die Teilnehmer aus der Studie aus? Warum? (Wurden Gründe angegeben, und wurden Fälle von Ausscheiden angemessen gehandhabt?)</b>  <b>Gründe für Abgang</b> (S.89): Personalwechsel, Mutterschaft, Jahresurlaub während dem die Datenkollektion ausgeführt wurde, N=6 lehnten die Teilnahme ab.</p>
<p><b>SCHLUSSFOLGERUNGEN UND KLINISCHE IMPLIKATION</b></p>	<p><b>Zu welchem Schluss kam die Studie? Welche Implikationen haben die Ergebnisse für die ergotherapeutische Praxis? Welches waren die hauptsächlichsten Begrenzungen oder systematische Fehler der Studie?</b>  Gute Zusammenfassung der ganzen Studie und dem Ziel der Studie (S.95)</p> <p><b>Diskussionsteil</b> (S.95-98)  Gehen auf den Rezenzeffekt ein: später eingehende Infos haben einen grösseren Einfluss auf die Erinnerungsleistung einer Person als früher eingehende Infos. (diesen Effekt begründen sie aufgrund der Ergebnisse der Versuchsgruppe, die eine kleine aber nicht signifikante Abnahme der Wissens- und Einstellungspunkte zeigte zwischen der Nachher-Testmessung und der 2-Jahre-Nachher Testmessung. )</p> <p>Mögliche Begründung der Autoren, warum Kontrollgruppe über die gesamte Studienzeitdauer keine signifikanten Verbesserungen in den Subkategorien aufzeigte (mögliche Übertragbarkeit des Wissens der Versuchsgruppe auf die Kontrollgruppe unmittelbar nach dem Training).</p> <p><b>Komfort zeigte einen steigenden Trend</b> über die 2-Jahresperiode, sowohl in der Versuchs- als auch Kontrollgruppe (steilste Erhöhung beobachtbar). Beide Gruppen zeigten höhere Punktelevels nach 2-Jahren Nachher Testung im Vergleich zur Vorher-Testung. Steht im Zusammenhang mit qualitativen Ergebnissen -&gt; Desensibilisierung, Sexualität als normales Kliententhema</p> <p>Während beim <b>Wissen und Komfort</b> stabile und erwartete Trends zu beobachten waren, waren die Punkte beim <b>Approach</b> weniger gut vorhersehbar bei beiden Gruppen. In den qualitativen Ergebnissen wurden diese Ergebnisse am wenigsten diskutiert (Persönliche Vorgehensweisen repräsentieren eine der herausforderndsten Aspekte im Umgang mit sexuellen Anliegen).  Beratung, Handhabungsunterstützung, Nachbesprechung und Supervision könnte zusätzlich helfen, um diese Anliegen besser zu adressieren.</p>

Signifikante Verbesserung bei Subkategorie **Attitude** bei beiden Gruppen: Wichtiges Ergebnis unter der Berücksichtigung der Tatsache, dass Veränderungen in der Einstellung schwieriger zu erreichen ist wie Komfort und Wissen. **Veränderungen waren zwar signifikant, aber klein.** Dies könnte auf die Messung selber als Störsignal zurückzuführen sein (Frage: misst wohl nicht wirklich das, was es messen soll und nicht zuverlässig).

Gehen in ihrer Studie auch nochmal auf Simpson ein!!

Die Qualitativen Ergebnisse weisen auf die **Wichtigkeit des Kontextes** hin (Vorurteil und Voreingenommenheit). Der Kontext hat ebenfalls Einfluss auf die Effektivität des Trainings.

Faktoren wie die Umgebung der Rehabilitation, Hintergründe des Personals, kulturelle und Wertpositionen sowie gesellschaftliche Ansichten/Einstellungen sind relevant im Hinblick auf das Training. Sind alle Faktoren, die negativen oder positiven Einfluss auf das Training haben.

**Limitationen:**

- Kleinere Stichprobenanzahl der Kontrollgruppe (N= 12) im Vergleich zur Versuchsgruppe (N=25), was mögliche Unterschiede der Stichproben nicht ausschliesst. HOHE ABGANGSRATE IM 2-JAHRE NACHHER TEST
- Mögliche Kontaminierung zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe (soziale Unerwünschtheit bei der Kontrollgruppe aufgrund nicht Teilnahme am Training)
- Resultate des Fokusgruppeninterviews wurden vor dem KCAASS eingeholt. Die besprochenen Ergebnisse im Fokusgruppeninterview könnten daher die Teilnehmer beeinflusst haben im anschließenden Ausfüllen des 2-Jahre Nachher KCAASS Fragebogens (obwohl zwischen Fokusgruppeninterview und KCAASS eine Zeitdauer von 4-Monaten herrschte)
- Die Subkategorie Attitude : Herausforderung, mit der Subkategorie wirklich die genaue Einstellungsveränderung messen zu können
- Übertragbarkeit in Praxis ist limitiert, da sich das Training auf die Bedürfnisse der Teilnehmer ausrichtete.

**Auswirkung für Praxis:**

Weiterführende Studien sollten den tatsächlichen

	<p>Effekt des Trainings auf Verhalten und Anwendung in der Praxis untersuchen.</p> <p>Entwicklung von Handlungsplänen, wie Trainingsinhalte Trainings in realen Situationen verwendet und angepasst werden können, sind berechtigte Forschungspunkte.</p> <p>Untersuchung und Auswertung andauernden Bildungsmöglichkeiten wie Broschüren oder Ressourcenlisten (die der Auffrischung von Wissen dienen)</p> <p>Interventionen die fortführende Bildungsbedürfnisse beinhalten (Beratung, Professionsbarrieren etc.)</p>
--	--

**Titel: A Longitudinal Study of Sexuality Training for the Interdisciplinary Rehabilitation**

**Team (Fronek, Kendall, Booth, Eugarde & Geraghty, 2011)**

**Tabelle 10** Beurteilung Fronek et al. (2011) nach Letts et al. (2007)

<p><b>ZWECK DER STUDIE</b>  <b>Wurde der Zweck klar angegeben?</b>  <input type="radio"/> Ja  <input type="radio"/> Nein</p>	<p><b>Skizzieren Sie den Zweck der Studie.</b>                  Gleich wie bei quantitativer Beurteilung</p>
<p><b>LITERATUR</b>  <b>Wurde die relevante Hintergrund-Literatur gesichtet?</b>  <input checked="" type="checkbox"/> Ja  <input type="checkbox"/> nein</p> <p><b>Welche(r) Bereich(e) der Ergotherapie wurde(n) untersucht?</b>  <input type="radio"/> Selbstversorgung  <input type="radio"/> Produktivität  <input type="radio"/> Freizeit  <input checked="" type="checkbox"/> Komponenten der Performanz  <input checked="" type="checkbox"/> Komponenten des Umfelds                  (Wichtigkeit des Kontextes, Umgebung der Rehabilitation)  <input type="radio"/> Betätigung</p>	<p><b>Geben Sie an, wie die Notwendigkeit der Studie gerechtfertigt wurde.</b>                  Einige Studien untersuchten bereits den Effekt eines sexuellen Trainingsprogrammes auf das Gesundheitspersonal. Diese Studien unterschieden sich jedoch in ihrem Studiendesign, in der Länge und dem Inhalt des Trainings. (Simpson et al., Post et al., Fronek et. al).</p> <p><b>Notwendigkeit der Studie:</b>                  Sie erwähnen nur, dass frühere Studien kleine Stichprobensätze verwendeten, nicht randomisiert kontrolliert wurden und keinen Langzeiteffekt des Trainings gemessen haben. In den Studien von Post und Simpson wurde ein Abgang der Antwortrate 3-4 Monate nach dem Training festgestellt. Erst in der Diskussion beschreiben sie explizit, dass bis anhin noch keine Studie durchgeführt wurde, die den Langzeiteffekt eines Trainings untersucht.                  In dieser Studie werden nun die Ergebnisse einer 2 Jahre nach dem Training erforscht.</p> <p>In welcher Weise bezieht sich die Studie auf Ergotherapie und/ oder auf Ihre Forschungsfrage?</p> <p>Inwiefern kann ein sexuelles Trainingsprogramm über einen Zeitraum von 2 Jahren die Performanz (Wissen, Haltung, Komfort, Ansatz) von ETs im Umgang mit sexuellen Anliegen von Klienten unterstützen/aufrechterhalten.</p>
<p><b>STUDIENDESIGN</b>  <b>Welches Design hatte die Studie?</b>  <input checked="" type="checkbox"/> Ethnographie (Kommentieren über den Nutzen und die Herausforderungen des Trainings, wobei nicht klar!!)  <input type="radio"/> Grounded Theory  <input type="radio"/> Partizipative Handlungsforschung  <input type="radio"/> Phänomenologie</p>	<p><b>Welches Design hatte die Studie? Entsprech das Design der Studienfrage (z.B. hinsichtlich des Wissenstandes zur betreffenden Frage, hinsichtlich ethischer Aspekte?)</b>                  Bei dem Design handelt es sich um eine Mixed-Method. Die Forscher gehen im qualitativen Teil nicht explizit auf ein Design ein, daher ist nicht klar, ob es ethnographisch ist.                  Möglich ist es, dass die Studie ein ethnographisches Design verwendet. Es wurde versucht, den Prozess und die Wirkung eines eintägigen sexuellen Trainingsprogrammes von Gesundheitsfachleuten zu untersuchen (über längeren Zeitraum)                  Das Trainingsprogramm wurde individuell auf die Bedürfnisse des Personals abgestimmt.</p>

	<p>Mit dem Design wird auch individuell Bezug genommen auf die Meinungen und Ansichten des Personals sowie auf die sozialen Muster der untersuchten Institutionen. (design passt)</p>
<p><b>Wurde eine theoretische Perspektive identifiziert?</b>  <input type="radio"/> Ja  <input checked="" type="radio"/> Nein</p>	<p><b>Beschreiben Sie die theoretische Perspektive dieser Studie, z.B. die Perspektive des Forschers.</b>          Es wird keine theoretische Perspektive dargelegt, beziehungsweise die Perspektive des Forschers.</p>
<p><b>Verwendete Methode(n):</b>  <input type="radio"/> teilnehmende Beobachtung  <input type="radio"/> Interviews  <input type="radio"/> historische Forschung  <input checked="" type="radio"/> Fokusgruppen (Auswahl und Anzahl der Teilnehmer am Fokusgruppeninterview wird nicht genannt)  <input type="radio"/> andere</p>	<p><b>Beschreiben Sie die Methode(n), die zur Beantwortung der Forschungsfrage verwandt wurde(n).</b>          Fokusgruppe =formale Methode, bei welcher eine Gruppe von Personen über ein Thema interviewt werden.          Der Fokusgruppe der Studie wurde zu Beginn über die gefundenen Ergebnisse der RCT Studie informiert. Im Anschluss wurden sie darum gebeten, den Nutzen wie die Herausforderungen des Trainings zu kommentieren. Ein Schreiber notierte sich die mündlichen Aussagen der Teilnehmer.</p> <p>Vorteil:          Die Verwendung eines Fokusgruppeninterviews ist in dieser Studie sinnvoll. Dadurch erhalten sie verschiedene Ansichten oder Antworten der Teilnehmer zu dem spezifisch untersuchten Thema des sexuellen Trainingsprogrammes.</p> <p>Nachteil:          Ein Gruppensetting kann die individuelle Meinung von gewissen Teilnehmern einschränken (zurückhaltende Personen getrauen sich womöglich weniger, ihre Meinung kund zu tun).</p> <p>Fragen/ Unklarheiten:          - Wie viele Teilnehmer? Wie wurden diese Teilnehmer ausgewählt?          - Wer leitete das Fokusgruppeninterview? War er ausgebildet im Führen eines solchen Interviews? Konnte er alle Meinungen der Personen erfassen?          - Wie lange dauerte das Interview?          Die Rahmenbedingungen sind unklar.</p>



<p><b>STICHPROBENAUSWAHL</b>  <b>Wurde der Vorgang der gezielten Auswahl beschrieben?</b>  <input type="radio"/> Ja  <input checked="" type="radio"/> Nein</p> <p><b>Wurde die Stichprobe so lange zusammengestellt, bis Redundanz der Daten erreicht war?</b>  <input type="radio"/> Ja  <input type="radio"/> Nein  <input checked="" type="radio"/> nicht angegeben</p> <p><b>Wurde wohlinformierte Zustimmung eingeholt?</b>  <input checked="" type="radio"/> Ja  <input type="radio"/> Nein  <input type="radio"/> nicht angegeben</p>	<p><b>Beschreiben Sie die Methoden zur Zusammenstellung der Stichprobe. Wurde beim Prozess der Stichprobenauswahl flexibel vorgegangen?</b>  Es wird beschrieben, dass die Teilnehmer aus den 3 Bereichen des Queensland Spinal Cord Injuries Service kamen. Wie viele Teilnehmer und welche Charakteristiken die Teilnehmer hatten, die am Fokusgruppeninterview waren, wird nicht explizit erläutern. Die Verfasserinnen gehen davon aus, dass alle Teilnehmer der Versuchsgruppe (N= 25) auch am Fokusgruppeninterview teilnahmen.</p> <p>Die Auswahlverfahren für die Fokusgruppenteilnehmer werden nicht beschrieben! Ebenfalls erwähnen die Forscher nicht, dass es zu einer Sättigung der Daten gekommen ist.</p> <p><b>Beschreiben Sie das Ethik Verfahren.</b>  Es wird nur beschrieben, dass die Teilnehmer Information . und Inhaltsblätter erhielten. Die Forscher erhielten die Zustimmung des Ethikkomitees, dass sie die Follow-up Studie durchführen können. Welche Bedingungen beim Fokusgruppeninterview herrschten, wird nicht aufgeführt (wie wurden die Teilnehmer über das Interview informiert, wurde ihnen gesagt, dass die Daten anonymisiert behandelt werden? Unklar!!)</p>
<p><b>DATENERHEBUNG</b></p> <p><b>Deskriptive Klarheit</b>  Klare und vollständige Beschreibung von:  <b>Ort</b>    <input type="radio"/> ja    <input checked="" type="radio"/> nein (an welchem Ort das Interview durchgeführt wurde, wird nicht beschrieben)</p> <p><b>Teilnehmer</b>    <input type="radio"/> Ja    <input checked="" type="radio"/> nein (keine Infos über die demographischen Daten, da wir nicht darüber aufgeklärt werden, wer denn genau von den insgesamt 37 Teilnehmern am Fokusgruppeninterview beteiligt war)</p> <p><b>Referenzen des Forschers</b>  <input type="radio"/> Ja    <input checked="" type="radio"/> nein (es wird nicht beschrieben, wie die Beziehung des Forschers zu den Teilnehmern ist, was für Erfahrungen er im Führen von Interviews hat.)</p> <p><b>Beziehung zu den Teilnehmern</b>  <input type="radio"/> Ja    <input checked="" type="radio"/> nein</p>	<p><b>Beschreiben Sie den Kontext der Studie. Gönnte er, um das <b>„Gesamtbild“</b> zu verstehen?</b>  Nein, aus der Beschreibung wird nicht klar, an welchem Standort das Interview durchgeführt wurde. Die Forscher erwähnen nur, dass das Interview als interinstitutionelle Diskussion stattfand zwischen den drei Institutionen des Queensland Service. (wie sah der Ort genau aus?)</p> <p><b>Beschreiben Sie, wie Elemente der Studie dokumentiert wurden. Was fehlte?</b>  Zu wenige Informationen über die Dauer und Ort des Fokusgruppentinterviews und die Charakteren und Anzahl der Teilnehmenden.</p> <p><b>Beschreiben Sie die Methoden der Datenerhebung. Inwiefern waren die Daten repräsentativ für das <b>„Gesamtbild“</b>? Beschreiben Sie jegliche Flexibilität bei Design und Methoden der Datenerhebung.</b>  Methode der Datenerhebung:  - Über die Repräsentativität der Daten für das Gesamtbild können nur Vermutungen aufgestellt werden. Es ist sicherlich von Vorteil, wurden Teilnehmer aus allen 3 Institutionen miteinbezogen. Unklar ist je-</p>

<p><b>Prozedurale Strenge</b>  <b>Waren die Strategien zur Datenerhebung von prozeduraler Strenge?</b>  X Ja  Wobei es ohne den Link zu Aronson (S.90) schwierig wäre, den Ablauf genau zu verstehen.</p>	<p>doch die Anzahl der Teilnehmer und in welchem Verhältnis die einzelnen Teilnehmer der jeweiligen Institutionen vorkamen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es wurde ein pragmatischer Ansatz (= hilft Studie, Forschungsfrage zu beantworten) zur themenbezogene Analyse durchgeführt nach Aronson (1994). Die Forscher verweisen auf Aronson (1994). Aus dem Artikel von ihm wird klar, dass mit der Themenanalyse Themen Muster von Verhalten identifiziert wird.</li> <li>- Die Forscher beschreiben, dass die niedergeschriebenen Transkripte des Fokusgruppeninterviews mit den schriftlichen Kommentaren aus dem KCAASS Fragebogen kombiniert wurden. Die gefundenen Erfahrungen wurden themenbasiert den gestellten Fragen zugeordnet. Themen waren Einheiten, die wiederum von Mustern abgeleitet wurden wie zum Beispiel Konversationsthemen, Vokabular, wiederkehrende Aktivitäten, Bedeutungen, Gefühle. Themen, die während der Analyse herauskamen,</li> </ul> <p>Die Verfasserinnen fanden es schwierig, den Ablauf der Datenerhebung nachzuvollziehen. Gut ist, dass man sich am Artikel von Aronson orientieren kann.</p> <p>Einzelne Muster -&gt; zugehöriges/ähnliches Material, das den Mustern zugeschrieben werden kann -&gt; kombinieren und auflisten von ähnlichen Mustern zu Subthemen</p>
<p><b>DATENANALYSE</b>  <b>Analytische Genauigkeit</b>  <b>War die Datenanalyse induktiv?</b>  X Ja (Themenbezogene Analyse, von Mustern zu Einheiten und schlussendlich zu Themen)</p> <p><b>Stimmen die gewonnenen Erkenntnisse mit den Daten überein und spiegeln diese wider?</b>  X Ja (die entstandenen Themen unterstützen und erweitern die quantitativen Ergebnisse)</p> <p><b>Überprüfbarkeit</b>  <b>Wurden ein Entscheidungspfad entwickelt und Regeln angegeben?</b>  X Ja (Muster, Subthemen, Themen -&gt; Aronson)</p>	<p><b>Beschreiben Sie die Methode(n) der Datenanalyse. Waren die Methoden geeignet? Welche alternativen Erklärungen wurden ausgelotet?</b>  Themenbezogene Analyse ist geeignet bei Fokusgruppeninterview und ethnographischem Design. Die Forscher begründen jedoch nicht, warum sie sich für diese Methoden entschieden haben.</p> <p><b>Zusammenfassung der Hauptergebnisse:</b>  Die einzelnen Themen werden präsentiert:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Nutzen des Trainings:</b> eingeteilt in Sachgehalt und Verschiedene Wirkungsbereiche  Verschiedene Wirkungsbereiche: Wissenserwerb, Zuversicht, Haltungsveränderung, Desensibilisierung, verbessertes Komfortlevel, grösseres Wissen erzeugt Mut/Selbstvertrauen</li> </ul>

<p><b>Wurde der Prozess der Transformation von Daten in Aussagen/Codes adäquat beschrieben?</b>  <input type="radio"/> Ja  <input checked="" type="radio"/> nein (nur an einem theoretischen Beispiel, jedoch nicht am Beispiel des Untersuchungsgegenstandes)  <input type="radio"/> nicht angegeben</p> <p><b>Theoretische Verbindungen</b>  <i>Hat sich ein sinnvolles Bild des untersuchten Phänomens ergeben?</i>  <input type="radio"/> Ja  <input checked="" type="radio"/> nein</p>	<p>Gruppensetting (Nutzen)</p> <p><b>Herausforderungen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Relevanz des Kontextes, Rehabilitatives Setting, gesellschaftliche Einstellungen/Annahmen</li> <li>- Unterschiedliche, individuelle Ansichten, Einstellungen und Erfahrungen gegenüber dem Thema der Sexualität</li> <li>- Dauernder Wechsel der Arbeitskräfte (das Thema, wie neue Arbeitskräfte trainiert werden können im Bereich Sexualität)</li> <li>- Rückgang des bereits Gelernten im Training nach 2 Jahren</li> </ul> <p><b>Vorschläge</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lernpakete, die sich jeder selber instruieren kann</li> <li>- Kombination von Lernoptionen (Broschüren, Auffrischkurse, )</li> <li>- Fortführende Edukationsprogramme zu verschiedenen Inhaltsthemen bzgl Sexualität</li> </ul> <p>Die Einteilung in Themen ist wenig übersichtlich gestaltet. (es wird nicht klar, welches die Hauptthemen sind, welches Unterthemen, Kodes) -&gt; nicht gut strukturiert!</p> <p><b>Beschreiben Sie die Entscheidungen des Forschers bezüglich der Transformation von Daten in Aussagen/Codes. Skizzieren Sie das angegebene Prinzip der Entwicklung von Aussagen.</b>  Warum eine themenbezogene Analyse verwendet wird, begründen die Forscher nicht.  (siehe Datenerhebung)</p> <p><b>Wie wurden die untersuchten Konzepte geklärt und verfeinert, und wie wurden Beziehungen deutlich gemacht? Beschreiben Sie alle konzeptionellen Rahmen, die sich ergeben haben.</b>  Nicht klar</p>
<p><b>Vertrauenswürdigkeit</b>  Wird Triangulierung angegeben, nach <b>Quellen/Daten</b> <input checked="" type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein (quantitative und qualitative Daten)</p> <p><b>Methoden</b>      <input checked="" type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p> <p><b>Forscher</b>      <input type="radio"/> Ja <input checked="" type="radio"/> Nein (wird nicht beschrieben, wie viele Forscher an der Datenanalyse/ erhebung des Interviews beteiligt waren)</p>	<p><b>Beschreiben Sie die Strategien, die verwendet wurden, um die Vertrauenswürdigkeit der Ergebnisse zu gewährleisten.</b>  <b>Methodentriangulation:</b> Verwendung von qualitativen und quantitativen Daten und Vergleich/ Suchen nach Zusammenhängen zwischen den gefundenen Ergebnissen</p> <p><b>Übertragbarkeit:</b> gering, da das Setting, Dauer, Forscher, Beziehungen unter den einzelnen Teilnehmern und deren Charakteren nicht klar genug/teilweise gar nicht beschrieben wurde.</p>

<p><b>Theorien</b>      <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein (nicht klar)</p> <p><b>Wurde Member Checking</b> (Überprüfung durch die Teilnehmer) benutzt, um Ergebnisse zu verifizieren?  <input type="radio"/> Ja, <input type="radio"/> nein <input checked="" type="radio"/> nicht angegeben (es wird nicht angegeben, ob die kodierten Ergebnisse zu Themen den Teilnehmern zur Überprüfung zugestellt wurden)</p>	<p><b>Confirmability/Beweisbarkeit:</b> gering, kein beschriebener Austausch zwischen Forschern, das beschriebene Vorgehen bei der Datenerhebung und Analyse könnte nicht nachgeahmt werden.</p>
<p><b>SCHLUSSFOLGERUNGEN UND IMPLIKATIONEN</b></p> <p><b>Waren die Schlussfolgerungen den Ergebnissen der Studie angemessen?</b>  <input checked="" type="radio"/> Ja  <input type="radio"/> nein</p>	<p><b>Zu welchem Schluss kam die Studie? Welche Implikationen hatten die Ergebnisse für die Ergotherapie (in Praxis und Forschung)? Wovon lagen die hauptsächlichsten Begrenzungen der Studie?</b></p> <p>Im Diskussionsteil:  Teilnehmer des Fokusinterviews gaben an, dass das Training ihnen dazu verhalf, die Sexualität als normales Kliententhema zu erkennen. Das Training bewirkte eine Desensibilisierung und Sexualität konnte auf eine ähnliche Art und Weise behandelt werden wie beispielsweise das Blasen- und Stuhlmanagement.</p> <p>Die Analyse der qualitativen Daten fokussierte sich beim Trainingsnutzen nicht auf die Kategorie „Approach“. Persönliche Behandlungsansätze wurden am wenigsten häufig im Gruppensetting diskutiert.</p> <p>Die qualitativen Ergebnisse betonen zudem die Relevanz des Kontexts (Bestehen von Vorurteilen). Neben dem Kontext spielen personelle Hintergründe, Kultur, Werte, gesellschaftliche Einstellungen und Annahmen eine Rolle, wie das Personal die gelernten Trainingsinhalte praktisch umsetzen kann.</p> <p>Zuletzt wird der Nutzen eines interprofessionellen Lernkontextes genannt.</p>

**Titel: Mixed methods evaluation of an interdisciplinary sexuality education programme for staff working with people who have an acquired physical disability (Higgins et al., 2012)**

**Tabelle 11** Beurteilung Higgins et al. (2012) nach Law et al. (1998)

<p><b>ZWECK DER STUDIE</b>  <b>Wurde der Zweck klar angegeben?</b>  <input checked="" type="checkbox"/> Ja (Hypothese formuliert)  <input type="checkbox"/> Nein</p>	<p><b>Skizzieren Sie den Zweck der Studie. Inwiefern bezieht sich die Studie auf Ergotherapie und/oder auf die Forschungsfrage?</b>          Die Studie untersucht den Effekt eines eintägigen, interprofessionellen Aufklärungsprogrammes in den Bereichen Wissen, Fertigkeiten und Komfort des Fachpersonales, wenn es um den Umgang mit sexuellen Themen und Problemen von Personen mit einer erworbenen körperlicher Beeinträchtigung geht.</p> <p>Die Autoren wollen herausfinden welchen Effekt ein eintägiges Programm auf die Arbeit von Fachleuten mit einer erworbenen körperlichen Beeinträchtigung hat und stellen eine Hypothese, dass sich Fachwissen, Fertigkeiten, Komfortlevel nach der Teilnahme am Trainingsprogramm verbessern wird.</p> <p>Im Abstract wird auf das Ziel eines eintägigen, interprofessionellen Aufklärungsprogramm im Rehabilitationsbereich bei Klienten mit einer erworbenen Beeinträchtigung hingewiesen</p>
<p><b>LITERATUR</b>  <b>Wurde die relevante Hintergrund-Literatur gesichtet?</b>  <input checked="" type="checkbox"/> Ja</p>	<p><b>Geben Sie an, wie die Notwendigkeit der Studie gerechtfertigt wurde.</b>          In jedem Land und in jeder Disziplin wird das Thema Sexualität von Fachleuten vernachlässigt und nur widerwillig in die Therapie miteinbezogen. Grund dafür sind mangelndes Wissen, mangelnde Fertigkeiten, Verlegenheit oder Angst. Während in der Vergangenheit bereits Studien ein Trainingsprogramm für einzelne Disziplinen durchgeführt wurden, haben sich nur wenige auf die Wirksamkeit eines Trainings im interprofessionellen Team fokussiert, obwohl mehrere Forscher auf die Notwendigkeit der Aufklärung im interprofessionellen Team hervorhoben.</p>
<p><b>DESIGN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Randomisierte kontrollierte Studie (RCT)</li> <li>- Kohortenstudie</li> <li>- Einzelfall-Design</li> <li>- <b>Vorher-Nachher Design</b></li> <li>- Fall-Kontroll- Studie</li> <li>- Querschnittsstudie</li> <li>- Fallstudie</li> </ul>	<p><b>Beschreiben Sie das Studiendesign. Entsprech das Design der Studienfrage (z.B. im Hinblick auf den Wissensstand zur betreffenden Frage, auf Ergebnisse (outcomes), auf ethische Aspekte)?</b>          Sequenzielle Mixed Method Studie: Das Studiendesign ist für die reine Studienfrage passend, da die Wirksamkeit des eintägigen Trainings erfasst werden soll. Allerdings ist zu dem Thema <del>s</del>Effektivität der Trainings%noch nicht viel bekannt, was eher ein exploratorisches Design unterstützen würde. Die Studie wurde im Spitalsetting durchgeführt.</p>

	<p><b>Spezifizieren Sie alle systematischen Fehler (Verzerrungen, bias), die vielleicht aufgetreten sein könnten, und in welche Richtung sie die Ergebnisse beeinflussen.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• N=29 und N=12 womöglich nicht repräsentative Stichprobe (sie erwähnen keine Effektgrösse)</li> <li>• Personen nahmen freiwillig an der Studie teil (Repräsentativität ist dadurch nicht gewährleistet; wahrscheinlich nahmen sowieso nur die motivierend Teilnehmer teil)</li> <li>• Personen wissen Bescheid über Zweck der Studie und können evt. unbewusst die Fragen besser beantworten/subjektiv einschätzen</li> <li>• Freiwillige Teilnehmer für Interviews: es wäre möglich, dass sich nur jene freiwillig für Interviewteilnahme melden, die sowieso schon sehr überzeugt waren und Workshop positiv erlebten -&gt; dadurch entsteht systematische Bevorzugung der Workshopteilnehmer</li> <li>• Interviewdurchführung nur durch 1 Autor (kann evt. die gewünschten Antworten der Teilnehmer in eine Richtung lenken, zur Überprüfung wäre ein 2.Autor noch sinnvoll gewesen)</li> </ul>
<p><b>STICHPROBE</b></p> <p>N= 29</p> <p><b>Wurde die Stichprobe detailliert beschrieben?</b> X Ja</p> <p><b>Wurde die Stichprobengrösse begründet?</b> X Nein</p>	<p><b>Stichprobenauswahl (wer, Merkmale, wie viele, wie wurde die Stichprobe zusammengestellt?). Bei mehr als einer Gruppe: Waren die Gruppen ähnlich?</b></p> <p>Ursprünglich waren es 38 Teilnehmer. Jedoch füllten nur <b>N=29</b> die Fragebogen vor und nach dem Training aus (gleich grosse Stichprobe vor und nachher)</p> <p><b>N=12</b> freiwillige wurden zudem noch 2-3 Wochen nach dem Trainingsende interviewt (Konnten sich nach dem Training für Interview einschreiben)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es gab keine Altersgrenze. Aus diesem Grund rangierte das Alter der Teilnehmer zwischen 20-55 Jahre.</li> <li>• Die Mehrheit der Teilnehmer arbeitete im Spital zwischen und waren zum Studienzeitpunkt 1-5 Jahre angestellt.</li> <li>• Die Teilnahme an dem Trainingsprogramm war freiwillig</li> <li>• Um eine breite Palette an Personen und Disziplinen zu erhalten, wurden folgende Massnahmen ergriffen: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Poster in strategischen Positionen/Orten sollte aufmerksam machen über Training</li> <li>2. Aushändigen von Broschüren und Brief und Bitte an Personal, dies zu lesen.</li> </ol> </li> </ul> <p>Bei Interesse sollten die Personen den Brief un-</p>

	<p>terschreiben und zurückgeben. 1 Woche vor und kurz nach der Intervention erhielten die Teilnehmenden Fragebogen, den sie ausfüllen sollten. Bei Interesse der Teilnehmenden konnten Personalien für ein nachfolgendes Interview hinterlassen werden.</p> <p><b>Beschreiben Sie die Ethik-Verfahren. Wurde wohlinformierte Zustimmung eingeholt?</b>  Ja. Alle Teilnehmer erhielten verbale und schriftliche Information über den freiwilligen Trainingstag und die Studie. Die Fragebogen wurden mittels Codenummern anonymisiert.</p>	
<p><b>ERGEBNISSE (outcomes)</b>  <b>Waren die outcome Messungen zuverlässig (reliabel)?</b>  <input checked="" type="radio"/> Ja  <input type="radio"/> Nein  <input type="radio"/> nicht angegeben</p> <p><b>Waren die outcome Messungen gültig (valide)?</b>  <input checked="" type="radio"/> Ja  <input type="radio"/> Nein  <input type="radio"/> nicht angegeben</p>	<p><b>Geben Sie an, wie oft Outcome Messungen durchgeführt wurden (also vorher, nachher, bei Nachbeobachtung (pre-, post- follow up)).</b>  Es wurde ein Pretest in Form eines Fragebogens durchgeführt. Anschliessend einen Tag Workshop, Posttest wieder anhand eines Fragebogens und zum Schluss freiwillige Interviews.</p>	
<p><b>Datenanalyse mit PASW Statistics</b></p>	<p><b>Outcome Bereiche</b></p> <p>Wissen</p> <p>Komfort</p> <p>Fertigkeit (skills)</p>	<p><b>Listen Sie die verwendeten Messungen auf</b></p> <p><b>Pre and post questionnaire:</b>  <b>4-point Likert Scale</b>  <b>Paired sample t-test</b> (wird eingesetzt für 2 gepaarte, voneinander abhängige Stichproben: jedoch müssen die Daten metrisch sein)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Signifikante Unterschiede in den Mittelwerten jedes einzelnen Items?</li> <li>- Signifikante Unterschiede in den Gesamtpunkten von Komfort, Wissen und Fertigkeit zwischen Vorher- und Nachhermessung?</li> </ul> <p><b>Interviews:</b>  <b>Wortwörtliche Transkription</b>  Transkription wurde auf Genauigkeit geprüft. Das Codieren von Aussagen wurde durch 2 Personen</p>

		<p>ausgeführt</p> <p>Gütekriterien:          Intersubjektive Nachvollziehbarkeit (Transkriptionsregeln anhand der Interviews verschriftlicht)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Sättigung wurde natürlich anhand der 12 Teilnehmer nicht erreicht.</li> <li>→ Verwendung von Triangulation. Die Kodierung der Interviews erfolgte durch 2 Forscher</li> </ul> <p>Die Identifizierung von Codes und Kategorien wird in der Studie aber nicht aufgezeigt. Wie wurden die Daten in Codes gebracht?</p>
--	--	--



<p><b>MASSNAHMEN</b>  <b>Wurden die Massnahmen detailliert beschrieben?</b>  <input checked="" type="checkbox"/> Ja  <input type="checkbox"/> Nein  <input type="checkbox"/> nicht angegeben</p> <p><b>Wurde Kontaminierung vermieden?</b>  <input type="checkbox"/> Ja  <input type="checkbox"/> nein  <input checked="" type="checkbox"/> nicht angegeben  <input type="checkbox"/> entfällt</p> <p><b>Wurden gleichzeitig weitere Massnahmen (Ko-Intervention) vermieden?</b>  <input type="checkbox"/> Ja  <input type="checkbox"/> nein  <input checked="" type="checkbox"/> nicht angegeben  <input type="checkbox"/> entfällt</p>	<p><b>Beschreiben Sie kurz die Massnahmen (Schwerpunkt, wer führte sie aus, wie oft, in welchem Rahmen). Könnten die Massnahmen in der ergotherapeutischen Praxis wiederholt werden?</b>  <b>Massnahmen:</b>  Pre Fragebogen, dann 1-tägiges interprofessionelles Training, Post-Fragebogen und für die Freiwilligen ein semistrukturiertes Interview.</p> <p><b>Wer führte die Massnahme aus? Waren die Personen ausgebildet?</b> Interviews wurden durch den ersten Autor (Higgins-&gt; ist Professor of mental health) ausgeführt. Ansonsten wird nur von Forschern gesprochen, nicht wirklich klar, wer was ausgewertet hat und wer das Training leitete.</p> <p><b>Kontaminierung:</b> Schwierig zu sagen, da drei Kurse mit je 10-15 Teilnehmenden an verschiedenen Tagen stattfand. Je nachdem, wie eindeutig die Personen in eine Gruppe zugewiesen wurden, kann es schon sein, dass eine Person schon mal in einem Kurs war??</p> <p><b>Ko-Intervention:</b> nicht klar, ob Teilnehmer noch in anderen Weiterbildung involviert waren</p>
<p><b>ERGEBNISSE</b>  <b>Wurde die statistische Signifikanz der Ergebnisse angegeben?</b>  <input type="checkbox"/> Ja (  <input checked="" type="checkbox"/> Nein es wurde Effektgrösse berechnet, ab wann etwas signifikant ist, in den Grafiken ist aber nicht ersichtlich, was signifikant ist und was nicht)  <input type="checkbox"/> entfällt  <input type="checkbox"/> nicht angegeben</p> <p><b>War(en) die Analysemethode(n) geeignet?</b>  <input type="checkbox"/> Ja  <input checked="" type="checkbox"/> Nein (es wird paired t-Test verwendet bei ordinalskalierten Daten)  <input type="checkbox"/> Nicht angegeben</p> <p>Wurde die klinische Bedeutung angegeben?  <input checked="" type="checkbox"/> Ja (wobei nur sehr kurz -&gt; es müsse untersucht werden, wie der Wissens- und Fertigkeitenzuwachs in die Praxis übertragen werden kann)  <input type="checkbox"/> Nein  <input type="checkbox"/> Nicht angegeben</p>	<p><b>Waren sie statistisch signifikant (d.h. <math>p &lt; 0.05</math>)? Falls nicht statistisch signifikant: War die Studie gross genug, um einen eventuell auftretenden wichtigen Unterschied anzuzeigen? Falls es um viele Ergebnisse ging: Wurde dies bei der statistischen Analyse berücksichtigt?</b></p> <p><b>Welches waren die Ergebnisse?</b>  Die Daten von beiden Fragebogen und die Daten aus dem Interview gaben an, dass die Teilnehmenden Lücken aufwiesen im Wissen, Komfort, Fertigkeiten in allen Bereichen der Sexualität. Während des Interviews sprachen die Teilnehmenden von Situationen, wo es ihnen an Wissen, Komfort und Mut fehlte, den Patienten in einer einfühlsamen und informierenden Art zu antworten. Dies waren die Gründe, weshalb sie motiviert waren, am Workshop teilzunehmen.</p> <p><b>Pre- and postcourse Wissen Vergleich</b>  Signifikanter Unterschied zwischen dem Vorher-nachher Gesamtwertpunktevergleich im Bereich Wissen. (Effektgrösse 0.0058% bei P value 0.001) Dies wird auch durch die Ergebnisse des Interviews untermauert. Der Kurs habe ein grösseres Verständnis über die Thematik der Sexualität gegeben. Grösseres Bewusstsein darüber, dass die Patienten ebenfalls sexuelle Bedürfnisse hätten und nicht asexuelle Wesen seien.</p>

<p>Ausscheiden von Studienteilnehmern wurde angegeben.</p>	<p><b>Pre- and postcourse Fertigkeit Vergleich</b>  Signifikanter Unterschied zwischen dem Vorher-nachher Gesamtwertpunktevergleich im Bereich der Fertigkeiten der Teilnehmenden. (Effektgrösse bei 0.0047 und P value bei 0.001)  Resultate der Interviews: Von einer ignorierenden Haltung bei Kommentaren der Klienten zu einer aufmerksameren Haltung mit mehr Initiative, sexuelle Themen anzusprechen und auch Themen im Team zu besprechen..</p> <p><b>Pre-und postcourse Komfort Vergleich</b>  Auch hier können signifikante Unterschiede zwischen pre-und postcourse festgestellt werden. (Effektgrösse bei 0.0022 und P-Value bei 0.010)  Trotz der Tatsache, dass ein signifikanter Unterschied festgestellt wurde, war der Unterschied zwischen Vorher-und Nachher relativ klein. Nur 6 der 15 items waren signifikant (bei Effektgrösse 0.05)  Trotz der Ergebnisse wird in der Studie auf die positive Wirkung des Trainingskurses auf das Komfortlevel der Teilnehmenden verwiesen.</p> <p><b>Welches war die klinische Bedeutung der Ergebnisse? Waren die Unterschiede zwischen Gruppen (falls es Gruppen gab) klinisch von Bedeutung?</b>  Sehr fraglich, dass diese signifikanten Werte auch tatsächlich eine klinische Bedeutung mit sich ziehen.  → Sind nicht im therapeutischen Zusammenhang aussagekräftig</p>
<p><b>Wurden Fälle von Ausscheiden aus der Studie angegeben?</b>  <input checked="" type="checkbox"/> Ja  <input type="checkbox"/> Nein</p>	<p><b>Schieden die Teilnehmer aus der Studie aus? Warum? (Wurden Gründe angegeben, und wurden Fälle von Ausscheiden angemessen gehandhabt?)</b>  Nein, bzw. auf der S. 2561 wird darauf hingewiesen, dass von den 38 Teilnehmenden des Workshops nur 29 Personen mit dem Vorher-Nachher Fragebogen übereinstimmten und somit verwendet werden konnten. Es wird aber von der Grundgesamtheit N=29 ausgegangen.</p>
<p><b>SCHLUSSFOLGERUNGEN UND KLINISCHE IMPLIKATION</b></p>	<p><b>Zu welchem Schluss kam die Studie? Welche Implikationen haben die Ergebnisse für die ergotherapeutische Praxis? Welches waren die hauptsächlichen Begrenzungen oder systematische Fehler der Studie?</b>  Eigene, geäußerte Limitationen:  <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keine Kontrollgruppe, dh es kann nicht wirklich darauf geschlossen werden, dass die veränderten Werte von pre-und post rein auf das Training zurückzuführen sind.</li> <li>- Kleine, nicht repräsentative Stichprobe (N=29)</li> </ul> </p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Keine Teilnehmer aus dem ärztlichen Bereich</li> <li>- Aufgrund der kleinen Stichprobe waren Resultatvergleiche zwischen den einzelnen Disziplinen nicht möglich (dh sie wären dann natürlich nicht signifikant gewesen) Neuere Studien würden von einer grösseren Teilnehmerzahl aus allen Disziplinen profitieren</li> <li>- Das Vertrauen auf die Selbsteinschätzung der Teilnehmer kann zu Bias (Verfälschung) geführt haben. Das Personal könnte sich wohlwollend gegenüber der Verbesserung von Wissen, Fertigkeiten und Comfort geäußert haben</li> <li>- In der Studie wurden nur Auswertungen des Personals erfasst. Weitere Studien sollten weitere Einschlusskriterien miteinbeziehen wie die Interaktion des Personals mit den Patienten vor und nach der Intervention (Workshop). Damit kann die Anwendbarkeit und Übertragbarkeit von Wissen überprüft werden.</li> <li>- Weiter sollte nächstes Mal Messinstrumente verwendet werden, die nicht die Selbsteinschätzung des Personals, sondern tatsächlich Wissen, Einstellungen von Personen messen können.</li> </ul> <p><b>Schlussfolgerung/Diskussion:</b> Die Hypothese lässt sich bestätigen -&gt; Wissenslevel, Fertigungslevel und das Komfortlevel verbesserten sich wie demonstriert wurde durch signifikante Verbesserung in den Punkten Wissen, Komfort und Fertigkeit im Vergleich vor und nach dem Training.</p> <p>Die Dauer des Trainings beschränkte sich jedoch nur auf einen Tag, wodurch keine detaillierten Themen behandelt werden konnten.</p> <p>Obwohl die Ergebnisse im Bereich des Komforts im Vergleich zum Wissen und zu den Fertigkeiten weniger signifikant ausfielen, konnten die Ergebnisse im qualitativen Interview aufzeigen, dass die Teilnehmenden über weniger Unbehagen äusseren im Erwähnen von sexuellen Themen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mentoring und klinische Supervision könne ebenfalls innerhalb der lernenden Umwelt helfen, Komfortlevel zu verbessern (Möglichkeiten geben wie das Erhalten von formalem und informalem Feedback über die eigene gezeigte Performanz)</li> <li>- Die positiven Ergebnisse aus dieser Studie</li> </ul>
--	---

	<p>deuten an, dass sexuelle Bildung/Eduktion über eine interprofessionelle Perspektive erreicht werden kann (Lernen voneinander)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Nehmen nochmals Bezug zum PLISSIT Model: jedes Personal sollte auf der Stufe 1 fähig sein, sexuelle Anliegen von Patienten kompetent zu beantworten/zuzuhören oder die Fähigkeit besitzen, die Frage an diejenige Person zu überweisen, welche am geeignetsten dafür ist.</li></ul>
--	--

**Titel: Mixed method evaluation of an interdisciplinary sexuality education programme for staff working with people who have an acquired physical disability (Higgins et al., 2012)**

**Tabelle 12** Beurteilung Higgins et al. (2012) nach Letts et al. (2007)

<p><b>ZWECK DER STUDIE</b>  <b>Wurde der Zweck klar angegeben?</b>  <input type="radio"/> Ja  <input type="radio"/> Nein</p>	<p><b>Skizzieren Sie den Zweck der Studie.</b>                   Gleich wie quantitative Beurteilung</p>
<p><b>LITERATUR</b>  <b>Wurde die relevante Hintergrund-Literatur gesichtet?</b>  <input checked="" type="checkbox"/> Ja  <input type="checkbox"/> nein  <b>Welche(r) Bereich(e) der Ergotherapie wurde(n) untersucht?</b>  <input type="radio"/> Selbstversorgung  <input type="radio"/> Produktivität  <input type="radio"/> Freizeit  <input checked="" type="checkbox"/> Komponenten der Performanz  <input type="radio"/> Komponenten des Umfelds  <input type="radio"/> Betätigung</p>	<p><b>Geben Sie an, wie die Notwendigkeit der Studie gerechtfertigt wurde.</b>                  Viele Studien, die bereits sexuelle Trainingsprogramme auf ihre Wirkung untersucht haben, legen den Studienfokus auf disziplinären Trainings. Nur wenige Studien untersuchen die Wirkung eines interprofessionellen Trainings auf das Personal in Bereichen, in denen Klienten körperlich behindert sind. (Simpson, Fronek)  <b>In welcher Weise bezieht sich die Studie auf Ergotherapie und/ oder auf Ihre Forschungsfrage?</b>                  Performanz</p>
<p><b>STUDIENDESIGN</b>  <b>Welches Design hatte die Studie?</b>  <input type="radio"/> Ethnographie  <input type="radio"/> Grounded Theory  <input type="radio"/> Partizipative Handlungsforschung  <input checked="" type="checkbox"/> Phänomenologie (nicht sicher, aber: participants perceptions of the programme and to illuminate the quantitative findings, S.2562)  <input type="radio"/> andere</p>	<p><b>Welches Design hatte die Studie? Entsprech das Design der Studienfrage (z.B. hinsichtlich des Wissenstandes zur betreffenden Frage, hinsichtlich ethischer Aspekte?)</b>                  Bei dem Design handelt es sich um eine Mixed-Method. Die Forscher gehen im qualitativen Teil nicht darauf ein, um welches Design es sich handelt.                  Neben numerischen Daten wollten die Forscher auch ein tiefgründiges Verständnis über den Effekt eines sexuellen Trainings erfahren.</p>
<p><b>Wurde eine theoretische Perspektive identifiziert?</b>  <input type="radio"/> Ja  <input checked="" type="radio"/> Nein</p>	<p><b>Beschreiben Sie die theoretische Perspektive dieser Studie.</b></p>
<p><b>Verwendete Methode(n):</b>  <input type="radio"/> teilnehmende Beobachtung  <input checked="" type="checkbox"/> Interviews  <input type="radio"/> historische Forschung  <input type="radio"/> Fokusgruppen  <input type="radio"/> andere</p>	<p><b>Beschreiben Sie die Methode(n), die zur Beantwortung der Forschungsfrage verwandt wurde(n).</b>                  Halbstrukturiertes Interview mit 12 Teilnehmern (Ziel des Interviews: ein tiefgründigeres Verständnis erhalten. Wie nahmen die Studienteilnehmer das Training war? Zusätzlich war es Ziel, die quantitativen Ergebnisse hervorzuheben.)</p>

<p><b>STICHPROBENAUSWAHL</b>  N= 12: es wurden von den insgesamt 29 Teilnehmer 12 Freiwillige für Studienteilnahme gefunden.</p> <p><b>Wurde der Vorgang der gezielten Auswahl beschrieben?</b>  <input checked="" type="radio"/> Ja  <input type="radio"/> Nein</p> <p><b>Wurde die Stichprobe so lange zusammengestellt, bis Redundanz der Daten erreicht war?</b>  <input type="radio"/> Ja  <input checked="" type="radio"/> Nein  <input type="radio"/> nicht angegeben</p> <p><b>Wurde wohlinformierte Zustimmung eingeholt?</b>  <input checked="" type="radio"/> Ja (S.2562)  <input type="radio"/> Nein  <input type="radio"/> nicht angegeben</p>	<p><b>Beschreiben Sie die Methoden zur Zusammenstellung der Stichprobe. Wurde beim Prozess der Stichprobenauswahl flexibel vorgegangen?</b>  Methode Stichprobenauswahl: Die Teilnehmer (N= 29) wurden nach der Ausfüllung des Nachher Fragebogens dazu aufgefordert, am Follow-up Interview teilzunehmen. Das Follow-up Interview basierte auf freiwilliger Teilnahme.</p> <p><b>Beschreiben Sie das Ethik Verfahren.</b>  Die Erlaubnis des Ethikkomitees wurde eingeholt. Um die Anonymität der Teilnehmer bei ihren Aussagen in der Untersuchung und dem Interview aufrechtzhalten, verwendeten die Forscher anstelle der Namen Codes. Schriftliche und mündliche Informationen wurden den Teilnehmern vor dem Interview mitgeteilt. Die Teilnehmer hatten die Möglichkeit, vor dem Interview Fragen zu stellen.</p>
<p><b>DATENERHEBUNG</b>  <b>Deskriptive Klarheit</b>  Klare und vollständige Beschreibung von:  <b>Ort</b>    <input type="radio"/> ja    <input checked="" type="radio"/> nein  <b>Teilnehmern</b>    <input type="radio"/> Ja    <input checked="" type="radio"/> nein (es wird nur gesagt, dass Teilnahme freiwillig war und 12 teilnahmen. Wer von den Disziplinen beinhaltete dies?)</p> <p><b>Referenzen des Forschers</b>  <input checked="" type="radio"/> Ja    <input type="radio"/> nein (1.Forscher)</p> <p><b>Beziehung zu den Teilnehmern</b>  <input type="radio"/> Ja    <input checked="" type="radio"/> nein</p> <p><b>Prozedurale Strenge</b>  Waren die Strategien zur Datenerhebung von prozeduraler Strenge?  <input checked="" type="radio"/> Ja (verbale Transkription, Kodierung, Erstellung eines Bezugsrahmen für Kodes durch zwei Forscher)  <input type="radio"/> nein  <input type="radio"/> nicht angegeben</p>	<p><b>Beschreiben Sie den Kontext der Studie. Genügte er, um das Gesamtbild zu verstehen?</b>  Kontextbeschreibung durch die Forscher: Die Interviews wurden an einem Ort durchgeführt, welche für die Teilnehmer angemessen waren -&gt; nicht wirklich ausführlich (wie sah der Ort aus?)</p> <p>Beschreiben Sie, wie Elemente der Studie dokumentiert wurden. Was fehlte?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zeitpunkt und Ort der Interviewdurchführung geeignet für Studienteilnehmer.</li> <li>- Dauer: 45- 60 Minuten</li> <li>- Durchführung der Interviews zum Grossteil durch den ersten Forscher (Higgins)</li> <li>- Die mündlichen Gespräche wurden mittels eines Audiogerätes aufgenommen (Zustimmung dafür wurde eingeholt).</li> </ul> <p><b>Beschreiben Sie die Methoden der Datenerhebung. Inwiefern waren die Daten repräsentativ für das Gesamtbild? Beschreiben Sie jegliche Flexibilität bei Design und Methoden der Datenerhebung.</b>  Repräsentativität der Stichprobe wird hinterfragt bei nur 12 freiwilligen Teilnehmern.</p>
<p><b>DATENANALYSE</b>  <b>Analytische Genauigkeit</b>  War die Datenanalyse induktiv?  <input checked="" type="radio"/> Ja  <input type="radio"/> Nein  <input type="radio"/> nicht angegeben</p>	<p><b>Beschreiben Sie die Methode(n) der Datenanalyse. Waren die Methoden geeignet? Welche alternativen Erklärungen wurden ausgelotet?</b>  Um der prozeduralen Strenge der qualitativen Daten gerecht zu werden, wurden die 6 durchgeführten Interviews von zwei Forschern kodiert. (coding framework)</p>

<p><b>Stimmen die gewonnenen Erkenntnisse mit den Daten überein und spiegeln diese wider?</b>  <input checked="" type="checkbox"/> Ja  <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><b>Überprüfbarkeit</b>  <i>Wurden ein Entscheidungspfad entwickelt und Regeln angegeben?</i>  <input checked="" type="checkbox"/> Ja  <input type="checkbox"/> nein  <input type="checkbox"/> nicht angegeben</p> <p><b>Wurde der Prozess der Transformation von Daten in Aussagen/Codes adäquat beschrieben?</b>  <input type="checkbox"/> Ja  <input checked="" type="checkbox"/> nein (nicht im Detail)  <input type="checkbox"/> nicht angegeben</p> <p><b>Theoretische Verbindungen</b>  Hat sich ein sinnvolles Bild des untersuchten Phänomens ergeben?  <input checked="" type="checkbox"/> Ja  <input type="checkbox"/> nein</p>	<p><b>Beschreiben Sie die Entscheidungen des Forschers bezüglich der Transformation von Daten in Aussagen/Codes. Skizzieren Sie das angegebene Prinzip der Entwicklung von Aussagen.</b>  Forscher weisen darauf hin, dass die Triangulation durch verschiedene Methoden gewährleistet werden kann, wie das die Literatur von Knäfl &amp; Breitmayer (1991) bestätigt.</p> <p><b>Wie wurden die untersuchten Konzepte geklärt und verfeinert, und wie wurden Beziehungen deutlich gemacht? Beschreiben Sie alle konzeptionellen Rahmen, die sich ergeben haben.</b>  Die Konzepte wurden wie die quantitativen Daten in die Kategorien Wissen, Komfort und Fertigkeit eingeteilt. Hauptthemen werden im Ergebnisteil jedoch nicht genannt.</p> <p><i>Wissen:</i> Grösseres Verständnis über das Thema Sexualität, grösseres Verständnis bzgl sexuellen Bedürfnissen von Klienten  <i>Komfort:</i> verschiedene Situationen wiedergegeben, in welchen sich Teilnehmer behaglicher fühlten bzgl dem Zuhören und Antwort geben sexueller Themen.  <i>Fertigkeit:</i> proaktiver im Aufbringen und Ansprechen sexueller Themen im Team und bei Klienten</p>
<p><b>Vertrauenswürdigkeit</b>  Wird Triangulierung angegeben, nach <b>Quellen/Daten</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  <b>Methoden</b> <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (S.2563)  <b>Forscher</b> <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (Kodierung erfolgte durch 2 Forscher)  <b>Theorien</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><b>Wurde Member Checking (Überprüfung durch die Teilnehmer) benutzt, um Ergebnisse zu verifizieren?</b>  <input type="checkbox"/> Ja, <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> nicht angegeben</p>	<p><b>Beschreiben Sie die Strategien, die verwendet wurden, um die Vertrauenswürdigkeit der Ergebnisse zu gewährleisten.</b>  Methoden und Forschertriangulation</p>
<p><b>SCHLUSSFOLGERUNGEN UND IMPLIKATIONEN</b>  <b>Waren die Schlussfolgerungen den Ergebnissen der Studie angemessen?</b>  <input checked="" type="checkbox"/> Ja  <input type="checkbox"/> nein</p>	<p><b>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?</b>  Verbesserungen im Bereich Wissen, Komfort und Fertigkeiten des Personals nach Erhalt des Trainings ersichtlich.  Das Personal zeigt sich in verschiedenen Situationen stärker gewillt, sexuelle Themen mit ihren Klienten zu diskutieren und ihnen bei Fragen zuzuhören.</p>