



Gewalt an Frauen

Eine Literaturrecherche über die Identifikation von gewaltbetroffenen Patientinnen durch Pflegefachpersonen

Hanna Getachew
[REDACTED]

Aline Yakobe
[REDACTED]

Departement Gesundheit
Institut für Pflege

Studienjahr: BA.PF. 2019

Eingereicht am: 06. Mai 2022

Begleitende Lehrperson: Dorothea Kleiner-Schürch

**Bachelorarbeit
Pflege**

Inhaltsverzeichnis

Abstract	5
1 Einleitung: Gewalt an Frauen	6
1.1 Einfluss durch Covid-19-Pandemie auf die Gewaltprävalenz	7
1.2 Relevanz für das Gesundheitswesen und die Pflegefachpersonen	7
1.3 Eingrenzung des Themas	8
1.4 Zielsetzung und Fragestellung	9
2 Theoretischer Hintergrund	9
2.1 Häusliche und partnerschaftliche Gewalt	9
2.2 Weibliche Geschlechtsverstümmelung	10
2.3 Frauen als Opfer von Menschenhandel	12
2.4 Kontakt der gewaltbetroffenen Frauen zu Pflegefachpersonen	13
3 Das bio-psycho-soziale Modell	14
4 Methode	16
4.1 Datenbanken	16
4.2 Literaturrecherche	16
4.3 Begründung für Studienwahl	20
4.4 Evaluationsinstrumente	21
5 Resultate	23
5.1 Minchella et.al (2021)	31
5.1.1 Zusammenfassung	31
5.1.2 Würdigung und Güte	32
5.2 Hostettler-Blunier et al. (2018)	33
5.2.1 Zusammenfassung	34
5.2.2 Würdigung und Güte	35
5.3 Guiguet-Auclair et al. (2021)	37

5.3.1 Zusammenfassung.....	38
5.3.2 Würdigung und Güte	40
5.4 Ormrod (2019)	42
5.4.1 Zusammenfassung.....	43
5.4.2 Würdigung und Güte	44
5.5 Pastor-Bravo et al. (2018)	45
5.5.1 Zusammenfassung.....	46
5.5.2 Würdigung und Güte	49
5.6 Mumma et al. (2017).....	50
5.6.1 Zusammenfassung.....	51
5.6.2 Würdigung und Güte	53
5.7 Baldwin et al. (2011).....	55
5.7.1 Zusammenfassung.....	55
5.7.2 Würdigung und Güte	57
6 Diskussion	59
6.1 Erkennung von Gewalt anhand möglicher Auswirkungen.....	59
6.1.2 Physische Auswirkungen	59
6.1.2 Psychische Auswirkungen	60
6.1.3 Soziale Auswirkungen.....	61
6.1.4 Bezug zum bio-psycho-sozialen Modell	63
6.2 Mögliche Risikofaktoren für Gewalt	64
6.3 Haltung der Pflegefachpersonen	65
6.4 Fragemöglichkeiten der Pflegefachperson.....	66
7 Theorie-Praxistransfer.....	67

7.1 Anamnese	68
7.2 Körperliche Untersuchung	69
8 Limitationen	71
9 Schlussfolgerung und Ausblick	72
Literaturverzeichnis	73
Tabellenverzeichnis.....	80
Abbildungsverzeichnis.....	80
Abkürzungsverzeichnis	81
Wortanzahl	81
Danksagung	82
Eigenständigkeitserklärung	83
Anhang	84
Anhang A: Searchhistory	84
Anhang B: AICA und Güteeinschätzung	91
Anhang C: AICA und Güteeinschätzung	97
Anhang D: AICA und Güteeinschätzung	103
Anhang E: AICA und Güteeinschätzung	109
Anhang F: AICA und Güteeinschätzung.....	114
Anhang G: AICA und Güteeinschätzung	120
Anhang H: AICA und Güteeinschätzung	127

Abstract

Einleitung: Gewalt an Frauen ist ein weltweites Problem, somit auch in der Schweiz. Gewaltbetroffene Frauen suchen aufgrund gesundheitlichen Konsequenzen Gesundheitseinrichtungen auf, die Gewalt als Ursache bleibt aber meist unerkannt. Pflegefachpersonen sind für die Identifikation der Gewalt wichtig, damit die Frauen Hilfe erfahren können.

Ziel: Das Ziel dieser Bachelorarbeit ist, die Identifikation der gewaltbetroffenen Opfer zu untersuchen. Dabei sollen Erkennungsmerkmale und geeignete Fragen für die Identifikation herausgearbeitet werden. Wie können Pflegefachpersonen im ambulanten und stationären Setting zwischenmenschliche Gewalt an erwachsenen Patientinnen anhand der Auswirkungen erkennen?

Methode: Die systematisierte Literaturrecherche wurde auf verschiedenen Datenbanken aus unterschiedlichen Professionen (Pflege, Soziale Arbeit und Psychologie) durchgeführt. Sieben Studien zu den Themen häusliche und partnerschaftliche Gewalt, weibliche Geschlechtsverstümmelung und Frauen als Opfer von Menschenhandel wurden untersucht und gewürdigt.

Ergebnisse: Es konnten Ergebnisse zu bio-psycho-sozialen Auswirkungen von Gewalt, sowie mögliche Risikofaktoren, die benötigte Haltung der Pflegefachpersonen beim Ansprechen potentieller Gewaltopfern und mögliche Fragen zur Identifikation von Gewaltbetroffenen gefunden werden.

Schlussfolgerung: Ausgehend von den Ergebnissen können Empfehlungen für die Praxis der Pflegefachpersonen gegeben werden, um erwachsene Patientinnen, die von Gewalt betroffen sind, zu identifizieren. Weiterer Forschungsbedarf besteht unter anderem für ein Schweizer Screening-Instrument.

Keywords

Women, female genital mutilation, intimate partner/domestic violence, human trafficking, identification, nurse

1 Einleitung: Gewalt an Frauen

Weltweit haben 736 Millionen Frauen (älter als 15 Jahre alt) mindestens einmal in ihrem Leben Gewalt in und/oder ausserhalb der Partnerschaft erlebt. Das ist beinahe eine von drei Frauen (Erhebung von 2018, World Health Organization [WHO], 2021). Dies ist eine unglaublich hohe Zahl. Dennoch wird nicht viel über die Problematik von Gewalt an Frauen berichtet, da es ein sensibles Thema ist (Watts & Zimmerman, 2002). Gewalt an Frauen ist jedoch in jeder Kultur und in jedem Land vorhanden. Sie bedeutet für Millionen von Frauen und deren Familien Leid (Ghebreyesus, 2021, zitiert nach Feller, 2021). Was kurz- und langzeitige Folgen für die physische und psychische Gesundheit und das Wohlbefinden der Frauen inklusive deren Familien bedeutet. Zudem kann es schwerwiegende wirtschaftliche und soziale Konsequenzen (z. B. Arbeitslosigkeit oder Obdachlosigkeit) haben, die dann auch das ganze Land oder die Gesellschaft beeinflussen. Die Gewalt, die Frauen erleben, kann physischer (z.B. Schlagen), sexueller (z.B. sexueller Kontakt ohne Einverständnis) oder psychischer (z.B. Einschüchterung) Art sein. Vernachlässigung und Deprivation (z.B. Liebesentzug) sind weitere Arten von Gewalt (WHO, 2021; Office on Women's Health, 2021; Rutherford et al., 2006). Gemäss Watts und Zimmerman (2002) sind Vorfälle von Gewalt an Frauen häufig keine Einzelfälle, sondern können für die betroffenen Frauen auch über lange Zeit andauern. Das zeigt, wie wichtig es ist, dieses Thema genauer zu beachten.

Gewalt wird definiert als vorsätzlichen Gebrauch von tatsächlicher oder angedrohter physischer Gewalt oder Macht gegen sich selber oder eine andere Person, eine Gruppe oder gegen eine ganze Gemeinschaft, die mit Sicherheit oder hoher Wahrscheinlichkeit zu Verletzungen, Tod, psychischen Schäden, Fehlentwicklungen oder Entbehren führt (World Health Organization, 1996, zitiert nach Krug, 2002). Rutherford et al. (2006) teilen Gewalt in verschiedene Arten ein. Eine davon ist die zwischenmenschliche Gewalt. Sie wird unterteilt in Familien- und Partnergewalt und Gewalt in der Gemeinschaft (von Bekannten oder Fremden).

Laut dem Förderverein agisra e.V. (o.D.) sind Frauen, die sich im Migrationsprozess befinden, vulnerabler, Gewaltsituationen zu erleben und haben zusätzlich weniger Möglichkeiten, sich zu wehren. Unwissen über ihre Rechte, wie sie sich informieren können oder soziale Isolierung tragen dazu bei. Je nach Aufenthaltsstatus kann es weitere Unsicherheit mit sich bringen. Gemäss des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen

und Jugend (2014) gibt es soziostrukturelle Merkmale (Alter tiefer als 45 Jahre, Bildung, vor allem fehlende Bildungsressourcen, berufliche und ökonomische Situation, Migrationshintergrund, soziale Isolation, gewaltsame Kindheitserfahrungen, Alkoholkonsum, ungleiche Macht- und Rollenverteilung innerhalb der Partnerschaft sowie Trennungs- und Scheidungsabsicht), die das Risiko, jemals von Gewalt betroffen zu sein, erhöhen und die Aussage von dem Förderverein agisra e.V. (o.D.) stützt. Das heisst jedoch nicht, dass beim Vorliegen dieser Merkmale unbedingt Gewalt vorliegen muss und nicht alle, die von Gewalt betroffen sind, müssen diese Merkmale aufweisen (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2014). Trotzdem ist es wichtig, bei diesen Merkmalen, die das Risiko erhöhen, ein Opfer von Gewalt zu werden, sensibilisiert zu sein.

1.1 Einfluss durch Covid-19-Pandemie auf die Gewaltprävalenz

Diese Vulnerabilitätsmerkmale werfen die Frage auf, wie die Covid-19-Pandemie, mit all den Schutzmassnahmen, Einschränkungen und Lockdowns Einfluss auf die Prävalenz von Gewalterfahrungen hatte. Der Einfluss der Pandemie auf die Gewaltprävalenz ist in der Literatur umstritten (Baier et al., 2021). Die Studie von Ebert & Steinert (2021) zeigt, dass das Risiko für häusliche Gewalt in Deutschland durch die COVID-19-Pandemie gestiegen sei. Auch die World Health Organisation (2020) gibt an, dass sich das Gewaltisiko gegenüber Frauen durch Stress (z.B. durch Arbeitsverlust, Homeschooling), Unterbrechung sozialer und schützender Netzwerke, sowie eingeschränkte Zugänge zu Diensten verschlimmern kann.

Die Schweizer Studie von Baier et al. (2021) zeigt, dass die Gewalt in der Partnerschaft gesamthaft vor der COVID-19-Pandemie und während der Pandemie nicht signifikant angestiegen oder gesunken ist. Sie geben jedoch an, dass die physische Gewalt durch den Partner oder die Partnerin bei jüngeren Befragten signifikant gestiegen ist. Über die Gründe kann laut dieser Studie nur spekuliert werden.

1.2 Relevanz für das Gesundheitswesen und die Pflegefachpersonen

Da Gewalt bei den Betroffenen schwerwiegende gesundheitliche Auswirkungen mit sich bringen kann, ist es trotz der umstrittenen Prävalenzentwicklung wichtig, die Opfer frühzeitig zu erkennen, um die benötigte Hilfe zu bieten und weiterführende Folgen zu verhindern. Leider wird die Gewalt als Ursache des Problems häufig nicht oder nicht früh

genug erkannt. Gerade im Gesundheitssystem, in welcher auch die Pflegefachperson eine bedeutende Rolle spielt, wird die eigentliche Ursache, nämlich die erfahrene Gewalt, schnell übersehen (Glass & Campbell, 2001; Bechtel & Mukherji, 2015; Molina-Gallego et al., 2021). Damit den Gewaltbetroffenen Hilfe angeboten werden kann und die gesundheitlichen Folgen behandelt oder langfristig verhindert werden können, muss das Problem zuerst erkannt werden (Gracia-Moreno et al., 2015).

Im ICN-Ethikkodex für Pflegefachpersonen (2012) werden die Gesundheitsförderung, Krankheitsverhütung, Wiederherstellung der Gesundheit und das Lindern von Leiden als vier grundlegende Verantwortungsbereiche der professionellen Pflege beschrieben. Im Gesundheitswesen sind Pflegefachpersonen auf allen Abteilungen, auf dem Notfall und auch in Ambulatorien tätig (Berufsberatung.ch, 2020). Pflegefachpersonen können dort gewaltbetroffenen Frauen begegnen und haben die Möglichkeit diese zu identifizieren, damit die Frauen Hilfe erfahren können. Somit nehmen die Pflegefachpersonen ihren Verantwortungsbereich, wie im ICN-Ethikkodex (2012) beschrieben, wahr (Visentin et al., 2015, zitieren nach Jiménez-Rodríguez et al., 2020). Dafür müssen Pflegefachpersonen für das Thema sensibilisiert und über die Identifikation der Opfer geschult werden (Garcia-Moreno et al., 2015).

1.3 Eingrenzung des Themas

Gewalt ist ein grosses Thema, es betrifft auch Kinder und Männer (Bundesamt für Statistik, 2020). Aus Gründen des Umfangs der vorliegenden Arbeit werden sich die beiden Autorinnen hier auf Gewalt an erwachsenen Frauen beschränken. Was nicht bedeuten soll, dass die Gewalt an Männern oder Kindern weniger Gewichtung benötigt.

Die Gewalt an erwachsenen Frauen bezieht sich in der vorliegenden Arbeit auf akute oder vergangene Ereignisse mit Auswirkungen auf die Gegenwart. Laut dem regionalen Informationszentrum der Vereinten Nationen (1999) gehören unter anderem die Themen häusliche Gewalt, Menschenhandel und weibliche Geschlechtsverstümmelung zur Gewalt an Frauen. Auf diese drei Unterthemen wird im Theoretischen Hintergrund (Kapitel 2) eingegangen. Häusliche Gewalt wird dabei von partnerschaftlicher Gewalt unterschieden und im entsprechenden Unterkapitel definiert.

1.4 Zielsetzung und Fragestellung

Aus der Einleitung mit der beschriebenen Problemstellung von Gewalt an Frauen ist die Wichtigkeit einer Hilfestellung für die Opfer abzuleiten. Pflegefachpersonen spielen dabei eine wichtige Rolle, wie zuvor belegt wurde. Der erste Schritt, um eine Hilfestellung zu bieten, ist die Identifikation von Merkmalen und Auswirkungen der erlebten Gewalt der Frauen, welche sich im ambulanten oder stationären Gesundheitswesen als Patientinnen melden.

Das Ziel dieser Bachelorarbeit ist es deshalb, die Identifikation der Opfer zu untersuchen. Um die betroffenen Patientinnen in der Praxis zu erkennen, sollen Erkennungsmerkmale und geeignete Fragen für die Identifikation herausgearbeitet werden. So sollen die Pflegefachpersonen im akuten Setting für das Problem sensibilisiert werden und Hilfsmittel zur Identifikation der Opfer erhalten.

Durch dieses Ziel wurde folgende Fragestellung für die vorliegende Arbeit definiert: Wie können Pflegefachpersonen im akuten Setting (ambulant und stationär) zwischenmenschliche Gewalt an erwachsenen Patientinnen anhand der Auswirkungen erkennen?

2 Theoretischer Hintergrund

Im folgenden Kapitel werden die drei ausgewählten Untergruppen von Gewalt an Frauen beleuchtet. Sie werden mit aktuellen weltweiten epidemiologischen Angaben belegt und auf die Schweiz bezogen. Es wird eruiert, wo die betroffenen Opfer in Berührung mit Pflegefachpersonen kommen. Die möglichen Auswirkungen von Gewalt für die Betroffenen werden erwähnt und die Wichtigkeit für die professionelle Pflege, diese zu erkennen, aufgezeigt. Das soll eine Grundlage für die Beantwortung der zuvor definierten Fragestellung und Ziel dieser Arbeit bieten.

2.1 Häusliche und partnerschaftliche Gewalt

Moorer (2021) differenziert Gewalt in der Partnerschaft als physische, sexuelle, finanzielle, emotionale, psychische, kulturelle, spirituelle Gewalt; Gewalt im Zusammenhang mit der Fortpflanzung und andere Formen von Kontrollverhalten und Machtausübung zwischen zwei aktuellen oder ehemaligen Partnern. Diese können zusammenleben oder nicht. Häusliche Gewalt [hG] dagegen bedeutet Gewalt im gleichen Haushalt, egal, zwischen welchen Mitgliedern des Haushalts, wie zum Beispiel Eltern-Kind oder zwischen

zwei Menschen, die einen Haushalt teilen. Die Gewalt kann genauso unterschiedlich sein, wie es zuvor bei der partnerschaftlichen Gewalt [pG] beschrieben wurde (Moorer, 2021).

Weltweit erlebten im Jahr 2018 laut der WHO (2021) 10% aller Frauen (älter als 15 Jahre) Gewalt in der Partnerschaft. In der Schweiz wurden im Jahr 2020 laut Bundesamt für Statistik (2021a) insgesamt 20'123 Gewalttaten als hG polizeilich registriert. Von diesen waren laut Bundesamt für Statistik (2021b) 6'782 Frauen im Alter von 18 bis 59 Jahren von hG geschädigt.

HG und pG können einen starken Einfluss auf die Gesundheit der Betroffenen haben, bringen für diese viel Leid und können bis zum Tod führen. Verletzungen, schwerwiegende physische (Verletzungen, Schmerzsyndrom etc.), psychische (Depression, PTBS, Angststörungen, Essstörungen, Suizidalität etc.), sexuelle (Risikoreiches Sexualverhalten, STI etc.) und reproduktive (ungeplante Schwangerschaften, häufigere Fehl- oder Frühgeburt etc.) Gesundheitsprobleme können die Folgen der hG und pG sein (World Health Organization [WHO], 2013).

2.2 Weibliche Geschlechtsverstümmelung

Die World Health Organization ([WHO], 2022) definiert die weibliche Geschlechtsverstümmelung [wGv] als eine teilweise oder totale Entfernung der externen weiblichen Genitalien oder andere Verletzungen der weiblichen Geschlechtsorgane aus nichtmedizinischen Gründen.

Laut der WHO (2022) wird die wGv in vier verschiedene Typen eingeteilt, die in Tabelle 1 aufgeführt sind.

Tabelle 1

Definition der weiblichen Geschlechtsverstümmelung [wGv] in vier Typen (WHO, 2022)

Typen der wGv	Definition
Typ 1	Teilweise oder totale Entfernung der Klitoris und/oder der Klitorisvorhaut.
Typ 2	Teilweise oder totale Entfernung der Klitoris und den inneren Labien, mit/ohne Entfernung der äusseren Labien.
Typ 3	Dies bedeutet die Verengung der Vaginalöffnung durch Vernähen der äusseren und/oder inneren Labien mit/ohne Entfernung der Klitoris und Klitorisvorhaut. (Andere Benennung: Infibulation)
Typ 4	Alle anderen schädlichen Prozeduren der weiblichen Geschlechtsorgane aus nichtmedizinischen Gründen. Dazu gehören Praktiken wie z.B. stechen, einschneiden, schaben, ausbrennen etc.

Es werden heute von der WHO (2022) mehr als 200 Millionen Mädchen und Frauen, die von der wGv betroffen sind, geschätzt. Laut Bundesrat (2020) ist die wGv eine Art von geschlechtsspezifischer Gewalt und verletzt das Menschenrecht gravierend. Trotz Verbot ist die Schweiz durch die Migration aus Ländern, die eine hohe Prävalenzrate von wGv haben (Eritrea, Somalia, Äthiopien, Ägypten, Indonesien, Elfenbeinküste, Guinea und Sudan), auch von der wGv betroffen. Die Schätzung geht von 22'410 betroffenen oder gefährdeten Frauen und Mädchen für wGv für das Jahr 2018 in der Schweiz aus (Der Bundesrat, 2020).

Es gibt verschiedene Gründe für eine wGv in den praktizierenden Ländern. Die Macht der Tradition ist eine davon. Bei Nichterfüllen der Praktik sind gesellschaftliche Sanktionen die Folge. Das bedeutet für die Frau eine gesellschaftliche Isolierung, die die Existenz der Frau in den praktizierenden Ländern beinahe unmöglich macht. Manche Kulturen glauben, dass die wGv die Fruchtbarkeit der Frau steigert. Ausserdem wird die wGv an manchen Orten als Schutz für Frauen vor Vergewaltigung und vor der eigenen Sexualität gesehen. Die Jungfräulichkeit und eheliche Treue sollen damit gewährleistet und die Lust des Mannes gesteigert werden. Das beschnittene Genital wird teils als schön und rein erachtet und kann ein Zeichen sein, dass ein Mädchen zur Frau wurde und dann ein vollwertiges und heiratsfähiges Mitglied der Gemeinschaft ist. Es gibt noch weitere Gründe für wGv und können sich je nach Ethnie unterscheiden (Gruber et al., 2005, zitiert nach Schnüll, 2003).

Die WHO (2022) schreibt, dass die wGv diverse Gesundheitsrisiken beinhaltet. Meistens wird der risikoreiche Akt der wGv bei Minderjährigen durchgeführt, was akute Folgen haben kann. Es kann aber auch im erwachsenen Alter zu langfristigen Komplikationen führen, wie z.B. Probleme beim Urinieren, Harnwegsinfektionen (HWI), Infektionen der Vagina, Menstruationsprobleme, Sexualprobleme (z.B. Schmerzen bei Geschlechtsverkehr, verringerte Befriedigung der Frau), psychische Probleme (Depressionen, Angst, PTBS etc.), Komplikationen bei der Geburt (Blutungen, häufiger benötigte Kaiserschnitte etc.) und weitere (WHO, 2022).

2.3 Frauen als Opfer von Menschenhandel

Wenn jemand durch Gewalt, Täuschung, Drohung oder Nötigung angeworben, vermittelt und ausgebeutet wird, nennt man dies Menschenhandel, was in der Schweiz verboten ist (Bundesamt für Polizei fedpol, 2020a).

In 148 Ländern wurden im Jahr 2018 etwa 50'000 Opfer von Menschenhandel gemeldet. Wegen der Illegalität des Menschenhandels spielt sich vieles im Untergrund ab, weshalb die Dunkelziffer vermutlich höher ist (United Nation Office on Drugs and Crime, 2021a). Weltweit sind von zehn registrierten Opfern fünf erwachsene Frauen, zwei Mädchen und die anderen drei sind Männer oder Jungen (United Nation Office on Drugs and Crime [UNODC], 2020).

Laut UNODC (2020) wurden 2018 von allen Frauen im Menschenhandel 77% in sexuelle Ausbeutung, 14% zur Arbeit und 9% in andere Formen der Ausbeutung gezwungen. Im selben Jahr wurden in der Schweiz, das als Ziel- und Transitland für Menschenhandel gilt, 166 erwachsene Opfer von Menschenhandel gemeldet (UNODC, 2020; Verein ACT212, o. D.). Davon sind geschätzt 150 Frauen (UNODC, 2020). Die Zahl hat sich im Jahr 2020 laut Rietschi & Winkler (2020) auf 226 Opfer erhöht. Es ist fraglich, ob diese Zunahme der Opfer vom Jahr 2018 zum Jahr 2020 explizit zeigt, dass es mehr Betroffene von Menschenhandel gab oder ob mehr Opfer im Vergleich zu Vorjahren Hilfe suchten. Frauen können aus unterschiedlichen Gründen in den Menschenhandel geraten, auch in ihrem eigenen Land. Wenn sich z.B. ihre wirtschaftliche Lage verschlechtert, macht sie dies verletzlicher in den Menschenhandel zu gelangen (United Nations Office on Drugs and Crime, 2021b).

Zimmermann et al. (2011) und United Nation Office on Drug and Crime (2008)

schreiben, dass von Menschenhandel betroffene Frauen grundsätzlich verletzlicher sind, besonders wenn sie sich in einem anderen Land als ihrem Herkunftsland aufhalten und mit fremder Sprache und Kultur sowie mangelnder Vertrautheit konfrontiert sind. Dies bedeutet für sie Isolation, Misstrauen und Angst gegenüber den Behörden. Ausserdem haben sie Angst, Hilfe zu suchen, weil sie teils Einschüchterung und Drohungen gegenüber ihren Familienangehörigen erleben. Teilweise haben sie auch Schulden bei dem Menschenhändler oder der Menschenhändlerin. Dies führt manchmal dazu, dass sie bei den ausbeutenden Tätern oder Täterinnen bleiben

Mögliche gesundheitliche Folgen für Opfer von Menschenhandel sind diverse Verletzungen (z.B. Kopf und Hals), Zahnprobleme, Asthma, somatische Beschwerden, schlechter Ernährungszustand, Drogen- oder Alkoholabhängigkeiten, chronische Schmerzen, posttraumatische Belastungsstörung [PTBS], Depressionen, Gewaltausbrüche, Schlafstörungen, Harnwegsinfektionen, Schmerzen beim Geschlechtsverkehr, sexuell übertragbare Infektionen [STI] (z.B. HIV), ungewollte Schwangerschaften und weitere (Zimmerman et al., 2011).

2.4 Kontakt der gewaltbetroffenen Frauen zu Pflegefachpersonen

Gewaltbetroffene Frauen haben aus Scham und Angst oft Mühe, frei darüber zu sprechen und sich selber Hilfe zu holen (Zwiesele-Natterer, 2011, zitiert nach Huber, 2011). Fitchburg State University (2020) bestätigt dies, dass Opfer von Gewalt die Taten häufig nicht weitermelden, da sie Angst um ihre Sicherheit oder die ihrer Familie haben; die erlebte Gewalt verleugnen oder sich dafür schämen; die Hoffnung haben, dass sich der Täter oder die Täterin ändern wird; finanziell abhängig sind; glauben, dass ihnen niemand helfen kann oder sie niemandem trauen können.

In Ländern, in der wGv praktiziert wird, ist die Sexualität und besonders auch die wGv meist ein Tabuthema, über das nicht gesprochen wird. Das hält die Betroffenen, die nach Europa migriert sind, vermutlich stark zurück, darüber zu sprechen (Zerm, 2007).

Wie zuvor schon beschrieben, hat Gewalt gegen Frauen in all den drei Untergruppen schwere gesundheitliche Folgen, die dazu führen können, dass die Frauen das Gesundheitssystem aufsuchen (Randa & Mokoena, 2019). Wenn dort frühzeitig die Gewalt an Frauen als Ursache für die gesundheitlichen Folgen erkannt wird, könnte ihnen nachhaltig Hilfe angeboten werden. Die Pflegefachpersonen können der erste Kontaktpunkt sein,

um die Gewalt als Ursache des gesundheitlichen Problems der Frau zu identifizieren (Randa & Mokoena, 2019).

3 Das bio-psycho-soziale Modell

Die im theoretischen Hintergrund bearbeiteten drei Unterformen von Gewalt an Frauen zeigen Auswirkungen im physischen, psychischen und sozialen Bereich. Diese Auswirkungen haben Einfluss auf die Gesundheit der betroffenen Frauen und bringen Leiden mit sich. Um dies zu veranschaulichen und besser zu verstehen, wird das bio-psycho-soziale Modell in diese Arbeit integriert.

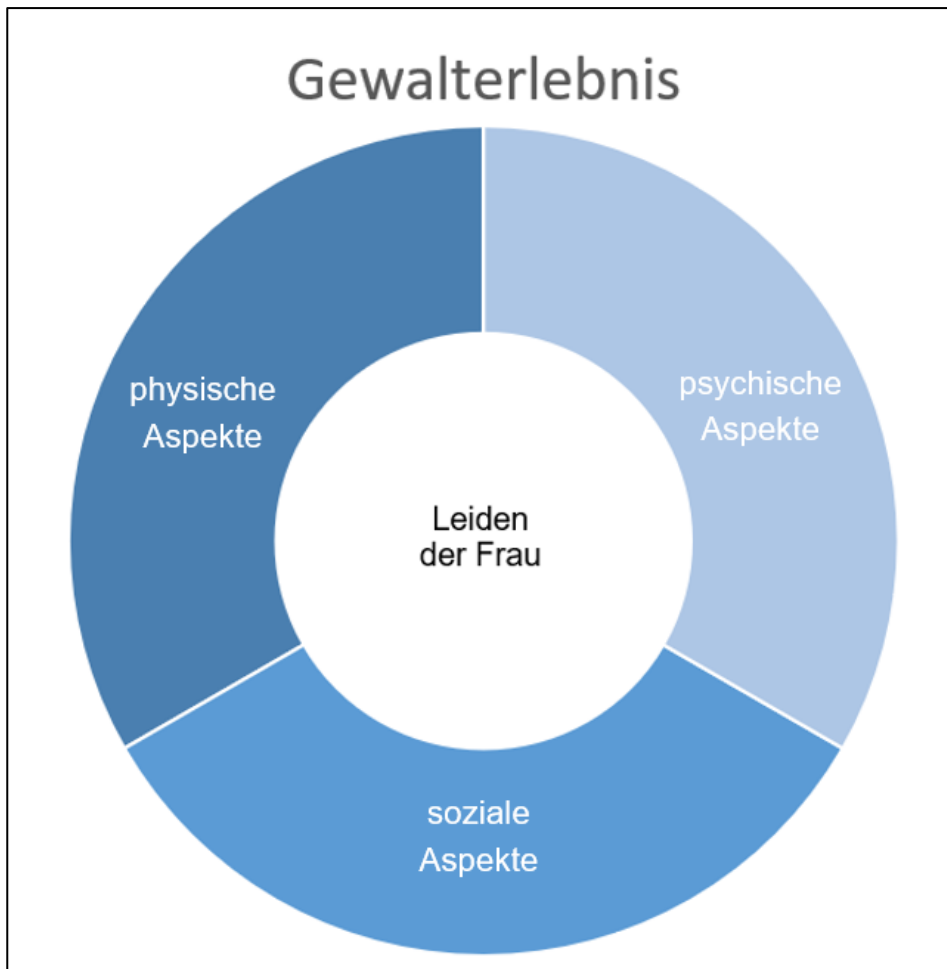
Beim bio-psycho-sozialen Modell geht es um eine ganzheitliche Sicht auf den Menschen. Das Modell ist ziemlich komplex und wird deshalb in dieser Arbeit vereinfacht dargestellt und beschrieben. Ausserdem erhebt die Beschreibung in diesem Kapitel keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Die Ausführung beruht auf dem Artikel „Das biopsychosoziale Krankheitsmodell“ von Josef W. Egger (2005).

Ursprünglich wurde das Modell von George L. Engel (1976) erfunden, er versuchte, die Beziehung zwischen Leib und Seele aufzuzeigen. Später wurde das Modell von verschiedenen Fachleuten weiterentwickelt. Dabei entstand das erweiterte bio-psycho-soziale Modell. Es soll aufzeigen, dass sich physische, psychische und soziale Aspekte im Menschen gegenseitig beeinflussen und nicht voneinander zu trennen sind. Mehr noch: Die Untrennbarkeit dieser Aspekte machen die Menschen selber als Ganzes aus.

Krankheit und Gesundheit liegen auf einem Kontinuum, auf dem sich der Mensch befindet und so individuell Leiden erlebt. Er bewegt sich also mehr oder weniger Richtung Krankheit. Alles, was den Menschen auf dem Kontinuum Gesundheit und Krankheit beeinflusst, hat Wechselwirkungen auf physische, psychische und soziale Aspekte des Menschen (siehe Abbildung 1). Objektiv, also von „Aussen“, kann dies nochmals anders wahrgenommen werden im Vergleich zum Individuum selber. So bekommen Gesundheit und Krankheit eines Individuums nochmals eine neue Facette.

Abbildung 1

Bio-psycho-soziales Modell



Anmerkung. Eigene Darstellung mit Fokus auf Krankheit und Leiden

Für die vorliegende Arbeit eignet sich dieses Modell gut, um die Auswirkungen auf die Frauen durch die erlebte Gewalt darzustellen. Das Leiden der Frau (je grösser, desto näher bei Krankheit) wird durch die Auswirkungen der Gewalt beeinflusst.

Was in diesem Modell etwas zu kurz kommt, ist der spirituelle Aspekt, der auch einen Menschen ausmacht und Gesundheit und Krankheit beeinflusst, was nicht vergessen gehen darf. In der vorliegenden Arbeit wird dieser Aspekt jedoch nicht berücksichtigt. Im Kapitel Diskussion wird nochmals auf das Modell Bezug genommen.

4 Methode

In diesem Kapitel wird die Vorgehensweise beschrieben, wie die systematisierte Literaturrecherche im Rahmen dieser Arbeit zwischen Juli 2021 bis Februar 2022 vorgenommen wurde.

4.1 Datenbanken

Die Beantwortung der Fragestellung dieser Arbeit wurde anhand einer systematisierten Literaturrecherche erarbeitet. Zu Beginn wurde die Fragestellung definiert, worauf die Literaturrecherche anhand von vordefinierten Suchbegriffen (siehe Tabelle 1) auf den Datenbanken für diverse Gesundheitsberufe, wie CINAHL Complete, PubMed, Social Services Abstracts, IBSS, PsycINFO stattfand. Da das Thema Gewalt an Frauen ein professionsübergreifendes Thema ist, wurden verschiedene Datenbanken aus den verschiedenen Professionen (Pflege, Soziale Arbeit und Psychologie) verwendet. In der Datenbank PsycINFO fanden die Autorinnen keine Treffer (deswegen nicht in Flowchart für Literaturrecherche Abb. 3 integriert). Die passendsten sieben Studien wurden schliesslich durch die Datenbank CINAHL Complete, und durch das Schneeballprinzip anhand von Studien aus Pubmed gefunden.

Zusätzlich haben die Autorinnen für die ganze vorliegende Arbeit Literatur von nationalen und internationalen Organisationen, wie z.B. die World Health Organization oder die Fachstelle für Frauenhandel und Frauenmigration, verwendet. Ausserdem wurden Informationen von verschiedenen Webseiten wie z.B. dem Bundesamt für Statistik als Quelle genutzt.

4.2 Literaturrecherche

Nachdem die Autorinnen die Fragestellung und das Ziel dieser Arbeit festgelegt haben, definierten sie passende Ein- und Ausschlusskriterien (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2*Ein- und Ausschlusskriterien mit Begründung*

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien	Begründung
Erwachsene Frauen	Männer, Kinder	Männer wenig Forschung, Kinder schon viel geforscht Beide nicht direkt vergleichbar mit Frauen
Alter der Frauen: >18 und <64 Jahre	Alter der Frauen: <18 und >64 Jahre	>64 Jahre sind in Pension evtl. Altersheim, können noch andere Probleme als die jüngeren Frauen haben, Einschränkung Thema
Wissenschaftsliteratur der Pflege und anderer pflegerelevanter Professionen	Literatur zu nicht pflegerelevanten Professionen	Identifikation von Gewalt gegen Frauen auch in anderen Professionen ein Thema. Hilfreiche Literatur für die Pflege
Akut stationäres Setting, Spital, psychiatrische Klinik, ambulantes Setting, Notfall etc.	Spitex, Langzeitinstitutionen und Heim für beeinträchtigte Menschen	Langzeitpflege ist kein akutes Setting, wie in der Fragestellung definiert
Studien aus Industrieländern	Studien aus Entwicklungsländern	Eher vergleichbar mit der Schweiz, da die Schweiz auch zu den Industrieländern zählt

Danach legten sie im zweiten Schritt die Suchbegriffe zur Fragestellung auf Deutsch fest. Die Begriffe wurden dann für die Literaturrecherche ins Englische übersetzt, da die grösste Anzahl Studien in den Datenbanken in dieser Sprache verfasst ist, und es wurden zusätzlich Synonyme gesucht. Die Suchbegriffe in Deutsch und Englisch sind in der Tabelle 3 abgebildet.

Tabelle 3*In der Literaturrecherche verwendete Suchbegriffe*

Aspekt der Fragestellung	Suchbegriffe Deutsch	Keywords Englisch	Synonyme, Unterbegriffe, verwandte Begriffe in Englisch
Population	Erwachsene Frauen	female adults	woman, women women above 18 years females female, patient*
	Pflegefachpersonal Gesundheitsperson	nurse health professionals	nursing nurse, nurses health assistants health providers
Phänomen	Misshandlung Gewalt	abuse violence	maltreatment, molestation mistreatment violence against wom*n human and sex trafficking domestic violence/domestic abuse intimate partner violence non-partner violence sexual abuse female genital mutilation female genital circumcision mental health, trauma, neglect
	Erkennen	identification recognition detection education	assessment, identifying screening discover red flags knowledge understand
Setting	Akutes Setting	acute ward	stationary/inpatient/outpatient healthcare setting hospital, clinic psychiatry clinic acute station/department emergency department

Um die Suche in den Datenbanken so spezifisch wie möglich zu gestalten, wurden Boolesche Operatoren, Trunkierungen (Trunkierungen in Primus mit * und Trunkierungen in der Mitte mit ? oder #), Wildcards und die Phrasensuche verwendet. Die verschiedenen Teilaspekte der Fragestellungen wurden mit AND verbunden, die Synonyme mit OR und die Ausschlusskriterien mit NOT. Dies ist ein Beispiel für eine Suche: ("sex traffick*" AND (wom#n OR femal*)) AND (nurs* OR "health* professional*" OR "health* provider*") AND identif* NOT ((child* OR teen* OR adolescent* OR minor)). Bei zu hoher Anzahl der Suchresultate wurde die Suche mit zusätzlichen Aspekten oder Synonymen eingegrenzt. Es wurden auch Exact Subject Headings verwendet. Ein Beispiel für Exact Subject Headings in der Datenbank in CINAHL Complete wäre: (MH "Circumcision, Female/PF/NU") AND Trauma.

Limits in den Datenbanken wurden für die Recherche festgelegt, begründet (siehe Tabelle 4) und in die Recherche integriert.

Tabelle 4

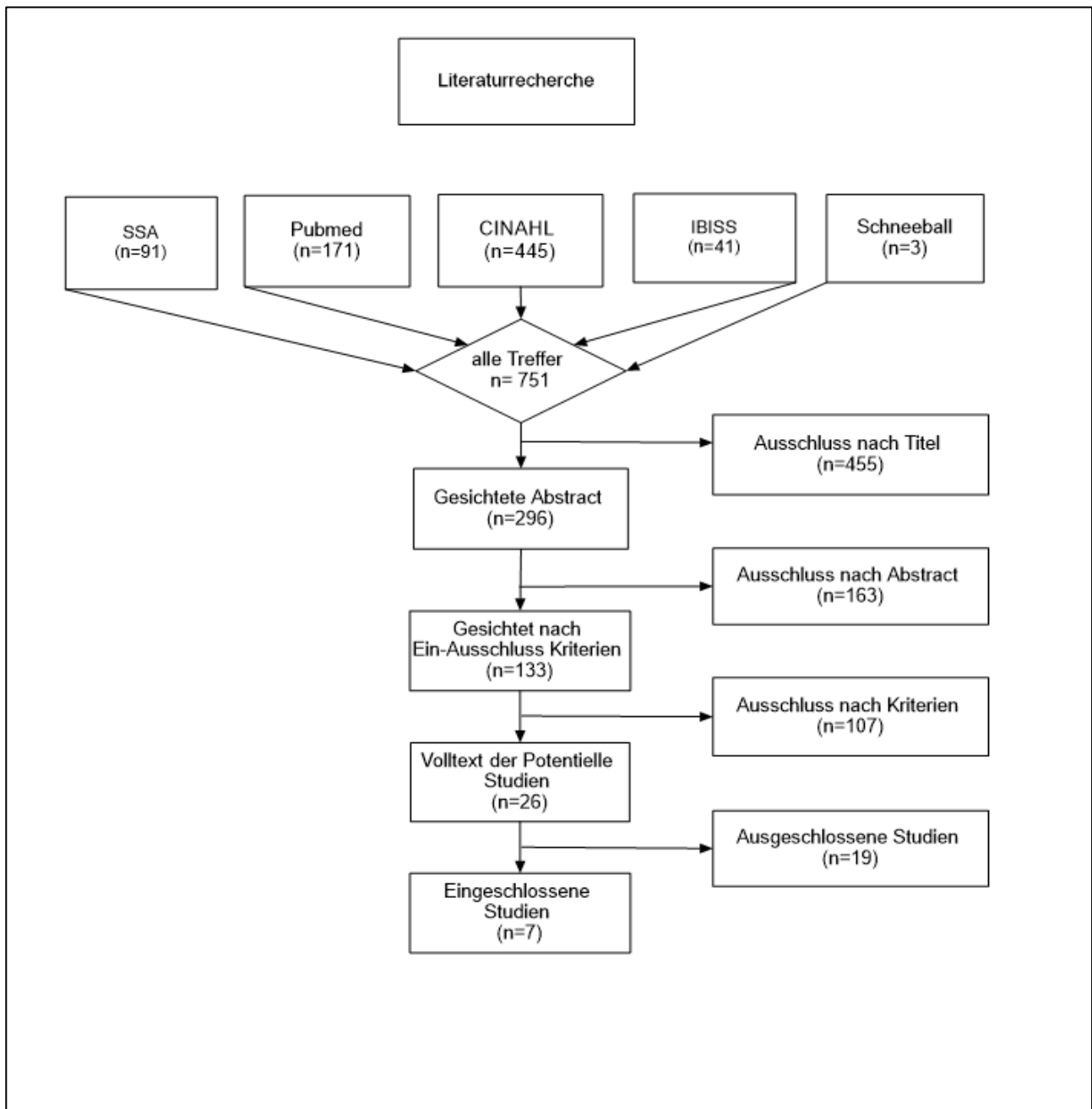
Limits mit Begründung

Limits	Begründung
Studien von 2011-2022	Beschränkung auf neueste Publikation, nicht älter als 10 Jahre (Aktualität)
Deutsch- und englischsprachige Studien	Sprachen, die die Autorinnen beherrschen
Alter der Frauen (nur in PubMed)	Beschränkung der Literaturrecherche

Nachdem die Autorinnen die Recherche beendet hatten, wurden alle Treffer anhand der Titel für die Relevanz der Fragestellung und Ziel dieser Arbeit gescreent und aussortiert. Danach lasen sie alle Abstracts, teilweise den Methodenteil und die Schlussfolgerung. Durch die Anwendung der zuvor festgelegten Ein- und Ausschlusskriterien (siehe Tabelle 1) verfeinerten sie die Auswahl der Studien. Die letzten 26 Studien arbeiteten sie vollständig durch und wählten zusammen die sieben passendsten Studien zur Beantwortung der Fragestellung und des Ziels aus. Die Zusammenfassung der Auswahl der sieben Studien wurde in einem Flowchart (siehe Abbildung 2) dargestellt und detailliert im Anhang A aufgeführt.

Abbildung 2

Flowchart der Literaturrecherche



Anmerkung. «n» steht für Anzahl Studien

4.3 Begründung für Studienwahl

Damit die Ergebnisse der Studien für die Schweiz repräsentativ und auf die Schweizer Population übertragbar sind, wäre es am besten gewesen, wenn die Autorinnen nur Studien aus der Schweiz gefunden hätten. Leider gab es gerade zum Thema wGv und Menschenhandel kaum Schweizer Studien. Deshalb stammen die Studien, bis auf eine, aus

Grossbritannien, Frankreich, Italien, Spanien und den USA. Alle diese Länder sind westliche Industrieländer und somit eher vergleichbar mit der Schweiz, als wenn Studien aus Entwicklungsländern miteinbezogen worden wären.

Zudem lassen sich die beiden Studien aus Frankreich und Italien gut mit der Schweiz vergleichen, da Teile der Schweiz kulturelle und sprachliche Ähnlichkeiten mit den beiden Nachbarländern aufweisen. Wichtig ist jedoch, dass die Übertragung der Ergebnisse auf die Schweiz mit Vorsicht betrachtet wird, da alle diese Länder ein anderes Gesundheitssystem als die Schweiz haben und sich trotzdem teilweise kulturell/sprachlich von der Schweiz unterscheiden.

Die Studie von Hostetter-Blunier et al. (2018) war die einzige Studie, welche dem Thema dieser Arbeit entsprach und in der Schweiz durchgeführt wurde. Auch wenn sie Männer und Kinder in die Studie einschlossen, waren 94% (von n=337) Frauen. Deshalb sind die Resultate trotzdem gut für diese Arbeit verwendbar.

Die Studie von Minchella et al. (2021) schloss Frauen mit dem Alter zwischen 15 bis 92 Jahre ein. Dies widerspricht dem festgelegten Alter in den Einschlusskriterien der vorliegenden Arbeit. Jedoch mehr als die Hälfte (64%) der Teilnehmerinnen waren zwischen 25 und 54 Jahre alt. Die Studie bot Vorteile, weil sie sich etwas offener (mit Schwerpunkt pG) mit Gewalt an Frauen befasste und in Italien als Nachbarland der Schweiz durchgeführt wurde. Deshalb wurde sie trotzdem als Hauptstudie eingeschlossen.

Ein Einschlusskriterium für Studien war das Publikationsalter, es sollte nicht höher als 10 Jahre sein. Die Studie von Baldwin et al. wurde 2011 veröffentlicht und ist deshalb jetzt im Jahr 2022 über 10 Jahre alt. Da die Autorinnen mit der Literaturrecherche bereits 2021 begonnen haben, wurde die Studie von Baldwin et al. (2011) trotzdem noch eingeschlossen, da sie gut zur Bearbeitung der Fragestellung und zum Ziel der vorliegenden Arbeit passte.

4.4 Evaluationsinstrumente

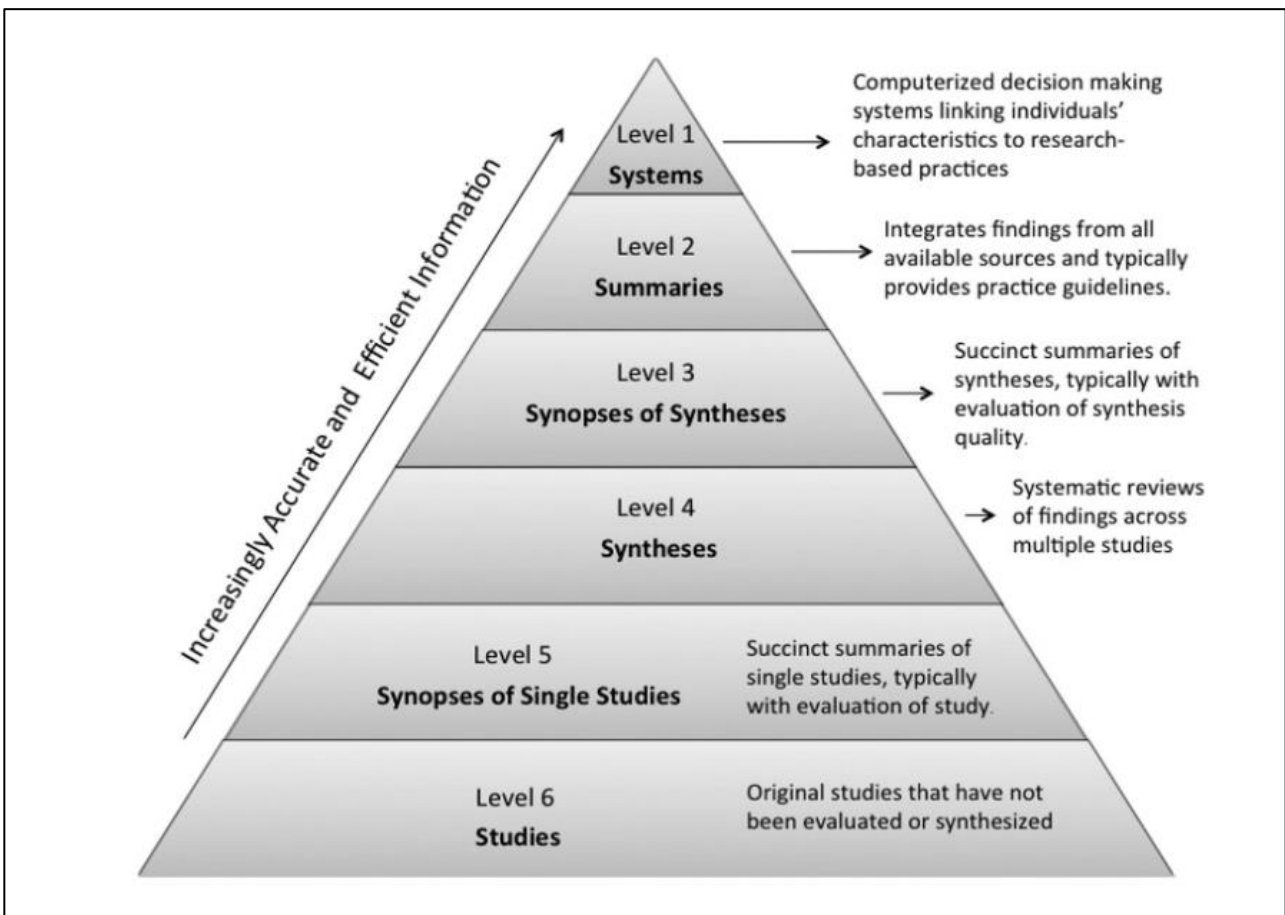
Mit dem „Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal [AICA]“ von Ris und Preusse-Bleuler (2015) wurden die Zusammenfassungen und kritischen Würdigungen der ausgewählten Studien durchgeführt. Die Leitfragen für die qualitativen Hauptstudien basierten auf Burns und Groov (2005), LoBiondo-Wood und Haber (2005) sowie Lincoln und Guba (1985). Bei den quantitativen Hauptstudien basierten die Leitfragen auf Burns und Groov (2005), LoBiondo-Wood und Haber (2005).

Die Güte der qualitativen Studien wird anhand der Gütekriterien Credibility (Glaubwürdigkeit), Transferability (Übertragbarkeit), Dependability (Zuverlässigkeit) und Comfirmability (Bestätigbarkeit) von Lincoln und Guba (1985) eingeschätzt.

Die quantitativen Studien werden auf ihre Güte mit den Gütekriterien von Bartholomeyczik et al. (2008) Objektivität, Reliabilität und Validität geprüft.

Alle sieben ausgewählten Studien werden gemäss der 6S-Pyramide von DiCenso et al. (2009) auf ihr Evidenzlevel eingestuft (siehe Abbildung 3). Die Stufe "Systeme" hat das höchste Evidenzlevel und entspricht dem Level 1. Die Stufe "Studies" entspricht dem Level 6 und hat das niedrigste Evidenzlevel.

Abbildung 3
6S-Pyramide



Anmerkung. Santangelo et al. (2015) nach DiCenso et al. (2009).

5 Resultate

Die Tabelle 5 soll einen kurzen Überblick über die sieben ausgewählten Studien geben, deren Ergebnisse zur Bearbeitung der Fragestellung und Zielsetzung dienen sollen.

In der Tabelle 4 werden zusätzlich die sieben ausgewählten Studien auf das Evidenzlevel 6 nach der 6S-Pyramide nach DiCenso et al. (2009) eingestuft, da alle Originalstudien sind. Dies ist ebenfalls in der Tabelle 5 dargestellt. Danach werden die einzelnen Studien zusammengefasst, gewürdigt und ihre Güte eingeschätzt.

Tabelle 5

Zusammenfassung der Studien

Autor/in Jahr Land Unterthema	Titel	Stich- probe	Design	Ziel	Hauptresultate	Evi- denz- level
Minchella et al. (2021) Italien Allgemeine Gewalt gegen Frauen, Gewichtung bei partnerschaftlicher Gewalt	“Violence against women: An observational study in an Italian emergency department”	N= 425 Frauen Alter: 15 Jahre oder älter (64% zwischen 25 und 54 Jahre)	Quantitative Design (eine retrospektive Beobachtungsstudie)	Das Ziel der Studie ist, die soziodemografischen und klinischen Variablen, die mit Gewalt an Frauen, die sich auf der Notaufnahme wegen Trauma vorstellen, assoziiert werden, zu untersuchen	Physische Auswirkungen <ul style="list-style-type: none"> - Kopf- Gesicht- Nacken- Verletzungen - Verletzungen Arme - Mehrfachverletzungen - Abdominelle Verletzungen Psychische Auswirkungen <ul style="list-style-type: none"> - PTBS (unklar ob vor Gewalt schon vorhanden) Risikofaktoren <ul style="list-style-type: none"> - Migration - Keine oder niedrige Bildung - Beziehungsstatus / Zivilstand 	6

Autor/in Jahr Land Unterthema	Titel	Stich- probe	Design	Ziel	Hauptresultate	Evi- denz- level
Hostettler- Blunier et al. (2018) Schweiz Häusliche Gewalt und partner- schaftliche Gewalt	Häusliche Ge- walt am Uni- versitären Not- fallzentrum Bern: eine ret- rospektive Analyse von 2006 bis 2016	N= 337 Patientin- nen und Patienten (94% Frauen) Alter: > 18 Jahre	Quantitati- ves Design (deskrip- tive, retro- spektive Kohorten- studie)	Ziel: Umfassend Daten von Opfern von hG zu erfas- sen, die sich auf dem Universitäres Notfallzentrum zwi- schen 2006 und 2016 vorstellen, und eine deskrip- tive Datenanalyse zu erarbeiten Die Studie soll den Opfern, Ärzten und Pflegerinnen helfen, durch ein struktu- riertes, standardi- siertes Vorgehen und eine gute Schulung.	Physische Auswirkungen - Kopf und Arme - Hämatome und Prellungen Psychische Auswirkung - 5 Patienten / Patientinnen wegen psychiatrischer Di- agnose nach Gewalterlebnis hospitalisiert Häufigste Risikofaktoren - Alkohol - Drogen - Migrationshintergrund - Trennungssituation - psychische Vorbelastung	6

Autor/in Jahr Land Unterthema	Titel	Stich- probe	Design	Ziel	Hauptresultate	Evi- denz- level
Guiguet-Au- clair et al. (2021) Frankreich Häusliche Gewalt und partner- schaftliche Gewalt	“Validation of the French Women Abuse Screening Tool to rou- tinely identify intimate part- ner violence”	N1= 181 Untersu- chungs- gruppe, pG betroffene Frauen N2= 180 Kontroll- gruppe, nicht pG betroffene Frauen Alter: > 18 Jahre	Quantita- tive Design (eine Case- Control Studie)	1.Ziel: Französi- sche Version von Woman Abuse Screening Tool (WAST) validieren (kulturübergreifend und psychometri- schen Eigenschaf- ten) 2.Ziel: Wohlbefin- den der Frauen beim Ausfüllen des WAST während der Studie und ei- ner hypothetischen ärztlichen Konsul- tation zur Grund- versorgung zu un- tersuchen.	Erleben von... ...physischer Gewalt - N1: 87.6% häufig und manchmal - N2: 2.2% manchmal ...psychischer Gewalt - N1: 94% häufig und manchmal - N2: 6.7% manchmal ...sexueller Gewalt - N1: 29.8% häufig und manchmal - N2: 0.6% manchmal Risikofaktoren - Niedrige Bildung - Beziehungsstatus / Zivilstand - Arbeitslosigkeit Hohe Sensitivität (97.7%) und Spezifität (97.1%) beim WAST Wohlbefinden beider Gruppen höher beim WAST vs. hypo- thetische Befragung durch Ärzteschaft	6

Autor/in Jahr Land Unterthema	Titel	Stich- probe	Design	Ziel	Hauptresultate	Evi- denz- level
Ormrod (2019) England Weibliche Geschlechts- verstümmelung (wGv)	“The experience of NHS care for women living with female genital mutilation”	N= 9 Frauen Alter 20-46 Jahre	Qualitative Design	Das Ziel der Studie war es die Sicht von Frauen, die zu einer wGv praktizierenden Gemeinschaft gehören und eine Nationale Gesundheitsdienstleistung (NHS) in Anspruch nahmen, zu untersuchen.	Physische Auswirkungen <ul style="list-style-type: none"> - Miktionsprobleme Psychische Auswirkungen <ul style="list-style-type: none"> - Depression - Soziale Auswirkungen - Schwierigkeiten in der Sexualität, Intimität und Anorgasmie der Frauen - Teils Scheitern der Ehe oder Beziehung Benötigtes Wissen des Gesundheitsfachpersonals <ul style="list-style-type: none"> - Aussehen von wGv, wurde als angeboren verkannt - Befürchtungen Frau vor Untersuchungen - Fremdsprache / Migrationshintergrund - Ansprechen von wGv ist wichtig - Wissen über kulturelle Umstände Haltung der Pflegefachperson <ul style="list-style-type: none"> - Empathie und Respekt - nonverbale und verbale Kommunikation achten - Gespräch im geschützten Rahmen durchführen. 	6

Autor/in Jahr Land Unterthema	Titel	Stich- probe	Design	Ziel	Hauptresultate	Evi- denz- level
Pastor-Bravo et al. (2018) Spanien wGv	“Living with mutilation: A qualitative study on the consequences of female gen- ital mutilation in women’s health and the healthcare system in Spain.”	N= 14 Frauen Alter: 23- 41 Jahre	Qualitative Design (phäno- menologi- schen An- satz)	Das Ziel dieser Studie ist es, die Wahrnehmung der Frauen mit den ge- sundheitlichen Fol- gen der wGv und deren Versorgung durch das spani- sche Gesundheits- system zu untersu- chen	Physische akute/ langfristige Konsequenzen - Schmerzen - Juckreiz - Blutungen - Dysurie - wiederaufkehrende Harnwegsinfektionen Psychologische Konsequenzen: - Traumatische Erinnerungen - Schlafstörungen, Angst - Identitätsverlust als Frau - Wutzustände/Frustration - Traurigkeit bis Depression - Scham bei vaginaler Untersuchung Auswirkung auf die Sexualität: - Angst und Schmerz beim Beginn einer sexuellen Be- ziehung - kaum sexuelle Lust, Anorgasmie - Eheprobleme Respektvoller und empathischer Umgang mit die wGv be- troffene Frauen.	6

Autor/in Jahr Land Unterthema	Titel	Stich- probe	Design	Ziel	Hauptresultate	Evi- denz- level
Mumma et al. (2017) USA Frauen als Opfer von Menschenhandel	“Screening for Victims of Sex Trafficking in the Emergency Department: A Pilot Program.”	N=143 Frauen, Alter: 18-40 Jahren	Quantitative (Beobachtungs-Kohorten-Studie)	Das Ziel der Studie war die Durchführbarkeit eines Screening- Instrument zur Identifizierung erwachsener Opfer von Zwangsprostitution in einer Notaufnahme zu prüfen. Zudem möchten sie dieses Screening-Instrument mit der Einschätzung der Ärzteschaft bezüglich Identifikation von erwachsenem Opfer von Zwangsprostitution vergleichen	<ul style="list-style-type: none"> - Screening-Instrument positiv getestet: 30 Teilnehmerinnen - Ärztlicher Einschätzung positiv: 7 Teilnehmerinnen - Bei beidem positiv getestet/eingeschätzt: 9 Teilnehmerinnen - Total bestätigte (richtig positive) Opfer von Zwangsprostitution: 10 Teilnehmerinnen - Screening-Instrument war in der Sensitivität besser als die ärztliche Einschätzung. - Spezifität wenig besser bei ärztlicher Einschätzung als bei Screening-Instrument 	6

Autor/in Jahr Land Unterthema	Titel	Stich- probe	Design	Ziel	Hauptresultate	Evi- denz- level
Baldwin et al. (2011) USA Frauen als Opfer von Menschenhandel	“Identification of human trafficking victims in health care settings”	N2=12 Frauen, die Opfer von Menschenhandel sind. Alter: 18-40 Jahre N1=6 Personen die in einer Anti-Menschenhandel Arbeitsgruppe in Los Angeles teilnahmen	Qualitatives Design	Ziel: Opfer von Menschenhandel, die Gesundheitsdienste in Anspruch nehmen, besser verstehen und Begegnungen von Opfern von Menschenhandel und den Gesundheitsdiensten erforschen und charakterisieren.	Physische Auswirkungen von Zwangsarbeit und Zwangsprostitution - Respiratorische oder systemische Erkrankungen - körperliche Verletzungen - Zahnprobleme - Arbeitsunfälle - Schwangerschaftsteste, Aborte - HIV- oder STI-Abklärungen Hindernisse für Offenlegung - Anwesenheit von Menschenhändlern - Kommunikationsschwierigkeit (Sprachbarriere, Angst, Scham) - mangelndes Vertrauen in die Gesundheitseinrichtung - Angst, um Familienangehörige - Hoffnungslosigkeit Empfehlung für Gesundheitsfachpersonal - Beachtung der Körpersprache/-haltung (Nervosität, Angst), auch Begleitperson beachten (evtl. trennen)	6

5.1 Minchella et.al (2021)

Nun wird die Studie von Minchella et al. (2021) zusammengefasst und gewürdigt. Der Titel der Studie lautet: "Violence against women: An observational study in an Italian emergency department".

5.1.1 Zusammenfassung

Das Forschungsteam wollte mit dieser Studie die soziodemografischen und klinischen Variablen untersuchen, die mit Gewalt an Frauen assoziiert werden, die sich auf der Notaufnahme wegen Trauma vorstellen. Damit wollten sie langfristig gewisse Muster von Gewalt an Frauen erkennen und so die Sozial- und Gesundheitspolitik beeinflussen und spezifische Beratungsdienste für Prävention und Bewältigung von geschlechterspezifischer Gewalt verbessern.

Das Forschungsteam untersuchte eine Stichprobe von 425 Patientinnen (Alter: 15 Jahre oder älter), die zwischen Januar bis Dezember 2019 auf einer Notaufnahme eines Spitals in Italien wegen eines Traumas einmalig oder mehrmalig vorstellig wurden.

Die Daten wurden aus dem elektronischen Informationssystem der Notaufnahme pro Notaufnahmebesuch, die in der Krankenakte mit der Diagnose «Trauma» festgehalten wurde, einmalig erhoben.

Danach wurden die Daten anhand einer deskriptiven statistischen Analyse bearbeitet. Für das Signifikanzniveau wurde der p-Wert $< 0,05$ festgelegt. Zwei Gruppen wurden miteinander verglichen (Patientinnen, die sich einmalig vorstellten und Patientinnen, die zweimal oder mehrmals wegen Trauma die Notaufnahme aufsuchten). Alle Daten wurden anonymisiert und die Helsinki-Erklärung (ethische Richtlinien) für Beobachtungsstudien wurde beachtet. Eine Ethikkommission genehmigte die Studie.

Die zentralen Ergebnisse der Studie waren:

Das Risiko für Gewalt an Frauen, die unter 25 Jahre alt waren, stieg im Vergleich zu anderen Altersgruppen. 31% der Stichprobe suchten die Notaufnahme einmal, 13% zweimal und 56% mehrere Male auf. 15% verliessen die Notaufnahme wieder, ohne eine Konsultation gehabt zu haben. Grund für das Aufsuchen der Notaufnahme waren bei 67% der Stichprobe sexuelle (4%) oder physische (63%) Gewalt. Die Täter oder Täterinnen waren bei 47% der Patientinnen bekannt. Die restlichen 33% der Stichprobe litten unter einem Trauma aufgrund eines Unfalls oder einer unbekanntem Ursache.

10% der Stichprobe hatten eine psychische Erkrankung, 4% der Frauen litten unter einer PTBS. Aus den Resultaten geht nicht hervor, ob sie dies aufgrund der akuten Gewalt oder schon zuvor hatten. Menschen mit Migrationshintergrund waren signifikant häufiger von Gewalt betroffen als Italienerinnen.

Das Risiko, Gewalt zu erleiden, sank signifikant bei alleinstehenden Frauen im Vergleich zu den Frauen, die mit einem Partner oder einer Partnerin zusammenlebten, geschieden oder getrennt waren. Zudem sank das Risiko auch bei Frauen mit höherer Bildung im Vergleich zu Frauen, die keine Ausbildung oder eine Primar- oder Mittelschule absolviert hatten.

Die drei häufigsten Verletzungsorte der Stichprobe waren an den oberen Extremitäten (38%), im Gesicht (34%) und am Kopf (25%). Kopf-Gesicht-Nacken-Verletzungen sowie Mehrfachverletzungen zeigten eine signifikante Assoziation mit Gewalt. Dagegen waren Verletzungen an den unteren Extremitäten signifikant weniger häufig verursacht durch Gewalt.

5.1.2 Würdigung und Güte

Die Studie von Minchella et al. (2021) ist für das Ziel und die Fragestellung der vorliegenden Arbeit relevant. Das Forschungsziel wurde klar formuliert und die Problemstellung mit empirischer Literatur dargestellt.

Die Stichprobeziehung für diese retrospektive Beobachtungsstudie wirkt sinnvoll. 67% der Stichprobe in der Studie waren gewaltbetroffene Frauen, was in diesem Zeitraum eine hohe Prävalenz darstellte. Das Forschungsteam erklärte sich das mit dem Umstand, dass sie nur Risikopatientinnen in die Stichprobe aufnahmen. Bei der Stichprobeziehung wurde jedoch nicht beschrieben, dass sie nur Risikopatientinnen einbezogen und wie sie diese definierten (fraglich ob Trauma das Risiko war). Die Stichprobengröße wirkt angemessen. Es ist jedoch unklar, wie viele Personen in diesem Zeitraum auf der Notaufnahme vorstellig und ausgeschlossen wurden. Es ist unklar, ob das Forschungsteam von der ganzen Stichprobe die gleichen vollständigen Angaben in den Krankenakten hatten oder ob Daten bei einigen fehlten. Die Homogenität der Datenerhebung für die Krankenakten ist unklar (retrospektiv). Wie das Forschungsteam in dieser Studie die Daten für ihre Fragestellung erhoben haben, ist nachvollziehbar.

Die deskriptive statistische Analyse wurde sinnvoll angewendet. Die verwendeten statistischen Tests entsprachen den Datenniveaus. Alle relevanten ethischen Themen wurden berücksichtigt. Die Ergebnisse wurden meistens präzise angegeben. Einzelne

soziodemografische Ergebnisse waren in der Tabelle nicht so detailliert angegeben wie im Text (Vollständigkeit fragwürdig). Die Ergebnisse können auf Frauen, die 15 Jahre und älter sind und sich wegen Trauma in einer Notaufnahme in einem Spital in Italien vorstellen, übertragen werden. Es wurden die meisten relevanten Resultate diskutiert, mit anderer Literatur verglichen und es wurde nach Erklärungen gesucht.

Die Güte der Studie von Minchella et al. (2021) wird nach den Kriterien von Bartholomeyczik et al. (2008) in der folgenden Tabelle 6 gewürdigt:

Tabelle 6

Gütebeurteilung der Studie von Minchella et al. (2021)

Gütebeurteilung nach Bartholomeyczik et al. (2008)	Vorteile	Nachteile
Objektivität	<ul style="list-style-type: none"> - Forschungsvorgehen wurde genügend beschrieben - Standardisierte Stichprobenziehung 	<ul style="list-style-type: none"> - Die Homogenität der Datenerhebung für die Krankenakten nicht nachvollziehbar (retrospektiv)
Reliabilität	<ul style="list-style-type: none"> - Forschungsvorgehen der Studie ist klar und replizierbar 	<ul style="list-style-type: none"> - Datenerhebung für die Krankenakte keine Information deshalb nicht beurteilbar (retrospektiv)
Validität	<ul style="list-style-type: none"> - Passendes Forschungsdesign für Forschungsfrage - Angemessene Stichprobengrösse und Stichprobenzusammensetzung - Statistische Tests passend - Repräsentativ für ähnlicher Kontext in Region 	<ul style="list-style-type: none"> - Ergebnisse nur mit Vorsicht auf ganzes Land, Ausland und andere Spitäler verallgemeinerbar, da die Studie nur in einer Notaufnahme in Italien gemacht wurde

[5.2 Hostettler-Blunier et al. \(2018\)](#)

Die Studie von Hostettler-Blunier et al. (2018) wird nun zusammengefasst und gewürdigt. Der Titel der Studie lautet: «Häusliche Gewalt am Universitären Notfallzentrum Bern: eine retrospektive Analyse von 2006 bis 2016».

5.2.1 Zusammenfassung

Das Ziel der Studie war, umfassend Daten von Opfern von häuslicher Gewalt (hG) zu erfassen, die sich auf dem Universitären Notfallzentrum [UNZ] Bern zwischen Beginn 2006 und Ende 2016 vorstellten. Die Studie sollte den Opfern, der Ärzteschaft und den Pflegefachpersonen durch ein strukturiertes, standardisiertes Vorgehen und eine gute Schulung helfen.

Das Forschungsteam untersuchte eine Stichprobe von 337 volljährigen Patienten und Patientinnen, die in dem angegebenen Zeitraum im UNZ vorstellig wurden und in deren medizinischen Berichten in den Krankenhausinformationssystemen «hG» vermerkt wurde. Die Daten wurden aus den medizinischen Berichten der Stichprobe entnommen. Die Daten wurden grundsätzlich einmalig erfasst. Bei Mehrfachvorstellungen wegen hG im UNZ, wurden diese auch einzeln erfasst, jedoch mit Vermerk von rezidiv. Ausserdem wurden demografische, klinische, zeitliche und strafrechtliche Daten sowie weitere Informationen erhoben. Die Ethikkommission Bern genehmigte die Studie. Die erhobenen Daten wurden in Prozenten berechnet.

Die zentralen Ergebnisse der Studie waren:

50% der Opfer hatten eine Schweizer Staatsbürgerschaft. 57% der Opfer gaben an, in der aktuellen Beziehung schon einmal von hG betroffen gewesen zu sein. Jedoch waren es nur 7%, die mehrfach aufgrund von hG im UNZ vorstellig wurden.

Manche Ergebnisse werden nun in der folgenden Tabelle 7 dargestellt.

Tabelle 7*Ergebnisse zu häuslicher Gewalt aus Hostettler-Blunier et al. (2018)*

Details der häuslichen Gewalt	Ergebnisse
Häufigste Risikofaktoren	<ul style="list-style-type: none"> - Alkohol - Drogen - Migrationshintergrund - Trennungssituation - psychische Vorbelastung
Konsultationen	<ul style="list-style-type: none"> - am häufigsten in Spät- und Nachtschicht - 48% der Konsultationen Wochenende (Freitag bis Sonntag)
Täterschaft	<ul style="list-style-type: none"> - 50% der Täterschaft waren der (Ex-)Ehepartner oder (Ex-)Ehepartnerin - 37% der (Ex-)Lebenspartner oder die (Ex-)Lebenspartnerin - 3% waren andere Familienangehörige - 4% Kinder
Häufigster Tathergang	<ul style="list-style-type: none"> - Schlagen
Häufigste Tatmittel	<ul style="list-style-type: none"> - offene Hand - Faust
Häufigste Körperregionen	<ul style="list-style-type: none"> - Kopf - Arme
Häufigste Verletzungsart	<ul style="list-style-type: none"> - Hämatome - Prellungen

55 der Opfer erlebten Strangulationen. Von 16 Patienten oder Patientinnen, die psychiatrisch hospitalisiert wurden, hatten elf schon zuvor eine relevante psychiatrische Diagnose (Schizophrenie, Alkoholabhängigkeit, schwere PTBS etc.). Sechs Patienten oder Patientinnen kamen auf die Intensivstation (zweimal wegen Extubation, zweimal wegen Kreislaufüberwachung bei grösserer Blutung und zweimal wegen psychiatrischer Indikation nach hG).

5.2.2 Würdigung und Güte

Aus der Studie konnten pflege- und ärzterelevante Erkenntnisse für die Identifikation von hG gewonnen werden. Wie den Opfern und der Ärzte- und Pflegschaft durch die Studie genau geholfen werden soll und was sie sich unter der «Hilfe» vorstellten, wurde im Ziel unklar beschrieben.

Die Stichprobe war für das Forschungsdesign geeignet, deren Grösse angemessen und ist repräsentativ für das Einzugsgebiet des UNZ (erwachsene Männer und Frauen). Elf Jahre sind ein langer Zeitraum, sodass die Daten eher repräsentativ sein dürften. Die Homogenität und die Vollständigkeit der Datenerhebung von den Patientinnen und Patienten für die Krankenakten konnte aus der Studie nicht eruiert werden (retrospektiv). Wie das Forschungsteam die Daten für die Studie aus den Krankenakten erhoben hat, ist nachvollziehbar. Die Datenanalyse wurde kaum beschrieben.

Bei den Ergebnissen gaben sie insgesamt 338 Zuweisungsarten an, obwohl die Stichprobe nur 337 Personen umfasste, was die Genauigkeit der Ergebnisse fraglich erscheinen lässt. Im Text wurde 'Schlagen' und 'Treten' als häufigste Tathergänge beschrieben, was deren Abbildung widersprach ('andere' war an zweiter Stelle). Die Tabellen und Abbildungen sind jedoch eine Ergänzung zum Text. Die meisten Ergebnisse wurden diskutiert, interpretiert und mit anderen Studien verglichen. Die Studie war trotz all den Mängeln grundsätzlich sinnvoll und die Stärken und Schwächen waren ausgewogen.

Die Güte der Studie von Hostettler-Blunier et al. (2018) wird nach den Kriterien von Bartholomeyczik et al. (2008) in der folgenden Tabelle 8 gewürdigt:

Tabelle 8

Gütebeurteilung der Studie von Hostettler-Blunier et al. (2018)

Gütebeurteilung nach Bartholomeyczik et al. (2008)	Vorteile	Nachteile
Objektivität	<ul style="list-style-type: none"> - Vorgehensweise der Forschung nachvollziehbar - Stichprobenziehung wurde standardisiert durchgeführt 	<ul style="list-style-type: none"> - Forschungsfrage ungenau definiert - Die Homogenität der Datenerhebung von den Patientinnen und Patienten für die Krankenakten nicht nachvollziehbar (retrospektiv)
Reliabilität	<ul style="list-style-type: none"> - Vorgehensweise des Forschungsteams dieser Studie klar, Wiederholung möglich 	<ul style="list-style-type: none"> - Datenerhebung von den Patientinnen und Patienten für die Krankenakte nicht bekannt (retrospektiv), deshalb nicht wiederholbar - Teilweise Ergebnisse ungenau und unvollständig
Validität	<ul style="list-style-type: none"> - Das Forschungsdesign passte zur Forschungsfrage und konnte Ergebnisse liefern - Angemessene Stichprobengrösse, Stichprobenzusammensetzung und der Zeitraum (11 Jahre) der Datenerhebung stärkt die Verallgemeinerbarkeit 	<ul style="list-style-type: none"> - Die Datenerhebung wurde nur in einer Notaufnahme in Bern gemacht, was die Verallgemeinerung auf die ganze Schweiz wieder einschränken könnte

5.3 Guiguet-Auclair et al. (2021)

Nun wird die Studie von Guiguet-Auclair et al. (2021) zusammengefasst und gewürdigt. Der Titel der Studie lautet: "Validation of the French Women Abuse Screening Tool to routinely identify intimate partner violence".

5.3.1 Zusammenfassung

Das Forschungsteams wollte eine französische Version von Woman Abuse Screening Tool [WAST] (siehe Tabelle 9) kulturübergreifend validieren und psychometrischen Eigenschaften evaluieren. Ausserdem wollten sie erforschen, wie gut das WAST partnerschaftliche Gewalt (pG) screenen kann und das Wohlbefinden der Frauen beim Ausfüllen des WAST während der Studie und einer hypothetischen ärztlichen Konsultation zur Grundversorgung vergleichen.

Die Stichprobe bestand aus einer Untersuchungsgruppe (N1 = 181 Frauen, pG-Betroffene) und einer Kontrollgruppe (N2 = 180 Frauen, nicht von pG betroffen). Einschlusskriterien waren: Volljährigkeit, Französischkenntnisse in Wort und Schrift und die Bedingung, dass die Frauen mindestens für 12 Monate in einer Beziehung mit einem Partner oder einer Partnerin waren. Die Untersuchungsgruppe (N1) wurde durch Mitarbeiter/innen der forensischen medizinischen Abteilung eines Universitätsspitals und zwei Frauenrechtsorganisationen identifiziert und angefragt. Die Kontrollgruppe (N2) wurde mittels professioneller und privater Kontakte des Forschungsteams dieser Studie und Studenten aus zwei Fakultäten rekrutiert und ausdrücklich gebeten, nicht teilzunehmen, wenn sie pG erlebt haben. Alle Teilnehmerinnen gaben ihre informierte Einwilligung für die Studie. Das regionale französische Ethikkomitee bewilligte die Studie. Die Datenerhebung erfolgte einmalig mit einem schriftlichen Fragebogen (WAST, plus Fragen zum Wohlbefinden beim WAST und hypothetischen Gespräch mit Ärzteschaft und Fragen zu demografischen Daten) in einem privaten Raum und wurden anonymisiert.

Tabelle 9*Woman Abuse Screening Tool*

WAST-Fragen	Antwortmöglichkeiten
1. Wie würden Sie grundsätzlich Ihre Beziehung beschreiben?	- Viel Spannung vorhanden - Manchmal Spannung vorhanden - Nie Spannung vorhanden
2. Verarbeiten Sie und Ihr Partner Auseinandersetzungen mit...	- ... viel Schwierigkeiten. - ... manchmal Schwierigkeiten. - ... keinen Schwierigkeiten.
3. Enden Auseinandersetzungen jemals so, dass Sie sich schlecht fühlen?	- Häufig - Manchmal - Nie
4. Enden Auseinandersetzungen jemals in Schlagen, Treten oder Stossen?	- Häufig - Manchmal - Nie
5. Fürchten Sie sich jemals vor dem, was Ihr Partner oder ihre Partnerin sagt oder tut?	- Häufig - Manchmal - Nie
6. Hat Ihr Partner oder Ihre Partnerin Sie jemals physisch misshandelt?	- Häufig - Manchmal - Nie
7. Hat Ihr Partner oder Ihre Partnerin Sie jemals emotional misshandelt?	- Häufig - Manchmal - Nie
8. Hat Ihr Partner oder Ihre Partnerin Sie jemals sexuell misshandelt?	- Häufig - Manchmal - Nie

Anmerkung. Eigene deutsche Übersetzung aus dem Englischen

Nach der Datenerhebung wurde eine deskriptive und schliessende Datenanalyse durchgeführt. Das Signifikanzniveau wurde auf $p = <0.05$ festgelegt.

Die zentralen Ergebnisse der Studie waren:

Die Untersuchungsgruppe (N1) war im Vergleich zu der Kontrollgruppe (N2) signifikant öfters getrennt oder geschieden, ihre Partnerschaften waren signifikant von kürzerer

Dauer und sie lebten häufig nicht mit ihren Partnern oder Partnerinnen zusammen. Die Untersuchungsgruppe (N1) hatte signifikant weniger häufig einen universitären Abschluss oder eine Arbeitsstelle im Vergleich zur Kontrollgruppe (N2). Die Partner oder die Partnerinnen der Untersuchungsgruppe (N1) waren auch signifikant weniger oft angestellt im Vergleich zu den Partnern oder Partnerinnen der Kontrollgruppe (N2). Ausserdem waren die Frauen aus der Untersuchungsgruppe (N1) häufiger arbeitslos im Vergleich zu deren Partner oder Partnerinnen.

Die Rücklaufquote der acht WAST-Fragen war bei 97.5%. Bei allen Fragen des WASTs unterschieden sich die Untersuchungsgruppe und die Kontrollgruppe signifikant (siehe Tabelle 10).

Tabelle 10

Häufigkeit des Gewalterleben der Vergleichsgruppen unterteilt in Gewaltarten

Gewaltart	Erleben der Untersuchungsgruppe (N1)	Erleben der Kontrollgruppe (N2)
Physische Gewalt	87.6% häufig und manchmal	2.2% manchmal
Psychische Gewalt	94% häufig und manchmal	6.7% manchmal
Sexuelle Gewalt	29.8% häufig und manchmal	0.6% manchmal

Die totale Punktzahl vom WAST war bei der Untersuchungsgruppe (N1) signifikant höher als bei der Kontrollgruppe (N2). Die Sensitivität des WAST war bei 97.7%, die Spezifität des WAST bei 97.1%. Beide Vergleichsgruppen fühlten sich wohler, den WAST als Fragebogen in der Studie auszufüllen, anstatt (hypothetisch) von der Ärzteschaft mündlich danach gefragt zu werden.

5.3.2 Würdigung und Güte

Die Fragestellung wurde in der Studie klar formuliert. Das Forschungsdesign ist sinnvoll und nachvollziehbar in Bezug auf die Forschungsfrage. Das Ausfüllen des Fragebogens alleine in einem Raum minimierte den Hawthorne-Effekt. Das WAST wurde für französischsprachige Frauen aus dem Englischen übersetzt und zuvor getestet. Das WAST zeigte eine sehr gute interne Konsistenz und konnte die beiden Vergleichsgruppen gut unterscheiden.

Die Stichprobenziehung war für das Forschungsdesign geeignet. Die Beziehung zwischen dem Forschungsteam und den Teilnehmerinnen (N2), die das Forschungsteam persönlich kannten, wurde bei den Limitationen diskutiert, bezüglich möglicher

Beeinflussung gewisser Ergebnisse. Die Ergebnisse können auf die französischsprachenden Frauen, die entweder keinen pG erlebt haben oder solche, die davon betroffen sind, übertragen werden.

Das Forschungsteam berechnete die erforderliche Stichprobengrösse von 185 Teilnehmerinnen in jeder Vergleichsgruppe. Jedoch hatten sie in der Untersuchungsgruppe (N1) 181 und in der Kontrollgruppe (N2) 180 Frauen. Die Post-hoc-Analyse ergab, dass die Grösse der Stichprobe trotzdem ausreichend und angemessen war. Die Rücklaufquote des WAST wurde beschrieben. Die Datenerhebung und Datenanalyse wurden nachvollziehbar beschrieben. Die statistischen Tests wurden sinnvoll angewendet und entsprechen dem Datenniveau. Die Daten wurden anonymisiert. Die Ergebnisse wurden teilweise diskutiert und logisch interpretiert, mit weiterer Literatur verglichen und nach alternativen Erklärungen gesucht.

Die Güte der Studie von Guiguet-Auclair et al. (2021) wird nach den Kriterien von Bartholomeyczik et al. (2008) in der folgenden Tabelle 11 gewürdigt:

Tabelle 11

Gütebeurteilung der Studie von Guiguet-Auclair et al. (2021)

Gütebeurteilung nach Bartholomeyczik et al. (2008)	Vorteile	Nachteile
Objektivität	<ul style="list-style-type: none"> - Ausfüllen des WAST alleine in privatem Raum - WAST französische Übersetzung vor Anwendung in Studie getestet, Übersetzungsvorgehen nachvollziehbar beschrieben - Standardisierte Stichprobenziehung - Vorgehensweise des Forschungsteams nachvollziehbar 	<ul style="list-style-type: none"> - Stichprobenziehung der Kontrollgruppe N2 aus privaten Kontakten des Forschungsteams könnten die Ergebnisse beeinflussen
Reliabilität	<ul style="list-style-type: none"> - WAST französische Übersetzung vor Anwendung in Studie getestet Übersetzungsvorgehen nachvollziehbar beschrieben - Cronbachs Alpha für die französische Version von WAST zeigte sehr gute interne Konsistenz 	
Validität	<ul style="list-style-type: none"> - Cronbachs Alpha für die französische Version von WAST zeigte sehr gute interne Konsistenz - Verallgemeinerung der Ergebnisse auf Frankreich, französischsprachige Länder und andere Spitäler möglich 	<ul style="list-style-type: none"> - Stichprobengröße war kleiner, wie bei Berechnung der benötigten Stichprobengröße, jedoch trotzdem ausreichend nach Post-hoc-Analyse - Bei 2.5% aller WASTs fehlten Antworten

5.4 Ormrod (2019)

Die Studie von Ormrod (2019) wird nun zusammengefasst und gewürdigt. Der Name der Studie lautet: "The experience of NHS care for women living with female genital mutilation".

5.4.1 Zusammenfassung

Ormrod (2019) wollte, die Sicht von Frauen, die von wGv betroffen sind und eine nationale Gesundheitsversorgung in England aufsuchen, untersuchen.

Die neun Teilnehmerinnen waren volljährig, hatten eine wGv Typ 2 oder 3, lebten zurzeit in England, stammten aber ursprünglich aus Nigeria, Sierra Leone und Somali und mussten gute Englischkenntnisse in Wort und Schrift haben. Die Teilnehmerinnen wurden von zwei lokalen Gemeindeverbänden rekrutiert, bis eine Datensättigung erreicht wurde. Sie wurden schriftlich über die Studie informiert und mussten ihr Einverständnis zur Teilnahme geben. Eine Ethikkommission genehmigte die Studie.

Es wurden einmalige semistrukturierte Interviews in einem privaten Raum eines Gemeindeverbandes zwischen Januar und Juni 2016 durchgeführt. Im Anschluss an das Interview hat die Forscherin den Teilnehmerinnen eine Nachbesprechung angeboten, damit sie bei Bedarf fachliche Hilfe in Anspruch nehmen konnten. Die Datenanalyse bestand darin, dass die Interviews (mit Tonband, plus Feldnotizen) transkribiert, kodiert und interpretiert wurden. Die Daten wurden anonymisiert. Für die Datenanalyse und die Datenkategorisierung hat Ormrod noch weitere Kollegen und Kolleginnen aus der Forschung beigezogen.

Die Ergebnisse lauteten:

Aufsuchen von Gesundheitsfachpersonal:

Die Frauen gingen ins Spital wegen der Geburt ihrer Kinder, wegen ihren Kindern selber oder für gynäkologische Untersuchungen (Krebsabstrich). Sieben Teilnehmerinnen wurden nie auf ihre Geschlechtsverstümmelung angesprochen. Die Pflegefachpersonen hatten laut ihnen zu wenig Können/Wissen im Identifizieren von wGv und im Ansprechen von eventuellen Schmerzen bei Untersuchungen. Manche Mitarbeiter/innen meinten, die wGv sei angeboren. Die Teilnehmerinnen hatten Schwierigkeiten, das Gesundheitsfachpersonal bezüglich ihrer Befürchtungen anzusprechen. Sie sprachen kaum über intime Prozeduren während dem Spitalbesuch.

Stilles Leiden:

Die Mehrheit der Frauen erinnerte sich an die Umstände der Beschneidung, die

physischen und psychischen Konsequenzen und an die Folgen in ihren Beziehungen. Einige Teilnehmerinnen gaben Schwierigkeiten in der Sexualität und Intimität an, was zum Scheitern von Ehen oder Beziehungen führte. Manche äusserten Miktionsprobleme. Sieben Teilnehmerinnen zeigten psychischen Stress, was häufig mit der wGv einherging. Eine Teilnehmerin gab an, depressiv zu sein. Manche befürchteten Stigmata von psychischen Erkrankungen in gewissen Gemeinschaften, behielten die Probleme deshalb für sich.

Einfühlsame Kommunikation:

Die Teilnehmerinnen waren sich darüber einig, dass die wGv angesprochen werden sollte. Das Ansprechen kann jedoch alte Erinnerungen hervorholen oder als Eindringen in die Privatsphäre empfunden werden. Das empathische Ansprechen sollte in einem geschützten Rahmen geschehen. Die Pflegefachpersonen müssen über den kulturellen Kontext der Frauen Bescheid wissen und auf die nonverbale und verbale Kommunikation achten.

5.4.2 Würdigung und Güte

Das Phänomen wurde klar beschrieben, in vorhandene Literatur eingebettet und die Pflegerelevanz wurde angegeben. Die kleine Stichprobengrösse ist für das Design angebracht, sie gibt Einblick in die Sicht mancher von wGv betroffenen Frauen (Datensättigung erreicht). Jedoch sind die Ergebnisse nicht auf die ganze Population von Frauen, die an einer wGv leiden, übertragbar (Typ 1 fehlt ganz in der Stichprobe). Die Teilnehmerinnen repräsentierten zudem nicht die ganze Population in England (Sprache, Herkunftsländer, nur von Nord-West-England).

Die Vorgehensweise der Datenanalyse wurde beschrieben. Ormrod beschrieb jedoch nicht, wie sie als Team (stärkt Transparenz und Rigor) genau anhand ihrer Daten zu den drei Hauptthemen gekommen sind. Die Ergebnisse wurden anhand von Zitaten der Teilnehmerinnen belegt, im Kontext verankert und präzise beschrieben. Es wurden nur teilweise Interpretationen zu den aufgeführten Ergebnissen gemacht, jedoch wurden sie teils mit anderer Literatur verglichen.

Die Güte der Studie von Ormrod (2019) wird nach den Kriterien von Lincoln und Guba (1985) in der folgenden Tabelle 12 gewürdigt:

Tabelle 12

Gütebeurteilung der Studie von Ormrod (2019)

Gütebeurteilung nach Lincoln und Guba (1985)	Vorteile	Nachteile
Glaubwürdigkeit (Credibility)	<ul style="list-style-type: none"> - Forschertriangulation in der Datenanalyse - Vergleich der Ergebnisse mit weiterer Literatur - Interpretationen der Ergebnisse teilweise vorhanden, nachvollziehbar 	
Übertragbarkeit (Transferability)	<ul style="list-style-type: none"> - Gute Beschreibung der Stichprobe - Datensättigung beschrieben, teilweise übertragbar 	<ul style="list-style-type: none"> - Resultate mit Vorsicht übertragen, da die Stichprobe nicht die ganze Population repräsentierte
Zuverlässigkeit (Dependability)	<ul style="list-style-type: none"> - Beschreibung Datenerhebung und Datenanalyse meist genügend vorhanden - Nachvollziehbare Ergebnisse präsentiert und durch Zitate belegt 	<ul style="list-style-type: none"> - Beschreibung Datenerhebung und Datenanalyse bei Kategorisierung lückenhaft
Bestätigbarkeit (Confirmability)	<ul style="list-style-type: none"> - Beschreibung der Datenerhebung vorhanden - Gebrauch von Tonband und Feldnotizen für Interviews - Ergebnisse durch Zitate belegt 	<ul style="list-style-type: none"> - Vorgehen der Datenanalyse nur grob beschrieben, nicht detailliert auf Studie bezogen - Standpunkt zu Thematik und Beziehung zu Stichprobe nicht beschrieben

5.5 Pastor-Bravo et al. (2018)

Nun wird die Studie von Pastor-Bravo et al. (2018) zusammengefasst und gewürdigt. Der Titel der Studie lautet: "Living with mutilation: A qualitative study on the consequences of female genital mutilation in women's health and the healthcare system in Spain".

5.5.1 Zusammenfassung

Pastor-Bravo et al. (2018) untersuchten die Wahrnehmung von Frauen mit gesundheitlichen Folgen nach wGv und deren Versorgung durch das spanische Gesundheitssystem. Einschlusskriterien für die Studie waren: Volljährigkeit, gute mündliche Spanischkenntnisse, Geburt eines Kindes in der Region von Murcia (Spanien) in einer öffentlichen Gesundheitseinrichtung und Wohnsitz in der Region von Murcia. Die Frauen mussten zudem von wGv betroffenen sein. Das Forschungsteam fand durch afrikanische Vereine in der Region Murcia drei potentielle Teilnehmerinnen. Durch diese Frauen fanden sie dann alle weiteren für die Stichprobe, bis sie eine Datensättigung erreichten. Nach elf Teilnehmerinnen war dies der Fall, sie nahmen dann trotzdem noch drei Frauen mehr, wie es die Empfehlung von Patton (2015) war.

Beim Treffen der Frauen wurde jeder Frau ein soziodemografischer Fragebogen abgegeben, um festzustellen, ob sie den Einschlusskriterien entsprachen und falls ja, um ein Stichprobenprofil zu erstellen. Die Stichprobe bestand schliesslich aus 14 Teilnehmerinnen (Alter: 23 bis 41 Jahre; Herkunftsland: Senegal, Nigeria, Gambia; wGv Typ 1 oder 2). Sie gaben alle ihr Einverständnis für die Studie und für Tonaufnahmen. Danach wurde das 50-minütige narrative Hauptinterview mit ihnen geführt. Die Interviewfrage lautete: «Wie hat die weibliche Geschlechtsverstümmelung ihr Leben und ihre Gesundheit beeinflusst?» Die Interviews wurden zeitnah und wortwörtlich transkribiert, anonymisiert und in drei Schritten kategorisiert.

Die Ergebnisse wurden in zwei Hauptkategorien, «Gesundheitskonsequenzen» und «erhaltene Gesundheitsversorgung» unterteilt und dargestellt (siehe Tabelle 13).

Tabelle 13

Ergebnisse der Studie von Pastor-Bravo et al. (2018)

Hauptkategorien	Unterkategorie	Konkrete Ergebnisse	
Gesundheitskonsequenzen der wGv	Physische akute Konsequenzen:	- Schmerzen	- Blutungen
		- Juckreiz	- Dysurie
	Physische langfristige Konsequenzen:	- wiederaufkehrende Harnwegsinfektionen	
		- weitere Probleme in Genitalbereich	
		- Eine Teilnehmerin: Hepatitis B vor ersten sexuellen Kontakt (Verdacht: durch wGv)	
	Psychologische Konsequenzen:	- Traumatische Erinnerungen	- Identitätsverlust als Frau
		- Schlafstörungen	- Wutzustände
		- Angst	- Frustration
		- Hoffnungslosigkeit	- Traurigkeit bis Depression
			- Schmerz
	Auswirkung auf die Sexualität:	- Angst und Schmerz beim Beginn einer sexuellen Beziehung / in allen Arten von Geschlechtsverkehr	
		- kaum sexuelle Lust	
		- Genuss erst nach längerer sexueller Stimulation / Anorgasmie	
		- Eheprobleme bis Ablehnung durch den Ehemann	

Hauptkategorien	Unterkategorie	Konkrete Ergebnisse
Erhaltende Gesundheitsversorgung	Wahrnehmung und Haltung gegenüber der erhaltenen Gesundheitsversorgung	<ul style="list-style-type: none"> - Medizinische Check-ups: während der Schwangerschaft, bei Geburt und nach der Geburt - Schamgefühl bei vaginaler Untersuchung (besonders bei männlicher Fachperson) - Frauen fühlten sich jedoch grundsätzlich gut behandelt - Keine garantierte Konsequenz der wGv (kommt auch bei Frauen ohne wGv vor, keine Vergleichsdaten aus den Herkunftsländern der Frauen): <ul style="list-style-type: none"> ➔ Komplikationen während der Schwangerschaft waren Infektionen, Fieber, Hyperemesis, wiederholte Fehlgeburten ➔ Die Geburten waren häufig mit Instrumenten, Kaiserschnitte, Dammschnitte
	Mangelnde Informationen erhalten während der Gesundheitsversorgung	<ul style="list-style-type: none"> - In Bezug auf Schwangerschaft, Geburt, Gesundheitsversorgung (nicht nur auf wGv bezogen) - In Bezug auf Familienplanung (Mehrheit wünschte keine weiteren Kinder) <ul style="list-style-type: none"> ➔ Keine Verhütung wegen Vorurteilen und Angst (evtl. Tabu für diesbezüglich Hilfe von Gesundheitspersonal zu suchen) ➔ keinen Zugriff für Verhütungsmittel ➔ Nutzung nicht zuverlässigen Methoden - In Bezug zur Wiederherstellungschirurgie der Klitoris (Unwissen, dass es in Spanien möglich ist)
	Fehlende Identifikation und Ansprechen bezüglich wGv	<ul style="list-style-type: none"> - Mangelndes Erkennen und Ansprechen der wGv auch bezüglich Prävention beim Neugeborenen - Respektvolles und empathisches Ansprechen ist wichtig, da die Frauen Angst vor der Reaktion des Gesundheitsfachpersonals auf die wGv haben und sich überwältigt fühlen können

5.5.2 Würdigung und Güte

Die Studie ist für die Fragestellung der vorliegenden Bachelorarbeit relevant. Das Forschungsziel wurde klar formuliert und die Problemstellung mit empirischer Literatur dargestellt.

Die Verbindung des Forschungsziels mit dem gewählten Design ist nachvollziehbar. Die Stichprobenziehung war angemessen. Die Datenerhebung wurde klar und detailliert beschrieben. Die Datensättigung wurde erreicht, deswegen können die Ergebnisse teilweise verallgemeinert werden, jedoch nur für die Frauen mit wGv Typ 1 und 2 mit den jeweiligen Herkunftsländern der Stichprobe. Die Anonymität der Teilnehmerinnen und ihr Einverständnis wurde sichergestellt. Relevante ethische Erwägungen wurden gemäss dem Helsinki-Übereinkommen berücksichtigt.

Das Vorgehen bei der Datenanalyse wurde knapp beschrieben. Aber zusammen mit den aufgeführten Kategorien im Resultatteil ist es jeweils gut nachvollziehbar. Eine Forschertriangulation während der Datenanalyse wurde gemacht. Die Ergebnisse sind mit Zitaten bestätigt, präzise beschrieben sowie mit anderer Literatur verglichen und diskutiert.

Die Güte der Studie von Pastor-Bravo (2018) wird nach den Kriterien von Lincoln und Guba (1985) in der folgenden Tabelle 14 gewürdigt:

Tabelle 14

Gütebeurteilung der Studie von Pastor-Bravo et al. (2018)

Gütebeurteilung nach Lincoln und Guba (1985)	Vorteile	Nachteile
Glaubwürdigkeit (Credibility)	- Forschertriangulation in der Datenanalyse (Reduktion Voreingenommenheit)	
Übertragbarkeit (Transferability)	- Die Stichprobe repräsentiere das Phänomen (wGv Typ 1 und 2) - Stichprobe wurde beschrieben - Datensättigung vorhanden, deswegen teilweise Verallgemeinerbar auf Frauen mit wGv Typ 1 und 2 und Herkunftsländern der Stichprobe	- Nur eingeschränkte Verallgemeinerung auf alle von wGv betroffenen Frauen möglich, da niemand von wGv Typ 3 und nicht alle ethnischen Gruppen die wGv praktizieren in Stichprobe vorhanden waren
Zuverlässigkeit (Dependability)	- Datenerhebung und Datenanalyse genügend beschrieben - Forschertriangulation	
Bestätigbarkeit (Confirmability)	- Genügende Beschreibung der einzelnen Schritte der Datenerhebung - Ergebnisse wurden mit Zielen belegt	- Standpunkt zu Thematik und Beziehung zu Stichprobe nicht beschrieben

5.6 Mumma et al. (2017)

Die Studie von Mumma et al. (2017) wird nun zusammengefasst und gewürdigt. Die Studie trägt den Titel: "Screening for Victims of Sex Trafficking in the Emergency Department: A Pilot Program".

5.6.1 Zusammenfassung

Mumma et al. (2017) wollten die Durchführbarkeit eines Screening-Instruments zur Identifizierung erwachsener Opfer von Zwangsprostitution in einer Notaufnahme in Kalifornien (USA) prüfen. Dieses Screening-Instrument wollten sie mit der Einschätzung einer Ärztin oder eines Arztes bezüglich Identifikation von erwachsenem Opfer der Zwangsprostitution vergleichen.

Die Stichprobe bestand aus 143 erwachsenen Frauen, die zwischen 18 und 40 Jahre alt waren, die die Notaufnahme aufsuchten und gute Englisch- oder Spanischkenntnisse besaßen. Sie mussten medizinisch stabil sein und ihr Einverständnis für die Studie geben. Die Daten wurden zwischen März und Oktober 2015 erhoben. Zuerst machte der Arzt, die Ärztin oder das behandelnde Notaufnahmefachpersonal mit den Teilnehmerinnen einmalig eine körperliche Untersuchung und die Anamnese. Danach wurden die jeweiligen Fachpersonen nach ihrer Einschätzung befragt, ob die Teilnehmende Anzeichen für Zwangsprostitution aufwies oder nicht. Erst danach ging es weiter mit der mündlichen Befragung des Screening-Instruments zur Identifikation der Opfer von Zwangsprostitution. Die 14 Fragen (siehe Tabelle 15) wurden aus öffentlichen Empfehlungen zusammengestellt und bei 15 Patientinnen in der Notaufnahme getestet (diese wurden dann in die Studie inkludiert). Die Daten wurden anhand der deskriptiven Statistik und mit einem Konfidenzintervall von 95% analysiert.

Tabelle 15*Screening-Instrument zur Identifikation von Zwangsprostitution*

Screening-Instrument Fragen	Antwortmöglich- lichkeit
Müssen Sie jemanden um Erlaubnis fragen, um zu essen, schlafen, das Badezimmer zu gebrauchen oder zum Arzt oder Ärztin zu gehen?	Ja oder Nein
Wurden Sie (oder irgendjemand der mit Ihnen arbeitet) jemals geschlagen, angeschrien, vergewaltigt, bedroht oder körperlichen Schmerzen ausgesetzt, weil Sie zu langsam arbeiteten oder weggehen wollten?	Ja oder Nein
Hat irgendjemand Ihre Familie bedroht?	Ja oder Nein
Zwingt Sie jemand, etwas zu tun, was sie nicht machen möchten?	Ja oder Nein
Schulden Sie Ihrem Arbeitgeber Geld?	Ja oder Nein
Hat Sie irgendjemand zu Geschlechtsverkehr als Ihre Arbeit gezwungen?	Ja oder Nein
Hat jemand Kontrolle über Ihre Finanzen?	Ja oder Nein
Sind Sie zu Ihrer momentanen Arbeit gezwungen?	Ja oder Nein
Kontrolliert Sie jemand, ob Sie das Haus verlassen dürfen oder nicht?	Ja oder Nein
Hält Sie jemand davon ab, mit Freunden und/oder der Familie Kontakt aufzunehmen, wann immer Sie möchten?	Ja oder Nein
Hat jemand Kontrolle über Ihre Identifikationsdokumente, Pass, Geburtszertifikat und anderen persönlichen Papiere?	Ja oder Nein
Hat jemand für Sie die Reise in dieses Land organisiert und hatte darüber Kontrolle, wie auch über Ihre Identifikationsdokumente?	Ja oder Nein
Haben Sie bei jemanden Schulden im Bezug zu Ihrer Reise in dieses Land?	Ja oder Nein
Hat Ihnen jemand mit Ausschaffung gedroht?	Ja oder Nein

Anmerkung. Positiv gescreent = mindestens eine Frage mit 'Ja' beantwortet.

Eigene Übersetzung aus der englischen Version von der Studie Mumma et al. (2017)

Die zentralen Ergebnisse der Studie waren:

Von 143 Teilnehmerinnen wurden 46 positiv auf mögliche Zwangsprostitution getestet. Davon wurden 30 Teilnehmerinnen anhand des Screening-Instruments positiv getestet, sieben Teilnehmerinnen wurden von der Ärzteschaft positiv eingeschätzt und neun Teilnehmerinnen wurden von beiden Seiten positiv getestet/eingeschätzt. Danach wurden nur zehn Teilnehmerinnen als (richtig positive) Opfer von Zwangsprostitution bestätigt. Alle Teilnehmerinnen gaben die Vereinigten Staaten als ihr Herkunftsland an. Gründe für das Aufsuchen der Notaufnahme waren bei 30% gynäkologische Beschwerden, bei 20% Magen-Darmbeschwerden oder Bauchschmerzen, bei 10% neurologische Beschwerden, bei 10% Trauma, bei 10% Drogenkonsum und bei 20% andere Beschwerden.

Das Screening-Instrument war in der Sensitivität besser als die ärztliche Einschätzung. Die Spezifität war bei der ärztlichen Einschätzung wenig besser als das Screening-Instrument. Die Frage «Wurden Sie (oder irgendjemand der mit Ihnen arbeitet) jemals geschlagen, angeschrien, vergewaltigt, bedroht oder körperlichen Schmerzen ausgesetzt, weil Sie zu langsam arbeiteten oder weggehen wollten?» beantworteten alle richtig positiv gescreenten Teilnehmerinnen mit «Ja» (10 von 10 Teilnehmerinnen). Unter den falsch positiv gescreenten Teilnehmerinnen beantworteten 18 von 29 dieselbe Frage mit «Ja». Die Frage: «Hält Sie jemand davon ab mit Freunden und/oder der Familie Kontakt aufzunehmen, wann immer Sie möchten?» bejahten 7 von 10 der richtig positiv gescreenten Teilnehmerinnen. Bei den falsch positiv gescreenten Teilnehmerinnen bejahten diese Frage 6 von 29 Teilnehmerinnen.

5.6.2 Würdigung und Güte

In der Studie wurde das Phänomen klar beschrieben und der Forschungsbedarf begründet. Die Forschungsfrage wurde verständlich formuliert, jedoch hätte sie in Bezug auf die Population «erwachsene Opfer von Zwangsprostitution» präziser sein können, da in der Stichprobe nur Frauen eingeschlossen wurden.

Einschlusskriterien wurden angegeben, aber die genaue Stichprobenziehung nicht. Die Stichprobe ist klein, und es wurde nur eine Notaufnahme auf Opfer von Zwangsprostitution untersucht, was die Verallgemeinerung einschränkt. Die Datenerhebung mit dem Screening-Instrument wurde nachvollziehbar dargestellt. Das Vorgehen der ärztlichen Einschätzung wurde nicht genügend beschrieben. Die Homogenität der ärztlichen Untersuchungen und Anamnesen war unklar. Das Forschungsteam führte bewusst zuerst die ärztliche Einschätzung der Frauen durch, bevor sie zum Screening-Instrument weitergingen, damit die Ärzteschaft in ihrer Einschätzung durch das Resultat des Screening-Instruments nicht beeinflusst wurden.

Die Datenanalyse wurde knapp beschrieben. Die Berechnung der Resultate in Prozenten ist mässig sinnvoll (kleine Stichprobe und kein Vergleich der gegenüberstehenden Gruppen möglich, da Verhältnis nicht stimmte). Die Tabellen ergänzen den Fliesstext, sind aber teilweise nicht vollständig beschriftet, was eine Beurteilung der Ergebnisse erschwert. Die relevanten Resultate wurden diskutiert und mit anderer Literatur verglichen.

Die Güte der Studie von Mumma et al. (2017) wird nun nach den Kriterien von Bartholomeyczik et al. (2008) in der folgenden Tabelle 16 gewürdigt:

Tabelle 16

Gütebeurteilung der Studie von Mumma et al. (2017)

Gütebeurteilung nach Bartholomeyczik et al. (2008)	Vorteile	Nachteile
Objektivität	<ul style="list-style-type: none"> - Forschungsvorgehen meist genügend beschrieben - Objektivität durch Screening-Instrument höher als Einschätzung der Ärzteschaft - Zehn Opfer von Zwangsprostitution identifiziert 	<ul style="list-style-type: none"> - Einschätzung der Ärzteschaft ungenügend beschrieben, nicht nachvollziehbar (Einschränkung Replikation) - Screening-Instrument wurde mündlichen gefragt, Gefahr von Hawthorne Effekt - Datenanalyse ungenau beschrieben (Einschränkung Replikation) - Die Stichprobe ist für eine Verallgemeinerung zu klein
Reliabilität	<ul style="list-style-type: none"> - Prüfung des Instruments zuerst an 15 Frauen auf der Notaufnahme, keine Anpassungen nötig 	<ul style="list-style-type: none"> - Das Screening-Instrument ist nicht für die Notaufnahme validiert und wurde durch das Forschungsteam aus öffentlichen Empfehlungen selber zusammengestellt - Homogenität der Einschätzung der Ärzteschaft unklar - Korrelation zur Beurteilung der Reliabilität des Screening-Instruments wurde nicht berechnet
Validität	<ul style="list-style-type: none"> - Stärkung der Validität durch die Reihenfolge der Datenerhebung (1. Ärztliche Konsultation, 2. Screening Instrument) - Passendes Studiendesign zum Forschungsziel der Studie 	<ul style="list-style-type: none"> - Validität des Screening-Instrument fraglich da es aus öffentlichen Empfehlungen erstellt wurde

5.7 Baldwin et al. (2011)

Nun wird die Studie mit dem Namen "Identification of human trafficking victims in health care settings" von Baldwin et al. (2011) zusammengefasst und gewürdigt.

5.7.1 Zusammenfassung

Baldwin et al. (2011) wollten die Opfer von Menschenhandel, welche Gesundheitsdienste in Anspruch nehmen, besser verstehen und Begegnungen der Opfer mit den Gesundheitsdiensten erforschen und charakterisieren. Sie definierten zwei Forschungsfragen: «Gibt es bestimmte Settings, Erscheinungsbilder und Verhaltensweisen des Patientenguts oder Merkmale der Täterschaft, die zusammen dazu beitragen können, einen Patienten oder eine Patientin als Opfer von Menschenhandel zu identifizieren?» und «Was sind die Hindernisse des Gesundheitspersonals, Opfer von Menschenhandel zu identifizieren?».

Die Stichprobe bestand aus sechs Personen (N1), die ein Teil einer Anti-Menschenhandel-Arbeitsgruppe in Los Angeles (USA) waren und eng mit Opfern von Menschenhandel zusammenarbeiteten und zwölf erwachsenen Frauen (N2), die Opfer von Menschenhandel waren. Anhand der Interviews mit N1 wurden die Themen für die Interviews mit N2 gefunden. Die semistrukturierten Interviews mit den Opfern von Menschenhandel (N2) wurden zwischen Juni 2006 und April 2008 mit professionellem Dolmetscherdienst (Übersetzung in sieben verschiedene Sprachen) je einmalig durchgeführt. Die Teilnehmerinnen (N2) gaben ihr schriftliches Einverständnis für die Studie und für die Tonaufnahme des Interviews. Unabhängige Forscher und Forscherinnen wurden für die Datenanalyse beigezogen. Die Daten wurden anonymisiert, individuell übersetzt und transkribiert.

Zwölf der Teilnehmerinnen (N2) stammten aus zehn Ländern in Afrika, Asien, Europa, Nordamerika und Südamerika (Alter: 22 bis 63 Jahre). Mehr demografische Daten wurden nicht erhoben, um ihre Privatsphäre und Sicherheit zu gewährleisten. Drei Teilnehmerinnen arbeiteten in der Zwangsprostitution, acht waren in Zwangsarbeit, und eine war Opfer von beidem. 50% der Teilnehmerinnen suchten während ihrer Zeit im Menschenhandel einen Arzt oder eine Ärztin oder andere Gesundheitsfachpersonen auf.

Die Hauptergebnisse wurden in drei Hauptkategorien eingeteilt und sind folgende:

Gründe für Aufsuchen von Gesundheitsdiensten der Teilnehmerinnen (N2), siehe Tabelle 17:

Tabelle 17

Gründe für Aufsuchen von Gesundheitsdiensten

Art des Menschenhandels	Gründe für das Aufsuchen von Gesundheitsdiensten:
Zwangsarbeit	<ul style="list-style-type: none"> - Respiratorische oder systemische Erkrankungen - körperliche Verletzungen - Zahnprobleme - Arbeitsunfälle
Zwangsprostitution	<ul style="list-style-type: none"> - Abklärung und Behandlung von sexuell übertragbaren Infektionen (STI) - HIV-Abklärungen - Schwangerschaftstests - Aborte

Hindernisse zur Offenlegung von Menschenhandel:

Ein Hindernis war die Anwesenheit des Menschhändlers oder der Menschenhändlerin, die für die Opfer sprachen und die Dokumente in der Gesundheitseinrichtung ausfüllten. Die betroffenen Frauen hatten auch bei Abwesenheit des Menschhändlers oder der Menschenhändlerin Schwierigkeiten, Menschen zu vertrauen (wegen Scham und Angst) und deshalb Mühe, den Menschenhandel offenzulegen. Die Opfer wurden teilweise zur Lüge gezwungen. Sie hatten Angst um ihre eigene Sicherheit und um ihre Familienangehörigen, vor Ausschaffung oder vor Drohungen der Menschhändler oder Menschenhändlerinnen mit Gefängnisstrafen. Ein weiteres Hindernis für die Opfer war die Sprachbarriere wegen Fremdsprachlichkeit. Ausserdem litten die Frauen teils an Gefühlen wie Hoffnungs- und Hilflosigkeit. Manchmal wussten Frauen laut der Stichprobe (N1) gar nicht, dass sie Opfer von Menschhandel sind. Ausserdem wurden die Kosten der Behandlung teils als Schulden gegenüber dem Menschhändler oder der Menschenhändlerin angerechnet.

Empfehlungen aus der Sicht der Teilnehmerinnen (N2):

Keine der Betroffenen (auch keine, die N1 betreuten) wurde durch Gesundheitsfachpersonal als Opfer identifiziert und beim Ausstieg unterstützt. Laut den Teilnehmerinnen wurden sie nie durch das Gesundheitsfachpersonal nach ihrer persönlichen Sicherheit oder ihrer Missbrauchsgeschichte und hG befragt. Als Empfehlung für das Gesundheitsfachpersonal wurde von den Teilnehmerinnen geäußert, auf die Körpersprache/-haltung (Nervosität, Angst) und auch auf die Begleiter und Begleiterinnen zu achten. Im Verdachtsfall sollten sie nochmals bezüglich beispielsweise Verwandtschaftsgrad (Ansprachen von Diskrepanzen) nachfragen.

5.7.2 Würdigung und Güte

Baldwin et al. (2011) beschrieben das Phänomen präzise und nachvollziehbar. Der Forschungsbedarf wurde logisch begründet und die Pflegerelevanz nachvollziehbar aufgezeigt. Die Population der Fragestellungen hätte konkreter sein können (Geschlecht und Alter), da sie für die Studie schliesslich nur erwachsene Frauen in der Stichprobe (N2) untersuchten. Das Forschungsdesign ist logisch und nachvollziehbar für die Forschungsfragen der Studie gewählt.

Die Stichproben schienen für die Studie geeignet, da sie entweder mit Opfern von Menschenhandel arbeiteten oder selber davon betroffen waren. Die Stichprobenziehung wurde nicht genau beschrieben (keine expliziten Ein- und Ausschlusskriterien); ausserdem wurde der eine Dropout nicht begründet (Anfangs N2=12, aber nur elf Interviews mit N2). In der Datenanalyse wurde eine Forschertriangulation gemacht. Die Ergebnisse wurden mit Zitaten der Stichproben belegt. Mit der Stichprobe (N2), die Opfer von Zwangsarbeit und/oder Zwangsprostitution waren und zusätzlich mit der Stichprobe (N1) wurde die Möglichkeit zur Verallgemeinerung der Ergebnisse gestärkt. Trotz allem war die ganze Stichprobe eher klein. Das amerikanische Gesundheitssystem unterscheidet sich zudem von anderen Ländern, was eine Verallgemeinerung weltweit limitiert. Es wurden nicht alle Ergebnisse diskutiert und kaum mit anderer Literatur verglichen.

Die Güte der Studie von Baldwin et al. (2011) wird nach den Kriterien von Lincoln und Guba (1985) in der folgenden Tabelle 18 gewürdigt:

Tabelle 18

Gütebeurteilung der Studie von Baldwin et al. (2011)

Gütebeurteilung nach Lincoln und Guba (1985)	Vorteile	Nachteile
Glaubwürdigkeit (Credibility)	<ul style="list-style-type: none"> - Datentriangulation für die Datenerhebung - Forschertriangulation für die Datenanalyse - Interpretationen der Ergebnisse nachvollziehbar 	<ul style="list-style-type: none"> - Wenig Vergleich der Ergebnisse mit weiterer Literatur und wenn, dann unvollständige Quellenangabe
Übertragbarkeit (Transferability)	<ul style="list-style-type: none"> - Beschreibung der Stichprobe (aber knapp), Anonymität und Sicherheit der Frauen war die Begründung - Datensättigung bei Teilnehmerinnen (der Zwangsarbeit), gewisse Verallgemeinerung für die Frauen, die von Zwangsarbeit betroffen sind möglich 	<ul style="list-style-type: none"> - Keine Datensättigung bei restlicher Stichprobe (Alle ausser Frauen aus Zwangsarbeit) - Beschränkte Verallgemeinerung (keine vollständige Datensättigung und kleine Stichprobe)
Zuverlässigkeit (Dependability)	<ul style="list-style-type: none"> - Die Stichprobenziehung, Datenerhebung und Datenanalyse wurden beschrieben - Die Daten wurden nachvollziehbar präsentiert und durch Zitate belegt - Datentriangulation 	<ul style="list-style-type: none"> - Die Datenerhebung und Stichprobenziehung (z.B. keine Ein- und Ausschlusskriterien) nur knapp beschrieben
Bestätigbarkeit (Confirmability)	<ul style="list-style-type: none"> - Interviews auf Tonband - Vorgehen Datenanalyse beschrieben - Daten- und Forschertriangulation - Ergebnisse mit Zitaten bestätigt 	<ul style="list-style-type: none"> - Der Standpunkt des Forschungsteams zur Thematik und die Beziehung zur Stichprobe nicht beschrieben

6 Diskussion

Das Ziel dieser Bachelorarbeit ist es, dass Pflegefachpersonen Patientinnen, die Opfer von Gewalt wurden, identifizieren können. Darum soll in diesem Kapitel die für die Zielerreichung wichtigsten Ergebnisse der zuvor dargestellten Studien aufgenommen werden. Sie werden anhand der Informationen des theoretischen Hintergrunds und relevanter Literatur diskutiert und ihre Gemeinsamkeiten und Unterschiede werden aufgezeigt.

6.1 Erkennung von Gewalt anhand möglicher Auswirkungen

Auswirkungen von Gewalt geben für die Identifikation gute Hinweise. In den folgenden Unterkapiteln werden die aus den Studien herausgearbeiteten Auswirkungen von Gewalt an Frauen diskutiert und anhand des bio-psycho-sozialen Modells die Zusammenhänge zwischen den Auswirkungen aufgezeigt.

6.1.2 Physische Auswirkungen

Gemäss der Studie Minchella et al. (2021) sind Kopf-Gesicht-Nacken-Verletzungen signifikant mit Gewalt assoziiert. Verletzungen an den oberen Extremitäten waren bei den von Gewalt betroffenen Frauen häufig. Hostettler-Blunier et al. (2018), die in ihrer Studie Opfer der hG untersuchten, kamen auf ähnliche Ergebnisse. Als häufigste Verletzungsorte nannten sie ebenfalls Kopf und Arme. Dies könnte vermutlich damit begründet werden, dass diese Körperteile am exponiertesten sind und man eine Person am ehesten an den Armen festhält.

Baldwin et al. (2011) gaben STI, HIV-Abklärungen, Schwangerschaftstests und Aborte als Gründe der Opfer von Zwangsprostitution für das Aufsuchen von Gesundheitsdiensten an. Bei der Studie von Mumma et al. (2017) suchten die von Zwangsprostitution betroffenen Frauen in 30% der Fälle (bei insgesamt 143 Frauen) die Gesundheitsdienste wegen gynäkologischen Problemen auf. Sie hatten wahrscheinlich ähnliche Gründe, wie die von Zwangsprostitution betroffenen Frauen bei Baldwin et al. (2011).

10% (von 143 Frauen) der von Zwangsprostitution betroffenen Frauen waren bei Mumma et al. (2017) von Trauma betroffen. Bei Minchella et al. (2021) leiteten 63% der 425 Patientinnen an einem Trauma ursächlich durch physische Gewalt (Schwerpunkt pG). Dies ähnelt den Auswirkungen der Zwangsarbeit bei Baldwin et al. (2011) bei denen es körperliche Verletzungen, Zahnprobleme und Arbeitsunfälle waren. Das lässt

vermuten, dass sich die physischen Auswirkungen von Gewalt bei Opfern von Menschenhandel und Opfern von hG und pG teilweise überschneiden.

Bei den beiden Studien zu wGv wurden Probleme im Urogenitaltrakt als Langzeitkomplikation angegeben. Bei Ormrod (2019) äusserten die Frauen teils Miktionsstörungen, bei Pastor-Bravo et al. (2018) kamen Harnwegsinfekte zur Sprache. Das entspricht den Informationen im theoretischen Hintergrund der WHO (2022), die Miktionsstörungen und Harnwegsinfektionen als mögliche Langzeitfolgen von wGv angab. Die beiden Symptome könnten zusammenhängen. Gerade bei der wGv Typ 3 bestätigt Zerm (2017), dass Betroffene teils Schwierigkeiten beim Urinabgang haben. Teilweise hätten Betroffene zwischen 20 bis 30 Minuten für den Miktionsvorgang, was wiederum Harnwegsinfekte, bis hin zu Pyelonephritis sowie Inkontinenz fördern könnte. Manche Frauen mit Typ 3, können aber auch ohne medizinische Komplikationen leben (Zerm, 2017).

Schwierigkeit in der Sexualität (Ormrod, 2019) und Schmerz beim Beginn einer sexuellen Beziehung, sowie bei allen Arten von Geschlechtsverkehr (Pastor-Bravo et al., 2018) liegt vermutlich bei der wGv Typ 2 oder 3 an der verengten Vaginalöffnung, was beim Interkurs Schmerzen verursachen kann (Gruber et al., 2005; Zerm, 2017). Es ist annehmbar, dass das Leiden der Frau auch den Mann beeinflusst und es sogar bei ihm zu funktionellen Sexualstörungen führen kann (Zerm, 2017). Bei Pastor-Bravo et al. (2018) wird die Anorgasmie oder der verminderte Orgasmus der Frau als weitere mögliche Folge von wGv angegeben, was bei Ormrod (2019) mit «Schwierigkeit der Sexualität» gemeint sein könnte. Das hängt vermutlich einerseits mit dem Schmerz beim Geschlechtsverkehr, aber auch mit der Angst vor dem Schmerz (Pastor-Bravo et al., 2018, zitiert nach Ballesteros Meseguer et al., 2014) und andererseits vermutlich mit der Beschneidung der Klitoris zusammen, die laut Gehrig und Bischof (2008) auch Einfluss auf den Orgasmus der Frau hat.

6.1.2 Psychische Auswirkungen

Angststörungen, PTBS und Depressionen wurden in allen drei Unterformen von Gewalt im theoretischen Hintergrund (Zimmerman et al., 2011; WHO, 2022; WHO, 2013) als Auswirkungen von Gewalt beschrieben. Ormrod (2019) und Pastor-Bravo et al. (2018) zeigten in ihren Studien, dass die von wGv betroffenen Frauen mehrheitlich psychischen Stress bis hin zur Depression hatten. Die Ergebnisse von Pastor-Bravo et al. (2018)

ergänzten noch psychische Probleme wie traumatische Erinnerungen, Schlafstörungen, Angst (auch vor Schmerz beim Interkurs), Hoffnungslosigkeit, Identitätsverlust als Frau, Wutzustände und Frustration. Das Gefühl der Hoffnungslosigkeit bei Frauen, die Opfer von Menschenhandel wurden, zeigten auch die Resultate von Baldwin et al. (2011). Angst war dort auch ein Thema, aber eher in Bezug auf ihre Sicherheit und die ihrer Familie, sowie Angst vor der Ausschaffung bei Offenlegung des Menschenhandels. Hostettler-Blunier et al. (2018) zeigten Resultate von fünf Opfern von hG, die durch hG psychiatrische Erkrankungen bekamen und hospitalisiert werden mussten. Es wurde jedoch nicht angegeben, an welchen psychiatrischen Erkrankungen diese Opfer litten. Chandan et al. (2019) gaben in ihrer Studie für pG ein zweifaches Risiko der betroffenen Frauen an, an einer Angststörung zu erkranken, und ein dreifaches für Depression und andere schwerwiegende psychische Krankheiten. Alle diese Resultate lassen darauf schliessen, dass das Risiko für psychische Erkrankungen bei Gewalt an Frauen erhöht ist.

Nebst dem erlebten psychischen Trauma in allen drei Unterformen könnte auch die soziale Isolation und die Scham und Angst, darüber zu sprechen, ein verstärkender Faktor sein, dass die Frauen psychische Erkrankungen erleiden. Bei Frauen, die Opfer von Menschenhandel wurden, könnte das mangelnde Vertrauen in das Gesundheitssystem (Angst um eigene Sicherheit und die der Familie) und Sprachbarrieren (Baldwin et al., 2011) einen Einfluss darauf haben, dass sie erst verspätet professionelle Hilfe suchen und sich so eher eine psychische Erkrankung manifestieren könnte. Das könnte auch bei wGv und bei hG und pG zutreffen, aber eher in Bezug auf Scham und Angst vor Stigmatisierung, sowie teilweise infolge Sprachbarrieren (Pastor-Bravo et al., 2018; Zwiesele-Natterer, 2011, zitiert nach Huber, 2011).

6.1.3 Soziale Auswirkungen

Die beiden Studien Pastor Bravo et al. (2018) und Ormrod (2019) zeigten, dass die Mehrheit der Teilnehmerinnen mit wGv Ehe-/Beziehungsprobleme aufwies. Ormrod (2018) begründete dies mit Schwierigkeiten in der Sexualität und Intimität der betroffenen Frauen. Gruber et al. (2005) gibt an, dass es Schwierigkeit beim Geschlechtsverkehr zwischen der von wGv betroffenen Frau und ihrem Partner geben kann (gleiche Begründung wie bei den physischen Auswirkungen, Kapitel 6.1.1). Trotz alledem gibt es laut Gruber et al. (2005) auch Beziehungen, die gelingen.

Gemäss Hostettler-Blunier et al. (2018) fand Gewalt häufiger an Wochenenden, abends und nachts statt, da dann meistens Partner oder Partnerin (häufig Täter/innen) gemeinsam mit den Opfern zuhause waren. Ausserdem zeigten sie die Trennung als Risikofaktor für hG auf, was Probleme in der Ehe oder Beziehung bestätigen könnte. Auch Guiguet-Auclair et al. (2021) und Minchella et al. (2021) geben die Trennung und Scheidung als Risikofaktoren an. Es besteht zudem ein höheres Risiko für Gewalt, wenn eine Frau in einer Beziehung ist, im Vergleich zu einer alleinstehenden Frau (Minchella et al., 2021). Da stellt sich die Frage, ob durch die Trennung oder Scheidung die Spannungen so gross sind, dass Gewalt passiert oder ob es Gewalt in der Beziehung gab und als Folge dessen die Trennung oder Scheidung folgte.

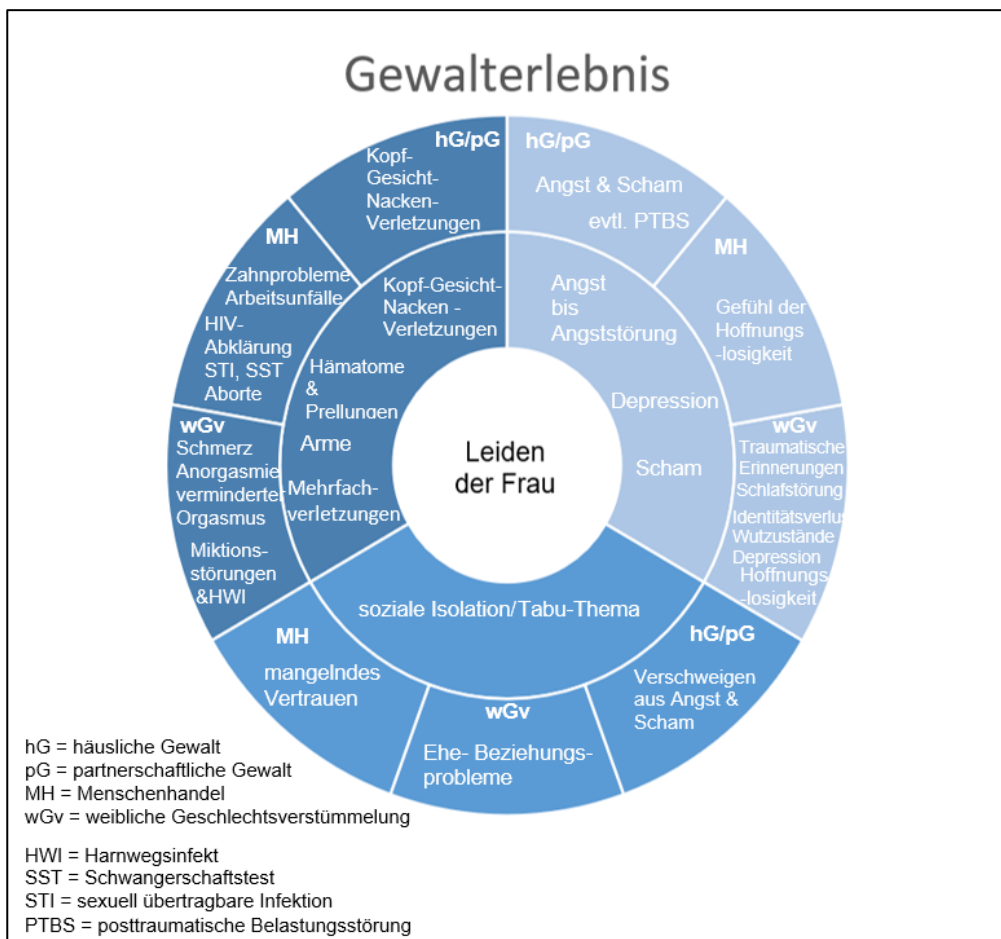
Mumma et al. (2017) fanden durch eine ihrer Fragestellungen heraus, dass sieben von zehn Opfer von Zwangsprostitution von ihrem sozialen Umfeld isoliert wurden. Auch Baldwin et al. (2011) geben an, dass Frauen als Opfer von Menschenhandel von Angst und Scham daran gehindert werden, mit Menschen über ihre Probleme oder Arbeit zu sprechen. Sie haben manchmal Mühe, Menschen zu vertrauen, was sie weiter einschränkt und isoliert. Wenn sie dann noch wegen Migrationshintergrund eine Sprachbarriere aufweisen, wird die soziale Isolation noch grösser. Fraglich ist auch, ob Frauen, die von hG oder pG betroffen sind, an sozialer Isolation leiden. In der Studie von Hostettler-Blunier et al. (2018) erlebten 57% von 316 Frauen in der aktuellen Beziehung schon vor dieser Studie häusliche Gewalt, aber es waren nur 7%, die mehr als einmal am UNZ aufgrund hG vorstellig wurden. Das könnte darauf hinweisen, dass auch diese Betroffenen, ähnlich wie die Opfer von Menschenhandel, Angst und Scham haben, über ihre Probleme zu sprechen und wegen sozialer Isolation keine Hilfe aufsuchen. Was Zwiessele-Natterer (2011, zitiert nach Huber, 2011) im theoretischen Hintergrund bestätigt.

6.1.4 Bezug zum bio-psycho-sozialen Modell

In der folgenden Abbildung 4 wurden die in den bearbeiteten Studien beschriebenen Auswirkungen von Gewalt in physische, psychische und soziale Aspekte eingeteilt, die die Frau in ihrem Leiden beeinflussen.

Abbildung 4

Auswirkungen durch Gewalt im bio-psycho-sozialen Modell



Anmerkung. Eigene Darstellung

Es ist jedoch schwierig und fälschlich, die Aspekte strikt in diese Sparten einzuteilen, da alle gleichermassen die Frau und ihr Leiden beeinflussen. Als Beispiel sei eine Frau erwähnt, die in der Partnerschaft geschlagen wird. Einerseits löst dies körperliche Beschwerden wie Hämatome aus, aber gleichzeitig entsteht voraussichtlich Angst und Scham bei der Frau, da sie sich durch das Schlagen erniedrigt fühlt. Als Folge könnte sie sich aus ihrem sozialen Umfeld zurückziehen. Anhand dieses Beispiels kann man

erkennen, dass der Schlag als physischer Akt alle drei Aspekte im Menschen gleichermaßen beeinflusst.

Beim Thema sexuelle Gewalt ist den Autorinnen dies nochmals neu bewusst geworden, da die Sexualität alle drei Aspekte sehr eng in sich verbindet. Es kann Auswirkungen in Bezug auf den eigentlichen körperlichen Akt, die Beziehung mit dem Gegenüber und auch auf die Emotionen haben.

Diese beiden Beispiele bestätigen wiederum die Relevanz des bio-psycho-soziale-Modells. Die drei Aspekte können nicht starr als drei Kategorien gesehen werden, sondern haben alle zusammen Einfluss auf das Leiden der Frau.

6.2 Mögliche Risikofaktoren für Gewalt

In den Studien konnten gewisse Risikofaktoren, die die Vulnerabilität für das Erleben von Gewalt steigern, beobachtet werden. Das Wissen um diese Faktoren ist für Pflegefachpersonen wichtig, um sie darauf zu sensibilisieren. Zusammen mit anderen Merkmalen können sie einen Verdacht auf Gewalt verstärken. Sie sind jedoch keine Bedingung für Gewalt und müssen darum mit Vorsicht betrachtet werden, wie schon in der Einleitung beschrieben.

Ein Resultat der Studie von Minchella et al. (2021) sowie Guiguet-Auclair et al. (2021) ist, dass Frauen, die eine höhere, z.B. universitäre Ausbildung haben, ein kleineres Risiko aufweisen, Gewalt zu erleiden, im Vergleich zu Frauen, die keine oder eine Primar- oder Mittelschule besucht haben. Im Umkehrschluss würde dies heissen, dass das Risiko für Frauen, an Gewalt zu leiden, steigt, wenn sie keine oder eine niedrige Bildung haben. In der Einleitung dieser Arbeit wurde vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2014) fehlende Bildung als erhöhte Vulnerabilität für Gewalterfahrungen der Frauen auch bestätigt.

Zur hG und pG gaben die Studien von Minchella et al. (2021) und Guiguet-Auclair et al. (2021) sowie Hostettler-Blunier et al. (2018) an, dass der Migrationshintergrund das Risiko für Frauen, Gewalt zu erleiden, erhöhen kann.

Laut Heuser et al. (2021) ist auch die Vulnerabilität, in den Menschenhandel zu gelangen, für Migrierende und Schutzsuchende erhöht. Als Gründe geben sie unter anderem das fehlende soziale Netzwerk und die staatlichen Regularien an, welche die Menschen zusätzlichen Gefahren aussetzen können. Weitere mögliche Gründe dafür, schreibt der

Förderverein agisra e.V. (o.D.), könnten Unwissen über die Rechte im neuen Land sein und Unwissen darüber, wie sie sich informieren oder Hilfe holen können. Dadurch erhöht sich auch die Schwierigkeit, sich zu wehren. Der unsichere Aufenthaltsstatus könnte eine zusätzliche Hürde sein, sich an die Behörden zu wenden. Die Opfer von Menschenhandel bei Baldwin et al. (2011) zeigten einen Migrationshintergrund auf (Fremdsprachigkeit und Ursprungsland in Afrika, Asien Europa etc.). Es war aber unklar, ob sie aufgrund der erhöhten Vulnerabilität durch Migration in den Menschenhandel gelangten oder ob sie wegen dem Menschenhandel migriert sind.

Belastungssituationen wie z.B. Arbeitslosigkeit können Risikofaktoren darstellen (Hostettler-Blunier et al., 2018; Guiguet-Auclair et al., 2021). Die Arbeitslosigkeit könnte mutmasslich mit der Abhängigkeitsbeziehung zusammenhängen, da sich der Partner oder die Partnerin dadurch minderwertig fühlen könnte und mit Gewalt seine oder ihre Frustration an der Partnerin auslässt. Anderberg et al. (2015) bestätigen ein steigendes Risiko bei Arbeitslosigkeit der Frau, dass der Mann Gewalt gegenüber der Frau ausübt. Sie widerlegen jedoch die Vermutung, dass das Risiko für pG gegen die Frau erhöht ist bei der Arbeitslosigkeit des Mannes. Deren Ergebnis zeigt, dass bei Arbeitslosigkeit des Mannes die pG gegen die Frau sogar sinkt. Sie begründen dies so, dass die Frauen bei Arbeitslosigkeit von ihrem Partner ökonomisch abhängig seien und dadurch gezwungen seien, Gewalt zu erdulden. Hingegen ist die männliche Position bei Arbeitsverlust geschwächt und sein «Nutzen» für die Partnerin sinkt. Bei Gewalt vom Mann gegenüber der Frau würde dies weiter sinken.

6.3 Haltung der Pflegefachpersonen

Laut den Studien Baldwin et al. (2021), Ormrod (2019) und Pastor-Bravo et al. (2018) spielt die Haltung der Pflegefachpersonen in Bezug auf die Identifikation von Gewaltopfern eine entscheidende Rolle. Nach ihnen sollten sich die Pflegefachpersonen einen geschützten Raum schaffen und sich genügend Zeit nehmen für die Patientinnen. Dabei ist es wichtig, das Gespräch in einem respektvollen und empathischen Umgang durchzuführen, da das Risiko einer Retraumatisierung der betroffenen Frau hoch ist. Dieses Vorgehen bestätigt auch die Arbeitsgruppe «Gewalt und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern» (2019). Nabateregga (2017) beschreibt zudem, die Wichtigkeit bei einem Gespräch eine Vertrauensbasis aufzubauen, indem man sich zuerst kennenlernt. Zudem

sollte die Pflegefachperson das Einverständnis der Frau einholen, über wGv zu sprechen (Nabaterregga, 2017).

Die Forschungsergebnisse von Ormrod (2019) deuten darauf hin, dass das Wissen der Pflegefachpersonen um den kulturellen Kontext der betroffenen Frauen ein wichtiger Aspekt ist für einen respektvollen Umgang. Die Pflegefachpersonen müssen sich ihrer Haltung zu wGv bewusst sein, aber ohne die betroffenen Frauen zu verurteilen (Nabaterregga, 2017). Das Bewusstsein, dass die meisten Kulturen wGv nicht durchführen, um der Frau zu schaden, sondern mit dem Hintergrundwissen z.B., dass wGv eine tief verankerte Tradition ist, kann den Pflegefachpersonen dabei helfen (Gruber et al., 2005; zitiert nach Schnüll, 2003).

Ormrod (2019) gibt an, dass wGv von den Gesundheitsfachpersonen teils als angeborene Fehlbildung verkannt wurde. Deshalb ist es für Pflegefachpersonen wichtig zu wissen, wie wGv aussehen kann (verschiedene Typen), um die Frauen, die Opfer von wGv sind, zu identifizieren und richtig zu reagieren.

6.4 Fragemöglichkeiten der Pflegefachperson

Das Wohlbefinden der Frauen in der Studie von Guiguet-Auclair et al. (2021) war höher beim Ausfüllen des Screening-Instrument WAST im Vergleich zur hypothetischen mündlichen Befragung durch die Ärzteschaft. Das WAST zeigte zudem eine Rücklaufquote von 97.5%, was sehr hoch ist. Dies zeigt, dass ein schriftliches Screening-Instrument grundsätzlich gut toleriert wird. Das WAST (Guiguet-Auclair et al., 2021) könnte vermutlich im französisch sprechenden Teil der Schweiz als Screening für partnerschaftliche Gewalt an Frauen angewendet werden, da es für die französische Sprache validiert wurde und gute Resultate zeigte.

Die Studie von Mumma et al. (2017) fand anhand ihres Screening-Instruments für Zwangsprostitution für die kleine Stichprobe relativ viele falsch positive Frauen. McDow und Dowling Dols (2021) implementierten in einer Klinik ein Screening-Instrument mit Fragen, die dem Screening-Instrument von Mumma et al. (2017) stark ähneln. Sie fanden mit den Screening-Fragen Opfer von Menschenhandel, jedoch erkannten sie, dass sie teilweise auch Frauen positiv screenen, die von hG betroffen waren. Da könnte hypothetisch auch die Ursache liegen für die vielen falsch positiven Frauen für Zwangsprostitution bei Mumma et al. (2017). Grundsätzlich kann jedoch gesagt werden, dass

die Screening-Fragen von Mumma et al. (2017) durchaus Frauen, die unter Gewalt (Menschenhandel und vielleicht hG) leiden identifizieren kann.

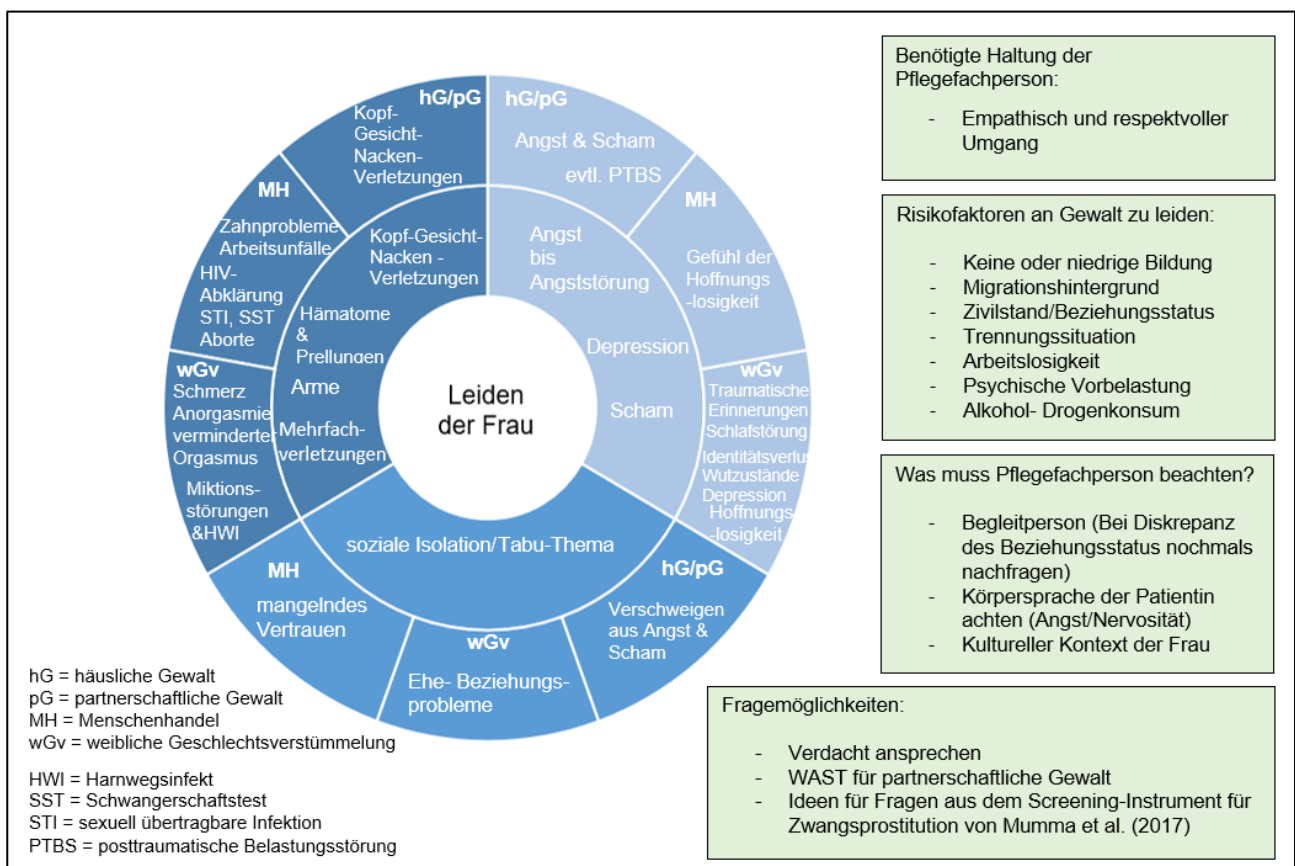
Das WAST von Guiguet-Auclair et al. (2021) und das Screening-Instrument von Mumma et al. (2017) sind nicht vergleichbar, da diese verschiedene Fragearten verwenden und zwei unterschiedliche Themen identifizieren möchten. Trotzdem ist es wichtig, dass die Pflegefachpersonen bei Patientinnen nachfragen, wenn die den Verdacht anhand der Merkmale für Gewalt beobachten und evtl. auch Risikofaktoren vorhanden sind, sei es für Frauen, die unter wGv leiden, im Menschenhandel sind oder hG und pG erleben.

7 Theorie-Praxistransfer

Die Hauptergebnisse dieser Arbeit werden in der Abbildung 5 nochmals prägnant dargestellt. Für die Identifikation von Gewalt in der Praxis lassen sich diese Punkte gut verwenden und umsetzen.

Abbildung 5

Zusammenfassung Ergebnisse aus den Studien



Anmerkung. Eigene Darstellung

Aus den Erfahrungen der Autorinnen erheben Pflegefachpersonen im akuten Setting bei den Patientinnen und Patienten Pflegeanamnesen und führen nach Bedarf körperliche Untersuchungen durch (je nach Setting unterschiedlich ausführlich). Die Hauptresultate dieser Arbeit, wie in Abbildung 5, lassen sich gut darin integrieren, sodass die Pflegefachpersonen Opfer von Gewalt in der Praxis besser identifizieren können. Dies wird in den folgenden zwei Unterkapiteln anhand Beispiele beschrieben.

7.1 Anamnese

Eine Anamnese mit (potentiellen) Opfer sollte in einem geschützten Rahmen geschehen, da es sich bei möglicher Gewalt um ein sensibles und schambehaftetes Thema handelt (Ormrod, 2019). Laut Baldwin et al. (2011) sollten Pflegefachpersonen bei der Anamnese zudem auf die Körpersprache und -haltung der Frau bezüglich Anzeichen von Nervosität und Angst achten. Wenn die Frau in Begleitung kommt und der Verdacht besteht, dass die Begleitperson der Täter oder die Täterin sein könnte, sollte die Patientin nach Möglichkeit von der Begleitperson getrennt gesprochen werden sowie bei der Begleitperson genauer nach dem Beziehungsstatus mit der Patientin fragen und auf Diskrepanzen achten. (Baldwin et al., 2011; Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften [SAMW], 2019; Bundesamt für Polizei fedpol, 2020b). Um dies zu tun und eine entspanntere und offenere Atmosphäre zu schaffen, wie dies Nabaterregga (2017) empfiehlt, wäre ein separater Raum für das Gespräch wünschenswert. So könnte auch die Privatsphäre der Patientin besser gewährleistet werden und sie fühlte sich vermutlich sicherer. Leider können die Autorinnen sagen, dass dies nicht immer möglich ist, je nach örtlichen Ressourcen.

Aufgrund von Sprachbarrieren kann die Identifikation der Opfer erschwert sein (Ormrod, 2019), sodass es wichtig wäre, für das Gespräch in einer Fremdsprache einen professionellen (bevorzugt interkultureller und weiblicher) Dolmetscherdienst zu organisieren. Gerade bei Verdacht auf wGv spielt das kulturelle Verständnis der Pflegefachperson eine Rolle (Ormrod, 2019). Auf diese Weise könnten die Pflegefachpersonen vermutlich Unklarheiten vermeiden und das Vertrauen der von Gewalt betroffenen Frauen gewinnen.

Bei der Anamnese sollte die Pflegefachperson die Risikofaktoren für Gewalt an Frauen (siehe Abbildung 5) beachten. Sie sollten jedoch bei Verdacht auf Gewalt und besonders

bei vorhandenen physischen, psychischen und sozialen Merkmalen (siehe Abbildung 5) noch sensibler beachtet werden.

Für gewaltbetroffene Personen ist es häufig eine Erleichterung, wenn sie die Ursachen einer Verletzung oder gesundheitlichen Beeinträchtigung nicht von sich aus aktiv sagen müssen, sondern wenn sie gezielt und vorsichtig befragt werden (Arbeitsgruppe «Gewalt und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern», 2019). Für die Identifikation von Gewaltopfern wurde durch verschiedene Studien in dieser Arbeit gezeigt, dass das behutsame Ansprechen der Probleme wichtig ist (Ormrod, 2019; Baldwin et al. 2011).

Die Screening-Instrumente aus den Studien Mumma et al. (2017) und Guiguet-Auclair et al. (2021) könnten für hG/pG und Zwangsprostitution eine Unterstützung sein. Sie können jedoch das direkte Gespräch mit den Frauen für eine Bestätigung von vorhandener Gewalt nicht ersetzen. Eine Möglichkeit, die potentielle Gewalt anzusprechen, ist beispielsweise: «Könnte es sein, dass vielleicht doch noch etwas anderes zu ihren Verletzungen geführt hat?» (SAMW, 2019. S.46). Dabei ist es zu beachten, die betroffene Person nicht zu drängen, auch nicht zur Anzeige gegen den Täter oder die Täterin (Arbeitsgruppe «Gewalt und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern», 2019). Laut Nabateregga (2017) könnten bei wGv Themen wie z.B. das Herkunftsland, positive Bräuche und Rituale der Kultur angesprochen werden, um ins Gespräch über wGv zu kommen.

7.2 Körperliche Untersuchung

Um die physischen Auswirkungen von hG und pG oder Menschenhandel zu erkennen, ist bei der körperlichen Untersuchung die Inspektion wichtig. Laut Pasqualeone (2015, zitiert nach Dell'Apollonia und Staudacher, 2020) müssen die Verletzungen vor und nach der Reinigung/Behandlung sachgerecht dokumentiert werden, da die Dokumentation auch als Beweis in einem Gerichtsfall zählt. Dafür sind Forensik-Nurse geschult (Dell'Apollonia et al., 2019). Für alle Pflegefachpersonen ist es jedoch wichtig, sensibilisiert zu sein (Rahmqvist et al., 2018, zitiert nach Dell'Apollonia et al., 2019), um Verdachtsfälle zu erkennen und so die richtigen Schnittstellen zu informieren (Dell'Apollonia et al., 2019).

Bei der körperlichen Untersuchung ist es wichtig, empathisch und respektvoll vorzugehen, die einzelnen Schritte zu erklären und die Intimsphäre zu schützen, da negative und

traumatische Gefühle der Gewaltbetroffenen verstärkt werden oder wieder aufkeimen können (Arbeitsgruppe "Gewalt und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern", 2019).

Kopf-Nacken-Hals-Verletzungen sowie Verletzungen an den Armen sind häufig mit Gewalt assoziiert (Minchella et al., 2021; Hostettler-Blunier et al., 2018). Bei der Inspektion der Verletzungen im Kopf-Nacken-Hals-Bereich sollten auch seltenere Orte wie Lidbindehäute, Mundvorhofschleimhaut, Nackenregion, Hinterohrgegend und der Gehörgang inspiziert werden, da zum Beispiel eine Strangulationsverletzung erstmals als Verletzung am Hals auffällt, aber Petechien am Augenlid und Lidbindehaut sowie an der prä- und retroaurikulären Haut ebenfalls Hinweise darauf geben können. Auch kleine nicht versorgungsbedürftige Verletzungen sollten inspiziert und dokumentiert werden, da sie bei der Differenzierung von Fremd- und Selbstbeibringung oft entscheidend sind (Ondruschka et al., 2018).

Laut dem Praxisleitfaden der Arbeitsgruppe "Gewalt und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern" (2019) können bei stärkerer Gewaltanwendung eine Form oder ein eventuelles Muster des einwirkenden Gegenstands bleiben. Somit lassen sich zum Teil geformte und ungeformte Hämatome unterscheiden. Bei einer Ohrfeige können zum Beispiel geformte Unterblutungen an der Wange, dem Unterkiefer und oder am/hinter Ohr Anzeichen sein (Arbeitsgruppe "Gewalt und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern", 2019).

Für die Inspektion, aber auch die vollständige Dokumentation, können die Fragen in Tabelle 19 eine Unterstützung sein.

Tabelle 19

«Objektive Beschreibung von Verletzungen»

Verletzungsbeschreibung	Fragen dazu:
Lokalisation der Verletzung	Wo genau befindet sich die Verletzung?
Anzahl der Verletzungen	Wie viele Verletzungen bestehen an dieser Stelle?
Grösse der Verletzung	Wie gross ist die Verletzung?
Form der Verletzung	Welche Form hat die Verletzung? Geformt? Ungeformt?
Art der Verletzung	Um welche Art der Verletzung handelt es sich? Unterblutung? Abschürfung? Wunde?
Spezielle Eigenschaften der Verletzung	Farbe, Wundränder, Wundwinkel, Wundgrund, Schwellung, Zeichen der Wundheilung

Anmerkung. Direkt zitiert nach der Arbeitsgruppe "Gewalt und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern" (2019, S. 30)

8 Limitationen

Die vorliegende Bachelorarbeit hat aus der Sicht der Autorinnen Limitationen. Das Thema Gewalt ist gross und beinhaltet viele Unterformen. In dieser Arbeit konnten nicht all diese Unterformen differenziert bearbeitet werden, da dies den Rahmen gesprengt hätte.

Zu jeder Unterform wurden zwei Studien ausgewählt, mit dem Ziel, eine etwas ausgeglichene Sicht auf die untersuchte Gewalt im Allgemeinen zu bieten und um unsere Fragestellung zu beantworten. Jedoch konnte so keine Vollständigkeit für die untersuchten Unterformen erreicht werden, da alle grosse Phänomene sind.

Ausserdem waren die Autorinnen zu Beginn der Arbeit noch etwas ungeübt in der Bewertung und Interpretation der quantitativen und qualitativen Studien.

Die teilweise nicht strikte Einhaltung der Ein- und Ausschlusskriterien bei der Auswahl der Studien, wurde begründet, könnte aber eine Limitation darstellen.

Da nur eine der ausgewählten Studie aus der Schweiz stammt, lassen sich die Resultate nur mit Vorsicht auf die Schweiz übertragen und müssten eventuell für die Verhältnisse in der Schweiz nochmals untersucht und bestätigt werden.

9 Schlussfolgerung und Ausblick

Mit dieser Bachelorarbeit sollte die Identifikation von erwachsenen gewaltbetroffenen Patientinnen durch Pflegefachpersonen im akuten Setting untersucht werden. Auswirkungen und Erkennungsmerkmale von zwischenmenschlicher Gewalt sowie geeignete Fragen zur Identifizierung der von Gewalt betroffenen Patientinnen wurden dafür herausgearbeitet.

Durch die Studien zu den Unterformen von Gewalt, wGv, Menschenhandel, pG und hG, wurden bio-psycho-soziale Erkennungsmerkmale für Gewalt an Frauen herausgearbeitet. Ausserdem wurden Risikofaktoren für Frauen, Opfer von Gewalt zu werden, gefunden. Zwei Screening-Instrumente, eines für Zwangsprostitution und eines für pG, wurden genauer betrachtet. Wie Pflegefachpersonen den Verdacht auf Gewalt bei Frauen ansprechen sollen und was sie dabei wissen und beachten müssen, konnte beschrieben werden. Pflegefachpersonen, die diese Arbeit lesen, können für das Thema sensibilisiert werden und erhalten so Hilfsmittel, Gewaltbetroffene in der Praxis besser zu erkennen.

Die vorliegende Arbeit konnte nicht alle Aspekte der Gewalt an Frauen vollständig untersuchen, es gäbe diesbezüglich sicherlich noch weiteren Forschungsbedarf.

Der Fokus dieser Arbeit war nur auf die Identifikation von Gewalt gegen Frauen gerichtet. Als weiterer Schritt könnten die darauffolgenden Interventionen untersucht werden, damit den Frauen tatsächlich geholfen werden könnte. Screening-Instrumente zur Erkennung von Gewalt in der Schweiz (auch in Bezug auf die vier Landessprachen) wurden keine gefunden, das hätte Forschungspotential. Ausserdem wäre es interessant und wichtig, die Lehre in den Pflegeausbildungen in Bezug auf Erkennung und Intervention im Gesundheitswesen bei Gewaltbetroffenen, zu untersuchen und bei Bedarf auszubauen.

Literaturverzeichnis

- Anderberg, D., Rainer, H., Wadsworth, J. & Wilson, T. (2015). Unemployment and Domestic Violence: Theory and Evidence. *The Economic Journal*, 126(597), 1947–1979. <https://doi.org/10.1111/ecoj.12246>
- Arbeitsgruppe Gewalt und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommer. (2019). *Gesundheitliche Versorgung erwachsener Betroffener von häuslicher und sexualisierter Gewalt in Mecklenburg-Vorpommern*. Mecklenburg-Vorpommern. [https://www.praxisleitfaden-gewalt.de/images/download/Leitfaden med Praxis 2019.pdf](https://www.praxisleitfaden-gewalt.de/images/download/Leitfaden_med_Praxis_2019.pdf)
- Baier, D., Biberstein, L. & Kliem, S. (2022). Partnerschaftliche Gewalt während der COVID-19-Pandemie in der Schweiz. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 16(1), 51–57. <https://doi.org/10.1007/s11757-021-00698-1>
- Bartholomeyczik, S., Linhart, M., & Mayer, H. (2008). *Lexikon der Pflegeforschung, Begriffe aus Forschung und Theorie*. Urban & Fischer.
- Bechtel, K. & Mukherji, P. (2015, März 8). *Recognizing Human Trafficking Victims in the Emergency Department*. <https://www.reliasmedia.com/articles/134799-recognizing-human-trafficking-victims-in-the-emergency-department>
- Berufsberatung.ch. (2020, Oktober 21). *Pflegefachmann/-frau FH (BSc)*. <https://www.berufsberatung.ch/SharerWeb/In-dex?id=L2R5bi9zaG93LzE5MDA%2FaWQ9NjUwNA%3D%3D>
- Bundesamt für Fedpol. (2020a, Juni 8). *Menschenhandel ist moderne Sklaverei*. <https://www.fedpol.admin.ch/fedpol/de/home/kriminalitaet/menschenhandel.html>
- Bundesamt für Polizei fedpol. (2020b). *Menschenhandel: Wie erkenne ich ein Opfer? Was kann ich tun?*. Bundesamt für Polizei fedpol. <https://www.fedpol.admin.ch/dam/fedpol/de/data/kriminalitaet/menschenhandel/Kampagne/fedpol-menschehandel-flyer-d.pdf.download.pdf/fedpol-menschehandel-flyer-d.pdf>
- Bundesamt für Statistik. (2020, Oktober 5). *Häusliche Gewalt: Verteilung der geschädigten und beschuldigten Personen nach Geschlecht und pro Beziehungsart*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kriminalitaet-strafrecht/polizei/haeusliche-gewalt.assetdetail.14667643.html>
- Bundesamt für Statistik. (2021a, März 22). *Häusliche Gewalt: Polizeilich registrierte Gewaltstraftaten*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kriminalitaet-strafrecht/polizei/haeusliche-gewalt.assetdetail.15844438.html>

- Bundesamt für Statistik. (2021b, März 22). *Häusliche Gewalt: Geschädigte nach Alter und Geschlecht*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kriminalitaet-strafrecht/polizei/haeusliche-gewalt.assetdetail.15844447.html>
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (2014). *Gewalt gegen Frauen in Paarbeziehungen*. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Referat Öffentlichkeitsarbeit. <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/93970/957833aeafeaf612d9806caf1d147416b/gewalt-paarbeziehungen-data.pdf>
- Chandan, J. S., Thomas, T., Bradbury-Jones, C., Russell, R., Bandyopadhyay, S., Nirantharakumar, K. & Taylor, J. (2019). Female survivors of intimate partner violence and risk of depression, anxiety and serious mental illness. *The British Journal of Psychiatry*, 217(4), 562–567. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.124>
- Dell'Apollonia, C., Goebel, A., Staudacher, D., Keller Lang, D. & Honegger, P. (2019). *Spuren der Gewalt*. Universitätsspital Zürich. <https://www.usz.ch/app/uploads/2020/06/SBK-Artikel-Aufgaben-und-Verantwortungsbereiche-der-%C2%ABForensic-Nurse%C2%BB-im-Institut-f%C3%BCr-Notfallmedizin-des-USZ.pdf>
- Dell'Apollonia, C. & Staudacher, P. D. (2020, April 30). *Spuren der Gewalt erkennen*. <https://www.bibliomed-pflege.de/sp/artikel/40574-spuren-der-gewalt-erkennen>
- Der Bundesrat. (2020). *Massnahmen gegen die weibliche Genitalverstümmelung*. Schweizer Eidgenossenschaft, der Bundesrat. <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/nat-programm-migration-und-gesundheit/chancengleichheit-in-der-gesundheitsversorgung/massnahmen-gegen-weibliche-genitalverstuemmung/postulatsbericht-rickli-madchenbeschneidung.pdf.download.pdf/Postulatsbericht%20Rickli%2018.3551.pdf>
- DiCenso, A., Bayley, L. & Haynes, R. B. (2009). Accessing pre-appraised evidence: Fine-tuning the 5S model into a 6S model. *Evidence-Based Nursing*. 12(4), 99–101. <https://doi.org/10.1136/ebn.12.4.99-b>
- Ebert, C. & Steinert, J. I. (2021). *Prevalence and risk factors of violence against women and children during COVID-19, Germany*. Bulletin of the World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341742/PMC8164185.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann EB. (2020). *4 A Grundlagen - Zahlen zu häuslicher Gewalt in der Schweiz*. Eidgenössisches Büro für Gleichstellung von Frau und Mann EBG.

https://www.ebg.admin.ch/dam/ebg/de/dokumente/haeusliche_gewalt/infoblaetter/a4.pdf.download.pdf/a4_zahlen-zu-haeuslicher-gewalt-in-der-schweiz.pdf

Feller, S. (2021, März 18). „*Violence against women is endemic in every country and culture*“. <https://durable.me/2021/03/18/violence-against-women-is-endemic-in-every-country-and-culture/>

Fitchburg State University. (2020, April 23). *A Nurse's Role in Violence Prevention and Intervention*. <https://online.fitchburgstate.edu/degrees/nursing/rn-to-bsn/role-in-violence-prevention-intervention/>

Förderverein agisra e.V. (o. D.). *Gewalt an Frauen* im Migrationsprozess*. <https://agisra.org/themen/gewalt-an-frauen-im-migrationsprozess/>

García-Moreno, C., Hegarty, K., d'Oliveira, A. F. L., Koziol-McLain, J., Colombini, M. & Feder, G. (2015). The health-systems response to violence against women. *The Lancet*, 385(9977), 1567–1579. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61837-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61837-7)

García-Moreno, C., Zimmerman, C., Morris-Gehring, A., Heise, L., Amin, A., Abrahams, N., Montoya, O., Bhate-Deosthali, P., Kilonzo, N. & Watts, C. (2015). Addressing violence against women: a call to action. *The Lancet*, 385(9978), 1685–1695. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(14\)61830-4](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(14)61830-4)

Gehrig, P. & Bischof, K. (2008). *Orgasmusstörungen der Frau*. Zürcher Institut für klinische Sexologie & Sexualtherapie [ZISS]. https://ziss.ch/site/assets/files/1045/orgasmusstoerungen_der_frau.pdf

Glass, N., Dearwater, S. & Campbell, J. (2001). Intimate partner violence screening and intervention: Data from eleven Pennsylvania and California community hospital emergency departments. *Journal of Emergency Nursing*, 27(2), 141–149. <https://doi.org/10.1067/men.2001.114387>

Gruber, F., Kulik, K. & Binder, U. (2005). *Studie zu weiblicher Genitalverstümmelung (FGM = Female Genital Mutilation)*. TERRE DES FEMMES e. V. <https://www.frauenrechte.de/images/downloads/fgm/EU-Studie-FGM.pdf>

Heuser, H., Junghans, J. & Kluth, W. (2021). *Der Schutz vulnerabler Personen im Flucht- und Migrationsrecht*. Universitätsverlag Halle-Wittenberg. https://uvhw.de/files/3_uvHW_Weiteres/uvHW-241-7_KOMPLETT.pdf

Hostettler-Blunier, S., Raoussi, A., Johann, S., Ricklin, M., Klukowska-Rötzler, J., Utiger, S., Exadaktylos, A. & Brodmann Maeder, M. (2018). Häusliche Gewalt am

- Universitären Notfallzentrum Bern: eine retrospektive Analyse von 2006 bis 2016. *Praxis*, 107(16), 886–892. <https://doi.org/10.1024/1661-8157/a003044>
- Huber, S. (2011, Dezember 14). *Gewaltopfer schweigen aus Scham*. <http://www.kirchenzeitung.at/site/archiv/article/13502.html>
- International Council of Nurses [ICN]. (2012). *ICN-Ethikkodex für Pflegende*. International Council of Nurses. <https://www.heds-fr.ch/media/1378/icn-ethikkodex-2012-deutsch.pdf>
- Jiménez-Rodríguez, D., Belmonte García, M. T., Santillán García, A., Plaza Del Pino, F. J., Ponce-Valencia, A. & Arrogante, O. (2020). Nurse Training in Gender-Based Violence Using Simulated Nursing Video Consultations during the COVID-19 Pandemic: A Qualitative Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(22), 1–15. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228654>
- Krug, E. G. (2002). World report on violence and health [Weltbericht zum Thema Gewalt und Gesundheit]. *World report on violence and health*. Published. https://appsK.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf?sequence=1
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. SAGE.
- McDow, J. & Dols, J. D. (2021). Implementation of a Human Trafficking Screening Protocol. *The Journal for Nurse Practitioners*, 17(3), 339–343. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2020.10.031>
- Moorer, O. (2021, Januar 5). *INTIMATE PARTNER VIOLENCE VS. DOMESTIC VIOLENCE*. <https://ywcaspokane.org/what-is-intimate-partner-domestic-violence/>
- Molina-Gallego, B., Mordillo-Mateos, L., de Corral, G. M., Gómez-Cantarino, S., Polonio-López, B. & Ugarte-Gurrutxaga, M. I. (2021). Female Genital Mutilation: Knowledge and Skills of Health Professionals. *Healthcare*, 9(8). <https://doi.org/10.3390/healthcare9080974>
- Nabaterregga, I. (2017). *Weibliche Genitalverstümmelung – Formen, Folgen, Prävention und Beratung*. pro familia Bundesverband. https://www.profamilia.de/fileadmin/dateien/fachpersonal/familienplanungsrundbrief/profamilia_medizin-2_2017.pdf
- Office on Women’s Health. (2021, März 1). *Effects of violence against women | Office on Women’s Health*. <https://www.womenshealth.gov/relationships-and-safety/effects-violence-against-women>

- Ondruschka, B., König, C. & Bayer, R. (2018). *Klinische Untersuchung aus forensischer Sicht – Schritt für Schritt*. Thieme. <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/pdf/10.1055/a-0645-8273.pdf>
- Ormrod, J. (2019). The experience of NHS care for women living with female genital mutilation. *British Journal of Nursing*, 28(10), 628–633. <https://doi.org/10.12968/bjon.2019.28.10.628>
- Randa, M. B. & Mokoena, J. D. (2019, April). *The role of nurses regarding the care and support provided to victims of gender-based violence*. <https://www.researchgate.net/publication/340620398> THE ROLE OF NURSES REGARDING THE CARE AND SUPPORT PROVIDED TO VICTIMS OF GENDER-BASED VIOLENCE
- Regionales Informationszentrum der Vereinten Nationen [UNRIC]. (1999, März 8). *Gewalt gegen Frauen weltweit*. <https://unric.org/de/gewalt-gegen-frauen-weltweit-2/>
- Rietschi, L. & Winkler, D. (2020). *FIZ Jahresbericht 2020*. Fachstelle Frauenhandel und Frauenmigration. https://www.fiz-info.ch/images/content/Downloads_DE/Publikationen/Jahresberichte/2020FIZ_Jahresbericht_Digital.pdf
- Ris, I. & Preusse-Bleuler, B. (2015). *Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal (AICA) eines Forschungsartikels*. Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement G.
- Rutherford, A., Zwi, A. B., Grove, N. J. & Butchart, A. (2007). Violence: A glossary. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 61(8), 676–680. <https://doi.org/10.1136/jech.2005.043711>
- Santangelo, T., Novosel, L. C., Cook, B. G. & Gapsis, M. (2015). Using the 6S Pyramid to Identify Research-Based Instructional Practices for Students with Learning Disabilities. *Learning Disabilities Research & Practice*, 30(2), 91–101. <https://doi.org/10.1111/ldrp.12055>
- Scannell, M., MacDonald, A. E., Berger, A. & Boyer, N. (2018). Human Trafficking: How Nurses Can Make a Difference. *Journal of Forensic Nursing*, 14(2), 117–121. <https://doi.org/10.1097/JFN.000000000000203>
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften [SAMW]. (2019, Dezember 15). *Kommunikation im medizinischen Alltag Ein Leitfaden für die Praxis*. <https://doi.org/10.5281/zenodo.3576261>

- Schweizerische Eidgenossenschaft, der Bundesrat. (2020). *Massnahmen gegen die weibliche Genitalverstümmelung*. Der Bundesrat. <https://www.news.admin.ch/newsd/message/attachments/64058.pdf>
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2008). *An Introduction to Human Trafficking: Vulnerability, Impact and Action*. United Nations Office on Drugs and Crime. [https://www.unodc.org/documents/human-trafficking/An Introduction to Human Trafficking - Background Paper.pdf](https://www.unodc.org/documents/human-trafficking/An_Introduction_to_Human_Trafficking_-_Background_Paper.pdf)
- United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC]. (2020). *Global Report on Trafficking in Persons 2020*. United Nations Office on Drugs and Crime. https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/tip/2021/GLOTiP_2020_15jan_web.pdf
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2021a, Februar 2). *COVID-19 Seen Worsening Overall Trend in Human Trafficking*. <https://www.unodc.org/unodc/front-page/2021/February/share-of-children-among-trafficking-victims-increases--boys-five-times-covid-19-seen-worsening-overall-trend-in-human-trafficking--says-unodc-report.html>
- United Nations office on Drugs and Crime. (2021b). *The effects of the Covid-19 pandemic on trafficking in persons and the responses to the challenges*. United Nations Office on Drugs and Crime. https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/The_effects_of_the_COVID-19_pandemic_on_trafficking_in_persons.pdf
- Verein ACT212. (o. D.). *Gesetzliche Grundlage Menschenhandel*. ACT212 Home. <https://www.act212.ch/menschenhandel/gesetzliche-grundlagen>
- Watts, C. & Zimmerman, C. (2002). Violence against women: global scope and magnitude. *The Lancet*, 359(9313), 1232–1237. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(02\)08221-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(02)08221-1)
- World Health Organization. (2013, Oktober 20). *Global and regional estimates of violence against women*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564625>
- World Health Organization [WHO]. (2020). *COVID-19 and violence against women What the health sector/system can do*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331699/WHO-SRH-20.04-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- World Health Organization [WHO]. (2021). *Violence Against Women Prevalence Estimates, 2018*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341337/9789240022256-eng.pdf?sequence=1>

- World Health Organization [WHO]. (2022). *Female genital mutilation [Weibliche Geschlechtsverstümmelung]*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>
- Zerm, C. (2007). *WEIBLICHE GENITALE BESCHNEIDUNG – UMGANG MIT BETROFFENEN UND PRÄVENTION*. Integra. <https://www.frauenrechte.de/images/downloads/fgm/EmpfehlungenFGM-2007.pdf>
- Zerm, C. (2017). *Leitfaden für Medizinische Fachkräfte Weibliche Genitalbeschneidung – Medizinische Versorgung und Prävention im Gesundheitsbereich*. stop mutilation e.V. <https://www.kutairi.de/wp-content/uploads/2017/02/stop-mutilation-Leitfaden-f%C3%BCr-medizinische-Fachkraefte.pdf>
- Zimmerman, C., Hossain, M. & Watts, C. (2011). Human trafficking and health: A conceptual model to inform policy, intervention and research. *Social Science & Medicine*, 73(2), 327–335. <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0277953611003169?to-ken=CA3CA97EE1DDE93B8EB5DDCBB676B501018C1F7679FC8B4304CD1198A93D6B0CD0DFD94331AA5442755684DD171FC686&originRegion=eu-west-1&originCreation=20210823123837>

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Definition der weiblichen Geschlechtsverstümmelung in vier Typen.....	11
Tabelle 2 Ein- und Ausschlusskriterien mit Begründung	17
Tabelle 3 In der Literaturrecherche verwendete Suchbegriffe.....	18
Tabelle 4 Limits mit Begründung.....	19
Tabelle 5 Zusammenfassung der Studien	24
Tabelle 6 Gütebeurteilung der Studie von Minchella et al. (2021).....	33
Tabelle 7 Ergebnisse zu häuslicher Gewalt aus Hostettler-Blunier et al. (2018)	35
Tabelle 8 Gütebeurteilung der Studie von Hostettler-Blunier et al. (2018).....	37
Tabelle 9 Woman Abuse Screening Tool	39
Tabelle 10 Häufigkeit des Gewalterleben der Vergleichsgruppen unterteilt in Gewaltarten	40
Tabelle 11 Gütebeurteilung der Studie von Guiguet-Auclair et al. (2021).....	42
Tabelle 12 Gütebeurteilung der Studie von Ormrod (2019).....	45
Tabelle 13 Ergebnisse der Studie von Pastor-Bravo et al. (2018)	47
Tabelle 14 Gütebeurteilung der Studie von Pastor-Bravo et al. (2018).....	50
Tabelle 15 Screening-Instrument zur Identifikation von Zwangsprostitution	52
Tabelle 16 Gütebeurteilung der Studie von Mumma et al. (2017).....	54
Tabelle 17 Gründe für Aufsuchen von Gesundheitsdiensten	56
Tabelle 18 Gütebeurteilung der Studie von Baldwin et al. (2011)	58
Tabelle 19 «Objektive Beschreibung von Verletzungen»	71

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Bio-psycho-soziales Modell	15
Abbildung 2 Flowchart der Literaturrecherche	20
Abbildung 3 6S-Pyramide.....	22
Abbildung 4 Auswirkungen durch Gewalt im bio-psycho-sozialen Modell.....	63
Abbildung 5 Zusammenfassung Ergebnisse aus den Studien	67

Abkürzungsverzeichnis

AICA	Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal
hG	häusliche Gewalt
HWI	Harnwegsinfekt
MH	Menschenhandel
pG	partnerschaftliche Gewalt
PTBS	posttraumatische Belastungsstörung
SST	Schwangerschaftstest
STI	sexuell übertragbare Infektionen
WAST	Woman Abuse Screening Tool
wGv	weibliche Geschlechtsverstümmelung
WHO	World Health Organization
UNZ	Universitäre Notfallzentrum

Wortanzahl

Wortanzahl Abstract: 198 Wörter

Wortanzahl Bachelorarbeit: 11960 Wörter

Danksagung

Wir möchten uns bei Frau Kleiner-Schürch für ihre Begleitung, Unterstützung, Beratung und Geduld im Beantworten unserer Fragen bedanken. Die Beratungstermine waren jeweils sehr hilfreich und ermutigend.

Ein grosses Danke geht auch an [REDACTED] und [REDACTED], die unsere Arbeit Korrekturgelesen und uns hilfreiche Feedbacks gegeben haben.

Hanna Getachew

Ich möchte mich bei Aline Yakobe von ganzem Herzen für die wunderbare Zusammenarbeit und Freundschaft bedanken. Danke, dass du mich gefördert und mich ermutigt hast. Ausserdem möchte ich auch meiner Mutter, meiner Familie und Freunden danken, für alle ihre Unterstützung und Ermutigungen in dieser Zeit.

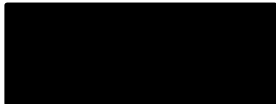
Aline Yakobe

Ein grosses Dankeschön geht von meiner Seite an Hanna Getachew. Ohne Dich wäre diese Arbeit nicht wie sie ist. Ich danke Dir für alle Diskussionen und Gespräche und für unsere Freundschaft. Meinem Mann, meiner Familie und Freunde möchte ich danken, dass sie mich in dieser Zeit ausgehalten haben und mir immer wieder offene Ohren geschenkt haben. Danke, dass Ihr an uns geglaubt habt.

Eigenständigkeitserklärung

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

Zürich, 6. Mai 2022



Getachew Hanna



Yakobe Aline

Anhang

Anhang A: Searchhistory

Datum	Datenbank	Suchmatrix und Eingrenzung/Erweiterung Keywords	Limits	Anzahl Treffer	Titelscreening	Abstract Screening	Relevant Treffer	Ausgewählte Studie
12.07.2021	CINAHL	Identifying abuse AND women or female or woman or females AND nurse or nurses or nursing NOT Children* NOT elderly	English, Publicationdate: 2011-2022	35	9	3	0	
26.07.2021	CINAHL	("sex traffick*" AND (wom#n OR femal*)) AND (nurs* OR "health* professional*" OR "health* provider*") AND identif* NOT ((child* OR teen* OR adolescent* OR minor))	English, Publicationdate: 2011-2022	31	22	8	2	Baldwin et al. (2011)

26.07.2021	CINAHL	human trafficking or sex trafficking AND identification or detection or screening or recognition AND nurse or nurses or nursing AND hospital or acute setting or inpatient or ward	English, Publicationdate: 2011-2022	44	6	3	2	Mumma et al. (2017)
01.08.2021	CINAHL	human trafficking or sex trafficking AND identification or detection or screening or recognition AND nurse or nurses or nursing NOT children or adolescents or youth or child or teenager AND female or women or woman or females	English, Publicationdate: 2011-2022	44	5	5	2	
22.08.2021	CINAHL	(Domestic violence) AND Health Professionals AND Nursing AND Women NOT Children	English, Publicationdate: 2011-2022	60	14	11	0	

22.08.2021	CINAHL	human trafficking AND women or female or woman or females AND nurse or nurses or nursing NOT men or males or man or male	English, Publicationdate: 2011-2022	12	7	7	2	
22.08.2021	CINAHL	Identifying Human Trafficking AND women or female or woman or females AND nurse or nurses or nursing NOT children or adolescents or youth or child or teenager	English, Publicationdate: 2011-2022	21	14	6	2	
12.11.2021	CINAHL	Female genital mutilation AND Health Professionals AND knowledge or education or understand (MH "Circumcision, Female/PF/NU") AND Trauma	English, Publicationdate: 2011-2022	40	5	2	1	Ormrod, J. (2019)
20.11.2021	CINAHL		English, Publicationdate: 2011-2022	3	3	3	0	

11.12.2021	CINAHL	(mistreatment OR abuse OR molestation OR maltreatment) AND (wom#n OR female*))) AND ((nurs* OR "health* professional*" OR "health* provider*")) AND identif*	English, Publicationdate: 2011-2022	86	20	5	0	
20.01.2022	CINAHL	"Intimate partner violence" AND (Domestic violence OR Domestic abuse) NOT (child* OR adolescent* OR teen* OR minor)	English, Publicationdate: 2011-2022	19	6	2	2	
07.02.2022	CINAHL	"domestic violence" AND (wom?n OR female* adult*) AND (Nurs* OR "health provider*" OR "health assistant*" OR "healthcare setting") AND (identif* OR screen* OR assess* OR discover)	English, Publicationdate: 2011-2022	50	9	4	3	Guiguet-Auclair et al. (2021)

22.08.2021	Pub-Med	Circumcision, Female"[Mesh] AND Health Professionals AND not Children	10 years, English Female Adult: 19+ years	54	39	10	2
11.12.2021	Pub-Med	domestic violence) AND Female AND Nurse NOT Children NOT Elderly	10 years, English Female Adult: 19+ years	53	30	10	0
20.01.2022	Pub-Med	(Domestic violence) AND Health Professionals AND Nursing AND Women NOT Children	10 years, English Female Adult: 19+ years	57	20	17	2
7.02.2022	Pub-Med	(Human trafficking screening) AND Women* NOT Children	10 years, English Female Adult: 19+ years	7	7	5	0
20.01.2022	Social Service Abstract	(Abuse AND women) AND Nurse NOT Children	Publicationdate: 2011-2022 Article English	11	10	2	1

	Social Service Abstract	violence against Women AND identification OR Screening NOT Children	Publicationdate: 2011-2022 Article English	51	29	10	0
	Social Service Abstract	health professionals AND intimate partner violence AND Wom*n	Publicationdate: 2011-2022 Article English	29	5	2	0
20.01.2022	IBSS	(Violence against Women AND Mental Health) NOT (Man AND men) NOT children NOT elderly women AND domestic violence AND intimate partner violence NOT (child abuse & neglect AND children) NOT (South Africa AND Africa AND Mexico AND Nigeria AND Myanmar (Burma)	Publicationdate: 2011-2022 Article English	12	10	5	1

		AND Afghanistan AND Arizona							
22.01.2022	IBSS	(SU.exact("FEMALE CIRCUMCISION") AND (SU.exact("FEMALES") OR SU.exact("FEMALES 04215")))) NOT Children	Publicationdate: 2011-2022 Article English	23	20	7	1		
22.01.2022	IBSS	((SU.exact("HUMAN TRAFFICKING") OR SU.exact("HUMAN TRAFFICKING 92010")) AND SU.exact("WOMEN")) NOT Children	Publicationdate: 2011-2022 Article English	6	6	6	0		
01.08.2021	Schneeballprinzip	Female Genital mutilation					1		Pastor-Bravo et al. (2018)

20.01.2022	Schnee- ballprin- zip		1	Minchella et.al (2021)
	Domestic Vio- lence			
22.07.2021	Schnee- ballprin- zip		1	Hostettler- Blunier et al. (2018)
	Häusli- che Gewalt			

Anhang B: AICA und Güteeinschätzung Minchella et al. (2021)

Zusammenfassung der Studie von Minchella et al. (2021),

“Violence against women: An observational study in an Italian emergency department”

Einleitung	<ul style="list-style-type: none"> • Die folgende Studie belegt, dass Gewalt gegen Frauen ein gesellschaftliches Problem ist und die Menschenrechte der Frauen verletzt. • Es wurde beschrieben, dass eine von drei Frauen weltweit und in Europa im Alter zwischen 15 und 70 Jahren betroffen sind. • Die partnerschaftliche Gewalt ist eine von mehreren Gewaltarten, wie die nicht-partnerschaftliche sexuelle Gewalt, Menschenhandel, Genitalverstümmelung bei Frauen, Zwangsehe und Ehrenmorde usw. Die partnerschaftliche Gewalt ist eine häufige Form der Gewalt, die körperlich, sexuell oder psychologisch sein kann. Sie kann vom aktuellen oder ehemaligen Partner ausgehen. • Die partnerschaftliche Gewalt hat eine negative Auswirkung (physisch, psychisch, sexuell und im Zusammenhang mit der Fortpflanzung) für die betroffenen Frauen. Die betroffenen Frauen müssen sich öfters
-------------------	---

	<p>zwangsmässig isolieren, sodass sie in Angst leben und informelle Hilfe bevorzugen und weniger medizinische Hilfe in Anspruch nehmen. Deshalb wird das Thema Gewalt nicht genügend beachtet.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Frauen als Opfer von Gewalt suchen jedoch häufiger medizinische Unterstützung als Frauen, die nicht von Gewalt betroffen sind, ausserdem suchen sie mehr die Notaufnahme auf als andere Einrichtungen. • Es gibt Evidenz, dass die Gesundheitsfachpersonen nur 5% der Opfer von Gewalt erkennen. Dies steigert das Risiko für Komorbidität und Mortalität, schwere Sozial- und Gesundheitsbedürfnisse, vermehrtes in Anspruch nehmen des Gesundheitswesens und mehr Kosten für das Gesundheitswesen. Fehlende Diagnose kann z.B. Ursache von verzerrten Informationen der Opfer, fehlende Empathie, Training oder Fähigkeit der Pflegefachpersonen im Umgang mit Risikofaktoren in Bezug auf Gewalt sein. • Frauen, die von Gewalt betroffen sind, haben ein höheres Risiko, eine Depression/Alkoholabhängigkeit zu entwickeln, als Frauen, die keine Gewalt erlebt haben. Es gibt jedoch mehrere Schutzfaktoren, die Frauen davor bewahren, Gewalt zu erleben, z. B. ein höheres Bildungsniveau oder das Leben in einem Land, in dem die Rechte der Frauen stärker geachtet werden. • Die Kenntnisse der soziodemografischen und klinischen Muster von Frauen, die Opfer von Gewalt geworden sind und sich in einer Notaufnahme vorstellen, könnte die Sozial- und Gesundheitspolitik beeinflussen und spezifische Beratungsdienste zur Prävention und Bewältigung von geschlechterspezifischer Gewalt verbessern. • Das Ziel der Studie ist es, die soziodemografische und klinische Variablen, die mit Gewalt an Frauen, die sich auf der Notaufnahme wegen Trauma vorstellen, assoziiert werden, um langfristig gewisse Muster von Gewalt zu erkennen zu können.
<p>Methode</p>	<p>Methode: Quantitatives Design. Retrospektive Beobachtungsstudie (single-centre).</p> <p>Population: Bei der Population handelt es sich um Frauen, die sich auf der Notaufnahme in einem Spital in Italien vorstellen wegen eines Traumas.</p> <p>Stichprobe: n= 425 Patientinnen, die in einer Notaufnahme in einem Spital in Italien wegen eines Traumas vom Januar 2019 bis Dezember 2019 vorstellig wurden.</p> <p>Einschlusskriterien waren, dass die Frauen 15 Jahre oder älter sein mussten und zwischen Januar 2019 und Dezember 2019 einmalig oder öfter wegen eines Traumas in die Notaufnahme gekommen sein mussten.</p> <p>Ausgeschlossen wurden Patienten, die wegen einer anderen Diagnose als Trauma kamen, Männer (mit Trauma) und Frauen, die jünger als 15 Jahre alt waren. Die Ein-/Ausschlusskriterien wurden nicht begründet. Es wurden die Patientinnen, die einmal wegen Trauma in die Notaufnahme kamen mit den Patientinnen, die wegen Trauma zweimal oder mehr in die Notaufnahme kamen, verglichen.</p> <p>Datenerhebung: Daten wurden pro Notaufnahmebesuch einmalig erhoben. Die Daten der Patientinnen im elektronischen Informationssystem wurden aus der Notaufnahme übernommen. Wie diese Daten und in welcher Art sie in diesem System erfasst wurden, ist nicht beschrieben. Die Daten wurden aus dem elektronischen Informationssystem der Notaufnahme pro Notaufnahmebesuch, die in der Krankenakte mit der Diagnose «Trauma» (es gibt keine eigene Diagnose für Gewalt) festgehalten wurde, einmalig erhoben.</p>

	<p>Datenanalyse: Es wurden deskriptive statistische Analysen durchgeführt, um alle Variablen von Interesse zusammenzufassen. Ein p-Wert < 0,05 wurde als statistisch signifikant angesehen. Die Datenanalyse wurden mit SPSS Version 21.0 (IBM Corp., Armonk, New York, USA) durchgeführt.</p> <p>Ethik: Die Daten der Patientinnen wurden anonymisiert. Die Behandlungsdaten wurden unter Beachtung der Grundrechte und -Freiheiten und der Helsinki-Erklärung über ethische Richtlinien für Beobachtungsstudien benutzt. Es wurde eine Genehmigung der Ethikkommission eingeholt.</p>
<p>Ergebnisse</p>	<p>Die Ergebnisse entsprechen der Häufigkeit (in Prozent angegeben) der Besuche in der Notaufnahme für Trauma, die als Folge von Aggression (körperlich, sexuell), als Folge eines unbeabsichtigten Traumas (Unfall zu Hause und nicht zu Hause) und mit unklarer Ursache.</p> <p>Die zentralen Ergebnisse der Studie sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Mittelwert für das Alter der Frauen war 41.53 Jahre (Range 15-92 Jahre), 46% der Frauen waren zwischen 35 und 54 Jahre alt. 64% der Teilnehmerinnen waren zwischen 25 und 54 Jahre alt. • 75% der Stichprobe waren von Nationalität Italienerinnen und 25% waren nicht Italienerinnen. • Die meisten Frauen lebten in der Stadt (87%), der Rest lebte ausserhalb der Stadt oder es war unbekannt. • 54% waren Single, 31% lebten mit jemandem zusammen und 10% waren entweder geschieden, getrennt oder verwitwet. • 35% hatten die Highschool absolviert oder hatten ein 'Degree'. Die restlichen Frauen hatten max. einen Abschluss zur Mittelstufe (middle school) oder es war unbekannt. • 3% der Frauen kamen in die Gynäkologie, 1% in die Pädiatrie und 96% kamen in die allgemeine medizinische Versorgung. • Bei 67% der Notaufnahmebesuche der Stichprobe war das Trauma eine Konsequenz von den Aggressionen eines anderen Menschen. Aus den Tätern waren 47% den Opfern bekannt. • Bei 4% war es sexuelle Gewalt, 63% war es physische Gewalt, 33% war es ein Unfall Zuhause oder nicht Zuhause oder die Art des Traumas war unbekannt. • Die Frauen hatten 38% Verletzungen an den oberen Extremitäten, 34% im Gesicht und 25% am Kopf. Das waren die drei häufigsten Verletzungsorte. • Verletzungen an den unteren Extremitäten waren signifikant weniger häufig ursächlich von Gewalt. • Verletzungen am Stamm (p=0.011) war das Risiko doppelt so gross, Abdominelle Verletzungen fünf Mal (p=0.025) und Mehrfachverletzungen 10-mal so gross (p=0.021), dass die Ursache Gewalt war. • 10% der Frauen hatte eine psychische Erkrankung und 4% hatten eine PTBS. • 31% der Frauen suchten die Notaufnahme 1-mal auf, 13% zweimal und 56% mehrere Male und 15% verliessen die Notaufnahme wieder, ohne eine Konsultation gehabt zu haben. • Wenn jemand weiblich und unter 25 Jahre alt ist, steigt das Risiko an genderbasierte Gewalt zu leiden. • Ausländer sind häufiger betroffen als Italiener.

	<ul style="list-style-type: none"> • Das Risiko für das Erleben von Gewalt sinkt, wenn die Frau single ist, im Vergleich zu Frauen, die mit den Partnern leben, geschieden oder getrennt sind. • Das Risiko wird kleiner, wenn die Frau eine höhere Ausbildung/Degree hat im Vergleich zu Frauen, die keine Ausbildung oder eine Primar- oder Mittelschule absolviert haben. • Verletzungen an Kopf, Gesicht und Nacken sind signifikant häufige Ursachen von Gewalt. Verletzungen am Stamm ist zweimal so häufig Gewalt als Ursache. • Die Multivariate Analyse zeigte drei Faktoren die unabhängig voneinander assoziiert mit Gewalt waren (Nationalität $P < 0.001$, Kopf, Gesicht und Nacken $P < 0.001$, und mehrere Verletzungen $P = 0.047$)
<p>Diskussion</p>	<p>Die signifikanten Ergebnisse werden wie folgendes erklärt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die 67% Prävalenz von Frauen, die Gewalt erlebten und in die Notaufnahme kamen, ist im Vergleich zu verschiedenen anderen Studien hoch. Der Grund könnte darin liegen, dass in der Studie die eingeschlossenen Frauen, eine Risikogruppe für erlebte Gewalt waren, da sie ein Trauma erlebt haben und vielleicht deshalb die Prävalenz so gross ist. • 30% der Frauen, die angaben, dass das Trauma durch einen Unfall herführte, haben vielleicht die wirkliche Ursache nicht offenbart und müssten nochmals genauer für erlebte Gewalt gescreent werden. • Nur 4.5% der Stichprobe wurde für weitere Unterstützung für Opfer von Gewalt weitergeleitet. Dies ist vielleicht wegen fehlenden passenden Diensten oder fehlen von Daten im elektronischen Spital Informationssystem. • Die Frauen, die mehrmals eine Notaufnahme wegen Trauma aufsuchten, gaben Unfälle als Ursache des Traumas an. Frauen, die jedoch von Gewalt betroffen waren, gab es etwas gleich häufig in den Gruppen, die mehrmals und einmalig in der Notaufnahme vorstellig wurde. Das war widersprüchlich im Vergleich zu anderen Studien. • Es waren 3% der Frauen, die partnerschaftliche Gewalt erlebten und 44% der Frauen, die Gewalt von einem bekannten Täter erlebten. Das war widersprüchlich zu anderen Studien, da dort die Häufigkeit von partnerschaftlicher Gewalt höher war als die Gewalt von Personen, die nicht den Partner darstellten. Dies könnte erklärt werden, indem die Frauen den wahren Täter, nämlich ihren Partner, aus Angst und Scham nicht bekannt machen wollten. • Die Resultate bestätigten, dass es einen Zusammenhang zwischen Nationalität und erhöhtes Risiko für Gewalt gibt. • Die Kopf-Gesicht-Nacken-Verletzungen und Mehrfachverletzungen sind mit Gewalt assoziiert, da sie mehr bei Traumaopfern von Gewalt vorkamen als bei solchen, die ein Trauma durch einen Unfall hatten. • Die Forschungsfrage konnte anhand der Daten beantwortet werden. <p>Limitationen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eine Einschränkung besteht darin, dass die Studie nur in einem Spital durchgeführt worden ist. • Sie haben Informationen aus den Krankenhausakten entnommen, da fehlten jedoch viele Daten zu Merkmalen, die die Erkennung von Gewalt ermöglichen. • Ausserdem fehlte bei der Entlassung jeweils die ICD-9 Diagnose für Gewalt.

	<ul style="list-style-type: none"> • Da es eine Beobachtungsstudie war, wurden keine Interviews mit den Opfern geführt, deshalb gibt es keine qualitativen Daten. • Die Ergebnisse wurden mit ähnlichen Studien verglichen. <p>Implikationen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Studie zeigt drei Hauptfaktoren die unabhängig voneinander auf Gewalt gegen die betroffenen Frauen hinweisen können. Diese drei Faktoren sind die Nationalität, Kopf-Gesicht-Nacken-Verletzungen und Verletzungen an mehreren Körperstellen. • Weitere Forschung und multidisziplinäre Interventionen wären nötig, um die Risikofaktoren, Pflegeengagement, Konsequenzen und Folgen sowie Kosten der verschiedenen Formen von Gewalt gegen Frauen zu verstehen. • Es bräuchte Policen und Strategien zur Prävention, Identifikation von Opfern und Interventionen und Angebot von Hilfestellungen. • Spezifisches Training für Pflegefachpersonen und strukturierte Dokumentation würden der Ärzteschaft helfen fehlende Diagnosen zu erkennen, die Unterstützung für die Opfer zu verbessern und die Belastung und Kosten für das Gesundheitswesen zu senken.
--	---

Würdigung der Studie von Minchella et al. (2021),

“Violence against women: An observational study in an Italian emergency department”

Einleitung	Die Studie beantwortet eine wichtige Frage der Bachelorarbeit-Forschungsfrage, da die Forschungsfrage der Bachelorarbeit darauf abzielt, die identifizierenden Merkmale von gewaltbetroffenen Frauen zu untersuchen, damit die Pflege sie besser erkennen kann. Das Forschungsziel der Studie von Minchella et al. (2021) wurde klar formuliert und die Problemstellung wurde anhand der vorhandenen empirischen Literatur logisch dargestellt.
Methode	<p>Methode: Die Verbindung zwischen der Forschungsfrage und dem gewählten Design ist logisch und nachvollziehbar.</p> <p>Stichprobe: Die Stichprobeziehung macht Sinn für die retrospektive Beobachtungsstudie anhand die Ein- Ausschlusskriterien. Es wurde aber etwas zu ungenau beschrieben. Es ist beschrieben, dass die 67% der Stichprobe von Gewaltbetroffenen Frauen in diesem Zeitraum identifizieren (sehr hohe Prävalenz). Das Forschungsteam erklärten sich das, indem sie nur Risikopatientinnen in die Stichprobe aufnahmen, jedoch wird bei der Stichprobenziehung nicht beschrieben, dass sie nur Risikopatientinnen einbeziehen. Vielleicht meinten sie, dass ein Trauma als Risiko gemeint ist, jedoch müsste dies beschrieben sein und ist in der Studie unklar beschrieben. Die Ergebnisse können auf Frauen die 15 Jahre und älter, die sich wegen Trauma in einer Notaufnahme in einem Spital in Italien vorstellen übertragen werden. Die Stichprobengrösse wirkt angemessen, jedoch ist dies auch noch schwer zu beurteilen, da unklar ist wie viele Personen ausgeschlossen wurden und wie viele insgesamt in der Notaufnahme in diesem Zeitraum vorstellig wurden. Drops-Out gab es bei diesem Studiendesign nicht, haben deshalb auch keinen Einfluss. Jedoch wäre es gut zu wissen, ob die Forscher von allen Teilnehmerinnen vollständige Angaben vorfanden oder ob bei gewissen Themen nicht von allen 425 Patientinnen Daten gefunden werden konnten oder Daten fehlten. Die Vergleichsgruppen sind</p>

	<p>ähnlich, eine Gruppe ist jedoch nur einmal wegen Trauma auf die Notaufnahme gekommen und die andere Gruppe zwei oder mehrere Male.</p> <p>Datenerhebung: Die Stichprobeziehung mit Ein- und Ausschlusskriterien macht Sinn für eine retrospektive Beobachtungsstudie, hätten aber noch genauer beschrieben werden können.</p> <p>Es ist jedoch unklar, wie viele Personen in diesem Zeitraum auf der Notaufnahme vorstellig wurden und ausgeschlossen wurden. Es ist unklar, ob das Forschungsteam von der ganzen Stichprobe die gleichen vollständigen Angaben in den Patientenakten hatten oder ob Daten bei einigen fehlten. Die Erhebung der Daten der Patientinnen für die Patientenakte ist nicht beschrieben und unklar ob es da ein standardisiertes Erhebungsverfahren gab. Wie das Forschungsteam in dieser Studie die Daten für deren Fragestellung erhoben haben ist nachvollziehbar.</p> <p>Datenanalyse: Die deskriptive statistischen Analyse wurde sinnvoll angewendet. Die verwendeten statischen Tests entsprach den Datenniveaus und wirken sinnvoll. Die Höhe des Signifikanzniveaus ist nachvollziehbar, es ist jedoch nicht begründet.</p> <p>Ethik: Die relevanten ethischen Fragen wurden besprochen, wie z.B. die Anonymisierung der Daten. Ich denke bei diesem Studiendesign muss nicht um Einverständniserklärung der Teilnehmenden gefragt werden, da alle Daten anonymisiert wurden und retrospektiv erhoben wurden.</p>
Ergebnisse	<p>Die Ergebnisse wurden meistens präzise angegeben. Bei einzelnen soziodemografischen Daten waren in der Tabelle nicht so detailliert, wie im Text (z.B. bei Nationalitäten und Tätigkeit), was die Vollständigkeit der dargestellten soziodemografischen Daten fragwürdig erscheinen lässt. Die Tabellen sind teilweise präzise und vollständig dargestellt. Die Unterkategorie von Tabelle 2 "N° of access in ED" war nicht erklärt, was sie damit meinten.</p>
Diskussion	<p>Diskussion und Interpretation: Es werden nicht alle Resultate diskutiert, die Interpretationen stimmten aber mit den Resultaten überein. Die Resultate wurden im Bezug zur Fragestellung und anderen Studien teilweise diskutiert. Sie gaben manchmal Unterschiede in den Ergebnissen im Vergleich zu anderer Literatur an, begründeten dies jedoch nicht und suchten nur teilweise nach alternativen Erklärungen.</p> <p>Schlussfolgerung:</p> <p>Die Studie wirkt sinnvoll und das Forschungsteam erwähnte auch Limitationen. Die Studie gibt Aufschluss über verschiedene Anzeichen, die auf ein Gewaltopfer hindeuten könnte und wo man noch genauer hinschauen muss. Manche sind eindeutiger, wie andere. Aber die Ergebnisse könnten das Gesundheitspersonal auf einer Notaufnahme in Italien sensibilisieren und diese evtl. unterstützen eine gewaltbetroffene Frau, besser zu erkennen. Manche Kriterien sind teilweise auch länderspezifisch und müssten in anderen Ländern wie Italien nochmals untersucht werden. Die Studie könnte in einem anderen Setting nochmals durchgeführt werden.</p>

Die Güte von quantitativen Forschungsergebnissen wird nach den Kriterien von Bartholomeyczik et al. (2008) gewürdigt:

Objektivität	Die Homogenität der Datenerhebung von den Patientinnen und Patienten für die Krankenakten konnte aus der Studie nicht eruiert werden, dies schränkt die Objektivität der Daten ein. Die Forscher haben das
--------------	--

	<p>Forschungsvorgehen genügend beschrieben und die Stichprobenziehung wurde standardisiert durchgeführt anhand Ein- und Ausschlusskriterien, was die Objektivität der Datenerhebung der Forscher stärkt.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Objektivität ist eingeschränkt bis genügend.
Reliabilität	<p>Die Datenerhebung von den Patientinnen für die Krankenakte ist unklar und kann deshalb nicht beurteilt werden. Die Replizierbarkeit Datenerhebung ist deshalb nicht beurteilbar. Wie das Forschungsteam in der Studie vorgegangen ist, um die Daten zu erheben, könnte jedoch wiederholt werden. Es könnten dann gleiche Ergebnisse erwartet werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reliabilität ist eingeschränkt.
Validität	<p>Die Validität ist eingeschränkt, da die Reliabilität eingeschränkt ist. Das Forschungsdesign passte zur Forschungsfrage und konnte Ergebnisse dazu liefern. Die Stichprobengrösse und Stichprobenzusammensetzung waren angemessen, was die Verallgemeinerung der Ergebnisse stärkt. Die Datenerhebung wurde nur in einer Notaufnahme in einem italienischen Spital gemacht, so ist bei der Verallgemeinerung auf ganzes Land, Ausland und andere Spitäler Vorsicht geboten. Jedoch repräsentativ für ähnlicher Kontext in Region.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Validität ist eingeschränkt.

Anhang C: AICA und Güteeinschätzung Hostettler-Blunier et al. (2018)

Zusammenfassung der Studie von Hostettler-Blunier et al. (2018),

«Häusliche Gewalt am Universitären Notfallzentrum Bern: eine retrospektive Analyse von 2006 bis 2016»

Einleitung	<ul style="list-style-type: none"> • In Studie handelt es sich um das Thema häusliche Gewalt [hG] in der Schweiz. HG wird als Anwendung oder Androhung von Gewalt unter Paaren in bestehender oder aufgelöster ehelicher oder partnerschaftlicher Beziehung, zwischen Eltern (auch Stief-/Pflegeeltern) und Kind oder zwischen weiteren Verwandten definiert. • International wird Gewalt gegen Frauen und Männer als eines der grössten Gesundheitsrisiken eingeschätzt. Auch in der Schweiz ist es ein Thema. • Das Ziel der Studie ist es, umfassende Daten von Opfern von hG zu erfassen, die sich auf dem Universitären Notfallzentrum (UNZ) zwischen 2006 und 2016 vorstellen, und eine deskriptive Datenanalyse zu
-------------------	--

	<p>erarbeiten. Diese Arbeit soll den Opfern helfen, durch ein strukturiertes, standardisiertes Vorgehen und eine gute Schulung aber auch Ärzten und Pflegenden.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Forschungsbedarf wurde mit folgendem Argument begründet: Zwar wurden im Laufe der Jahre mehrere Studien zu sozioökonomischen Faktoren von hG durchgeführt, um mehr Wissen für die Prävention zu generieren. In der Schweiz gibt es jedoch kaum medizinische Studien über hG. Jedoch kommt hG in der Schweiz vor, wie mehrere Einrichtungen belegen. • Das Forschungsteam zeigte einen theoretischen Bezugsrahmen im Hintergrund auf, indem sie diverse Literaturen einbezogen.
Methode	<p>Methode: Quantitatives Design. Kohortenstudie mit deskriptive, retrospektive Datenanalyse.</p> <p>Population: 455 Patienten und Patientinnen, die als Opfer von hG zwischen 2006 und 2016 in UNZ vorstellig wurden.</p> <p>Stichprobe: N= 337 Patienten und Patientinnen, die in diesem Zeitraum im UNZ vorstellig wurden und den folgenden Einschlusskriterien entsprachen: Medizinische Berichte von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Vermerk von hG (gemäss Definition der Polizeiliche Kriminaldiagnostik [PKS]) in den zwei Krankenhausinformationssystemen Qualicare (Qualidoc AG, Trimbach, Schweiz) für die Daten im Zeitraum 01.01.2006 bis 30.04.2012 und E-Care (E.Care bvba, Turnhout, Belgien) für den Zeitraum vom 01.05.2012 bis zum 31.12.2016.</p> <p>Es wurden insgesamt 118 Patienten und Patientinnen ausgeschlossen, die die aktuelle Zuweisung nicht im Zusammenhang mit häuslicher Gewalt hatten, Opfer gleich Täter waren, Täter nicht im familiären, ehelichen oder eheähnlichen Umfeld waren, Verdacht auf häusliche Gewalt oder unbekannte Täterschaft war, Opfer <18 Jahre waren, Verletzung von extern zur sekundären operativen Versorgung kamen.</p> <p>Datenerhebung: Die Daten wurden aus medizinischen Berichten (aus Patientenakten) gesammelt, die aus Interviews und Beobachtungen bestanden. Patientinnen und Patienten wurden über 11 Jahr erfasst, die wegen hG vorstellig wurden. Die Daten wurden grundsätzlich einmalig erfasst. Bei den Fällen, in denen Patienten und Patientinnen mehrmalig wegen hG ins UNZ kamen, wurden diese auch einzeln erfasst, jedoch mit dem Vermerk «rezidiv». Es wurde beschrieben, dass die medizinischen Berichte für alle eingeschlossenen Patienten analysiert wurden. Außerdem wurden demografische, klinische, zeitliche und strafrechtliche Daten sowie Informationen über Täter, Zuweiser und Zuzug von Spezialisten gesammelt.</p> <p>Datenanalyse: Die Datenanalyse wurde mittels Microsoft Excel durchgeführt. Die Ergebnisse bzw. die analysierten Daten wurden in Prozenten berechnet und in Tabellenform dargestellt.</p> <p>Ethik: Ethische Fragen werden nicht diskutiert. Die Studie wurde von der Ethikkommission Bern genehmigt.</p>
Ergebnisse	<p>Es wurde beschrieben, dass durchschnittlich 30,6 Fälle von häuslicher Gewalt pro Jahr auftraten. Die Ergebnisse von soziodemografisch Fakten der Patienten und Patientinnen, Risikofaktoren der Opfer, Vorstellungstag von hG-Opfern im UNZ, Jahresverteilung der Vorstellungen von hG auf dem UNZ in absoluten Zahlen, Zuweisungsart/Zuweiser/in, Tat und Täter/in, Tathergang, Tatmittel, Verletzungsort/Verletzungsmuster, Zuzug von Spezialisten, Weiterbetreuungen der Opfer wurden in Tabellenform und einer kurzen Zusammenfassung vom Forscherteam dargestellt.</p> <p>Die zentralen Ergebnisse der Studie lauten:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • 94 % der Opfer sind Frauen und in 50 % der Fälle sind Kinder mitbetroffen. Es wurde auch beschrieben, dass 50% der Opfer die Schweizer Staatsbürgerschaft hatten. • Die häufigsten Risikofaktoren sind Alkohol- und Drogenkonsum, Migrationshintergrund, Trennungssituation psychische Vorbelastung. • Die meisten Konsultationen finden im Spätdienst (143 Konsultationen) und in der Nachtschicht (110 Konsultationen) statt. 48% der Konsultationen erfolgte am Wochenende (Freitag bis Sonntag). • 57% gaben an, schonmal in der aktuellen Beziehung von hG betroffen gewesen zu sein. Jedoch waren es nur 7% die mehrfach auf den UNZ aufgrund von hG vorstellig wurden. • 170 Opfer stellten sich selbstständig auf dem Notfall vor. 83 Opfer wurden von der Polizei vorgeführt. • Täterschaft war 50% der (Ex-)Ehepartner oder (Ex-)Ehepartnerin, in 37% der (Ex-)Lebenspartner oder die (Ex-)Lebenspartnerin, 3% waren andere Familienangehörige und 4% Kinder. • Häufigste Tathergänge: 'Schlagen', 'Andere' und 'Treten' • Häufigste Tatmittel: Offene Hand oder Faust • Häufigste verletzte Körperregionen: Kopf und Arme • Häufigste Verletzungsart: Hämatome und Prellungen • 55 Opfer erlebten Strangulation --> neurologische Status unauffällig --> Bildgebung bei 42% der Strangulationsopfer --> bei diesen negativ in Bezug auf Gefässverletzung, 1 MRI zeigte Einblutung muskulär submandibulär • 186-mal wurden Spezialisten/Spezialistinnen kontaktiert, aus der Dokumentation häufig unklar, ob Kontakt während Aufenthalt gemacht wurde. • 205 Patienten/Patientinnen konnten ambulant behandelt werden, 37 wurden hospitalisiert, bei 95 fehlten eindeutige Angaben. • 16 Patienten/Patientinnen wurden psychiatrisch hospitalisiert, davon hatten 11 schon zuvor eine relevante psychiatrische Diagnose (Alkoholanhängigkeit, Schizophrenie, schwere PTBS etc.) • 6 Patienten/Patientinnen kamen auf die IPS (2-mal wegen Extubation, 2-mal wegen Kreislaufüberwachung bei grösserer Blutung und 2-mal wegen psychiatrischer Indikation nach hG) und 9 Patienten/Patientinnen wurden operiert.
Diskussion	<p>Die signifikanten Ergebnisse werden ausführlich vom Forschungsteam diskutiert.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es wurde beschrieben, dass fast die Hälfte der Konsultationen (48%) am Wochenende waren, meist nachmittags/nachts --> hG findet statt, wenn der/die Partner/in Zuhause ist • Die soziodemografischen Resultate zeigen keine neuen Erkenntnisse, nur ein erhöhter Anteil von Frauen, die betroffenen waren. Evtl. haben sie die männlichen Opfer im UNZ, die falschen Angaben zum Verletzungsmechanismus gaben, als Opfer von HG verkannt. Diese Vermutung entstand, weil in anderer Studie nach aktivem Nachfragen bei Männern, die Anteile der Männer höher waren als in dieser retrospektiven Studie. • Verletzungen an den Armen lassen sich durch Festhalten und Abwehrmechanismen erklären.

- Strangulationen von 55 Fällen sind hoch, sie sind ein Risikofaktor für Tötungsdelikte. Ausserdem kann es Gefässverletzungen geben, die jedoch selten sind, aber auch leicht zu übersehen werden können (da asymptomatisch) oder schwere Folgen erst nach Tagen/Wochen erkennbar sind. In der Studie gab es bei den Opfern von Strangulation keine weitere Vorstellung bezüglich unklarer neurologischer Symptome im UNZ ausser einer Person, die eine Sinusvenenthrombose bekam. Die negativen MRI Bilder bestätigten die Literatur, die besagt, dass keine Bildgebung bei neurologisch unauffälligen Patienten ohne Schmerzen über der Carotis nötig wären. Aufklärung über Spätfolgen ist jedoch sehr wichtig.
- Die Schweiz hat eine deutlich niedrigere Lifetime-Prävalenz für hG im Vergleich zu Europa, dies könnte die niedrigen Zahlen der Studie begründen.
- Im Jahr 2009 zeigte sich im Kanton Bern eine leichte Abnahme von Strafbeständen zu hG --> von 1432/Jahr auf 1335/Jahr. Seit 1997 wurde schweizweit viel in Prävention investiert und Gesetze dazu angepasst. Ob der Rückgang der Fallzahlen der Studie im Jahr 2010 bis 2013 wegen diesen Massnahmen als verzögerte Wirkung ist, ist unklar. In der UNZ-Studie bleiben die Fallzahlen konstant, deshalb deutet es hin, dass es keinen direkten Zusammenhang mit den Präventionsmassnahmen hat.
- In Bern sollten ca. 100Menschen/Jahr von HG betroffen sein und medizinische Betreuung benötigen. In der UNZ-Studie sind es durchschnittlich ca. 8Fälle/Jahr von der Polizei zugewiesen. --> Mehrere Faktoren: Es gibt mehrere Erstversorgungsmöglichkeiten in Berner Mittelland, ausserdem werden manche von den Fällen von sexueller Gewalt direkt bei der Frauenklinik erstversorgt und kommen so vielleicht gar nicht erst auf das UNZ.

Das Forschungsziel wurde teilweise erfüllt, da die vorhandenen Daten analysiert und differenziert wurden. Jedoch ist der zweite Teil des Ziels nicht sehr klar definiert, weshalb es schwierig ist, zu beurteilen, inwieweit die Studie den Opfern helfen sollte.

Limitationen:

- Es wurden keine standardisierten Fragen und Untersuchungsprotokolle für die HG in den 11 Jahren verwendet. Ausserdem war die Datenerhebung für die Patientenakte über 11 Jahre inhomogen.
- Die Studie war schwierig mit internationalen Studien zu vergleichen (Unterschiedliche Einschlusskriterien, länderspezifische Unterschiede von hG-Definitionen).
- PKS: Datenerfassung auch Selektionsprozess, Zahl der Strafbestände aufgelistet --> nicht gleichzusetzen mit Zahl polizeilichen Interventionen, die mit den Zahlen von hG am UNZ eher vergleichbar wären, Strafbestände erfasst, die selten zu Vorstellung am UNZ führen
- In dieser Studie sind nicht alle Opfer von sexueller Gewalt im häuslichen Umfeld aufgenommen, da diese Opfer ohne signifikante Körperverletzungen direkt in Frauenklinik betreut werden und nicht ins UNZ kommen.
- Es gab im Jahr 2014 66 Fälle/Jahr --> unerklärlich, da der Wert kantonalen oder schweizweiten Erfassungen nicht widerspiegelt noch in diesem Jahr erhöhte Gesamtpatientenzahl auftrat.
- Die Studie wurde mit ähnlichen Studien verglichen.

Implikationen:

- Implikationen der Studie selber wird für die Praxis nicht aufgezeigt, aber es wird zum Schluss die Wichtigkeit aufgezeigt, dass die diffusen Zeichen von hG richtig erkannt werden, es standardisierte Vorgehen in Anamnesen und Befundsdokumentation und kontinuierlich geschultes Personal benötigt. So kann es zu einer guten Primär- und Nachbetreuung von Opfer und deren Familien geben. Ausserdem benötigt es weitere Studien und intensiverer Zusammenarbeit mit der Frauenklinik, Kinderspital und Opferhilfestellen, um das ganze Ausmass an hG erfassen zu können.

Würdigung der Studie von Hostettler-Blunier et al. (2018),

«Häusliche Gewalt am Universitären Notfallzentrum Bern: eine retrospektive Analyse von 2006 bis 2016»

<p>Einleitung</p>	<p>Die Studie konnte Erkenntnisse für die Identifikation von hG aufzeigen, die für die Ärzteschaft und Pflegefachkräfte hilfreich sind.</p> <p>Das Ziel konnte präziser formuliert sein. Es ist unklar, wie die vorliegende Studie den Opfern helfen soll. Der Satz "Diese Arbeit soll den Opfern helfen, durch ein strukturiertes, standardisiertes Vorgehen und eine gute Schulung aber auch Ärzten und Pflegenden" ist unklar geschrieben. Soll durch die Arbeit ein strukturiertes und standardisiertes Vorgehen für die Ärzteschaft und Pflegefachpersonen erarbeitet werden, um dann den Opfern besser helfen zu können? Was meinen sie mit 'helfen'? Besser identifizieren oder Interventionen einzuleiten zu können? Und soll durch das erarbeitete Vorgehen Unterstützung für Schulungen zu hG für die Ärzteschaft und Pflegefachpersonen sein? Soll die Arbeit die Ärzteschaft und Pflegefachpersonen für hG sensibilisieren und so eine Hilfe für die von hG Betroffenen sein?</p>
<p>Methode</p>	<p>Methode: Das Forschungsdesign ist logisch, jedoch weniger nachvollziehbar in Bezug auf das Ziel, da dies nicht ganz verständlich formuliert wurde.</p> <p>Stichprobe: Die Stichprobe war für das Forschungsdesign geeignet und ist repräsentativ für das Einzugsgebiet der UNZ (erwachsene Männer und Frauen). Allerdings gibt es aufgrund verschiedener Einflüsse (z. B. der Corona-Pandemie) andere Einflüsse, bei denen die Ergebnisse der Datenanalyse möglicherweise nicht repräsentativ sind und erneut überprüft werden müssten. 11 Jahre sind aber ein langer Zeitraum, so dass die Daten eher repräsentativ sein dürften. Der Stichprobenumfang ist angemessen, es wurden die Fälle von hG in diesem Zeitraum genommen. Diese Stichprobe liefert Informationen über diesen Zeitraum. Es wurde nicht beschrieben, ob in den Patientenakten bei allen die Daten vollständig erhoben wurden und wie genau diese Daten erhoben wurden (evtl. inhomogen).</p> <p>Datenerhebung: Die Homogenität der Datenerhebung von den Patientinnen und Patienten für die Krankenakten konnte aus der Studie nicht eruiert werden wurde nicht beschrieben (retrospektiv). Das Forschungsteam hat ihre Daten aus den medizinischen Berichten den Krankenakten erhoben und zusätzlich wurden vorhandene Statistiken aus der PKS verwendet. Wie das Forschungsteam die Daten für die Studie aus den Krankenakten erhoben haben, ist nachvollziehbar und klar beschrieben.</p> <p>Datenanalyse: Die Datenanalyse wurde kaum beschrieben.</p> <p>Ethik: Die Ethikkommission genehmigte die Studie, sonst wurden keine ethischen Fragen diskutiert.</p>
	<p>Die Ergebnisse waren teilweise präzise angegeben.</p>

Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> • In Abbildung 4 in der Studie waren die Ergebnisse für den Zuweiser/Zuweisungstyp unpräzise. Es wurden 338 Zuweisungstypen angegeben, obwohl die Stichprobe nur 337 Personen umfasste. Es wurde nicht beschrieben, dass jemand von zwei Zuweisern zugewiesen wurde. Außerdem stimmen die Prozentzahlen im Text nicht mit Abbildung 4 überein. • Beim Tathergang wird angegeben, dass das Schlagen und Treten am häufigsten gebraucht wurde, jedoch ist bei Abb. 5 nach Schlagen 'andere' am zweithäufigsten, nicht Treten. • Bei allen Tabellen wurde der Punkt 'Andere' nicht definiert. • Die Tabellen und Grafiken sind eine Ergänzung zum Text. Teilweise wurden Ergebnisse auch nur in Textform beschrieben.
Diskussion	<p>Diskussion und Interpretation: Die meisten Ergebnisse wurden diskutiert und die Interpretationen stimmen mit den meisten Ergebnissen überein. Die Ergebnisse werden in Bezug auf anderen Studien diskutiert und verglichen.</p> <p>Schlussfolgerung: Die Studie war sinnvoll und die Stärken und Schwächen waren ausgewogen. Die Ergebnisse können Aufschluss darüber geben, wie man Opfer oder Risikofaktoren für hG besser identifizieren kann.</p>

Die Güte der Studie von Hostettler-Blunier et al. (2018) werden nach den Kriterien von Bartholomeyczik et al. (2008) in der folgenden Tabelle gewürdigt:

Objektivität	<p>Die Homogenität der Datenerhebung von den Patientinnen und Patienten für die Patientenakten war nicht nachvollziehbar (retrospektiv). Falls die Datenerhebung inhomogen stattfand, würde dies die Objektivität einschränken. Die Vorgehensweise des Forschungsteam für die Studie war klar und die Stichprobenziehung wurde standardisiert durchgeführt anhand Ein- und Ausschlusskriterien, was die Objektivität der Datenerhebung der Forscher stärkt.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Objektivität ist eingeschränkt bis genügend.
Reliabilität	<p>Datenerhebung von den Patientinnen und Patienten für die Krankenakte nicht bekannt (retrospektiv), deshalb nicht wiederholbar. Vorgehensweise des Forschungsteams dieser Studie ist klar beschrieben und eine Wiederholung wäre möglich.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reliabilität ist eingeschränkt.
Validität	<p>Die Validität ist eingeschränkt, da die Reliabilität eingeschränkt ist. Das Forschungsdesign passte zur Forschungsfrage und konnte Ergebnisse dazu liefern. Die Stichprobengröße und Stichprobenzusammensetzung war angemessen und der Zeitraum der Datenerhebung stärkt</p>

die Möglichkeit zur Verallgemeinerung der Ergebnisse. Die Datenerhebung wurde nur in einer Notaufnahme in Bern gemacht, was die Verallgemeinerung auf die ganze Schweiz wieder einschränkt.

- Validität ist eingeschränkt.

Anhang D: AICA und Güteeinschätzung Guiguet-Auclair et al. (2021)

Zusammenfassung der Studie von Guiguet-Auclair et al. (2021)

«Validation of the French Women Abuse Screening Tool to routinely identify intimate partner violence»

<p>Einleitung</p>	<ul style="list-style-type: none"> • In der Studie geht es um Gewalt in der Beziehung (partnerschaftliche Gewalt, [pG]). • In Frankreich sind jedes Jahr fast 220'000 Frauen (18Jahre oder älter) Opfer von physischer und oder sexueller Gewalt von einem jetzigen oder ehemaligen Partner/in betroffen. • Das Forschungsteam beschreibt, dass alle drei Tage eine Frau getötet wird. Deshalb ist es wichtig, die Opfer möglichst früh zu erkennen. Es ist jedoch nicht immer gemacht. • In Frankreich gab es kein validiertes Screening Instrument, um bei medizinischen Konsultationen durch das Gesundheitsfachpersonal Opfer frühzeitig zu identifizieren, sodass ihnen Hilfe geboten werden konnte. Dazu muss das Instrument einfach sein und auch psychometrische Eigenschaften berücksichtigen. Das englische WAST (Woman Abuse Screening Tool) erfüllt diese Kriterien. Ausserdem zeigt es eine Sensitivität und Spezifität von fast 90% an und hat eine gute Konsistenz. Ausserdem gibt es bisher gute Daten/Ergebnisse über das WAST-Instrument in englischer Sprache. Damit wurde die Forschung begründet. • Die Studie bezieht andere Studien und Literaturen in die Einleitung in das Thema mit ein. Es wurde in diesem Bereich schon geforscht, jedoch nicht spezifisch in Frankreich und für ein Screening Tool in Französisch. • Das Hauptziel der Forscher war es mit der Studie eine französische Version von WAST zu validieren (kulturübergreifend) und die psychometrischen Eigenschaften zu evaluieren. Ausserdem wollen sie schauen wie gut das WAST pG screenen kann. Das zweite Ziel ist es das Wohlbefinden der Frauen beim Ausfüllen des WASTs während der Studie im Vergleich einer hypothetischen ärztlichen Konsultation zur Grundversorgung zu untersuchen.
<p>Methode</p>	<p>Methode: Quantitatives Design, Case-Control Studie.</p> <p>Population: die Population handelt es sich, um französischsprachige erwachsene Frauen in einer intimen Beziehung.</p> <p>Stichprobe: N1= 181 (Frauen, die von pG betroffen sind), N2=180 (Frauen, die nicht von pG betroffen sind). Die Einschlusskriterien für die Teilnahme waren, Frauen, die über 18 Jahre alt sind, die Französisch in Wort und Schrift beherrschen und die in einer intimen Beziehung mit einem Partner oder einer Partnerin für mindestens 12 Monaten</p>

	<p>gewesen sein. Die Auswahl der Teilnehmerinnen wurde klar beschrieben, jedoch nicht begründet. Die zwei Studien- gruppen sind die Untersuchungsstichproben (Frauen die pG erlebt haben) und die Kontrollgruppe (die nicht von pG betroffen waren).</p> <p>Die Stichprobe für die Gruppe von partnerschaftlicher Gewalt betroffenen Frauen wurden durch professionelle Mitar- beiter der forensischen medizinischen Abteilung des Clermont-Ferrand Universitätsspital und zwei Frauenrechtsorga- nisationen in Auvergne identifiziert und angefragt. Die Kontrollgruppe (Frauen, die keine partnerschaftliche Gewalt erlebt haben) wurde durch professionelle und private Kontakte der Untersucher dieser Studie und Studentinnen aus den Fakultäten für Sanitäter und Public Health rekrutiert. Die möglichen Teilnehmerinnen der Kontrollgruppe wurden ausdrücklich gebeten nicht teilzunehmen, wenn sie partnerschaftliche Gewalt erlebt haben.</p> <p>Datenerhebung: Die Datenerhebung erfolgte einmalig mit einem schriftlichen Fragebogen (WAST, Fragen zum Wohl- befinden mit Fragebogen und hypothetischen Gespräch mit einem Arzt oder einer Ärztin und Fragen zu demografi- schen Daten der Frauen).</p> <p>Datenanalyse: Es wurde eine deskriptive und schliessende Datenanalyse durchgeführt.</p> <p>Ethik: Das Forschungsteam informierte alle Teilnehmerinnen und holte ihre Einwilligung für die Studie ein. Die Teil- nehmerinnen nahmen freiwillig teil. Die Daten wurden anonymisiert. Die Studie wurde von dem regionale französische Ethikkomitee bewilligt.</p>
<p>Ergebnisse</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Die folgenden Ergebnisse: Charakteristiken der Teilnehmerinnen, Vollständigkeit der Daten und Verteilung der WAST-Punkte, interne Konsistenz von WAST und die Screening-Leistung von WAST wurden präsentiert. • Die Wohlbefinden der Patientinnen beim Beantworten von WAST wurde in Tabellenform präsentiert. <p>Die zentralen Ergebnisse der Studie sind</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die beiden Stichprobengruppen (N1 und N2) unterschieden sich in allen Punkten signifikant, ausser im Alter (Teilnehmerinnen und deren Partner) und den Schwangerschaften. • Die Teilnehmerinnen, die Gewalt in der Partnerschaft erlebten, waren signifikant öfters getrennt oder geschieden, ihre Partnerschaften waren signifikant kürzer und sie lebten häufig nicht mit ihren Partnern zusammen, im Vergleich zu der Kontrollgruppe N2. • Die Untersuchungsgruppe N1 hatte signifikant weniger häufiger einen universitären Abschluss und war signifikant weniger angestellt im Vergleich zur Kontrollgruppe (N2). Die Partner oder Partnerinnen der Untersuchungsgruppe (N1) waren auch signifikant weniger angestellt im Vergleich zu den Partnern und Partnerinnen der Kontrollgruppe (N2). Ausserdem waren die Frauen aus der Untersuchungsgruppe (N1) häufiger arbeitslos im Vergleich zu deren Partner und Partnerinnen. • Die Frauen haben insgesamt 97.5% alle Fragen vom WAST beantwortet und bei den einzelnen Punkten zwischen 97.8% und 99.4% eine Antwort angegeben. • 61.7% der Frauen in der Kontrollgruppe gaben im WAST bei allen Punkten «Nie» an. • Bei jedem Unterpunkt vom WAST wurden signifikante Unterschiede zwischen den von Gewalt betroffenen Frauen und der Kontrollgruppe gefunden.

	<ul style="list-style-type: none"> • Physische Gewalt erlebten 87.6% (18.1% häufig und 69.5% manchmal) der von Gewalt betroffenen Frauen und 2.2% der Kontrollgruppe erlebten manchmal physische Gewalt. • Psychische Gewalt erlebten 94.4% (66.9% häufig und 27.5% manchmal) der von Gewalt betroffenen Frauen und 6.7% der Kontrollgruppe erlebten manchmal psychische Gewalt. • Sexuelle Gewalt erlebten 29.8% (5.6% häufig und 24.2% manchmal) der von Gewalt betroffenen Frauen und 0.6% der Kontrollgruppe erlebten manchmal sexuelle Gewalt. • Die totale Punktzahl vom WAST war bei den von Gewaltbetroffenen Frauen signifikant höher als bei der Kontrollgruppe. • Aus der totalen Punktzahl des WAST-Instruments konnte eine sehr gute Unterscheidung von Frauen die Opfer von partnerschaftlicher Gewalt waren und solche die nicht von partnerschaftlicher Gewalt betroffen waren gemacht werden. Sensitivität des Tests war 97.7% und Spezifität des Tests war 97.1%. • Das Wohlbefinden der Frauen, die partnerschaftliche Gewalt erlebten, war signifikant tiefer im Vergleich zu nicht betroffenen Frauen, wenn hypothetisch der Arzt sie das WAST mündlich in einer Konsultation fragte. Beide Teilnehmergruppen fühlten sich wohler den WAST als Fragebogen in der Studie auszufüllen, anstatt hypothetisch vom Arzt mündlich danach gefragt zu werden.
<p>Diskussion</p>	<p>Beurteilung Ergebnisse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die signifikanten und nicht signifikanten Ergebnisse wurden erklärt. • Die Autoren schreiben, dass die französische kulturübergreifende Validierung des WAST-Instruments eine gute Validität zeigt. Das WAST konnte sehr gut die Frauen mit erlebter partnerschaftlicher Gewalt von den Frauen ohne erlebte Gewalt in der Partnerschaft unterscheiden und screenen. • Die Akzeptanz der Teilnehmerinnen, die Fragen zu beantworten war sehr hoch. Die Rücklaufquote der Fragebogen war bei 95% in beiden Gruppen für alle Punkte des WAST. Die bestätigt, dass sich die Frauen sicherer waren zu antworten, weil ihnen Vertraulichkeit und Privatsphäre gewährleistet wurde. • Der Cronbach Alpha Koeffizient von 0.95, bestätigt, dass das WAST eine gute interne Konsistenz hat. Dieser Wert war höher als bei der ursprünglichen Studie zum WAST in Englisch. • In dieser Studie waren die Frauen, die partnerschaftliche Gewalt erlebten häufiger alleinerziehende Mütter im Vergleich zu der Allgemeinbevölkerung in Frankreich und sie hatten vulnerablere Beschäftigungsgrade mit einer höheren Arbeitslosenquote. • Das Bildungsniveau war in dieser Studie ähnlich von der Altersgruppe im Vergleich zu dieser Altersgruppe in Frankreich. Sie könnten daher zu einer bestimmten Kategorie von Opfern von partnerschaftlicher Gewalt gehören. • Die Daten über den Zusammenhang des sozioökonomischen Status und partnerschaftlicher Gewalt sind jedoch widersprüchlich. Die von partnerschaftlicher Gewalt betroffenen Frauen waren in dieser Studie älter als in anderen Studien. Nichtsdestotrotz berichteten die älteren Frauen dieser Studie weniger von partnerschaftlicher Gewalt als Jüngere im Vergleich zur Literatur. • Das Alter und auch die häufigeren sozioökonomischen Schwierigkeiten könnten mit der Stichprobenziehung dieser Studie zusammenhängen. Da manche Teilnehmerinnen durch die Frauenrechtsorganisation

gefunden wurden, die Frauen unterstützt eine Arbeitsstelle zu finden und eine Ausbildung zu machen als Ziel hat. Es wurde jedoch auch schon in anderen Studien/Literaturen Zusammenhänge von einem tiefen Bildungsniveau, einem benachteiligten sozioökonomischen Status und Zivilstand im Bezug zu partnerschaftlicher Gewalt gemacht, sowie in dieser Studie.

- Die Frauen gaben hypothetisch weniger Wohlbefinden im Beantworten dieser WAST-Fragen direkt durch einen Arzt an. Im Vergleich zu anderen Studien war das Level höher oder tiefer. Es zeigt jedoch, dass Ärzte ein Klima von Vertraulichkeit und Respekt haben müssen, um das WAST mündlich anzuwenden. Das Training von Gesundheitspersonal sowie effektive Hilfsinstrumente scheint daher für ein besseres Management der Opfer wichtig.
- Die Forschungsfrage konnte aufgrund der Ergebnisse beantwortet werden.

Limitationen:

- Die Forscher wussten nicht, wer und wie viele potenzielle Teilnehmerinnen angefragt wurden, wie viele nicht teilnehmen wollten und die Gründe dafür. So konnten die Merkmale von den Frauen, die abgesagt haben und von den Frauen die teilnahmen nicht verglichen werden.
- Sie haben die Stichprobe berechnet, jedoch erreichten sie die berechnete nötige Teilnehmer Anzahl pro Gruppe, 185 Frauen, nicht. Eine Post-hoc Analyse zeigte, dass die Sensitivität bei 2% im Vergleich zu den in den Stichprobenberechnung vermuteten 5% lag.
- Das Wohlbefinden des Gesundheitsfachpersonal die das WAST-Instrument bei den Frauen benutzten, wurde nicht untersucht.
- In der Gruppe mit den gewaltbetroffenen Frauen wurde ausschliesslich nur solche Frauen mit eindeutigen Missbrauchsvorgeschichte aufgenommen. Wiederum in der Kontrollgruppe wurden Frauen mit erlebter Gewalt in der Vorgeschichte bewusst ausgeschlossen. Dies kann dazu führen, dass die Leistung vom WAST anhand dieser Stichproben im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung überschätzt wird.
- Frauen aus der Kontrollgruppe wurden aus beruflichen und privaten Kontakten der Untersucher rekrutiert. Es könnte eine Verzerrung der Angaben aufgrund sozialer Erwünschtheit bestehen, da die Kontakte einen Missbrauch verheimlichen könnten. Es ist jedoch unwahrscheinlich, da sie weniger als 10 enge Kontakte in dieser Art rekrutiert wurden.
- Die Ergebnisse wurden mit ähnlichen Studien verglichen.

Implikationen

- Das Wohlbefinden des Gesundheitspersonal, die das WAST-Instrument bei den Frauen benutzen, müsste noch untersucht werden.
- Das Resultat der Studie müsste mit einem «Communitysample» bestätigt werden.
- Screening ist erst ein erster Schritt und wirksam, wenn darauf auch eine angemessene Intervention folgt. Dies müsste weiter erforscht werden.
- Das Wissen und das Können des Gesundheitsfachpersonal den von pG betroffenen Opfern zu helfen, muss herausgefunden werden, damit ein angemessenes Training für Gesundheitsfachpersonen zusammengestellt werden könnte (mit dem Ziel: Früherkennung anhand von Screening Instrumente (z.B. das

WAST) der betroffenen Frauen und Weitervermitteln von geeigneten Hilfsangebote damit die Frauen der Gewalt gar nicht mehr oder weniger ausgesetzt sind und die Lebensqualität der Frauen zu verbessern).

Würdigung der Studie von Guiguet-Auclair et al. (2021),

“Validation of the French Women Abuse Screening Tool to routinely identify intimate partner violence”

Einleitung	Die Studie bearbeitet ein wichtiges Thema zur Beantwortung der Bachelorarbeit Fragestellung. Wenn das Woman Abuse Screening Tool (WAST) sich als zuverlässig und gut beweist, kann es Pflegefachpersonen helfen Frauen, die von Gewalt betroffen sind, zu erkennen. Die Fragestellung wurde klar definiert. Das Problem wurde im Kontext mit empirischer Literatur logisch dargestellt.
Methode	<p>Methode: Das Forschungsdesign ist logisch und nachvollziehbar in Bezug auf die Forschungsfrage gewählt. Alle Teilnehmerinnen konnten den Fragebogen in einem privaten Raum ausfüllen. Sie mussten gut Französisch verstehen und lesen können, der WAST-Fragebogen wurde für französischsprachige Frauen übersetzt und getestet. Dies stärkt die externe Validität, indem die Studie explizit für französischsprachige Frauen erstellt wurde und nicht den Anspruch erhebt, z.B. für deutschsprachige Frauen zu gelten. Die Art und Weise, wie das WAST vom Englisch ins Französische übersetzt wurde und zuerst getestet wurde, stärkt die Validität des Instruments. Sie haben den Cronbachs Alpha Koeffizient für die französische Version von WAST ausgerechnet und bekamen einen Koeffizienten von 0.95, was eine sehr gute interne Konsistenz, also gute Validität und auch Reliabilität ausweist.</p> <p>Stichprobe: Die Stichprobenziehung war für das Forschungsdesign geeignet. Die Stichprobenziehung der Kontrollgruppe N2 aus privaten Kontakten des Forschungsteams könnten die Ergebnisse möglicherweise beeinflussen. Die Ergebnisse können auf französischsprachigen Frauen, die entweder keinen pG erlebt haben oder solche die davon betroffen sind übertragen werden. Die erforderliche Stichprobengrößen wurde berechnet. Um aussagekräftige Ergebnisse zu erhalten, müssten in jeder Gruppe 185 Teilnehmerinnen sein. In der Studie selbst hatten sie dann nur 181 von Gewalt betroffene Frauen und 180 Frauen, die nicht von pG betroffen waren. Eine Post-hoc-Analyse ergab, dass die Sensitivität mit einer Genauigkeit von 2% geschätzt wurde, verglichen mit den 5%, von denen sie bei der Berechnung der Stichprobengröße ausgegangen waren. Deshalb ist die Stichprobengröße für ihre Fragestellung angemessen. Es wurde eine Kontrollgruppe erstellt mit Frauen, die bestätigten, dass sie nicht von pG betroffen sind. Die Kontrollgruppe und Untersuchungsgruppe wurden anhand ihrer demographischen Daten verglichen, da gab es mehrere Unterschiede. Es wurde nicht beschrieben, bezüglich Drop-Outs, es wurde aber angegeben, wie vollständig die Fragebogen ausgefüllt wurden.</p> <p>Datenerhebung: Die Datenerhebung war für die Fragestellung nachvollziehbar und die Methoden der Datenerhebung waren bei allen Teilnehmern gleich. Die Antwortrate der Teilnehmenden der 8 WAST- Punkte waren bei 97.5%. Das heisst die fehlenden Antworten von allen Teilnehmerinnen waren bei 2.5%. Die Auswahl des Messinstruments wurde nachvollziehbar begründet. Die Teilnehmerinnen wurden für das Ausfüllen des Fragebogens allein gelassen, was ein Hawthorn Effekt beim Ausfüllen des Fragebogens minimieren könnte.</p>

	<p>Datenanalyse: Die Datenanalyse wurde klar beschrieben. Die statistischen Verfahren wurden sinnvoll angewendet. Die statistischen Angaben erlauben eine Beurteilung und die verwendeten statistischen Tests entsprechen dem Datenniveau. Das Signifikanzniveau ist nachvollziehbar beschrieben, jedoch nicht begründet.</p> <p>Ethik: Die Freiwilligkeit der Teilnahme dieser Studie, die Anonymität und die Einwilligung der Teilnehmerinnen wurden beschrieben. Die Beziehung zwischen dem Forschungsteam und den Teilnehmerinnen, die das Forschungsteam persönlich kannte, wurde bei den Limitationen diskutiert.</p>
Ergebnisse	Die Ergebnisse und die Tabellen sind präzise und vollständig. Das Signifikanzniveau wurde im Text angegeben, dann aber nicht in den Tabellen vermerkt. Die Tabellen sind eine Ergänzung zu Text.
Diskussion	<p>Diskussion und Interpretation: Die Ergebnisse wurden teils diskutiert. Die Interpretationen stimmen mit den Ergebnissen überein. Bei der Behauptung, dass die Rücklaufquote der Fragebögen von den Frauen so hoch war, weil sie einen privaten Raum hatten und den Fragebogen alleine ausfüllen konnten, hätten sie besser als Vermutung schreiben sollen. Es wäre sehr gut denkbar, jedoch können sie anhand dieser Studie nicht bestätigen, dass diese deswegen so hoch war, da es keine Vergleichsgruppe spezifisch für dieses Thema gab. Die Ergebnisse wurden in Bezug auf die Fragestellung verglichen und diskutiert. Bei den meisten Vergleichen mit anderen Studien, die nicht mit den Resultaten dieser Studie übereinstimmten, wurde nach alternativen Erklärungen gesucht.</p> <p>Schlussfolgerung: Die Studie ist sinnvoll. Stärken und Schwächen sind ausgewogen. Das WAST ist eine gute Möglichkeit Frauen in Arztpraxen oder in Spitäler für hG zu screenen. Dabei müsste geschaut werden, dass die Frauen diesen Fragebogen selbstständig ausfüllen können, evtl. im Warteraum und danach mit dem Arzt oder der Pflege besprechen? Die mündliche Befragung des WASTs durch das Gesundheitspersonal müsste weiter untersucht werden. Die Studie könnte in einer anderen Umgebung wiederholt werden, aber das WAST müsste dann wieder überprüft werden, um zu sehen, ob es in einer klinischen Umgebung eingesetzt werden kann.</p>

Die Güte der Studie von Guiguet-Auclair et al. (2021) werden nach den Kriterien von Bartholomeyczik et al. (2008) in der folgenden Tabelle gewürdigt:

Objektivität	<p>Alle Teilnehmerinnen konnten den Fragebogen in einem privaten Raum ausfüllen. Der WAST-Fragebogen wurde für französischsprachige Frauen übersetzt und getestet. Die Vorgehensweise des Forschungsteam für die Studie war klar und die Stichprobenziehung wurde standardisiert durchgeführt (Ein- und Ausschlusskriterien), was die Objektivität der Datenerhebung der Forscher stärkt. Die Stichprobenziehung der Kontrollgruppe N2 wurde aus privaten Kontakten des Forschungsteams vorgenommen und könnte dadurch die Ergebnisse beeinflussen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Objektivität ist ausreichend
--------------	--

Reliabilität	<p>Das Screening Instrument ist auf Französisch übersetzt und angepasst worden, und sie haben den Cronbach Alpha Koeffizient für die französische Version von WAST ausgerechnet und bekamen einen Koeffizienten von 0.95, was eine sehr gute interne Konsistenz, also eine gute Reliabilität ausweist.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reliabilität ist ausreichend
Validität	<p>Sie haben den Cronbach Alpha Koeffizient für die französische Version von WAST ausgerechnet und bekamen einen Koeffizienten von 0.95, was eine sehr gute interne Konsistenz, also gute Validität und Reliabilität ausweist. Ergebnisse können auf Frankreich und französischsprachige Länder und andere Spitäler verallgemeinert werden. Die Stichprobengröße war in der Studie kleiner, wie bei der Berechnung der benötigten Stichprobengröße, jedoch war die Stichprobengröße trotzdem ausreichen, was die Post-hoc-Analyse zeigte. Bei 2.5% aller WASTs fehlten Antworten.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Validität ist ausreichend

Anhang E: AICA und Güteeinschätzung Ormrod (2019)

Zusammenfassung der Studie von Ormrod (2019)

“The experience of NHS care for women living with female genital mutilation“

Einleitung	<ul style="list-style-type: none"> • Die Studie handelt von erwachsenen Frauen, die eine weiblichen Geschlechtsverstümmelung (wGv) erlitten haben und nach England migriert sind. • Alle Prozeduren, die die weiblichen Geschlechtsorgane für nicht medizinische Gründe verletzen, werden als wGv definiert. Dabei werden 4 Typen unterschieden, die alle kurz- und langfristige gesundheitliche Auswirkungen für die betroffenen Frauen und Mädchen haben. • In vielen Ländern, sowie auch in England ist die wGv illegal. Die wGv kommt bei Migrantinnen und Flüchtlingen, aus einem wGv praktizierendem Herkunftsland, sowie in England geborene Mädchen aus praktizierenden Gemeinschaften, in England vor und ist dort Thema. Deshalb ist das Pflegefachpersonal verpflichtet, Frauen nach wGv zu screenen, das Risiko für Mädchen wGv zu erleiden zu erkennen, Hilfe anzubieten und zu vermitteln. • Das Ziel dieser Studie ist es die Sicht der von wGv betroffenen Frauen, die eine nationale Gesundheitsversorgung in England aufsuchen zu untersuchen.
-------------------	--

<p>Methode</p>	<p>Methode: Qualitatives Design. Stichprobe: N = 9 Frauen, die über 18 Jahre alt waren (zwischen 20-46 Jahre), die wGv erlebt hatten (Typ2 und Typ3), aus Nigeria, Sierra Leone und Somali stammten, Englisch in Wort und Schrift beherrschten und bereit waren sich über ihre Erfahrungen bei der nationalen Gesundheitsversorgung in England befragen zu lassen. Die Teilnehmerinnen wurden von zwei lokalen Gemeindeverbänden rekrutiert. Sonst wurde nichts über die Stichprobenziehung beschrieben. Population: WGv betroffene Frauen, die in England wohnhaft sind. Datenerhebung: Es wurden einmalige, semistrukturierte Interviews in Englisch in einem privaten Raum eines Gemeindeverbandes gemacht. Die Interviews wurde jeweils auf Tonband aufgenommen und es wurden durch die Interviewer/innen Feldnotizen zu nonverbalen Anzeichen geführt. Die Interviews wurden zwischen Januar und Juni 2016 durchgeführt. Datenanalyse: Für die Datenanalyse wurden anhand von 7 Phasen, Interviews (auf Tonband aufgenommen plus Feldnotizen) transkribiert, kodiert und interpretiert. Die Datenanalyse mit den 7 Phasen wurde schon 30 Jahre in Forschung für das Gesundheitswesen verwendet und hatte sich bewährt. Für die Datenanalyse und die Kategorisierung der Daten, hat Ormrod Kollegen vom Pflege- und Hebammendepartement sowie der sozialen Arbeit beigezogen. Ethik: Die Ethikkommission der Forschungsuniversität hat die Studie genehmigt. Die Teilnehmerinnen wurden schriftlich über die Studie informiert und mussten ihr Einverständnis zur Teilnahme geben. Die Daten wurden vertraulich transkribiert und anonymisiert. Im Anschluss an das Interview haben die Interviewerin den Teilnehmerinnen eine Nachbesprechung angeboten und ein Protokoll für Anzeichen von Stress der Teilnehmerinnen erstellt, damit sie bei Bedarf fachliche Hilfe in Anspruch nehmen konnten.</p>
<p>Ergebnisse</p>	<p>Aufsuchen von Gesundheitsfachpersonal:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Frauen gingen ins Spital wegen der Geburt, wegen ihren Kindern oder gynäkologischen Untersuchungen (Krebsabstrich). - Sieben Frauen wurden nie wegen ihrer Geschlechtsverstümmelung angesprochen. Manche Mitarbeiter meinten die Verstümmelung sei angeboren. - Die Pflegefachpersonen hatten, laut den Teilnehmerinnen, zu wenig Können/Wissen im Identifizieren und Ansprechen von Befürchtungen (Schmerz) bezüglich der Untersuchungen wie z.B. ein Krebsabstrich der Frauen (vor allem den zwei mit weiblicher Geschlechtsverstümmelung Typ 3). - Schwierigkeit der Frauen mit einer weiblichen Geschlechtsverstümmelung mit dem Gesundheitsfachpersonal über ihre Befürchtungen und über intime Prozeduren während dem Spitalbesuch zu sprechen. - Eine Frau hatte gute Erfahrung mit einem geschulten Arzt. <p>Stille Leiden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Mehrheit erinnerte sich an die Umstände der Beschneidung und die physischen, psychischen Konsequenzen und an die Folgen dadurch in ihren Beziehungen. - Viele Pflegefachpersonen wissen nicht um die Schwierigkeiten der Migrantinnen (z.B. Fremdsprache). - Schwierigkeiten in der Sexualität und fehlende sexuelle Befriedigung waren Bedenken.

	<ul style="list-style-type: none"> - Einige Teilnehmerinnen waren einmal in Ehen oder Beziehungen, die teils an Schwierigkeiten in der Sexualität und Intimität scheiterten. - Einige hatten Schwierigkeiten beim Wasserlassen. - 7 von 9 Teilnehmerinnen zeigten psychischen Stress, der häufig mit der weiblichen Geschlechtsverstümmelung einherging. Sie behielten es aber für sich, vielleicht aus der Befürchtung vor Stigma von psychischen Erkrankungen in gewissen Gemeinschaften. Eine Frau gab an depressiv zu sein. - Die Mehrheit wurde im Alter von 7 bis 12 Jahren beschnitten. Manche waren jünger und konnten sich nicht mehr erinnern. - Stilles Leiden wegen geringer Unterstützung von aussen, aber auch wegen den eigenen Copingstrategien. <p>Einfühlsame Kommunikation:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Teilnehmerinnen waren sich einig, dass die weibliche Geschlechtsverstümmelung angesprochen werden sollte und dass das Leiden und die Praktik enden muss. Jedoch kann das Ansprechen auch alte Erinnerungen hervorholen oder als Privatangelegenheit empfunden werden. Deshalb ist es wichtig, Empathie zu zeigen und es sollte in einem geschützten Rahmen geschehen. - Wichtig ist es auf nonverbale und verbale Kommunikation zu achten. - Pflegefachpersonen und Hebammen/Entbindungshelfer müssen über den kulturellen Kontext der Frauen Bescheid wissen.
<p>Diskussion</p>	<p>Beurteilung Ergebnisse:</p> <p><i>In Anspruch nehmen von Gesundheitsfachpersonal:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • 8 von 9 Frauen haben in der nationalen Gesundheitsversorgung Kinder geboren, deshalb ist es naheliegend, dass viele von ihnen den Kontakt mit der nationalen Gesundheitsversorgung wegen ihrer Kinder, der Geburt oder der gynäkologischen Untersuchung hatten. • Die Frauen waren wenig gewillt Kritik gegenüber der nationaler Gesundheitsversorgung zu äussern. Die meiste Kritik war die fehlende Einheitlichkeit im Bezug zu den Treffen mit dem Gesundheitsfachpersonal und deren fehlendes Wissen im Umgang mit Frauen, die eine wGv erlebten. Der Krebsabstrich als Vorsorgeuntersuchung wird empfohlen und Frauen, auch Migrantinnen und Flüchtlinge, werden ermutigt diesen zu machen. Jedoch haben die Pflegefachpersonen fehlendes Wissen im Bezug zur wGv und dessen Konsequenzen (Befürchtungen von Schmerz, Stigma im Bezug zu Krebs und Sprachbarrieren). Die kulturellen und sprachlichen Schwierigkeiten wirken einen Einfluss auf die Interaktion zwischen Gesundheitsfachpersonal und den Frauen zu haben. Für diese ist es essenziell Kenntnisse im Bezug zu wGv zu haben und eine kulturelle sensitive Kommunikation zu pflegen. <p><i>Stille Leiden:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Es gibt ein Stigma über psychische Konsequenzen von wGv zu sprechen, besonders in Bezug auf Depression. Somit fehlen adäquate Hilfestellungen. Die psychischen Konsequenzen (z.B. PTSD, bedrückte Stimmung bis hin zu Depression) von wGv, was ein Kindheitstrauma ist, werden auch durch andere Quellen belegt. Für die Frauen ist es wichtig aber auch schwierig eine Behandlung und Unterstützung zu

erhalten. Auch für die Pflegefachpersonen ist es schwierig diese Probleme in einer sensiblen Haltung zu identifizieren.

- Die physischen Konsequenzen von wGv zeigen einen grossen Einfluss auf das Sexualleben und das Erleben der Frau, was auch mit weiteren Forschungen gestützt ist. Auch Beziehungen und Ehen leiden darunter und viele der betroffenen Frauen leben nun alleine.

Einfühlsame Kommunikation:

- Lehrer und Gesundheitsfachpersonal haben in England und Wales die Pflicht, wenn bei einer Minderjährigen das Risiko an wGv zu erleiden besteht und wenn eine Patientin von wGv betroffen ist, zu melden. In dieser Studie wurden viele der Teilnehmerinnen in der Gesundheitseinrichtung nicht danach gefragt.
- Alle 9 Frauen fanden es wichtig, dass die Pflegefachperson die wGv anspricht und das Gesundheitsfachpersonal genügend Kenntnisse über das kulturelle Umfeld hat und in einer sensiblen Art Fragen dazu stellt. Für die Teilnehmerinnen war es beim Ansprechen von wGv ausserdem wichtig überhaupt zuerst in einen Dialog zu treten, auf das Setting des Gesprächs und die Scham im Bezug zur wGv der Frau zu achten, die Privatsphäre zu wahren, im Gespräch eine Beziehung aufzubauen und sich ausreichend Zeit zu nehmen. Die Bedeutung der verbalen und nonverbalen Kommunikation wurde durch die Teilnehmerinnen ebenfalls hervorgehoben.

Limitationen: Ormrod erwähnte die Rekrutierung (nur aus zwei Gemeindeverbänden in Nordwestengland) und das eine Einschlusskriterium (Englischkenntnisse als Voraussetzung) der Teilnehmerinnen als Limitationen, da diese die Variation des Erlebens der Frauen, die wGv erlebten einschränkt.

Implikationen:

Gesundheitsfachpersonen sollten das Thema wGv mit ausreichend Wissen, in einer sensiblen Art und dem Beachten der oben genannten Faktoren (einfühlsame Kommunikation) ansprechen. Nur so können sie die betroffenen Frauen gut betreuen und kulturelle Kompetenz zeigen.

Weiterer Forschungsbedarf (Zusammenhang zwischen Wissen und Bewusstsein von wGv der Pflegefachpersonen in verschiedenen Settings, die Ausbildung von Pflegefachpersonen im Bezug zu sensitiver kultureller Pflege, Erweiterung der Stichprobe, Dolmetscher beziehen) wird beschrieben.

Würdigung der Studie von Ormrod (2019)

“The experience of NHS care for women living with female genital mutilation”

Einleitung	Die Studie beantwortet eine wichtige Frage der Pflege, sie hilft den Pflegefachleuten, aber auch dem anderen Gesundheitsfachpersonal, ein besseres Verständnis für die von wGv betroffenen Frauen zu entwickeln und kann sie für diese Problematik sensibilisieren. Das Phänomen wird klar beschrieben, in vorhandener Literatur eingebettet und die Pflegerelevanz wird angegeben. Das Ziel war klar und nachvollziehbar formuliert. Die Teilnehmerinnen der Studie, waren jedoch alle selbst betroffen von wGv und nicht «nur in einer wGv praktizierenden Gemeinschaft lebend». Da hätten sie das Ziel etwas präzisieren können.
-------------------	---

<p>Methode</p>	<p>Methode: Das qualitative Forschungsdesign mit den semistrukturierten Interviews machten für das Forschungsziel Sinn und sind nachvollziehbar.</p> <p>Stichprobe: Die Stichprobenziehung für das qualitative Design war angebracht. Es ist im Text jedoch nicht ersichtlich, wie die zwei Gemeindeverbände, die Frauen genau rekrutiert haben. Einschlusskriterien wurden aber erwähnt und die Teilnehmerinnen entsprachen diesen. Die Stichprobengröße ist für das Design angebracht. Jedoch können die Ergebnisse nicht für die ganze Population von Frauen, die an einer wGv leiden übertragen werden. Der Grund dafür ist die kleine Stichprobengröße. Ausserdem deckten Teilnehmerinnen nicht die ganze Population ab (Sprache, Herkunftsländer, nur von Nord-West-England rekrutiert). Die Stichprobe gibt jedoch einen Einblick in die Sicht mancher Frauen, die unter wGv leiden.</p> <p>Datenerhebung: Die Datenerhebung der Studie wurde klar und explizit beschrieben und ist sinnvoll im Bezug zur Fragestellung. Eine Datensättigung wurde erwähnt, indem sie schrieben, dass die Datenerhebung endete, als es keine neuen Muster in den Interviews mehr gab. Ormrod hat ihren Standpunkt zum Thema nicht beschrieben.</p> <p>Datenanalyse: In der Studie wird die Vorgehensweise der Datenanalyse anhand der 7 Phasen beschrieben. Jedoch beschreibt Ormrod nicht, wie sie genau anhand ihrer Daten zu den drei Hauptthemen gekommen sind. Ormrod hat jedoch für die Transparenz und auch den Rigor andere Kollegen in die Datenanalyse und Kategorisierung einbezogen.</p> <p>Ethik: Die Beziehung zwischen den Forscher/innen und Teilnehmerinnen wurde nicht explizit beschrieben. Sonst wurden gewisse ethische Fragen, wie zum Beispiel die Freiwilligkeit der Teilnehmerinnen oder die Anonymisierung, sowie das Einholen einer Genehmigung der Ethikkommission beschrieben.</p>
<p>Ergebnisse</p>	<p>Die Ergebnisse sind anhand von Zitaten der Teilnehmerinnen belegt und beschrieben. Sie sind im Kontext verankert und präzise beschrieben. Die drei Oberkategorien wirken sinnvoll gewählt und geben den Ergebnissen eine Struktur. Die Ergebnisse geben Einblick in das Phänomen, jedoch können die Ergebnisse nicht nur eingeschränkt für die Zielgruppe verallgemeinert werden. Jedoch gibt es einen guten Einblick in das Leben der Stichprobe. Könnte für die Allgemeinheit jedoch noch weiter untersucht werden.</p>
<p>Diskussion</p>	<p>Diskussion und Interpretation</p> <p>Die Forschungsfrage kann anhand der Studie beantwortet werden, jedoch sind die Ansichten der Frauen noch nicht vollständig, also auf ganze Population übertragbar. Es gibt einfach einen Einblick in die Sicht mancher Frauen. Es wurden nur teilweise Interpretationen zu den aufgeführten Ergebnissen durch die Forscher gemacht, jedoch wurden die Ergebnisse teils mit anderer Literatur verglichen. Die Ergebnisse aus der Studie sind für die Pflege relevant, indem sie auch Faktoren aufzeigen, was die Pflege für eine gute Versorgung der betroffenen Frauen benötigt und beachten sollte.</p> <p>Schlussfolgerung</p> <p>Die Schlussfolgerung bietet anhand der Ergebnisse Empfehlungen und Implikationen für die Praxis und schildert weiteren Forschungsbedarf.</p>

Die Güte der qualitativen Forschungsergebnisse werden nach den Kriterien von Lincoln und Guba (1985) gewürdigt:

Bestätigbarkeit (Confirmability)	<p>Der Vorgang der Datenerhebung wurde beschrieben. Die Interviews werden auf Tonband aufgezeichnet und durch Feldnotizen ergänzt. Bei der Datenanalyse wurde das Vorgehen grob beschrieben, jedoch nicht detailliert genau auf die Studie bezogen. Die Ergebnisse wurden mit Zitaten der Stichprobe bestätigt. Der Standpunkt der Forscher zur Thematik und die Beziehung der Forscher zu den Teilnehmerinnen wurde nicht beschrieben.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bestätigbarkeit ausreichend
Zuverlässigkeit (Dependability)	<p>Die Datenerhebung und Datenanalyse wurden beschrieben, teils hätte es noch etwas detaillierter sein können, z.B. bei der Kategorisierung. Die Ergebnisse wurden nachvollziehbar präsentiert und durch Zitate belegt.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zuverlässigkeit ausreichend
Glaubwürdigkeit (Credibility)	<p>Es wurde eine Forscher-Triangulation für die Datenanalyse durchgeführt. Die Ergebnisse werden mit weiteren Literaturen verglichen. Teilweise wurden die Ergebnisse interpretiert und waren nachvollziehbar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Glaubwürdigkeit ausreichend
Übertragbarkeit (Transferability)	<p>Die Teilnehmerinnen wurden beschrieben. Es wurde eine gewisse Datensättigung beschrieben. Jedoch sind die Resultate beschränkt auf die Population übertragbar, da die Stichprobe nicht die ganze Population repräsentierte, was sie bei der Limitation beschrieben.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Übertragbarkeit eingeschränkt bis ausreichend

Anhang F: AICA und Güteeinschätzung Pastor-Bravo et al. (2018)

Zusammenfassung der Studie von Pastor-Bravo et al. (2018),

“Living with Mutulation” A qualitative study on the consequences of female genital mutilation in women’s health and the healthcare system in Spain.

<p>Einleitung</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Diese Studie untersuchte die Erfahrungen von erwachsenen Frauen, die in Spanien leben, aber ursprünglich aus der Subsahara kamen und eine weibliche Geschlechtsverstümmelung (wGv) überlebt haben. • Die wGv gehört zur Tradition der praktizierenden Länder und wird mit einer kulturellen Identität, als Weg ins Erwachsensein, Schutz gegen sexuelle Immoralität, Religion und weibliche Hygiene begründet. wGv ist bekannt, dass es schwerwiegende gesundheitliche Folgen für die betroffenen Frauen haben kann. • Alle Prozeduren, die die weiblichen Geschlechtsorgane für nicht medizinische Gründe verletzen, werden als wGv definiert. Dabei werden 4 Typen (Typ 1-4) unterschieden. • In den westlichen Ländern wird die Sichtweise der Frauen, die unter den Konsequenzen leiden nicht gut dokumentiert, da diese Länder nur durch die Migration betroffen sind. Infolgedessen besteht ein großer Bedarf an Ausbildungs- und Praxisrichtlinien, die darauf abzielen, qualifiziertes Gesundheitspersonal und angemessene Pflegepläne für die Probleme dieser Frauen bereitzustellen (UNICEF, 2013). • Es besteht also ein Bedarf an Wissen und Know-how (soziokulturelle Bedeutung von FGM, ihre gesundheitlichen Folgen und die Ansichten und Bedürfnisse der betroffenen Frauen), um den Grad des Risikos zu bestimmen und mit den Werten und Überzeugungen der Familie und der Gemeinschaft in dieser Hinsicht zu arbeiten. • Die Pflege und Geburtshilfe spielt ein Schlüsselement bei der frühzeitigen Identifizierung von Mädchen/Frauen, bei denen ein Risiko für FGM besteht, aber auch für bereits betroffene Frauen/Mädchen. • Ziel dieser Studie ist es, zu untersuchen, wie diese Frauen die gesundheitlichen Folgen der Genitalverstümmelung und die Gesundheitliche Versorgung durch das spanische Gesundheitssystem wahrnehmen.
<p>Methode</p>	<p>Methode: Qualitatives Design.</p> <p>Population: Erwachsene, von wGv betroffene Frauen, die aus einem Land kommen, in dem wGv praktiziert wird, aber jetzt in der Region Murcia (Spanien) wohnhaft sind und ein Kind geboren haben.</p> <p>Stichprobe: N = 14 Frauen, (zwischen 23 und 41 Jahre alt), die wGv (Typ1 oder Typ2) erlebt hatten. Die Teilnehmerinnen kamen ursprünglich aus Senegal, Nigeria und Gambia, in der Zeit der Studie wohnten alle in der Region von Murcia Spanien. Sie mussten Spanisch (mündlich) beherrschen und haben in einer öffentlichen Gesundheitseinrichtung in der Region ein Kind geboren. Das Forschungsteam haben afrikanische Vereine in der Region Murcia kontaktiert, dort haben sie drei Frauen gefunden, die den Kriterien entsprachen, durch diese Frauen fanden sie dann alle weiteren Frauen für die Stichprobe. So wurde die Stichprobe mit dem Schneeballprinzip gefunden.</p> <p>Datenerhebung: Zuerst wurde Kontakt mit den potentiellen Frauen für die Stichprobe via Telefonat/E-Mail/inoffiziellen Treffen aufgenommen, um mit den einzelnen Frauen einen Termin für das Interview für die Lebensgeschichte zu finden. Danach wurde jeder Frau beim Treffen ein soziodemografischer Fragebogen abgegeben, um festzustellen, ob sie den Einschlusskriterien entsprachen und falls ja, um ein Stichprobenprofil zu erstellen. Danach wurde erst ein 50-minütiges narratives Interview mit den passenden Frauen gemacht. Die Interviewfrage lautete: Wie hat die weibliche Geschlechtsverstümmelung ihr Leben und Gesundheit beeinflusst?</p>

	<p>Datenanalyse: Für die Datenanalyse wurde die Software «Atlas. T17» verwendet. Die Lebensgeschichten wurden zeitnah und wortwörtlich transkribiert und in drei Schritten ausgewertet. Zuerst wurden die Daten vorkodiert und ein Index für vorläufige Begriffe und Präpositionen wurde erstellt. Danach wurde der Inhalt der Daten in bedeutsamen Kategorien eingeteilt. Zuletzt wurde dann eine Liste von gemeinsam vereinbarten Kategorien und Unterkategorien bestimmt, interpretiert und definiert.</p> <p>Ethik: Die Studie wurde vom Ethikkomitee der Universität Murcia genehmigt. Die Anonymität der Teilnehmerinnen wurde sichergestellt und relevante ethische Erwägungen wurden gemäss dem Helsinki-Übereinkommen berücksichtigt. Alle Informationen gaben sie den Teilnehmenden schriftlich und mündlich. Die Teilnehmerinnen gaben ihr Einverständnis für die Tonaufnahme des Interviews mit einer unterzeichneten Einverständniserklärung. Sie wurden informiert, dass sie das Interview jederzeit ohne Konsequenzen abbrechen können.</p>
<p>Ergebnisse</p>	<p>Die Ergebnisse wurden in zwei Hauptkategorien präsentiert, Gesundheitskonsequenzen und erhaltene Gesundheitsversorgung.</p> <p>Gesundheitskonsequenzen</p> <p>Physische Konsequenzen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Einige von den unmittelbaren körperlichen Folgen waren Schmerzen, Juckreiz, Blutungen, Dysurie. Langfristige körperliche Folgen, wiederaufkehrende HWI, Probleme im Genitalbereich, eine Frau hatte Hepatitis B schon vor dem ersten sexuellen Kontakt (wahrscheinlich aufgrund von der wGv). <p>Psychologische Konsequenzen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Traumatische Erinnerungen, Schlafstörungen, Angst, Hoffnungslosigkeit, Identitätsverlust als Frau, Wutzustände, Frustration, Traurigkeit bis hin zur Depression und Schmerz. <p>Auswirkungen auf die Sexualität</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leiden (Angst und Schmerz beim Beginn einer sexuellen Beziehung bis zu Angst und Schmerz in allen Arten von Geschlechtsverkehr) • Sexuelle Lust/Genuss (kaum sexuelle Lust, Anorgasmie, manche verspüren Genuss nur wenn sie länger sexuell stimuliert wurden, Eheprobleme bis Ablehnung durch den Ehemann) <p>Erhaltende Gesundheitsversorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medizinische Check-ups wurden während der Schwangerschaft, Geburt und danach durchgeführt. • Schamgefühl bei Routine vaginalen Untersuchung, besonders wenn es eine männliche Person durchführte, sonst fühlten sie sich gut behandelt. • Gewisse Komplikationen während der Schwangerschaft (Infektionen, Fieber, Hyperemesis, wiederholte Fehlgeburten), häufige Geburten mit Instrumenten, Kaiserschnitte und Dammschnitte konnten nicht garantiert als Konsequenz von wGV eingestuft werden, da es auch bei Frauen ohne wGv vorkommen kann und es keine Vergleichsdaten aus den Heimatländern der Frauen gab. <p>In den Ergebnissen wurden die ungenügenden Informationen während der medizinischen Versorgung festgestellt</p> <p>Mangelnde Informationen in Bezug auf</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schwangerschaft und Geburt (nicht nur bezogen auf wGv). • Komplikationen von wGV (Frauen verknüpften Probleme teils erst durch Interview als Folge von wGv).

	<ul style="list-style-type: none"> • Verhütungsmethoden. Die Mehrheit wünschte keine weiteren Kinder, jedoch nutzten sie keine oder keine zuverlässigen Verhütungsmethoden. Vorurteile und Angst vor den Methoden, keinen Zugriff (vielleicht wegen Tabu für diese Themen Hilfe von Gesundheitspersonal in Anspruch zu nehmen). • Wiederherstellungschirurgie der Klitoris (Unwissen, dass es in Spanien möglich ist) • Mangelndes Erkennen und Ansprechen der weiblichen Geschlechtsverstümmelung (auch Vorbeugung vom Neugeborenen) • Respektvolles und empathisches Ansprechen der wGv ist wichtig, da die Frauen Angst vor der Reaktion auf die wGv des Gesundheitsfachpersonal haben und sich überwältigt fühlen können.
<p>Diskussion</p>	<p>Beurteilung Ergebnisse:</p> <p>Gesundheitskonsequenzen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Frauen erleben körperliche, psychologisch, sexuelle und geburtshilfliche Komplikationen, die von wGv herführen können. • Langfristige Komplikationen, wie wiederkehrende Harnwegsinfektionen, Hepatitis B und andere Probleme mit den Genitalien wurden erwähnt. Diese Art von Infektionskrankheiten wird durch die Bedingungen verursacht, unter denen die wGv durchgeführt wird, hauptsächlich mit unsterilen Utensilien, die gelegentlich von mehreren benutzt werden. • Es wurde auch diskutiert, dass die Umwandlung der Praktik in eine medizinisch geführte wGv bedeuten würde, eine Tradition zu normalisieren. Es würde weiterhin bedeuten die biopsychosoziale Gesundheit von Frauen und jungen Mädchen zu gefährden und eine Praxis aufrechtzuerhalten, die eine klare Verletzung ihrer menschlichen, sexuellen und reproduktiven Bedürfnisse darstellt. <p>Erhaltende Gesundheitsversorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Frauen nahmen an allen medizinischen Untersuchungen vor und nach der Geburt teil. Obwohl es ihnen peinlich war anders zu sein, sie sich Sorgen um die Reaktion des Gesundheitspersonal machten und die vaginalen Untersuchungen negative Gefühle hervorbrachten. • Die Behandlung allgemein empfanden die Teilnehmerinnen als positiv. Sie empfanden jedoch ein Mangel an Informationen während Geburtsvorgang und über Verhütungsmethoden, Folgen von wGv und Möglichkeit zur Klitoris Rekonstruktion. Das kann daran liegen (mit Literatur begründet) dass zu wenige Dolmetscher eingesetzt werden und eine schlechte interkulturelle Kommunikation herrschte. <p>Limitationen: Es wurde eine interpretative Analyse passend zum Studiendesign durchgeführt. Das Forschungsteam hat eine gewisse Haltung (Recht auf Leben und sexuelle und reproduktive Gesundheit der Frauen/Mädchen hat Priorität, jedoch kulturelle Rechte und Bräuche verschiedener Völker möchte nicht ignoriert werden) zum Thema, die das Resultat beeinflussen könnten. Um Voreingenommenheit zu reduzieren wurde für die Datenanalyse eine Triangulation der Forscher/innen und mehrere Feedback-Sitzungen zur Bestätigung der Ergebnisse durchgeführt. Eine weitere Einschränkung war, dass die Studie durch die Anzahl der teilnehmenden Frauen aus verschiedenen Ländern und ethnischen Gruppen begrenzt war und nicht auf eine ethnische Gruppe oder auf alle in Spanien lebenden Frauen mit wGv verallgemeinert werden kann.</p> <p>Implikationen:</p>

- Mangelnde Informationen und medizinischer Betreuung, die den Bedürfnissen der Betroffenen entspricht --> Gesundheitspersonal sollten während Schwangerschaft und Geburt Aufklärungsarbeit zur Familienplanung leisten und über die Möglichkeiten der chirurgischen Klitoris Rekonstruktion informieren.
- Die Mütter, die für wGv gefährdete Töchter haben, sollten über die potentiellen gesundheitlichen Folgen der wGv informiert werden, da manche ihre eigenen Gesundheitsprobleme nicht mit wGv verknüpfen.
- Ansprechen von durch wGv verursachte Gesundheitsprobleme und diese auch zu behandeln durch Gesundheitspersonal (physische, geburtshilfliche, psychologische und sexuelle Probleme).
- Gesundheitspolitik --> Defizite im Gesundheitswesen verringern (Bereitstellen von Mitteln und Ausbildungen von Fachkräften in Gesundheitswesen --> um auf Gesundheitsbedürfnisse eingehen zu können und Ausbreitung zu verhindern)

Würdigung der Studie von Pastor-Bravo et al. (2018),

“Living with Mutulation A qualitative study on the consequences of female genital mutilation in women’s health and the health care system in Spain

Einleitung	Die Studie beleuchtet die gesundheitlichen Folgen von wGv und das mangelnde Wissen des Gesundheitspersonals und beantwortet damit eine wichtige Frage der Pflege. Das Phänomen wurde klar beschrieben, in vorhandener Literatur eingebettet und die Pflegerelevanz wird angegeben. Das Ziel war klar definiert, die gesundheitlichen Folgen von wGv zu untersuchen und wie diese Frauen die medizinische Versorgung durch das spanische Gesundheitssystem wahrnehmen.
Methode	<p>Methode: Es wurde ein qualitatives Studiendesign mit einem phänomenologischen Ansatz verwendet. Die Verbindung des Forschungsziel und dem gewählten Design ist nachvollziehbar und sinnvoll.</p> <p>Stichprobe: Die Stichprobenziehung für das qualitative Design war angebracht. Da es eine theoretische Sättigung gab, können die Ergebnisse teilweise verallgemeinert werden, jedoch nur für die Frauen aus den Ländern der Stichprobe und für wGv Typ 1 und 2. Das Ziel der Studie war es jedoch nicht, dass aus den Resultaten allgemeine Schlüsse gezogen werden können. Nach 11 Frauen (nach deren Interviews), gab es keine neuen Informationen mehr, also entsprach dies schon einer theoretischen Sättigung. Trotzdem haben sie noch 3 weitere interviewt, sodass sie der Empfehlung von Patton (2015) entsprachen und sie sicher eine Datensättigung erreichten. Die ausgewählten Teilnehmerinnen waren geeignet als Informanten, um Daten für die Forschung bereitzustellen.</p> <p>Datenerhebung: Die Datenerhebung der Studie wurde klar und detailliert beschrieben. Die Anonymität der Teilnehmenden wurde sichergestellt, und relevante ethische Themen wurden gemäß dem Helsinki-Übereinkommen berücksichtigt. Alle Informationen gaben sie den Teilnehmenden schriftlich und mündlich. Die Teilnehmerinnen gaben die Einverständniserklärung für die Tonaufnahme ihres Interviews mit einer Unterschrift. Sie wurden informiert, dass sie das Interview jederzeit ohne Konsequenzen abbrechen könnten. Die Studie wurde von dem Ethikkomitee von der Universität in Murcia erlaubt. Das Forschungsteam hat ihren Standpunkt zum Thema nicht angegeben und sie diskutierten ihre Beziehung zu der Stichprobe nicht.</p>

	<p>Datenanalyse: Das Vorgehen bei der Datenanalyse wurde klar und nachvollziehbar beschrieben. Die einzelnen Schritte wurden beschrieben, dies hätte wahrscheinlich noch ausführlicher sein können. Aber zusammen mit den aufgeführten Kategorien im Resultatteil finden wir es gut beschrieben. In den Limits wurde beschrieben, dass sie eine Forscher-Triangulation der Datenanalyse gemacht haben, das heisst, dass die Glaubwürdigkeit der Daten gestärkt ist. Es wurde beschrieben, dass die Kategorien schlussendlich 'gemeinsam vereinbart' wurden. Das lässt schliessen, dass die Kategorien von mehreren Personen gemacht und geprüft wurden, jedoch wurde dies nicht ausführlicher beschrieben. Das hätte für der Glaubwürdigkeit der Analyse beigesteuert. Die Interviews wurden aufgenommen, die non-verbalen Anzeichen wurden schriftlich dokumentiert und danach wurden die Interviews wörtlich transkribiert. Mehr wurde nicht beschrieben. Es wurde auch nicht erwähnt, ob bei der analytischen Entscheidung etwas dokumentiert wurde. Es wurde die Software Atlas.Ti17 für die Datenanalyse angewendet.</p> <p>Ethik: Die Teilnehmerinnen gaben ihre Einverständniserklärungen für die Tonbandaufnahme des Interviews mit einer Unterschrift. Sie wurden auch informiert, dass sie die Interviews jederzeit ohne Konsequenzen abbrechen könnten. Bei der Transkription der Interviews wurden Codes verwendet, die mit 'E' beginnen, um sowohl Schlüsselfiguren als auch Studienteilnehmerinnen zu kennzeichnen.</p>
Ergebnisse	Die Ergebnisse reflektieren die Reichhaltigkeit der Daten, sind im Kontext verankert und präzise beschrieben. Die Kategorien wurden durch Zitate bestätigt und sie zeigen das Erleben der betroffenen und interviewten Frauen auf. Die Kategorien wurden logisch gewählt und sind inhaltlich unterscheidbar.
Diskussion	<p>Diskussion und Interpretation</p> <p>Die Studie identifiziert Gesundheitsprobleme bei wGv betroffenen Frauen. Die Ergebnisse können nicht vollständig verallgemeinert werden, was aber auch nicht das Ziel der Studie war. Das Forschungsziel konnte anhand der Studie beantwortet werden. Die Ergebnisse wurden mit anderen Literaturen verglichen. Es wurde meistens nicht direkt die Bedeutung für die Pflege diskutiert, jedoch allgemein für das Gesundheitspersonal, indem die Pflege auch inkludiert ist. Deshalb sollten auch die Pflegefachpersonen die betroffenen Frauen zur Familienplanung mit einer interkulturellen Perspektive beraten. Da wurde die Pflege auch direkt erwähnt.</p> <p>Schlussfolgerung</p> <p>Im Kontext und auf der Grundlage der Ergebnisse bietet die Schlussfolgerung Empfehlungen und Implikationen für die Praxis an und skizziert weiteren Forschungsbedarf.</p>

Die Güte von qualitativen Forschungsergebnissen werden nach den Kriterien von Lincoln und Guba (1985) gewürdigt:

Bestätigbarkeit (Confirmability)	Die Datenerhebung wurde in einzelnen Schritten beschrieben, was aber wahrscheinlich noch ausführlicher hätte sein können. Aber zusammen mit den aufgeführten Kategorien im Resultatteil wirkt es genügend beschrieben. Die Datenanalyse hätte verständlicher und ausführlicher beschrieben werden können. Die Ergebnisse wurden mit Zitaten belegt. Das Forschungsteam legte
----------------------------------	--

	ihren Standpunkt zum Thema nicht dar. Ausserdem beschrieb das Forschungsteam ihre Beziehung zur Stichprobe nicht. <ul style="list-style-type: none"> • Bestätigbarkeit ausreichend
Zuverlässigkeit (Dependability)	Die Datenerhebung und die Kategorisierung wurden detailliert beschrieben. Die Datenanalyse wurde beschrieben. Es wurde auch beschrieben, dass eine Forscher-Triangulation stattfand, um die Ergebnisse zu bestätigen. <ul style="list-style-type: none"> • Zuverlässigkeit ausreichend
Glaubwürdigkeit (Credibility)	Um die Voreingenommenheit zu reduzieren, wurde in der Phase der Datenanalyse eine Forscher-Triangulation durchgeführt und mehrere Feedback-Sitzungen abgehalten zur Bestätigung der Ergebnisse. <ul style="list-style-type: none"> • Glaubwürdigkeit ausreichend
Übertragbarkeit (Transferability)	Die Teilnehmerinnen repräsentieren das Phänomen (Typ 1 und 2) und wurden beschrieben. Die Datensättigung wurde erreicht, deswegen können die Ergebnisse teilweise verallgemeinert werden, jedoch nur für die Frauen mit wGv Typ 1 und 2 und den entsprechenden Herkunftsländern der Stichprobe. WGv Typ 3 war nicht in der Stichprobe vorhanden. <ul style="list-style-type: none"> • Übertragbarkeit eingeschränkt bis ausreichend

Anhang G: AICA und Güteeinschätzung Mumma et al. (2017)

Zusammenfassung der Studie von Mumma et al. (2017)

“Screening for Victims of Sex Trafficking in the Emergency Department: A Pilot Program”

Einleitung	<ul style="list-style-type: none"> • Die Studie testet ein Screening-Instrument, das erwachsene Frauen, die Opfer von Zwangsprostitution wurden, identifizieren soll. Dies sollte im Vergleich mit einer ärztlichen Einschätzung stattfinden. • Zwangsprostitution wird definiert als «mit Gewalt, Betrug oder Zwang eine Person zu rekrutieren, beherbergen, transportieren, versorgen, erhalten, bevormunden oder zu bitten Sexpraktiken zu verkaufen.». <p>Es gibt Hundertausende, die von Zwangsprostitution in den USA betroffen sind. Die Mehrheit davon sind</p>
-------------------	---

	<p>Frauen. Sie haben nur begrenzten Zugang zu medizinischer Versorgung. Wenn schon, dann meistens auf der Notaufnahme.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es gibt verschiedene Erkennungsmerkmale und Fragestellungen, um die von Zwangsprostitution betroffenen Frauen zu identifizieren, jedoch wurden davon keine auf der Notaufnahme geprüft. • Das Ziel dieser Studie ist es, die Durchführbarkeit eines Screening-Instruments zur Identifizierung erwachsener Opfer von Zwangsprostitution in einer Notaufnahme zu prüfen und dieses Screening-Instrument in Vergleich zu setzen mit der Einschätzung einer Ärztin oder eines Arztes diese erwachsenen Opfer von Zwangsprostitution zu identifizieren.
<p>Methode</p>	<p>Methode: Quantitatives Design. Beobachtungs-Kohorten-Studie.</p> <p>Population: Alle 18-40jährigen Frauen, die die Notaufnahme aufsuchten.</p> <p>Stichprobe: N=143 erwachsene Frauen, Alter zwischen 18 und 40 Jahre, mündliche und schriftliche Kenntnisse in Englisch und/oder in Spanisch. Schwangere Frauen wurden eingeschlossen. Ausschlusskriterien waren Minderjährige und Gefangene sowie Personen, die in Gewahrsam der Strafverfolgungsbehörde waren. Diese Ein- und Ausschlusskriterien wurden begründet. Es wurden die Frauen als Stichprobe genommen, die den Einschlusskriterien entsprachen und zwischen März und Oktober 2015 in die Notaufnahme kamen, ihr Einverständnis für die Studie gaben und medizinisch stabil waren.</p> <p>Datenerhebung: Zuerst machte der Arzt oder die Ärztin oder der/die behandelnde Notaufnahmeangestellte mit den Teilnehmerinnen einmalig körperliche Untersuchung und machte dann die Anamnese. Danach wurde der Arzt/die Ärztin oder der/die behandelnde Notaufnahmeangestellte nach deren Einschätzung gefragt, ob die Teilnehmende positiv für Zwangsprostitution befunden würde oder nicht. Erst danach ging es weiter mit dem Screening-Instrument. Das Screening-Instrument (14 Fragen) zur Identifikation der Opfer von Zwangsprostitution wurde aus öffentlichen Empfehlungen zusammengestellt und bei 15 Patientinnen in der Notaufnahme getestet (diese wurden dann auch in die Studie inkludiert). Sie mussten das Instrument nach der Testung nicht anpassen. Für die Studie selbst wurde die Stichprobe einmalig durch eine trainierte Forschungsperson in einem privaten Raum der Notaufnahme, mündlich die 14 Screening Fragen gefragt. Ein positives Screening wurde definiert, wenn mindestens eine Frage bejaht wurde.</p> <p>Screening-Instrument Fragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Do you have to ask permission to eat, sleep, use the bathroom, or go to the doctor? • Were you (or anyone you work with) ever beaten, hit, yelled at, raped, threatened, or made to feel physical pain for working slowly or for trying to leave? • Has anyone threatened your family? • Is anyone forcing you to do anything that you do not want to do? • Do you owe your employer money? • Does anyone force you to have sexual intercourse for your work? • Is someone else in control of your money? • Are you forced to work in your current job? • Does someone else control whether you can leave your house or not?

- Are you kept from contacting your friends and/or family whenever you would like?
- Is someone else in control of your identification documents, passports, birth certificate, and other personal papers?
- Was someone else in control of arrangements for your travel to this country and your identification documents?
- Do you owe money to someone for travel to this country?
- Has anyone threatened you with deportation?

Datenanalyse: Die Daten wurden anhand der deskriptiven Statistik und mit einem Konfidenzintervall von 95% analysiert. Es wurden auch Prozente ausgerechnet. Bei der Tabelle 1 der Studie wurde für das Alter ein Median und Standardabweichungen berechnet, jedoch nicht so in der Tabelle deklariert. Die Analysen wurden mit «Stata Version 14.1» durchgeführt.

Ethik: Es wurden Minderjährige ausgeschlossen, da das IRB eine informierte Zustimmung brauchte. Die Stichprobe musste ihre Zustimmung, nachdem sie informiert wurde, zur Teilnahme geben. Ausserdem wurden alle positiv gescreenten (durch Fragebogen oder Arzt/Ärztin) Frauen ein Gespräch mit einer Sozialarbeiterin oder einem Sozialarbeiter angeboten. Welche/Welcher selber mit den betroffenen Frauen sprach, die Nöte ausfindig machte und ihnen half relevante Ressourcen zu finden.

Ergebnisse

- Von 143 Teilnehmerinnen wurden 46 positiv auf möglichen Sexhandel getestet.
 - Beim Screening-Instrument positiv getestet: 30 Teilnehmerinnen
 - Von Ärzten positiv eingeschätzt: 7 Teilnehmerinnen
 - Bei beidem positiv getestet/eingeschätzt: 9 Teilnehmerinnen
 - Total bestätigte (richtig positive) Opfer von Zwangsprostitution: 10 Teilnehmerinnen
- Alle gaben die USA als ihr Herkunftsland an.
- Ethnizität: 50% weiss, 30% schwarz/afroamerikanisch, 10% hispanisch/lateinamerikanisch, 10% mehr als eine Ethnizität
- Grund für aufsuchen von Notaufnahme: 30% gynäkologische Beschwerden, 20% Magen-Darmbeschwerden oder Bauchschmerzen, 10% neurologische Beschwerden, 10% Trauma, 10% Drogenkonsum, 20% mit anderen Beschwerden.
- Das Screening-Instrument war in der Sensitivität besser als die ärztliche Einschätzung.
 - Die Spezifität war bei der ärztlichen Einschätzung wenig besser als das Screening-Instrument.
 - Die Frage «Were you (or anyone you work with) ever beaten, hit, yelled at, raped, threatened or made to feel physical pain for working slowly or for trying to leave?» beantworteten alle 'richtig positiv' gescreenten Teilnehmerinnen mit «Ja» (10 von 10 Teilnehmerinnen). Die 'falsch positiv' gescreenten Teilnehmerinnen hatten bei dieser Frage auch die höchste Anzahl Teilnehmerinnen, die diese Frage mit «Ja» beantworteten (18 von 29 Teilnehmerinnen).

	<ul style="list-style-type: none"> • Bei der Frage: «Are you kept from contacting your friends and/or family whenever you would like?» 7 von 10 bejahten die 'richtig positiv' gescreente Teilnehmerinnen. Bei den 'falsch positiv' gescreenten Teilnehmerinnen bejahten diese 6 von 29 Teilnehmerinnen. • Die Fragen «Are you forced to work in your current job?» und « Was someone else in control of arrangements for your travel to this country and your identification documents?» verneinten alle 'falsch positiv' gescreenten Teilnehmerinnen. Bei den 'richtig positiven' Teilnehmerinnen bejahte nur eine Frau diese Fragen.
<p>Diskussion</p>	<p>Beurteilung Ergebnisse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Identifizierung von erwachsenen Opfern von Zwangsprostitution in der Notaufnahme mit einem kurzen Screening-Instrument ist möglich. Das Forschungsteam war überrascht, über die 10 richtig positiv gescreenten Opfer. Die Studie zeigt durch die Anzahl richtig positiv gescreente Frauen, dass es immer wieder Opfer von Zwangsprostitution in der Notaufnahme gibt. • Die Opfer von Zwangsprostitution suchen meisten Gesundheitsversorgung in der Notaufnahme, wie auch andere Berichte zeigen. Deshalb ist die Notaufnahme eine spezielle Möglichkeit, um Opfer zu identifizieren. • Um den betroffenen Frauen in Zwangsprostitution zu helfen, gab es in der Studie einen multidisziplinären Ansatz, was wichtig ist für deren Unterstützung. • Das Screening-Instrument hatte im Vergleich zur Einschätzung des Arztes eine grössere Sensitivität in der Identifikation von Frauen in Zwangsprostitution, dies könnte verschiedene Gründe haben (Zeitmangel, fehlende Kenntnisse der Ärzte, unspezifische Vorstellungsgründe der Frauen, verheimlichen der Situation, Gegenwart des Menschenhändlers, Misstrauen und Scham/Angst gegenüber dem Gesundheitsfachpersonal). • Forschungsbedarf wurde aufgezeigt. <p>Limitationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es wäre möglich, dass Opfer von Zwangsprostitution nicht aufgedeckt wurden, weil diese ein falsch negatives Screening hatten oder verleugneten Opfer von Zwangsprostitution zu sein, nachdem sie nach dem positiven Screening gefragt wurden. • Die Fragen das Screening-Instrument dieser Studie wurden von Instrumenten abgeleitet, die für andere Bereiche entwickelt waren, aber nicht in einer Notaufnahme validiert wurden. • Aufgrund der kleinen Stichprobe dieser Pilotstudie sind die Ergebnisse möglicherweise nicht auf andere Einrichtungen und Settings übertragbar, und für endgültige Schlussfolgerungen ist eine größere Stichprobe erforderlich. • Die Forscher geben an, dass sie keine Langzeituntersuchung machen konnten, um die Wirksamkeit der Interventionen nach dem richtig positiven Screening der Teilnehmerinnen, die die Zwangsprostitution verlassen wollten, zu untersuchen. <p>Implikationen:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Die Frage «Were you (or anyone you work with) ever beaten, hit, yelled at, raped, threatened or made to feel physical pain for working slowly or for trying to leave?» wurde von allen 10 richtig positive Teilnehmerinnen bejaht. Eine einzige Frage wie diese, könnte einfach in den Notaufnahmearbeitalltag inkludiert werden, müsste jedoch weiter untersucht werden. • Diese Studie verdeutlicht den Nutzen der Verwendung eines kurzen Screening-Instrument zur Identifizierung von Opfern des Sexhandels in der Notaufnahme. • Die Forscher beschreiben, dass die Identifizierung von erwachsenen Opfern des Sexhandels in der Notaufnahme mit einem kurzen Screening-Instrument möglich ist. Das Screening-Instrument hatte eine höhere Sensitivität als die ärztliche Einschätzung, Opfer von Zwangsprostitution zu identifizieren. Eine einzelne Frage, wie oben beschrieben, würde vielleicht schon ausreichen.
--	--

Würdigung der Studie von Mumma et al. (2017),

“Screening for Victims of Sex Trafficking in the Emergency Department: A Pilot Program”

Einleitung	<ul style="list-style-type: none"> • Das Phänomen wird klar beschrieben und der Forschungsbedarf begründet. • Die Studie weist einen kleinen theoretischen Bezugsrahmen auf, das hätte noch ausführlicher sein können. • Die Forschungsfrage wurde verständlich formuliert, jedoch hätte es in Bezug auf die Population etwas präziser sein können. Es wurde nur beschrieben, dass erwachsene Opfer von Zwangsprostitution identifiziert werden sollen, aber in der Stichprobe wurden dann nur Frauen eingeschlossen. Dies wurde dort begründet, hätte jedoch in der Forschungsfrage präzisiert werden können.
Methode	<p>Methode: Das Forschungsdesign ist logisch und nachvollziehbar in Bezug auf die Forschungsfrage.</p> <p>Stichprobe: Die Stichprobenziehung war dem Forschungsdesign angepasst und sinnvoll. Es wurde nicht beschrieben, wie viele erwachsene Frauen (als Population) in dem Zeitraum der Studie auf die Notaufnahme kamen und auch nicht, wie viele Frauen den Einschlusskriterien entsprachen, jedoch nicht teilnehmen wollten. Die Ein- und Ausschlusskriterien sind klar und nachvollziehbar beschrieben und werden logisch begründet. Die Stichprobe ist recht klein und es wurde nur auf einer Notaufnahme untersucht, was die Verallgemeinerung einschränkt.</p> <p>Datenerhebung: Die Datenerhebung mit dem Screening-Instrument wurde nachvollziehbar dargestellt. Die Beschreibung anhand von was der Arzt oder die Ärztin die Einschätzung bezüglich Opfer von Zwangsprostitution machten, wurde nicht genügend beschrieben, um nachvollziehbar zu sein.</p> <p>Das Screening-Instrument wurde zuerst an 15 Teilnehmerinnen getestet, die dann auch in die Studie inkludiert wurden, eine Korrelation zur Wertung der Reliabilität wurde nicht berechnet. Die Datenerhebung für die Studie fand einmalig statt und wurde bezüglich Screening-Instrument von trainierten Forschungspersonen erhoben (unklar ob immer von der gleichen Person oder mehrere Personen). Ausserdem war unklar, wie viele Teilnehmerinnen in der Studie falsch negativ gescreent wurden. Somit sind die Reliabilität und Validität des Screening Instruments eingeschränkt.</p>

	<p>Es wurde erwähnt, dass die Teilnehmerinnen die Screeningfragen von ausgebildeten Forscherpersonal mündlich in einem privaten Raum ohne Begleitpersonen in der Notaufnahme befragt wurden. Die mündliche Befragung könnte Einfluss auf die Beantwortung der Fragen der Frauen haben, da sie vielleicht wegen Scham und Angst nicht ehrlich antworteten. Vielleicht würde das eine schriftliche Befragung erleichtern und mögliche Verzerrungen vorbeugen. Die körperliche Untersuchung und die Anamnese durch den Arzt oder die Ärztin wurde vor der Anwendung des Screening-Instruments durchgeführt, sodass er/sie nicht durch die Fragen des Screening Instruments in seiner/ihrer Einschätzung beeinflusst war.</p> <p>Es wurde nicht beschrieben, anhand er/sie genau die Anamnese und körperliche Untersuchung und somit die Einschätzung der Teilnehmerinnen gemacht hat. Es stellt sich die Frage, ob bei allen Teilnehmerinnen die Untersuchungen und Anamnesen gleich waren oder ob es dabei Unterschiede gab, die die Ergebnisse hätten verzerren können. Hat er keine gleichen Fragen, die auch im Screening Instrument vorkamen unbewusst gefragt? Dies wurde nicht beschrieben.</p> <p>Datenanalyse: Die Datenanalyse entsprach dem Skalenniveau der Daten. Die Datenanalyse wurde knapp beschrieben. Die Berechnung der Resultate in Prozente ist mässig sinnvoll, da es so eine kleine Stichprobe war. Die Angaben erlauben nur teilweise eine Beurteilung, da sie teilweise nicht beschrieben waren (siehe z.B. Tabelle 1, bei Alter der Frauen). Es wurde kein Signifikanzniveau bestimmt.</p> <p>Ethik: Die Studie wurde von keinem Ethikkomitee erlaubt, oder es wurde nicht beschrieben. Ethische Fragen wurden nicht diskutiert (nicht beschrieben), jedoch machten sie gewisse Massnahmen (Zustimmung der Stichprobe, bei richtig positiven Frauen wurde Unterstützung angeboten durch die Soziale Arbeit).</p>
<p>Ergebnisse</p>	<p>Die angegebenen Ergebnisse wirken präzise. Die Tabellen ergänzen den Fliesstext. Die Tabellen sind teilweise nicht vollständig beschriftet, was eine Beurteilung der Ergebnisse erschwert. Die Ergebnisse des Screening-Instruments wurden detailliert aufgezeigt. Die Gegenüberstellung in Tabelle 1 in der Studie sind die Prozente nur begrenzt aussagekräftig (kleine Stichprobe) und können nicht mit den falsch positiven Frauen und negativen Frauen verglichen werden, da das Verhältnis 10:133 Teilnehmerinnen war. Deshalb ist die Prozentberechnung fraglich sinnvoll.</p>
<p>Diskussion</p>	<p>Diskussion und Interpretation: Es werden die meisten Resultate, die für die Fragestellung wichtig sind, diskutiert und mit anderer Literatur verglichen. Andere Resultate wurden nicht diskutiert. Es werden nach Erklärungen gesucht.</p> <p>Schlussfolgerung: Die Studie ist beschränkt sinnvoll. Sie wäre sinnvoll, wenn die Forscher ein besser validiertes Screening Instrument gewählt hätten oder dieses zuerst auf dessen Validität und Reliabilität in diesem Setting geprüft hätten. In einem weiteren Schritt wäre diese Studie in diesem Format sinnvoll. Die Forscher haben in den Limitationen erwähnt, dass das Screening-Instrument durch die Screeningfragen für ursprünglich andere Settings eine Einschränkung darstellt. Deshalb ist es mit Vorsicht zu betrachten, dieses Screening-Instrument in der Praxis anzuwenden, jedoch zeigt die Studie auch, dass sie aus 143 Frauen 10 richtig positive Teilnehmerinnen identifizieren konnten. Die Studie könnte in einem anderen Setting z.B. in der Notaufnahme einer psychischen Klinik getestet werden.</p>

Die Güte von quantitativen Forschungsergebnissen wird nach den Kriterien von Bartholomeyczik et al. (2008) gewürdigt:

Objektivität	<p>Das Forschungsteam hat nur teilweise ihr Forschungsvorgehen genau beschrieben. Die Anamnese und die körperliche Untersuchung zur Einschätzung des Arztes oder der Ärztin und die Datenanalyse wurde ungenau beschrieben. Das schränkt die Replikation der Studie ein. 10 Opfer von Zwangsprostitution wurden identifiziert.</p> <p>Die Stichprobe ist für eine Verallgemeinerung zu klein. Die Objektivität mit einem Screening Instrument ist höher als die von einem Arzt oder einer Ärztin (Vorgehen wurde nicht genau beschrieben). Das Screening-Instrument wurde jedoch zur mündlichen Befragung benutzt und es könnte dadurch einen Hawthorne-Effekt entstanden sein.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Objektivität ist eingeschränkt.
Reliabilität	<p>Das Screening-Instrument ist nicht für die Notaufnahme validiert und wurde vom Forschungsteam aus öffentlichen Empfehlungen selber zusammengestellt. Das Forschungsteam hat eine Ersttestung des Instruments an 15 Frauen auf der Notaufnahme gemacht. Danach musste laut dem Forschungsteam keine weiteren Anpassungen des Instruments gemacht werden, es wurde jedoch nicht genau beschrieben. Eine Korrelation zur Beurteilung der Reliabilität des Screening-Instruments wurde nicht berechnet.</p> <p>Da das genaue Vorgehen des Arztes oder der Ärztin nicht genau beschrieben wurde, ist fraglich ob bei allen Teilnehmerinnen die gleichen Bedingungen herrschten und diese Konsultationen gleiche Ergebnisse bei Wiederholungen oder bei einem anderen Arzt oder Ärztin die gleichen Einschätzungen herausgekommen wären.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reliabilität ist eingeschränkt.
Validität	<p>Die Validität ist eingeschränkt, da die Reliabilität eingeschränkt ist. Die Reihenfolge der Datenerhebung (1. Ärztliche Konsultation, 2. Screening Instrument) beugt eine Beeinflussung der ärztlichen Einschätzung vor und stärkt die Validität der ärztlichen Konsultation. Screening Instrument fraglich valide (siehe Reliabilität). Das Studiendesign passt auf das Forschungsziel der Studie.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Validität ist eingeschränkt.

Anhang H: AICA und Güteeinschätzung Baldwin et al. (2011)

Zusammenfassung der Studie von Baldwin et al. (2011),

“Identification of human trafficking victims in health care settings”

<p>Einleitung</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Das Phänomen der Studie handelt um das Thema «Menschenhandel», was eine weltweite Industrie und Ausbeutung ist. • Menschenhandel wird von den Forscher anhand der Definition von den Vereinten Nationen als «die Anwerbung, Beförderung, Verbringung, Beherbergung oder Aufnahme von Personen durch die Androhung oder Anwendung von Gewalt oder anderen Formen der Nötigung, durch Entführung, Betrug, Täuschung, Missbrauch von Macht oder Ausnutzung besonderer Hilflosigkeit oder durch Gewährung oder Entgegennahme von Zahlungen oder Vorteilen zur Erlangung des Einverständnisses einer Person, die Macht über eine andere Person hat, zum Zweck der Ausbeutung» definiert. • Die USA ist ein wichtiges Ziel für den Menschenhandel. Es gibt tausende Frauen, Männer und Kinder, die aus zahlreichen Ländern in die USA verschleppt werden, aber auch US-Bürgern, vor allem Frauen und Kinder, innerhalb der US-Grenzen werden gehandelt. Häufig zum Zweck der sexuellen Ausbeutung. • Die Opfer von Menschenhandel arbeiten oft als versklavte Hausangestellte oder als Zwangsarbeiter in Restaurants, in der Landwirtschaft oder in der Industrie. Sie werden auch in die Prostitution, Pornografie oder in andere Bereiche der kommerziellen Sexindustrie gezwungen. In jeder Form der Ausbeutung leiden diese Menschen unter schweren Misshandlungen, die häufig zu körperlichen und psychischen Erkrankungen führen. • Den Bedarf dieser Studie wurde mit der Möglichkeit des Gesundheitswesens, Opfer von Menschenhandel zu identifizieren und die geringe Anzahl an Forschung zum Thema begründet. • In der Studie wurden zwei Forschungsfragen definiert: Gibt es bestimmte Settings, Erscheinungsbilder und Verhaltensweisen der Patienten oder Patientinnen oder Merkmale der Täter/in, die zusammen dazu beitragen können, einen Patienten oder eine Patientin als Opfer von Menschenhandel zu identifizieren? Was sind Hindernisse, des Gesundheitspersonal Opfer von Menschenhandel zu identifizieren? Durch diese Studie möchten die Forscher Opfer von Menschenhandel, die Gesundheitsdienste in Anspruch nehmen, besser verstehen und Begegnungen von Opfern von Menschenhandel und den Gesundheitsdiensten erforschen und charakterisieren.
<p>Methode</p>	<p>Methode: Qualitatives Design. Stichprobe: N1=6 Personen, die Teil einer Anti-Menschenhandel Arbeitsgruppe in Los Angeles waren und eng mit Opfern von Menschenhandel zusammenarbeiteten. N2=12 erwachsene Frauen, die Opfer von Menschenhandel sind. Die Interviews wurden schlussendlich mit 11 Frauen gemacht, das fehlende Interview mit einer Frau von Stichprobe N2=12 wurde nicht begründet. Die Stichprobenziehung N1 wurde nicht genau beschrieben, es waren einfach 6 Leute aus dieser Arbeitsgruppe. Die</p>

Stichprobenziehung N2 wurde in Zusammenarbeit mit der Non-Profit-Organisation «Coalition to Abolish Slavery and Trafficking» (CAST) gemacht. Diese Organisation hängte Flyers für die Studie aus und sie haben die Frauen auch durch die Case Manager (diese bekamen eine kurze Schulung zur Studie) informiert und weitergeleitet/rekrutiert. Die Teilnehmerinnen mussten ihr Einverständnis zur Teilnahme der Studie geben. Die Informationen zur Studie und die Einwilligungserklärung wurden auf Spanisch, Koreanisch, Russisch, Tagalog und Thai, wie die Personen N1 in Phase 1 empfohlen haben, übersetzt. Die Teilnehmerinnen bekamen als Entschädigung ihrer Zeit einen Gutschein von 25USD.

Population: Erwachsenen Frauen, die Opfer von Menschenhandel wurden.

Datenerhebung: Die Daten wurden in zwei Phasen durch «face-to-face», «in-depth», semistrukturierte Interviews erhoben. Durch die Ergebnisse aus der ersten Phase, Interviews mit den Personen aus der Anti-Menschenhandel Arbeitsgruppe, wurden die Themen und Fragen für die Interviews mit den erwachsenen Frauen, die Opfer von Menschenhandel wurden, für die zweite Phase festgelegt. Die Interviews wurden durch den Hauptforscher oder die Hauptforscherin zwischen Juni 2006 und April 2008 durchgeführt.

Die Interviews der Phase 1 wurden einmalig erhoben, in Englisch geführt, auf Tonband aufgenommen und professionell transkribiert. Die Themen «Identifikation von Opfer von Menschenhandel», «Hindernisse und Hilfestellungen für die Identifikation im Gesundheitswesen von Opfern von Menschenhandel» und «Gesundheitsauswirkungen auf die Opfer durch den Menschenhandel».

In der Phase 2 wurden die Interviews, begleitet durch professionelle Dolmetscher/innen (Übersetzung in Spanisch, Koreanisch, Russisch, Englisch, in eine Asiatische und eine Afrikanische Sprache) in einem privaten Raum von CAST-Büros durchgeführt. Ein Interview wurde in einem privaten Büro von Los Angeles County Departement of Public Health gemacht. Die Interviews wurden auf Tonband aufgezeichnet (mit Einverständnis der Frauen) und einmalig erhoben. Um die Privatsphäre und Sicherheit der Teilnehmerinnen zu gewährleisten, wurden nur Alter und Herkunftsland der Teilnehmerinnen als demographische Daten erfragt. Das Ziel der Interviews war es folgende Themen zu erfassen: Begegnungen, der Opfer mit anderen Leuten, den Menschenhändler/innen und Arbeitgeber/in, Begegnungen mit dem Gesundheitswesen, während dem sie sich im Menschenhandel befanden und die Begegnungen, die sie zur Flucht aus dem Menschenhandel bewegten. Ausserdem gaben sie ihre Meinung zu Hindernissen und Hilfestellungen bezüglich der Identifikation der Opfer durch das Gesundheitswesen an.

Datenanalyse: Die Daten wurden individuell übersetzt und transkribiert (Spanisch 'double-step' und die anderen Sprachen 'single-step' Prozess). Die Transkription und die Kategorisierung wurden genau beschrieben und wurden von mehreren Forschern und Forscherinnen gemacht. Auch unabhängige Forscher und Forscherinnen wurden beigezogen. Sie haben die Kodierungen und Themenbestimmungen zusammen im Forscherteam diskutiert und verfeinert.

Ethik: Das Überprüfungs-gremium der kalifornischen Universität in Los Angeles gab die Genehmigung für die Studie und deren verwendetes Material. Die Anonymität der Teilnehmerinnen wurde geschützt, indem sie nicht alle übersetzten Sprachen in der Studie angaben und die Dolmetscher/innen einen Onlinekurs von UCLA «Office for Protection of Research subjects» absolvierten. Die Dolmetscher/innen wurden durch den Hauptforscher oder der Hauptforscherin über Menschenhandel und durch das Interview evtl. hervorkommende irritierende und emotionale Inhalte orientiert. Alle Daten, die die Forscher aus den Interviews mit N1 und N2 erhoben, wurden anonymisiert.

Ergebnisse

Demographische Charakteristiken:

- Die 12 Teilnehmerinnen (N2) stammten aus 10 Länder in Afrika, Asien, Europa, Nordamerika und Südamerika.
- Alter der Frauen: zwischen 22 bis 63 Jahre
- Alle waren Opfer von Menschenhandel in Los Angeles und wohnten in der Zeit der Interviews dort.
- 3 Frauen waren in der Zwangsprostitution, 8 Frauen waren in Zwangsarbeit, 1 Frau war Opfer von beidem.
- Dauer der Gefangenschaft im Menschenhandel: Mehrere Wochen bis mehr als 7 Jahre.
- 50% der Teilnehmenden suchten einen Arzt oder eine Ärztin oder andere Gesundheitsfachpersonen während ihrer Zeit im Menschenhandel auf. Eine Teilnehmende arbeitete für Menschenhändler/innen in einem Spital. Auch die interviewten Personen von der Stichprobe N1 gaben an, dass sie Klientinnen und Klienten hatten, die während sie im Menschenhandel waren Gesundheitsversorgung in Anspruch nahmen.

Gründe für Aufsuchen von Gesundheitsdiensten:

Frauen die Opfer von Zwangsarbeit waren gaben Gründe für das Aufsuchen der Gesundheitsdienste (Private und öffentliche, kleine wie grosse medizinische Einrichtungen) an:

- respiratorische oder systemische Erkrankungen
- körperliche Verletzungen,
- Zahnprobleme und Arbeitsunfälle

Frauen, die Opfer von Zwangsprostitution waren, gaben Gründe für das Aufsuchen von Gesundheitsdiensten an:

- vor allem sexuell übertragbare Infektionen (STI)
- Schwangerschaftsteste und
- Aborte

Menschenhändler/innen brachten eine Teilnehmerin zu traditionellen Heilern (Curanderas) mit der Begründung, dass die Frau zu wenige Klienten hatte. Andere brachten die Frauen wegen HIV- oder STI-Abklärungen und Behandlungen in eine Klinik. Auch Minderjährige liessen sie, laut der Teilnehmerin, immer wieder testen, sodass die Zwangsprostitution möglichst nicht aufgedeckt wurde.

Hindernisse zur Offenlegung von Menschenhandel:

- Anwesenheit von Menschenhändlern/innen oder deren Vertreter/innen, die auch für die Opfer die Dokumente ausfüllten und für sie sprachen.
- Kommunikationsschwierigkeit (Sprachbarriere, Schwierigkeiten Menschen zu vertrauen, Angst und Scham (auch wenn Menschenhändler/in nicht vor Ort war), Anwesenheit Menschenhändler/in)
- Mangelndes Vertrauen in die Gesundheitseinrichtung (evtl. Beziehung von Menschenhändler/in zu Arzt oder zur Ärztin in Klinik, in zwei Fällen war Arzt Verwandter von Menschenhändler/in), wurde von N1 und N2 meistens geäussert.
- Zur Lüge gezwungen.
- Angst, um eigene Sicherheit und deren Familienangehörige, Angst bezüglich Ausschaffung (Info an Immigrationsamt) oder Drohung des Menschenhändlers oder der Menschenhändlerin von Gefängnisstrafe
- Gefühl der Hoffnungslosigkeit/Hilflosigkeit

	<ul style="list-style-type: none"> - Laut N1 wissen Opfer von Menschenhandel teils auch gar nicht, dass sie Opfer von Menschenhandel sind (wegen jungen Alters bei Rekrutierung in Menschenhandel oder Unwissen der Gesetze) - Kosten der Behandlung als Schulden angerechnet <p>Empfehlungen aus der Sicht der von Menschenhandel betroffenen Teilnehmerinnen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alle 12 Teilnehmerinnen konnten mit Hilfe der Strafverfolgungsbehörde, Hilfe von Bekannten oder ihrer eigenen Fluchtentscheidung aus dem Menschenhandel ausbrechen. - Keine der Betroffenen (auch keine die N1 betreuten) wurde durch Gesundheitsfachpersonal als Opfer identifiziert und beim Ausstieg unterstützt. Laut Teilnehmerinnen wurden sie nie nach ihrer persönlichen Sicherheit oder ihrer Missbrauchsgeschichte, noch Screening-Fragen zu häuslicher Gewalt gefragt. - Empfehlung für Gesundheitspersonal von den Teilnehmerinnen ist auf die Körpersprache/-haltung (Nervosität, Angst) und auch auf die Begleiter zu achten. Bei Bedarf nochmals nachfragen bezüglich beispielsweise Verwandtschaftsgrades (Ansprechen von Diskrepanzen).
<p>Diskussion</p>	<p>Beurteilung Ergebnisse: Die Ereignisse zeigen, dass Opfer von Menschenhandel in verschiedenen Gesundheitseinrichtungen anzutreffen sind, sogar teils auch als Mitarbeiter im Spital. Das ganze Gesundheitspersonal, nicht nur die Ärzteschaft, kann jemanden als Opfer von Menschenhandel zu identifizieren und müssen dafür geschult werden. Aber es ist nicht einfach, ein Porträt von typischen Patienten oder Patientinnen, die Opfer von Menschenhandel sind, zu erstellen. Sie begründeten das, dass jede Patientin oder jeder Patient mit verschiedenen Beschwerden in eine Gesundheitseinrichtung kommen.</p> <p>Viele Opfer von Zwangsarbeit, wie die Studie zeigt, kommen mit den Beschwerden erst spät in die Gesundheitseinrichtung, was ein Merkmal für Menschenhandel sein könnte, aber alleine durch dieses Merkmal kann der Menschenhandel nicht bestätigt werden, da in der US viele Menschen, die nicht versichert sind, erst spät medizinische Unterstützung suchen. Es gibt jedoch zusätzlich gewisse Verhaltensweisen oder auch die Anwesenheit des Menschenhändlers der Menschenhändlerin, die Anhaltspunkte sein können mögliche Opfer von Menschenhandel im Gesundheitswesen zu erkennen.</p> <p>Die Teilnehmerinnen äusserten, dass die Körpersprache, der Affekt und die Körperhaltung eines Patienten seinen Opferstatus vermitteln könnte. Die Ärzteschaft verpassen die Identifikation der Opfer von Menschenhandel nicht nur wegen fehlendem Bewusstsein oder Schulung, sondern auch wegen Zeitdruck. Da könnte laut der Studie ein validierter Screening Fragebogen (was es noch nicht gibt) helfen, die Opfer effizient zu erkennen. Als Beispiel wurde eine Frage aus Häusliche-Gewalt-Screening-Fragen vorgeschlagen, da häusliche Gewalt teilweise ähnliche Merkmale wie Menschenhandel zeigt. Es wird in Zukunft eine Zunahme von elektronischen Patientenakten erwartet, was auch Chancen einer Erleichterung bietet diese auf Opfer von Menschenhandel zu prüfen.</p> <p>Limitationen: Es war eine kleine Stichprobengröße in der Studie. Die Rekrutierung fand in einer Organisation statt, die in einer städtischen Gegend war. So können die Ergebnisse nicht alle Opfer von Menschenhandel in der US vollkommen repräsentieren, was eine Limitation der Studie war. In der Stichprobe N2 wurden aber verschiedene Arten von Menschenhandel und verschiedene Sprachen vertreten, was wiederum eine grosse Diversität aufzeigt für eine so kleine Stichprobe. In dieser Diversität wurden Gemeinsamkeiten in Erlebnissen und Themen der Opfer gefunden. Alle</p>

	<p>Teilnehmerinnen der N2 konnten aus dem Menschenhandel ausbrechen und haben sich Unterstützung geholt. Die Ergebnisse könnten sich vielleicht von Opfern, die noch im Menschenhandel sind und auch zu solchen, die aus dem Menschenhandel ausgebrochen sind sich jedoch unterscheiden.</p> <p>Implikationen: Es wird beschrieben, dass die Sprachbarriere und die mangelnde Sensibilisierung des Gesundheitspersonals ein Hindernis für die Identifizierung gewesen sein könnten. Es ist sehr wichtig, dass alle Teammitglieder über Menschenhandel informiert und darin geschult sind, verdächtiges Verhalten oder Anzeichen von Gewalt zu erkennen und Wissen über die Hindernisse der Opfer den Menschenhandel offenzulegen zu haben. Die Sozialanamnese (inklusive Arbeit und Wohnverhältnisse) und auch die Anamnese zu den aktuellen Beschwerden sollte für eine Identifikation von Opfern von Menschenhandel gemacht werden. Um Patienten und Patientinnen die Möglichkeit zu geben für sich selbst zu sprechen, sollte das Gesundheitsfachpersonal die Anamnese unter vier Augen und bei Bedarf mit professionellen Dolmetschern machen.</p>
--	---

Würdigung der Studie von Baldwin et al. (2011),

“Identification of human trafficking victims in health care settings”

Einleitung	<p>Das Phänomen «Menschenhandel» wird klar dargestellt und mit Literatur eingeführt. Der Bedarf an Forschung wird logisch begründet und die Pflegerelevanz (in der Studie wird von diversen Gesundheitsdiensten geschrieben, in der die Pflege auch beinhaltet ist) und auch die Wichtigkeit der Studie nachvollziehbar beschrieben. Die Forschungsfrage und das Ziel wurde von den Forschern definiert und erscheint sinnvoll. Die Population der Fragestellungen hätte konkreter sein können (Geschlecht und Alter), da sie für die Studie dann nur erwachsene Frauen untersuchten. Oder sie hätten die eine Stichprobe anpassen müssen.</p>
Methode	<p>Methode: Das Forschungsdesign ist logisch und nachvollziehbar für die Forschungsfragen der Studie.</p> <p>Stichprobe: Die Stichproben wirken für die Studie geeignet, da sie entweder mit Opfern von Menschenhandel arbeiteten oder selber davon betroffen waren. Die Stichprobenziehung wurde nicht genau beschrieben (keine expliziten Ein- und Ausschlusskriterien), ausserdem wurde der eine Dropout nicht begründet (Anfangs N2=12, aber nur 11 Interviews mit N2).</p> <p>Die Teilnehmerinnen von N2 haben einen Gutschein von 25USD nach dem Interview bekommen, dies ist nicht klar beschrieben, ob die Frauen das schon bei der Rekrutierung wussten und so evtl. wegen dem Geld mitmachten. Es ist jedoch kein grosser Betrag und deshalb hat es wahrscheinlich keinen grossen Einfluss auf die Teilnahme der Studie und wirkt angemessen.</p> <p>Datenerhebung: Eine theoretische Sättigung wurde bei den Teilnehmerinnen, die von Zwangsarbeit betroffen waren, angegeben, bei den Teilnehmerinnen von Zwangsprostitution nicht. Die Datenerhebung war klar beschrieben, aber etwas knapp.</p> <p>Datenanalyse: Die Datenanalyse wurde durch mehrere und teils auch unabhängige Forscher und Forscherinnen durchgeführt und miteinander diskutiert und verfeinert. Der Einbezug von unabhängigen Forschern und Forscherinnen deutet auf eine Forschertriangulation hin. Die Datenanalyse wirkt glaubwürdig.</p>

	<p>Ethik: Die Studie wurde genehmigt, jedoch ist nicht ganz klar, ob dieses Überprüfungs-gremium der kalifornischen Uni-versität in Los Angeles eine Ethikkommission ist. Die Anonymität der Frauen und das Gewährleisten der Sicherheit der Frauen wurde von den Forschern und Forscherinnen beachtet. Die Beziehung zwischen dem Forschungsteam und den Teilnehmer/innen sowie der Standpunkt zur Thematik des Forschungsteams wurde nicht beschrieben. Die Teilnahme an der Studie war freiwillig, sie mussten auch eine Zustimmung zur Studie geben, wo sie die Informationen zur Studie und Einverständniserklärung in ihrer Sprache erhielten.</p>
Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> • Die Ergebnisse wurden mit Zitaten der Stichproben belegt. Die Ergebnisse erklären und beleuchten das Phänomen als Ganzes, sie sind vielschichtig. Die Kategorisierungen und Unterthemen in Tabelle 1 wirken logisch und werden inhaltlich durch die Ergebnisse bestätigt. Jedoch unterscheidet sich die Struktur in der Darstellung der Resultate im Ergebnis-Teil von den Kategorisierungen von Tabelle 1, ist wenig leserfreund-lich und etwas verwirlich. • Es wurde klar beschrieben, welche Ergebnisse der Stichprobe N2 von der Stichprobe N1 bestätigt wur-den. • Die Ergebnisse dieser Studie zeigt eine Reichhaltigkeit von Informationen, die Stichprobe N2 war in ihren Charakteristiken divers und sie befragten Teilnehmerinnen, die Opfer von Zwangsarbeit oder/und Zwangsprostitution betroffen waren. Ausserdem wurde noch die Stichprobe N1 befragt, was nochmals eine Vielschichtigkeit in die erhobenen Daten gibt und die sich gegenseitig bestätigten. Dies stärkt die Mög-lichkeit die Resultate zu verallgemeinern. Trotzdem war die Stichprobe eher klein und das amerikanische Ge-sundheitssystem unterscheidet sich zu anderen Ländern, was eine Verallgemeinerung weltweit limi-tiert. Ausserdem haben die Forscher und Forscherinnen die Stichproben nur aus einer Organisation rekrui-tiert, was die Verallgemeinerung auf die ganze US einschränkt.
Diskussion	<p>Diskussion und Interpretation: In der Diskussion werden nicht alle Ergebnisse diskutiert. Die Ergebnisse werden kaum mit anderer Literatur oder anderen Studien verglichen. Wenn die Forscher und Forscherinnen es doch taten, wurde nicht vollständig referenziert. Die Ergebnisse wurden teilweise zusammengefasst, diskutiert und interpretiert. Die Forschungsfrage konnte teilweise durch die Ergebnisse beantwortet werden.</p> <p>Schlussfolgerung: Die Schlussfolgerung widerspiegelte die Ergebnisse der Studie. Sie geben auch Empfehlungen für die Praxis, im Bezug zu den Ergebnissen, um Opfer von Menschenhandel besser identifizieren zu können. Die Be-deutung für die Pflege selber wurde wenig diskutiert, es wurde mehr die Bedeutung allgemein für das Gesundheits-fachpersonal beschrieben, worunter auch die Pflege gehört.</p>

Die Güte von qualitativen Forschungsergebnissen werden nach den Kriterien von Lincoln und Guba (1985) gewürdigt:

Bestätigbarkeit (Confirmability)	Das Forschungsteam gab knapp an, wie es bei der Datenerhebung vor-gegangen ist. Alle Interviews wurden auf Tonband aufgezeichnet. Bei der Datenanalyse wurde das Vorgehen beschrieben und die Ober- und Unterkategorien angegeben. Es wurde eine Daten- und Forschertrian-gulation durchgeführt. Die Ergebnisse wurden mit Zitaten der
----------------------------------	--

	<p>Stichprobe bestätigt. Der Standpunkt der Forscher zur Thematik und die Beziehung der Forscher zu den Teilnehmerinnen wurde nicht beschrieben.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bestätigbarkeit ausreichend
Zuverlässigkeit (Dependability)	<p>Die Stichprobenziehung, Datenerhebung und Datenanalyse wurde beschrieben. Die Datenerhebung und Stichprobenziehung (z.B. keine Ein- und Ausschlusskriterien) hätte noch detaillierter sein können. Die Daten wurden nachvollziehbar präsentiert und durch Zitate belegt. Datentriangulation wurde durchgeführt, die Personen der Anti-Menschenhandel-Arbeitsgruppe stimmten mit ihren Aussagen mit denen der Teilnehmerinnen, die Opfer von Menschenhandel waren, überein.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zuverlässigkeit ausreichend
Glaubwürdigkeit (Credibility)	<p>Es wurde eine Daten-Triangulation für die Datenerhebung und eine Forschertriangulation für die Datenanalyse durchgeführt. Die Ergebnisse werden kaum mit weiteren Literaturen verglichen und wenn, dann nicht vollständig referenziert. Die Forscher interpretierten Teile aus den Ergebnissen, die Interpretationen waren nachvollziehbar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Glaubwürdigkeit ausreichend bis gut
Übertragbarkeit (Transferability)	<p>Die Teilnehmerinnen nur knapp beschrieben, teils begründeten dies die Forscher mit der Anonymität und Sicherheit der Frauen. Es wurde bei den Interviews der Teilnehmerinnen, die von Zwangsarbeit betroffen waren, Datensättigung beschrieben, bei der restlichen Stichprobe nicht. Jedoch sind die Resultate beschränkt auf die Population übertragbar, da die Stichprobe nicht die ganze Population repräsentierte und klein war, was sie bei der Limitation beschrieben.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Übertragbarkeit eingeschränkt.