

# Ein kleiner Eingriff mit grossen Auswirkungen

Praxisrelevantes Wissen für Pflegefachpersonen im Umgang mit Frauen mit einer Hysterektomie

Noemi Liebi  
16 546 111

Yvonne Marty  
15 612 567

Departement Gesundheit  
Institut für Pflege  
Studienjahr: PF 16  
Eingereicht am: 30. April 2019  
Begleitende Lehrperson: Doris Ruhmann

**Bachelorarbeit  
Pflege**

## **Abstract**

**Einleitung:** Die Hysterektomie ist die zweithäufigste Operation in der Gynäkologie. Mögliche negative Auswirkungen dieses Eingriffs auf die sexuelle Gesundheit einer Frau werden in der Praxis nicht priorisiert und die Betreuung dieser Patientinnengruppe ist folglich häufig unzureichend.

**Ziel:** Die vorliegende Bachelorarbeit untersucht, welche negativen Auswirkungen die Hysterektomie auf die sexuelle Gesundheit einer Frau haben kann und welche pflegerischen Interventionen zur Förderung der sexuellen Gesundheit in der aktuellen Literatur vorhanden sind.

**Methode:** Zur Beantwortung der Forschungsfrage erfolgte zusätzlich zur Handsuche eine systematisierte Literaturrecherche in den Datenbanken CINAHL, MEDLINE und PsycINFO. Insgesamt wurden vier Studien zu den Auswirkungen und drei Studien zu den Interventionen miteinbezogen.

**Ergebnisse:** Die Thematik dieser Bachelorarbeit ist wenig erforscht. Mögliche postoperative Auswirkungen einer Hysterektomie auf die sexuelle Gesundheit sind zahlreich (z. B. Körperbildstörung, Scham und soziale Isolation) können je nach soziokulturellem Hintergrund stark variieren. Es wurden sieben Ansätze für pflegerische Interventionen herausgearbeitet: Caring, Familienzentrierte Pflege, Personenzentrierte Gesprächsführung und Aktives Zuhören, Interprofessionelle Zusammenarbeit, Edukation, Anonymität, Austausch in Peergruppen.

**Schlussfolgerung:** Pflegende sollen durch die erarbeiteten Ergebnisse auf die Thematik sensibilisiert werden, um eine professionelle Pflege zu bieten. Weitere Forschung wird benötigt, um evidenzbasierte Assessmentinstrumente und pflegerische Interventionen zu entwickeln.

**Keywords:** hysterectomy, sexual health, impact, hospital, women, body image, intervention, nurse

# Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einleitung .....</b>	<b>1</b>
1.1 Sexuelle Gesundheit und Hysterektomie .....	1
1.2 Zielsetzung.....	4
1.3 Fragestellung .....	4
1.4 Eingrenzung der Thematik.....	4
<b>2. Theoretischer Hintergrund .....</b>	<b>6</b>
2.1 Hysterektomie .....	6
2.2 Geschichte der Hysterektomie .....	8
2.3 Sexuelle Gesundheit.....	9
2.4 Körperbild und Körperbildveränderung/-störung .....	9
2.5 Wichtige Ansätze bei der Durchführung pflegerischer Interventionen.....	10
2.5.1 Caring.....	10
2.5.2 Familienzentrierte Pflege.....	12
2.5.3 Personenzentrierte Gesprächsführung und Aktives Zuhören.....	12
<b>3. Methode.....</b>	<b>15</b>
3.1 Systematisierte Literaturrecherche und Selektionsprozess.....	15
3.2 Beurteilung der ausgewählten Studien.....	19
<b>4. Ergebnisse: Ausgewählte Studien zu den negativen Auswirkungen einer Hysterektomie auf die sexuelle Gesundheit.....</b>	<b>21</b>
4.1 Pinar, Okdem, Dogan, Buyukgonenc & Ayhan (2012) .....	22
4.1.1 Relevante Ergebnisse der Studie Pinar et al. (2012).....	23
4.1.2 Beurteilung der Güte der Studie Pinar et al. (2012).....	23
4.2 Shirinkam, Jannat-Alipoor, Shirinkam Chavari & Ghaffari (2018) .....	25
4.2.1 Relevante Ergebnisse der Studie Shirinkam et al. (2018) .....	26
4.2.2 Beurteilung der Güte der Studie Shirinkam et al. (2018).....	29

4.3 Askew & Zam (2013).....	31
4.3.1 Relevante Ergebnisse der Studie Askew & Zam (2013).....	32
4.3.2 Beurteilung der Güte der Studie Askew & Zam (2013).....	33
4.4 Wong & Arumugam (2012) .....	35
4.4.1 Relevante Ergebnisse der Studie Wong & Arumugam (2012).....	36
4.4.2 Beurteilung der Güte der Studie Wong & Arumugam (2012).....	37
<b>5. Ergebnisse: Ausgewählte Studien zu den pflegerischen Interventionen zur Förderung der sexuellen Gesundheit nach Hysterektomie .....</b>	<b>39</b>
5.1 Wang, Li, Li & Li (2014).....	40
5.1.1 Beschreibung der Intervention «Integrated Intervention» .....	42
5.1.2 Beurteilung der Güte der Studie Wang et al. (2014).....	43
5.2 Jun et al. (2011) .....	45
5.2.1 Beschreibung der Intervention «Sexual Life Reframing Program» .....	47
5.2.2 Beurteilung der Güte der Studie Jun et al. (2011) .....	48
5.3 Classen et al. (2013).....	49
5.3.1 Beschreibung der Intervention «GyneGals» .....	51
5.3.2 Beurteilung der Güte der Studie Classen et al. (2013).....	51
<b>6. Diskussion .....</b>	<b>53</b>
6.1 Negative Auswirkungen einer Hysterektomie auf die sexuelle Gesundheit.....	53
6.2 Pflegerische Interventionen zur Förderung der sexuellen Gesundheit nach Hysterektomie .....	59
<b>7. Theorie-Praxis-Transfer .....</b>	<b>64</b>
7.1 Ergebnisse der Pflegeforschung .....	64
7.2 Expertise der Pflegefachperson .....	67
7.3 Ziele und Vorstellungen der Patientin .....	68
7.4 Umgebungsbedingungen .....	68
<b>8. Limitationen .....</b>	<b>70</b>

<b>9. Schlussfolgerung .....</b>	<b>73</b>
<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>74</b>
<b>Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>79</b>
<b>Tabellenverzeichnis .....</b>	<b>79</b>
<b>Danksagung .....</b>	<b>80</b>
<b>Eigenständigkeitserklärung.....</b>	<b>81</b>
<b>Wortzahlen .....</b>	<b>81</b>
<b>Anhang .....</b>	<b>82</b>

## 1. Einleitung

Im ersten Kapitel wird in die Thematik eingeführt: Zu Beginn wird die Problemstellung, deren Relevanz für die Pflege sowie die Motivation der Autorinnen der vorliegenden Bachelorarbeit erläutert. Davon abgeleitet sollen die Zielsetzung und Fragestellung sowie deren Eingrenzung aufgezeigt werden.

### 1.1 Sexuelle Gesundheit und Hysterektomie

«Gefühl von Leere, Gefühl der Wertlosigkeit, kein Sexualempfinden mehr, keine Kraft mehr – AUSGERÄUMT» (Schuligoj, 2013, S. 94).

Mit diesen Worten nimmt eine 69-jährige Frau 22 Jahre nach ihrer Hysterektomie Stellung zu einer wichtigen pflegerischen Thematik – der sexuellen Gesundheit nach einer Hysterektomie.

In der medizinischen Fachsprache wird «die operative Entfernung der Gebärmutter» als Hysterektomie bezeichnet (Bibliographisches Institut GmbH, 2018)<sup>1</sup>. Der Begriff setzt sich aus den griechischen Wörtern «hystera» (Gebärmutter/ Uterus), «ek» (aus, heraus) und «tome» (Schnitt) zusammen (Konradin Medien GmbH, 2018)<sup>2</sup>. Mehrheitlich wird die Operation elektiv durchgeführt (Thilagavathi, 2014). Zu 80 % liegt eine benigne Indikation zugrunde (Tamussino, Kölbl, Geiss & Neunteufel, 2016). Das Krankheitsbild Uterus myomatosus sowie Blutungsstörungen machen über die Hälfte der benignen Indikationen aus, maligne Indikationen sind beispielsweise Tumore (Schüssler, Scheidel & Hohl, 2008). Zu den alternativen Behandlungsmöglichkeiten zählen unter anderem lokale oder systemische Hormontherapie, operative Hysteroskopie, Uterusarterienembolisation sowie eine laparoskopische Myomektomie (Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, 2015).

Eine Hysterektomie kann physische und psychische Auswirkungen haben (siehe Kapitel 2.1, S. 6). Diese werden von betroffenen Frauen individuell verarbeitet (Schrimpf, 2014). Die Auswirkungen auf die sexuelle Gesundheit sind aufgrund der Entfernung eines weiblichen Geschlechtsorgans von besonderer Relevanz. Diese werden in der Literatur

---

<sup>1</sup> <https://www.duden.de/rechtschreibung/Hysterektomie>

<sup>2</sup> <https://www.wissen.de/wortherkunft/hysterektomie>

kontrovers diskutiert (Eken et al., 2016). Eine Hysterektomie kann die sexuelle Funktion in positiver Weise beeinflussen, indem beispielsweise physische Beschwerden, wie starke Blutungen, gelindert werden können, als auch in negativer Weise, indem sich Frauen mit einer Hysterektomie beispielsweise weniger weiblich fühlen (Vomvolaki, Kalmantis, Kioses & Antsaklis, 2006). Für Pflegefachpersonen ist die Auseinandersetzung mit den Auswirkungen auf die sexuelle Gesundheit nach einer Hysterektomie aus folgenden Gründen von besonderer Relevanz:

Die Hysterektomie ist nach der Sectio die zweithäufigste Operation in der Gynäkologie (Neis et al., 2016). Eine von fünf Frauen wird sich dieser Operation bis zum Alter von 65 Jahren unterzogen haben (durchschnittliches Alter 42 Jahre) (Thilagavathi, 2014). In der Schweiz wurden im Jahr 2016 rund 10 000 Hysterektomien bei über 14-jährigen Frauen aufgrund einer gutartigen Uteruserkrankung durchgeführt (Bundesamt für Gesundheit, 2018). Die aktuellsten Hysterektomie-Raten stammen aus dem Jahr 2008 und lagen in der Schweiz bei 216 pro 100 000 Frauen und in den USA bei 366 pro 100 000 Frauen (McPhersoni, Gon & Scott, 2013). Aufgrund der Entwicklungen von Alternativen und weniger invasiven Therapien sinkt diese Rate seit Mitte der 80-er Jahre in der Schweiz (Schüssler, Scheidel & Hohl, 2008). Dennoch fanden im Jahr 2013 in der Schweiz im Vergleich zu anderen europäischen Ländern die meisten Hysterektomien statt (Santésuisse, 2013). Es ist unumgänglich, dass Pflegefachpersonen mit dieser Diagnose und deren Auswirkungen auf einschlägiger wie auch allgemeiner Abteilung in Berührung kommen.

Zudem empfindet eine Frau die Hysterektomie postoperativ oft als «tiefgreifenden Organverlust» und fühlt sich «nicht mehr vollständig» (Schrimpf, S. 42, 2014). Folglich besteht das Risiko, eine Körperbildstörung zu entwickeln. Salter (1999) beschreibt dies wie folgt: Körperveränderungen durch gynäkologische Eingriffe können das Selbstbild einer Frau stark schädigen. Dies gilt besonders bei der Entfernung von Organen, die mit dem Gefühlsleben verknüpft sind, was das Ausbleiben der Menstruation, hormonelle Störungen und den Verlust von Weiblichkeit mit sich bringen kann. In der Folge könnten sich Frauen als Sexual- und Ehepartnerinnen weniger begehrenswert fühlen. Während eine Mastektomie durch das offensichtliche Fehlen eines weiblichen Geschlechtsorgans viel Aufmerksamkeit in Bezug auf das psychosexuelle Befinden der Betroffenen und eine Spezialisierung von Pflegefachpersonen (breast care nurse) erhält, scheint es, dass die

Auswirkungen bei der Entfernung des im Körperinneren verborgenen Uterus nicht bedacht werden. Dies, obwohl dem Uterus eine wichtige Rolle zukommt. Das Organ wird mit Begriffen wie «Weiblichkeit, Sexualität, Fruchtbarkeit und Mutterschaft» assoziiert (Özdemir & Pasinliogul, 2009). Es gilt bei vielen Frauen als «Regulator und Kontrollorgan für wichtige physiologische Funktionen, als Sexualorgan, als Quelle von Energie und Vitalität sowie als Erhalterin von Jugend und Attraktivität» (Thilagavathi, 2014). Aus diesen Gründen prägt es einen Teil des Körperbildes. Der Verlust des Uterus kann folglich ein einschneidendes Erlebnis sein (Thilagavathi, 2014). Eine Frau mit Hysterektomie schildert folgende Erfahrung: «Nicht nur die Diagnose war furchtbar, sondern vor allem der Moment, als mir klar wurde, dass mein Mann und ich keine Kinder mehr bekommen können. Nach der Operation habe ich mich nicht mehr als Frau gefühlt, obwohl sich äusserlich nichts verändert hat» (Wernitznig, 2013). Da die Hysterektomie das Körperbild und die sexuelle Gesundheit beeinflussen kann, ist die Sensibilisierung von Pflegefachpersonen notwendig. Dies gewährt eine adäquate Pflegeplanung. Eine Pflegefachperson sollte sich bewusst sein, dass der Verlust eines unsichtbaren Organs genauso viel Einfluss auf das Körperbild nehmen könnte wie der eines sichtbaren Organs. Die Wichtigkeit, der Körperbildveränderung Beachtung zu schenken, zeigt sich auch in folgendem hypothetischen Gedankengang: Die Körperbildveränderung durch eine Hysterektomie könnte sich negativ auf die Sexuelle Gesundheit einer Frau auswirken (z. B. weniger weiblich fühlen) und zu einer Körperbildstörung führen (z. B. Gefühl, keine vollwertige Frau zu sein). Diese könnte in einer deutlichen Verringerung der Lebensqualität resultieren (z. B. sozialer Rückzug), was durch Inanspruchnahme von medizinischer Hilfe (z. B. Psychotherapie) die allgemeinen Gesundheitskosten erhöhen könnte.

Zudem ist Sexualität ein Tabuthema. Pflegefachpersonen thematisieren es in der Praxis selten und wenn, dann nicht selbstbewusst (Saunamaki, Andersson & Engstrom, 2010). Die Gründe sind vielfältig: Zu wenig Fachwissen über die Thematik, eigene Verlegenheit, kulturelle und religiöse Aspekte sowie zu wenig Berufserfahrung (Fernandez, 2006). Aufgrund der diversen Auswirkungen einer Hysterektomie auf die sexuelle Gesundheit ist es notwendig, dass Pflegefachpersonen die Initiative ergreifen und dieses Thema ansprechen. Sie nehmen eine Schlüsselrolle für Frauen mit Hysterektomie ein, indem sie durch Pflegemassnahmen eine Beziehung und schliesslich ein Vertrauensverhältnis aufbauen

können. Zudem sind sie ein wichtiges Bindeglied in der interprofessionellen Zusammenarbeit und kommen somit zu bestmöglichen Lösungsansätzen.

Schliesslich zeigt die Praxiserfahrung der Autorinnen, dass die Auswirkungen einer Hysterektomie auf die sexuelle Gesundheit selten erfragt werden. Das Vorwissen dazu ist eine zentrale Grundlage, um Auswirkungen zu erfragen und schliesslich Interventionen daraus ableiten zu können. Daher widmet sich die vorliegende Bachelorarbeit dem Phänomen der sexuellen Gesundheit nach einer Hysterektomie.

## **1.2 Zielsetzung**

Das umfassende Ziel der Bachelorarbeit ist praxisrelevantes Wissen für Pflegefachpersonen im Umgang mit Frauen mit einer Hysterektomie in Bezug auf ihre sexuelle Gesundheit zu erarbeiten. Dazu sollen Auswirkungen einer Hysterektomie, die sich negativ auf die sexuelle Gesundheit auswirken können, sowie pflegerische Interventionen zur Förderung der sexuellen Gesundheit auf Basis von aktueller Literatur erarbeitet werden.

## **1.3 Fragestellung**

Aus dieser Zielsetzung ergeben sich folgende Fragestellungen: Welche negativen Auswirkungen einer Hysterektomie auf die sexuelle Gesundheit einer Frau werden in der Literatur beschrieben? Welche pflegerischen Interventionen zeigen sich in der Literatur, mit denen die sexuelle Gesundheit von Frauen mit einer Hysterektomie gefördert werden können?

## **1.4 Eingrenzung der Thematik**

Um ausreichend Literatur zu finden, sollen negative Auswirkungen von allen Formen und operativen Ansätzen der Hysterektomie eingeschlossen werden. Dabei wird nicht auf potentielle Unterschiede der Auswirkungen bedingt durch die Eingriffsart eingegangen. Auch auf Zusammenhänge zwischen der Indikation zur Hysterektomie und den individuellen Folgen kann aufgrund der beschränkten Wortanzahl nicht eingegangen werden. Da der Begriff «Sexuelle Gesundheit» umfassend ist, kann im beschränkten Rahmen dieser Bachelorarbeit nur ein Teilaspekt davon beleuchtet werden. Die physischen Auswirkungen einer Hysterektomie und deren Interventionen liegen oftmals im medizinischen Bereich (z. B. operative Komplikationen und Medikamentenverschreibung). Folglich soll

ausschliesslich auf Auswirkungen und Interventionen zu den mentalen, emotionalen und sozialen Komponenten der sexuellen Gesundheit eingegangen werden.

## 2. Theoretischer Hintergrund

In diesem Kapitel soll der theoretische Hintergrund durch das Definieren und Umschreiben von Begrifflichkeiten, die für die Thematik relevant sind, erläutert werden.

### 2.1 Hysterektomie

Den Begriff Hysterektomie zu verstehen ist von zentraler Bedeutung, um mögliche Auswirkungen auf die sexuelle Gesundheit zu verstehen.

Unter einer Hysterektomie wird «die operative Entfernung der Gebärmutter» verstanden (Bibliographisches Institut GmbH, 2018)<sup>3</sup>. In Tabelle 1 sind mögliche Formen der Hysterektomie beschrieben. Diese können mit oder ohne Entfernung von Tube und Ovar durchgeführt werden (Tamussino, Kölbl, Geiss & Neunteufel, 2016). Es werden vier operative Ansätze unterschieden: abdomineller, vaginaler, laparoskopischer oder robotergestützter laparoskopischer Ansatz (van der Meij & Emanuel, 2016). Zu den Hauptgründen für benigne Hysterektomien gehören «Myome, Blutungsstörungen mit Anämie, Dysmenorrhoe, Endometriose/ Adenomyose und Deszensus. Hysterektomien können auch wegen geburtshilflicher Indikatoren wie postpartaler Blutung, Atonie, und Plazentations-Störungen erforderlich werden» (Tamussino, Kölbl, Geiss & Neunteufel, 2016). Ein Beispiel für eine maligne Indikation ist das Endometriumkarzinom (van der Meij & Emanuel, 2016). Die Auswirkungen einer Hysterektomie sind individuell ausgeprägt, dies auch aufgrund der verschiedenen Operationsansätze. Neben den unter Kapitel 1.1 beschriebenen Auswirkungen nennt Katz (2003) folgende zentrale Folgen: Menopause, Unfruchtbarkeit, Veränderung der anatomischen Strukturen des Beckenbodens (inklusive der Darm-, Blasen- und Nervenversorgung des Bereichs), Schädigung des Plexus uterovaginalis (Nervengeflecht, das Vagina und Uterus innerviert) (Steinbrück, Baumhoer & Henle, 2008), Zervixverlust, Symptomlinderung.

---

<sup>3</sup> <https://www.duden.de/rechtschreibung/Hysterektomie>

Tabelle 1

Formen der Hysterektomie und deren Definitionen, eigene Darstellung (Tamussino, Kölbl, Geiss & Neunteufel, 2016)

Formen der Hysterektomie	Definition
Totale Hysterektomie	Entfernung des Uterus (Corpus und Zervix)
Subtotale (suprazervikale) Hysterektomie	Entfernung des Corpus (unter Belassung der Zervix)
Radikale Hysterektomie (Wertheim'sche Operation)	Entfernung des Uterus mit Parametrien, Scheidenmanschette und pelvinen Lymphknoten

In der Abbildung 1 werden die wichtigsten Strukturen der Anatomie des Uterus zur Veranschaulichung dargestellt.

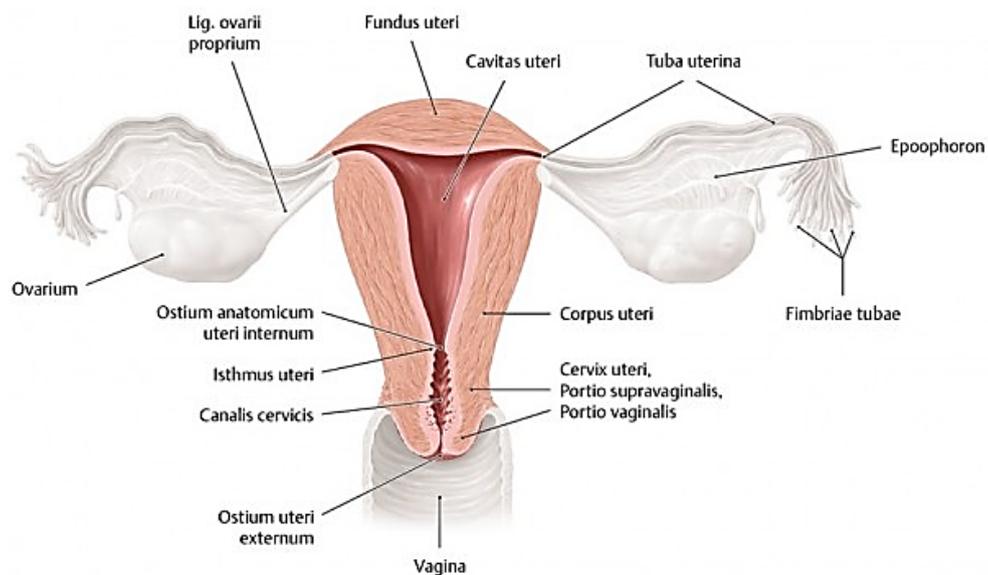


Abbildung 1 Anatomie des Uterus (Medizin Kompakt, 2019)

## 2.2 Geschichte der Hysterektomie

Um die Bedeutung und die Auswirkungen einer Hysterektomie besser zu verstehen, soll ein kurzer Abriss der Geschichte der Hysterektomie mit ihren unterschiedlichen Strömungen aufgezeigt werden.

Ab der ersten (suprazervikalen) Hysterektomie im Jahr 1843 wurde 1929 die totale abdominale Hysterektomie als Prävention des Zervixkarzinoms empfohlen. Diese wurde allerdings erst ab 1950 mit Einführung von Antibiotika und der Entwicklung der Bluttransfusion zum Standardverfahren. Vorher führten die Peritonitiden als Folge der Entfernung der Zervix häufig zu einem letalen Ausgang. Folglich stieg die Hysterektomierate in dieser Zeit dramatisch an. Trotz Entwicklung eines Screening-Verfahrens für Zervixkarzinome (Exfoliativ-Cytologie), blieb die totale Hysterektomie bis in die 90-er Jahre die bevorzugte Präventionsmethode. 1991 wurde die laparoskopische Hysterektomie erfolgreich eingeführt, wenn auch ohne wissenschaftliche Grundlage (Schüssler, Scheidel & Hohl, 2008).

Seit Mitte der 80-er Jahre besteht ein Abwärtstrend, der durch die Entwicklung von Alternativen der Hysterektomie und weniger invasiven Therapien begründet werden kann. Zusätzlich nimmt eine restriktive Haltung von Frauen gegenüber der Hysterektomie zu. Aktuell hat sich die suprazervikale Hysterektomie von vielen Frauen als die bevorzugte Alternative der totalen Hysterektomie etabliert (Schüssler, Scheidel & Hohl, 2008).

Laut Stang, Merrill & Kuss (2011) zeigen sich bezüglich der Hysterektomierate grosse zeit- und regionsabhängige Unterschiede. Dabei spielt nicht nur die Inzidenzrate der entsprechenden Krankheiten eine Rolle, sondern diverse weitere Faktoren. Dazu gehören beispielsweise die Anzahl und das Geschlecht der verfügbaren Gynäkologen und Gynäkologinnen. Auch die verfügbaren Behandlungsoptionen, die Aufklärung der Frauen diesbezüglich, der Sozialstatus, die Art der Krankenversicherung der Frauen oder kulturelle Normen bezüglich der Behandlungen, die die Fruchtbarkeit erhalten, sind entscheidend. (Stang, Merrill & Kuss, 2011)

## 2.3 Sexuelle Gesundheit

Der Begriff «Sexuelle Gesundheit» steht, durch die in Kapitel 1.1 genannten Gründe, in engem Zusammenhang mit einer Hysterektomie. Da es ein sehr umfassender Begriff ist, soll durch eine allgemein gültige Definition der WHO ein Rahmen abgesteckt werden.

WHO (2018)<sup>4</sup> definiert «Sexuelle Gesundheit» als «Zustand des körperlichen, emotionalen, mentalen und sozialen Wohlbefindens in Bezug auf die Sexualität und nicht nur das Fehlen von Krankheit, Funktionsstörungen oder Gebrechen». Sie ist «untrennbar mit Gesundheit insgesamt, mit Wohlbefinden und Lebensqualität verbunden» (WHO, 2018)<sup>4</sup>.

## 2.4 Körperbild und Körperbildveränderung/-störung

Bei einer Hysterektomie kommt es zum Verlust eines Geschlechtsorgans, was das Körperbild verändert. Körperveränderungen durch einen solchen gynäkologischen Eingriff können das Selbstbild einer Frau stark schädigen (Salter, 1999). Aus diesen Gründen sind die Begriffe Körperbild und Körperbildveränderung/-störung für die Erarbeitung der Fragestellung essentiell.

Unter dem weitgefassten Begriff «Körperbild» werden die Gedanken, Phantasien, Gefühle, Bewertungen, Bedeutungszuschreibungen und Einstellungen zum eigenen Körper verstanden. Des Weiteren beinhaltet er die persönliche Wahrnehmung und das Wissen bezüglich des eigenen Körpers. Diese sind sowohl abhängig vom Bildungs- und Sozialstatus als auch von Wert- und Normvorstellungen, wie zum Beispiel einem Schönheitsideal (Margulies, Kroner, Gaisser & Bachmann-Mettler, 2017). Auch können innerhalb einer Kultur oder einer Familie bestimmte Körperteile und deren äusseres Erscheinungsbild mit Stereotypen oder symbolischer Bedeutung verknüpft und folglich hochgeachtet oder auch geringgeschätzt werden (Salter, 1999).

Die meisten Menschen bringen ihre Zufriedenheit mit dem eigenen Körper und somit ihre Selbstakzeptanz in Verbindung mit ihrer körperlichen Gesundheit/Unversehrtheit. Verändert sich das eigene Körperbild durch eine Krankheit oder Therapie, kann die Störung des Körpererlebens zu enormer Verschlechterung der Lebensqualität, des subjektiven

---

<sup>4</sup> <http://www.euro.who.int/de/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/news/news/2011/06/sexual-health-throughout-life/definition>

Befindens, des Selbstwertgefühls und der Zufriedenheit in der Partnerbeziehung führen. Scham- und Peinlichkeitsgefühle bewirken oft, dass die Betroffenen oder Betreuenden die Thematik nur schwer offen ansprechen können (Margulies et al., 2017).

Eine Körperbildstörung kann wie folgt definiert werden: «Ein vom Patienten/ -in definierter Belastungszustand, der zeigt, dass der Körper nicht mehr länger das Selbstwertgefühl einer Person unterstützt und sich störend auf die Person auswirkt, indem er ihre sozialen Beziehungen begrenzt» (Doenges, 2003, zit. nach Fuchs-Eschmann, 2017, S.14).

Zu einer Körperbildveränderung können diverse Faktoren führen, wobei das subjektive und objektive Ausmass der Veränderung stark voneinander abweichen können (Margulies et al., 2017).

## **2.5 Wichtige Ansätze bei der Durchführung pflegerischer Interventionen**

In Kapitel 2.5 sollen drei allgemein wichtige Ansätze, die bei pflegerischen Interventionen berücksichtigt werden sollen, erläutert werden. Aufgrund der begrenzten Wortanzahl wird auf eine tiefere Bearbeitung verzichtet, die aufgeführte Theorie soll lediglich als Denkanstoss gelten.

### **2.5.1 Caring**

Eines der wichtigsten Grundprinzipien für pflegerische Interventionen stellt das Konzept Caring dar, denn «ohne Caring ist die Pflege unwirksam» (Bachl, 1999, S. 13). Da die vorliegende Bachelorarbeit zum Ziel hat, pflegerische Interventionen im Zusammenhang mit der sexuellen Gesundheit zu finden, stellt das Konzept des Caring eine wichtige Komponente für die Umsetzung in der Praxis dar.

Der englische Begriff hat keine direkte Übersetzung und bedeutet so viel wie «sich um andere zu sorgen, sich mit Wertschätzung auf jemanden einzulassen» (Schmid Büchi, 2001, S. 153). Mitgefühl, Vertrauen, Engagement und menschlicher Beistand spielen in der Pflege eine zentrale Rolle. Es bestehen Definitionen aus verschiedenen pflegewissenschaftlichen Perspektiven. (Schmid Büchi, 2001)

Swanson (1991) zeigt fünf Kategorien des Caring auf, die in Tabelle 2 genauer beschrieben werden.

Tabelle 2

*Die fünf Kategorien des Caring, eigene Darstellung (Swanson, 1991)*

<b>Kategorie</b>	<b>Beschreibung</b>
Maintaining Belief (den Glauben aufrechterhalten)	Pflegende sollen dem Patienten/ der Patientin Zuversicht und Hoffnung vermitteln, indem der Glauben an ihn/sie aufrechterhalten wird, um die Situation bewältigen zu können.
Knowing (wissen/kennen)	Pflegende sollen versuchen, ein Lebensereignis des Patienten/der Patientin zu verstehen.
Being with (mit jemandem sein)	Dem Patienten/der Patientin soll gezeigt werden, dass sie und ihr Erlebtes den Pflegefachpersonen wichtig sind.
Doing for (für jemanden etwas tun)	Pflegefachpersonen sollen die Bedürfnisse des Patienten/der Patientin wahrnehmen und unterstützen und dabei seine/ihre Würde bewahren.
Enabling (ermöglichen, jemanden befähigen)	Veränderungen im Leben des Patienten/der Patientin sollen durch Pflegefachpersonen erleichtert und durch Expertenwissen unterstützt werden. Wachstum (Heilung) soll gefördert werden.

Für Watson (1988) bedeutet Caring, pflegen zu wollen und eine zwischenmenschliche Beziehung aufzubauen. Es ist die Grundlage für Pflegeinterventionen, die Anteilnahme, Kommunikation, körperliche Pflege und Unterstützung einschliessen können. (Watson, 1988)

Aus Leiningers (1988) transkultureller Perspektive ist Caring der Hauptgehalt der Pflege und für die ganzheitliche Entwicklung, die Gesundheit und das Überleben des Menschen essentiell. Caring bezeichnet sie als «universell», wobei dessen Ausdruck und Prozesse, die daraus entstehen, kulturabhängig seien (Leininger, 1988).

### **2.5.2 Familienzentrierte Pflege**

Die Familienzentrierte Pflege ist ein essentieller Ansatz, der bei pflegerischen Interventionen berücksichtigt werden sollte. Er ermöglicht, Auswirkungen auf das soziale Umfeld besser zu verstehen und die soziale Komponente der sexuellen Gesundheit nach Hysterektomie in die pflegerischen Interventionen bestmöglich zu integrieren.

In der Familienzentrierten Pflege wird der Begriff Familie als «der Kreis nahestehender Menschen, den die Patienten/Patientinnen selber als ihre Familie bezeichnen» definiert. (Wright & Leahey, 2000 zit. nach Preusse-Bleuler, 2018, S. 21). Diese wichtigen Bezugspersonen sollen als Mitbetroffene von Anfang an und kontinuierlich in pflegerische Interventionen miteinbezogen werden (Arnold & Rieder, 2017).

Das Konzept der Familienzentrierten Pflege kann wie folgt umschrieben werden: Eine Erkrankung, beziehungsweise eine medizinische Behandlung, tangieren immer auch die Familie. Die Familie nimmt Einfluss auf den Umgang der betroffenen Person mit der Erkrankung beziehungsweise der medizinischen Behandlung. Familienmitglieder können als wichtige Unterstützungspersonen fungieren. Es wird die Ansicht vertreten, dass «die Beratung und Behandlung durch Pflegefachpersonen wirkungsvoller werden und damit effizienter, wenn Patienten/Patientinnen mit ihren Familien als System verstanden werden und gemeinsam in eine partnerschaftliche Zusammenarbeit mit den Fachpersonen integriert werden» (Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften [ZHAW], 2018)<sup>5</sup>. Das Ziel der Familienzentrierten Pflege besteht darin, die Selbsthandlungsfähigkeit von Familien zu fördern. (ZHAW, 2018)

### **2.5.3 Personenzentrierte Gesprächsführung und Aktives Zuhören**

Die Grundhaltung der Personenzentrierten Gesprächsführung und die Gesprächsmethode des Aktiven Zuhörens nach Rogers ermöglichen eine effektive Kommunikation zwischen dem Patienten/der Patientin und einer Pflegefachperson. Eine effektive Kommunikation ist besonders bei pflegerischen Interventionen, die eine intime Thematik wie die sexuelle Gesundheit betreffen, von zentraler Bedeutung. Daher sollen diese Aspekte nach einer Zusammenfassung von Rösner (2018) erläutert werden.

---

<sup>5</sup> <https://weiterbildung.zhaw.ch/de/gesundheit/programm/familienzentrierte-pflege-und-beratung-i.html>  
Noemi Liebi & Yvonne Marty

Die Personenzentrierte Gesprächsführung geht auf den amerikanischen Psychologen C. R. Rogers zurück. Die Grundhaltung der Personenzentrierten Gesprächsführung basiert auf den drei Elementen Echtheit, positive Wertschätzung und Empathie. Diese werden in Tabelle 3 erläutert. (Rösner, 2018)

Tabelle 3

*Elemente der Personenzentrierten Gesprächsführung, eigene Darstellung (Rösner, 2018)*

<b>Elemente der Grundhaltung</b>	<b>Beschreibung</b>
Echtheit	Die Pflegefachperson ist sich ihrer Gefühle bewusst und kommuniziert diese kongruent. Kongruentes Verhalten bedeutet, dass das innere Denken und Fühlen mit den äusseren Handlungen (Tonfall, Gestik, Mimik usw.) übereinstimmen.
Positive Wertschätzung	Die Pflegefachperson anerkennt den Patienten/die Patientin als eine Person mit eigenen Werten und respektiert die Individualität einer Person mit ihren ganzen Besonderheiten. Gefühle und Einstellungen werden angenommen, gleichgültig in welcher Ausprägung sie sich darstellen.
Empathie	Die Pflegefachperson bemüht sich, in die Gefühlswelt des Gegenübers hineinzusetzen und die Erfahrungen aus dessen Sicht zurückzumelden.

Der Ansatz der Personenzentrierten Gesprächsführung spiegelt sich in der Gesprächsmethode des Aktiven Zuhörens wider. In Tabelle 4 werden die Elemente des Aktiven Zuhörens mit konkreten Beispielen erläutert (Rösner, 2018).

Tabelle 4

*Elemente des Aktiven Zuhörens, eigene Darstellung (Rösner, 2018)*

<b>Elemente des Aktiven Zuhörens</b>	<b>Beschreibung</b>
Zu- oder hinhören	Zugewandt sitzen, Blickkontakt, Redefluss anregen, um Erläuterungen bitten, der sprechenden Person Zeit lassen
Zusammenfassen	Verkürzte Wiedergabe von Gesprächsteilen, Kernpunkte zusammenfassen
Paraphrasieren	Beinhaltet nicht nur die verkürzte Wiedergabe von Gesprächsteilen und der Kernpunkte, sondern auch eine Reflexion der Bedeutung, Nachricht des anderen mit eigenen Worten wiedergeben, ist provozierender als Zusammenfassen, deshalb eher als Frage formulieren, Betonung liegt auf emotionale Anteil der Aussage
Spiegeln	Verbalisieren emotionaler Erlebnisinhalte: mitteilen (spiegeln), welche Gefühle herausgehört oder wahrgenommen wurden
Weiterführende Fragen stellen	W-Fragen (offene Fragen) stellen, Fragen nach emotionalen und sachlichen Inhalten, Antwortsbeschränkungen eher vermeiden, beim Konkretisieren helfen, geschlossene Fragen in Entscheidungssituationen stellen

### **3. Methode**

In diesem Kapitel soll der methodische Zugang zur Bearbeitung der Fragestellung aufgezeigt werden: Die systematisierte Literaturrecherche und der Selektionsprozess der ausgewählten Studien sowie deren Beurteilung werden beschrieben.

#### **3.1 Systematisierte Literaturrecherche und Selektionsprozess**

Zur Beantwortung der Fragestellung wurde zwischen Dezember 2018 und Januar 2019 eine systematisierte Literaturrecherche in den Datenbanken CINAHL und MEDLINE durchgeführt. Diese Datenbanken wurden aufgrund des breitgefächerten Angebots an gesundheitlichen und pflegerischen Fachartikeln ausgewählt. Auch wurden Studien miteinbezogen, die durch Handsuche in Literaturreferenzen gefunden wurden. Um den psychischen Aspekt der Fragestellung abzudecken, wurde zusätzlich auf der Datenbank PsycINFO recherchiert. Blogs und Populärliteratur wurden für die Erarbeitung der Einleitung miteinbezogen, da sich diese bei Fragen zum Erleben der Hysterektomie als Quelle eignen. Für den Rechercheprozess wurde die Fragestellung in die vier Elemente Phänomen, Setting, Population und Outcome unterteilt und zu jedem Element themenspezifische Schlüsselwörter definiert. Diese wurden mit englischen Keywords ergänzt und in unterschiedlichen Kombinationen mit den Bool'schen Operatoren «AND», «OR» und «NOT» verbunden. Mögliche Schlüsselwörter sind in Tabelle 5 aufgezeigt. Die Suchkombinationen wurden tabellarisch protokolliert und sind im Anhang A S. 81-83 zu finden.

Tabelle 5

*Suchbegriffe der Literaturrecherche, eigene Darstellung und Erhebung*

<b>Elemente der Frage- stellung</b>	<b>Schlüsselwörter</b>	<b>Keywords</b>
Phänomen	Hysterektomie	hysterectomy, removal of the uterus, radical sur- gery
	Sexualität	sexuality, sexual, sex, intimacy, sexual behavior
	psychische Veränderung	psychological, psychologic, psyche change, alteration, impact, effect
	Sexuelle Gesund- heit	sexual health
Setting	Akutspital	hospital, clinic, infirmary
	stationär	inpatient care
	postoperativ	care following surgery
Population	erwachsene Frauen	adult, women, womanhood
Outcome	Gesundheit	health, healthy
	Assessment	assessment, assess, evaluate, estimate
	Pflegeintervention	intervention, therapy, management, treatment
	Körperbild	body image, body dissatisfaction, self-image
	Selbstvertrauen	self-esteem
Weitere	Pflegefachperson	nurse, nurses, nursing

Die Trefferanzahl wurde durch die Verwendung von Limits eingeschränkt: Die Studien sollten nicht älter als zehn Jahre sein, um die Aktualität der Studien zu gewährleisten. Des Weiteren sollten, aufgrund der Sprachkenntnisse der Autorinnen, nur englisch- und deutschsprachige Studien eingeschlossen werden. Die Studien sollten bei erwachsenen Personen durchgeführt worden sein, da sich pflegerische Schwerpunkte bei Erwachsenen deutlich von denen bei Kindern beziehungsweise Adoleszenten unterscheiden. Um die Übertragbarkeit auf den Schweizer Kontext zu gewährleisten, sollten zu Beginn nur Studien aus dem europäischen Raum oder den USA gewählt werden. Aufgrund der

eingeschränkten Verfügbarkeit an entsprechender Literatur wurden Studien aus der ganzen Welt berücksichtigt.

Zur weiteren Einschränkung der Suchergebnisse wurde die Relevanz der Studien anhand der Titel beurteilt. Die relevanten Titel wurden danach durch das Lesen der Abstracts aussortiert. Die Abstracts wurden mit Hilfe von Ein- und Ausschlusskriterien (Tabelle 6 und 7) gefiltert.

Tabelle 6

*Einschlusskriterien und Begründung, eigene Darstellung und Erhebung*

<b>Einschlusskriterien</b>	<b>Begründung</b>
Akutspital, stationäres Setting, Ambulatorien	Um eine möglichst grosse Vielfalt an Auswirkungen und Interventionen zu finden und eine Langzeitperspektive zu verfolgen.
Alle Formen und operativen Ansätze einer Hysterektomie	Damit die Ergebnisse nicht zu stark eingeschränkt werden und eine Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse erreicht werden kann.
Allgemeine/pflegerische Interventionen zur Förderung der sexuellen Gesundheit	Um möglichst viele Perspektiven und Ansätze von Interventionen zu erhalten.

Tabelle 7

*Ausschlusskriterien und Begründung, eigene Darstellung und Erhebung*

<b>Ausschlusskriterien</b>	<b>Begründung</b>
Studien, die unterschiedliche Arten der Hysterektomie vergleichen	Damit die Ergebnisse nicht zu spezifisch sind und eine Verallgemeinerbarkeit gewährleistet wird.
Positive Auswirkungen der Hysterektomie auf die sexuelle Gesundheit	Da positive Auswirkungen für die Fragestellung der Bachelorarbeit nicht relevant sind.
Medikamentöse Interventionen	Damit Interventionen als pflegerische Massnahme unabhängig von Ärzten/-innen durchgeführt werden können.

Im unten aufgeführten Flussdiagramm wird der Selektionsprozess der Suchergebnisse zur Bearbeitung der Fragestellung aufgezeigt.



Abbildung 2 Selektionsprozess der Literaturrecherche, eigene Darstellung und Erhebung

### 3.2 Beurteilung der ausgewählten Studien

Die ausgewählten Studien wurden mit Hilfe des Arbeitsinstrumentes für ein Critical Appraisal (AICA) nach Ris und Preusse-Beuler (2015) zusammengefasst und systematisch gewürdigt (Anhang B, S. 83ff.). Unter den Kapiteln 4 und 5 werden die ausgewählten Studien zusammengefasst und deren Güte beurteilt: Die der qualitativen Studien nach den Gütekriterien von Steinke und Flick (2010) und diejenige der quantitativen Studien nach den drei Gütekriterien von Bartholomeyczik (2008). Mit der 6-S-Pyramide von DiCenso, Bayley und Haynes (2009) (siehe Abbildung 3) wurde das Evidenzlevel der Studien beurteilt.

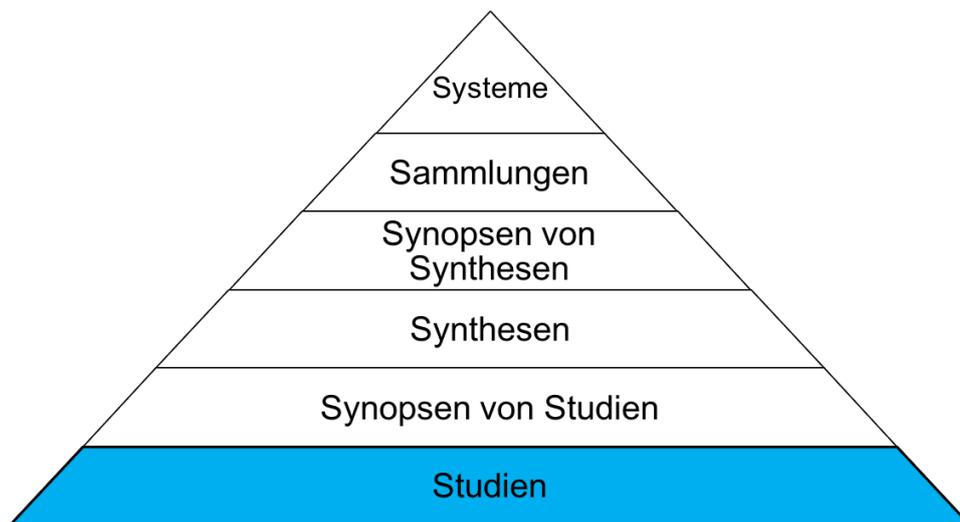


Abbildung 3 6-S-Pyramide, eigene Darstellung (DiCenso, Bayley & Haynes, 2009)

Anhand der 6-S-Pyramide von DiCenso, Bayley und Haynes (2009) kann die Evidenzstufe eines Artikels bestimmt werden. Diese wird auf der Pyramide von oben nach unten nummeriert, wobei Systeme der höchsten Stufe (1) und Studien der niedrigsten Stufe (6) zugeordnet werden, was jeweils der höchsten und der niedrigsten Evidenzstufe entspricht (DiCenso, Bayley & Haynes, 2009).

Mit Hilfe des Modells von Rycroft-Malone et al. (2004) wurden die in der Diskussion erläuterten Ergebnisse reflektiert und differenziert dargestellt, um einen Theorie-Praxis-Transfer darzustellen und eine Schlussfolgerung auszusprechen. Rycroft-Malone et al. (2004) schafft einen Rahmen für patientenzentrierte und evidenzbasierte Pflege. Nach Rycroft-Malone et al. (2004) entsteht effektive Pflege, indem bei der Entscheidungsfindung vier Evidenzquellen (siehe Tabelle 8) miteinbezogen werden.

Tabelle 8

Vier Evidenzquellen mit Beschreibung, eigene Darstellung (Rycroft-Malone et al., 2004)

<b>Evidenzquelle</b>	<b>Beschreibung</b>
Ergebnisse der Pflegeforschung	Diese Evidenzquelle beschreibt aktuelle/s und überprüfte/s Literatur/Forschungswissen und erhält die höchste Priorität.
Expertise der Pflegefachperson	Diese Quelle stützt sich auf professionelles Erfahrungswissen und auf die Lebenserfahrung der Pflegefachpersonen.
Ziele und Vorstellungen des Patienten/der Patientin	Diese Quelle repräsentiert das persönliche Wissen, die persönliche Erfahrung, die Wertevorstellungen sowie die Erfahrungen und Vorlieben des Patienten/der Patientin.
Umgebungsbedingungen	Zu dieser Quelle zählen Audit und Leistungsdaten, schriftliche Dokumentationen, Kenntnisse über die Organisationskultur und Einzelpersonen darin, soziale und berufliche Netzwerke sowie ökonomische, gesellschaftliche und kulturelle Themen.

#### **4. Ergebnisse: Ausgewählte Studien zu den negativen Auswirkungen einer Hysterektomie auf die sexuelle Gesundheit**

In diesem Kapitel werden die ausgewählten Studien, die sich auf die negativen Auswirkungen einer Hysterektomie auf die sexuelle Gesundheit beziehen, vorgestellt. Zuerst werden von jeder Studie die wichtigsten Eckdaten (inkl. Evidenzlevel) tabellarisch aufgeführt. Relevante Studienergebnisse werden anschliessend in einem Unterkapitel erläutert.

Schliesslich werden die Gütekriterien zusammengefasst und daraus die Hauptstärken und Hauptschwächen der Studien aufgezeigt. Eine detaillierte Zusammenfassung, Angaben zur Würdigung sowie eine ausführliche Beschreibung der Gütekriterien der einzelnen Studien sind im Anhang B (S. 84ff.) abgelegt.

#### 4.1 Pinar, Okdem, Dogan, Buyukgonenc & Ayhan (2012)

In Tabelle 9 sind die Eckdaten zur Studie Pinar et al. (2012) aufgeführt:

Tabelle 9

*Eckdaten zur Studie Pinar et al. (2012), eigene Darstellung (Pinar et al., 2012)*

<b>Forschungs- schritte</b>	<b>Inhaltliche Zusammenfassung</b>
Titel	The effects of hysterectomy on body image, self-esteem, and marital adjustment in Turkish women with gynecologic cancer
Land, Jahr	Türkei, 2012
Ziel	mögliche Zusammenhänge zwischen Körperbild, Selbstwertgefühl und ehelicher Anpassung bei türkischen Frauen mit gynäkologischem Krebs, die eine Hysterektomie hatten und spezifische soziodemographische Eigenschaften aufweisen, zu untersuchen
Design, Ansatz	Querschnittsstudie, quantitativ
Population	türkische Frauen, die eine Hysterektomie aufgrund von gynäkologischem Krebs hatten
Stichprobe	<ul style="list-style-type: none"><li>• Interventionsgruppe (n= 100): Frauen, die sich vom 1. Juni 2010 bis zum 31. September 2010 in der Abteilung für gynäkologische Onkologie der Universität Baskent einer Hysterektomie unterzogen haben</li><li>• Kontrollgruppe (n= 100): gesunde Frauen, die sich bei der ambulanten Abteilung für eine routinemässige gynäkologische Untersuchung gemeldet hatten</li></ul>
Datenerhebung	Daten sechs Wochen nach Hysterektomie einmalig durch das Beantworten der Fragen der drei Skalen (siehe Messinstrumente) erhoben
Messinstrumente	<ul style="list-style-type: none"><li>• Body Image Scale (BIS): Messung der Zufriedenheit mit Körperbild</li><li>• Rosenberg's Self-Esteem Scale (SES): Messung des Selbstwertgefühls</li><li>• Dyadic Adjustment Scale (DAS): Messung der ehelichen Anpassung</li></ul>
Datenanalyse	statistische Analyse der Daten
Ethik	Genehmigung der Ethikkommission/ Einwilligungserklärung
Evidenzlevel	6

#### **4.1.1 Relevante Ergebnisse der Studie Pinar et al. (2012)**

Für die Beantwortung der Fragestellung sind folgende Ergebnisse essentiell:

Die durchschnittlichen Skalenpunkte der BIS und der DAS waren bei der Interventionsgruppe signifikant niedriger (= schlechteres Körperbild und schlechtere eheliche Anpassung) und bei der SES signifikant höher (= schlechteres Selbstwertgefühl) als bei der Kontrollgruppe.

Die Skalenpunkte der BIS, DAS und SES wurden in Bezug zu den Variablen Alter, Bildungsstand, Einkommensniveau, Erwerbstätigkeit und zum Vorhandensein von Kindern innerhalb der Interventionsgruppe gesetzt. Ältere, erwerbstätige Teilnehmerinnen mit Kindern und einem hohen Einkommens- und Bildungsniveau hatten mehr BIS-Skalenpunkte (besseres Körperbild). Teilnehmerinnen mit einem tieferen Einkommens- und Bildungsniveau hatten tiefere DAS-Skalenpunkte (schlechtere eheliche Anpassung).

#### **4.1.2 Beurteilung der Güte der Studie Pinar et al. (2012)**

Die Hauptstärken der Studie Pinar et al. (2012) liegen in der Verwendung von auf Reliabilität und Validität geprüften Messinstrumenten, ihre Hauptschwäche liegt in der nicht nachvollziehbaren Interpretation der Ergebnisse.

##### **Objektivität**

Die Unabhängigkeit der Ergebnisse von anderen Einflüssen ist durch unvollständige Angaben der Datenerhebung (Anonymität, Ort der Datenerhebung) sowie des nicht diskutierten Einflusses des gynäkologischen Krebses und der Radio- und Strahlentherapie auf die Ergebnisse fraglich. Zudem ist die intersubjektive Nachvollziehbarkeit durch die ungenaue Beschreibung der Methode und der Ergebnisse nur bedingt gegeben: Die verwendeten Variablen wurden nicht definiert, beispielsweise die Begriffe Körperbild und eheliche Anpassung, was für eine genaue Interpretation der Ergebnisse von Bedeutung wäre. Schliesslich stimmt die Interpretation der Ergebnisse nicht mit den Angaben in den entsprechenden Tabellen überein, was die Nachvollziehbarkeit und Glaubwürdigkeit der Ergebnisse stark einschränkt.

### Reliabilität

Durch die Verwendung von Messinstrumenten, die auf Reliabilität und Validität geprüft wurden und aufgrund der verwendeten allgemein anerkannten statistischen Analyseverfahren könnte die Studie in einem anderen Setting wiederholt werden. Die bedingt vorhandene intersubjektive Nachvollziehbarkeit schränkt diese Reproduzierbarkeit der Ergebnisse jedoch ein.

### Validität

Ein qualitatives Design hätte der Untersuchung mehr Raum geschenkt, um die Auswirkungen einer Hysterektomie von möglichst vielen Perspektiven zu erfassen und die subjektive Sichtweise der einzelnen Teilnehmerinnen besser zu verstehen. Der gewählte quantitative Ansatz ist folglich nur bedingt passend für die Zielerreichung der Untersuchung.

## 4.2 Shirinkam, Jannat-Alipoor, Shirinkam Chavari & Ghaffari (2018)

In Tabelle 10 sind die Eckdaten zur Studie Shirinkam et al. (2018) aufgeführt.

Tabelle 10

*Eckdaten zur Studie Shirinkam et al. (2018), eigene Darstellung (Shirinkam et al., 2018)*

<b>Forschungs- schritte</b>	<b>Inhaltliche Zusammenfassung</b>
Titel	Sexuality after hysterectomy: A quantitative study on women's sexual experience after hysterectomy
Land, Jahr	Iran, 2018
Ziel	das sexuelle Erleben von Frauen nach einer Hysterektomie zu untersuchen
Design, Ansatz	konventionelle Inhaltsanalyse, qualitativ
Population	Frauen nach einer Hysterektomie
Stichprobe	Stichprobe: 20 Frauen, die eine Hysterektomie hatten und im Jahr 2016 ein Behandlungszentrum oder eine Privatklinik im Westen der Provinz Mazandaran, Iran, besucht haben
Datenerhebung	<ul style="list-style-type: none"><li>• Semi-strukturiertes face-to-face Interview (30 bis 45 min)</li><li>• Ort: Zuhause oder in der Frauenklinik (ruhig und privat)</li><li>• Interviews mit digitalem Recorder aufgezeichnet und verbal transkribiert</li></ul>
Datenanalyse	<ul style="list-style-type: none"><li>• kontinuierliches Vergleichen der Transkripte sowie konventionelle Inhaltsanalyse</li><li>• systematische Kategorisierung sowie Bildung von Codes und Themen</li><li>• Datenanalyse wurde kontinuierlich und gleichzeitig mit der Datenerfassung durchgeführt</li><li>• verbale Transkripte der Interviews zahlreich überprüft</li></ul>
Ethik	keine Genehmigung der Ethikkommission deklariert
Evidenzlevel	6

#### 4.2.1 Relevante Ergebnisse der Studie Shirinkam et al. (2018)

Aus der Datenanalyse ergaben sich vier Hauptthemen mit jeweils zwei bis vier Unterthemen. Jedes Thema wird in der Studie ausführlich beschrieben und mit direkten Zitaten ergänzt. Die Hauptthemen mit den Unterthemen in Tabelle 11 aufgeführt:

Tabelle 11

*Hauptthemen und Unterthemen der Studie Shirinkam et al. (2018), eigene Darstellung (Shirinkam et al., 2018)*

Hauptthemen	Unterthemen	Beschreibung
Hysterektomie als zerfallender oder erneuernder Prozess in der sexuellen Beziehung	Angst als Einflussfaktor in der sexuellen Beziehung Weglaufen von einer sexuellen Beziehung Behandlung einer unvollkommenen sexuellen Beziehung	Ängste nach der Hysterektomie haben die sexuelle Beziehung der Teilnehmerinnen beeinflusst. Folgende Ängste wurden beschrieben: Angst vor körperlichen Schäden (vor allem direkt postoperativ), die Angst, sich mit der Kritik anderer zu konfrontieren, insbesondere vom Behandlungsteam, negative Reaktionen ihres Partners zu erhalten und abgelehnt zu werden. Die sexuelle Lust nahm ab. Aufgrund der Frigidität wurden Ausreden erfunden, um keinen Geschlechtsverkehr haben zu müssen. Diese sexuelle Situation führte bei den Partnern zu Reaktionen wie Wut oder Aggressivität. Das Missfallen des Partners oder die Änderung der Rolle als Sexualpartnerin führte bei den Teilnehmerinnen zu Gefühlen wie Demut und Frustration. Der Eingriff wurde als Verbesserung der sexuellen Qualität angesehen (Schmerzen, Blutungen und Angst vor einer ungewollten Schwangerschaft nicht mehr vorhanden).

Die sexuelle Fähigkeit ohne Uterus	Das Gefühl eines frühen sexuellen Zusammenbruchs	Die veränderte Einstellung des Partners, die Veränderung des Selbstbildes der Teilnehmerin und das psychische Verhalten nach der Operation führte zum Verlust von körperlichem und psychischem Verlangen. Die sexuelle Befriedigung, die Quantität und die Qualität des Geschlechtsverkehrs nahmen ab und führten zu einem Gefühl des frühen sexuellen Zusammenbruchs.
	Schuldig fühlen	Schuldgefühle aufgrund der entstandenen Frigidität waren vorhanden. Die sozialen und familiären Beziehungen wurden durch die Sorge der sexuellen Störung beeinflusst. Gefühle wie Scham, Angst, Bereuen, Depression und soziale Isolation wurden beschrieben. Als Lösung versuchten die Teilnehmerinnen die Bedürfnisse ihres Partners vor ihre eigenen zu stellen (ungewollter Geschlechtsverkehr, Besitzübertragung, Erlaubnis für Wiederheirat).
	Zweifelhaftes Gefühl von Weiblichkeit	Das Selbstbewusstsein nahm ab, da ein wichtiges Organ fehlt, welches den Unterschied zwischen einer Frau und einem Mann ausmacht. Ein zweifelhaftes Gefühl von Weiblichkeit entstand. Die Einstellung der Partner verstärkt diese Gefühle. Der weibliche Aspekt wird geschwächt, indem der Partner seine sexuelle Unzufriedenheit ausdrückte, eine Unfruchtbarkeit vorhanden ist sowie durch das Gefühl, ein unvollständiger Mensch zu sein.
	Der Verlust des Uterus	Der Verlust des Uterus führte zu einem negativen Selbstbild. Dies führte zu Reaktionen wie Trennung des Partners, getrennte Schlafzimmer, Suchen von Ausreden, um keinen Geschlechtsverkehr haben zu müssen, Aggressionen und Depression. Die Partner spürten das Fehlen des Uterus während des Geschlechtsverkehrs. Sie setzten, um einen Orgasmus zu erreichen, für sie als «unhygienische Lösungen» (z. B. Analverkehr) empfundene Methoden ein, was aufgrund von religiösen oder gesundheitlichen Überzeugungen eine psychische Belastung für die Teilnehmerinnen darstellte.

Einschränkung in der Hilfesuche	Sexuelle Ignoranz	Viele Teilnehmerinnen wandten sich nicht an Fachleute. Informationen zum Thema Sex und sexuelles Verhalten seien daher sehr begrenzt. Die Teilnehmerinnen wichen auf die Beratung von nicht professionell ausgebildeten Personen aus.
	Verhindern, verspottet zu werden	Teilnehmerinnen verspürten das Bedürfnis, Hilfe zu erhalten, handelten jedoch nicht, weil sie besorgt waren, dass sich jemand über sie lustig machen würde.
	Sich schämen	Aufgrund des negativen kulturellen Standpunkts der Gesellschaft wurde nicht über die Probleme der Genitalien oder der sexuellen Beziehung gesprochen. Scham wurde als Hauptgrund genannt, warum keine medizinische Hilfe in Anspruch genommen wurde.
Bedarf von umfassender Unterstützung	Die Situation verstehen und Kompromisse eingehen	Teilnehmerinnen äusserten den Wunsch, dass die Situation durch den Partner verstanden werden soll. Empathie, aber nicht Mitleid unter den Familienmitgliedern würden für sie zu einer besseren Anpassungsfähigkeit bei verschiedenen Hysterektomie-Problemen führen.
	Professionelle Unterstützung erhalten	Teilnehmerinnen äusserten, dass Aufklärung und emotionale Unterstützung von Fachpersonen ihnen helfen könnten, eine effizientere sexuelle Beziehung zu führen. Sie hatten die Erfahrung gemacht, dass Fachpersonen nicht genügend Zeit für die sexuelle Aufklärung haben.

---

#### **4.2.2 Beurteilung der Güte der Studie Shirinkam et al. (2018)**

Die Hauptstärken der Studie liegen in der Darstellung der Ergebnisse (passende Zitate, Peer Debriefing). Die Hauptschwächen liegen im insuffizienten Erläutern des Vorverständnisses der Forschenden und den Limitationen sowie in einer nicht repräsentativen Stichprobe.

##### Intersubjektive Nachvollziehbarkeit

In der Studie werden das Vorverständnis der Forschenden, die Stichprobenerhebung, die Datenerhebung sowie die Datenanalyse grob beschrieben. Aus der Studie ist nicht ersichtlich, ob Transkriptionsregeln bei der Verschriftlichung der Interviews angewendet wurden. Gewonnene Erkenntnisse wurden mit passenden Zitaten versehen, dies ermöglicht die Bewertung der Interpretation. Eine Interpretation in Gruppen hat stattgefunden: Die Studie verwendet den Ansatz des «peer debriefing», und zwei unabhängige Frauen (von der Studie ausgeschlossen), die eine Hysterektomie mit ähnlichen Problemen hatten, überprüften die Daten.

##### Indikation des Forschungsprozesses

Der qualitative Ansatz und die Datenerhebung mittels Interviews schenken der Untersuchung Raum, das Phänomen von möglichst vielen Perspektiven zu untersuchen. Die Stichprobe ist für die Population nur bedingt repräsentativ, da sie Teilnehmerinnen mit ähnlichen kulturellen, geografischen und demografischen Eigenschaften beinhaltet. Die Inhaltsanalyse ist ein geeignetes Verfahren, um Daten aus Interviews zu analysieren, somit passen die Methode der Erhebung und die Auswertung zueinander.

##### Empirische Verankerung

Die Forschenden verwendeten die Inhaltsanalyse, um eine systematische Kategorisierung sowie die Bildung von Codes und Themen zu ermöglichen. Da in der Studie das Vorverständnis der Forschenden nicht erwähnt wird und auch keine Hypothesen gebildet wurden, kann nicht beurteilt werden, wie die subjektiven Perspektiven der Forschenden in die Ergebnisse miteingeflossen sind. Die Ergebnisse werden jedoch mit Zitaten unterlegt, was eine Überprüfung der Interpretation zulässt.

### Limitationen

Die Forschenden verweisen in der Studie nicht explizit auf Limitationen. Folgende Limitationen werden nicht erwähnt: Die Stichprobe umfasst Teilnehmerinnen mit sehr ähnlichen demografischen Daten und enthält keine unverheirateten, bisexuellen oder alleinstehenden Frauen. Zudem hat vermutlich der religiöse, soziale und kulturelle Aspekt der Teilnehmerinnen einen Einfluss auf das Erleben, weshalb die Ergebnisse nicht verallgemeinert werden können. Aufgrund der Stichprobengrösse kann keine allgemein gültige Aussage zur Population gemacht werden.

### Kohärenz

Die während des Forschungsprozesses erarbeiteten Themen und Unterthemen sind in sich kohärent.

### Relevanz

Die Relevanz des Forschungsbedarfs wird klar deklariert. Die Ergebnisse der Studie liefern wichtige Erkenntnisse zum sexuellen Erleben einer Frau nach Hysterektomie. Sie schildert psychische Entwicklungen, welche sich auf die Sexualität auswirken könnten. Für medizinisches Fachpersonal sind diese Erkenntnisse von grosser Bedeutung, um solche Probleme gegebenenfalls zu erkennen und Lösungen davon abzuleiten.

### Reflektierte Subjektivität

Die Datenerhebung fand mittels eines semistrukturierten Interviews statt. Daher sollte berücksichtigt werden, dass Aussagen der Teilnehmerinnen mangels nicht vollständiger Anonymität zu verfälschten Aussagen geführt haben könnten. Zudem ist nicht bekannt, ob die Person, die das Interview durchgeführt hat, weiblich oder männlich war, was wiederum die Aussagen der Teilnehmerinnen beeinflusst haben könnte.

### 4.3 Askew & Zam (2013)

In Tabelle 12 sind Eckdaten zur Studie Askew und Zam (2013) aufgeführt:

Tabelle 12

*Eckdaten der Studie Askew & Zam (2013), eigene Darstellung (Askew & Zam, 2013)*

<b>Forschungs- schritte</b>	<b>Inhaltliche Zusammenfassung</b>
Titel	In sickness and in health: The effects of hysterectomy on women's partners and intimate relationships
Land, Jahr	USA, 2013
Ziel	Nicht klar deklariert: Perspektive der Frau, inwiefern sich eine Hysterektomie auf die Beziehung und den/die Intimpartner/-in auswirkt
Design, Ansatz	Online-Umfrage, qualitativer Ansatz
Population	Frauen nach einer Hysterektomie
Stichprobe	707 Frauen mit einer Hysterektomie, auf Website zu Hysterektomie (bietet Informationen/Unterstützung) geworben
Datenerhebung	Einmalige Erhebung von narrativen Onlinefragen
Messinstrument	Schriftlicher Online-Umfragebogen (selbst entwickelt)
Datenanalyse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 350 Antworten gelesen, Literaturrecherche und vorherige Nachforschungen zu dieser Population gemacht, bei Forschendentreffen Wissen zusammengebracht und Themen vereinbart</li> <li>• Thematische Analyse beschrieben von Pope, Ziebland &amp; Mays (2006)</li> <li>• NVivo 8 Software (QSR International, Burlington, MA) für Daten-codierung</li> </ul>
Ethik	Genehmigt durch Ethikkommission (unbekannt)
Evidenzlevel	6

#### **4.3.1 Relevante Ergebnisse der Studie Askew & Zam (2013)**

Aus der Datenanalyse ergaben sich folgende Themen, die für die Beantwortung der Fragestellung der vorliegenden Bachelorarbeit relevant sind:

Die Operation zeigte die Stärken unserer Beziehung auf

Der Partner zeigte sich bei 180 Teilnehmerinnen verständnisvoll und unterstützend, weshalb die Beziehung als eine Quelle der Kraft und des Trosts während des Prozesses und der Erholung der Hysterektomie diente.

Die Hysterektomie führte zu Schwierigkeiten in unserer Beziehung

Der Anpassungsprozess nach der Operation war für die Partner von 67 Teilnehmerinnen schwierig. Dabei wurden diverse Gründe genannt: Sie hatten Mühe mit Auswirkungen wie den veränderten Launen, Emotionen und Gesundheitskosten der Teilnehmerinnen und mit der nötigen Anpassung wie alltägliche Haushaltsaufgaben, die sie übernehmen mussten. Sie konnten teils nicht verstehen, was die Teilnehmerinnen durchmachten, verstanden ihr Bedürfnis nicht, sich von gewissen physischen Symptomen erholen zu müssen und/oder hatten einen offenen Kinderwunsch. Es wurden Begriffe wie Entfremdung, Frustration und Angst genannt. Dabei äusserten die Teilnehmerinnen das Gefühl, dass ihre Partner nicht genügend informiert waren über die Hysterektomie und ihre Auswirkungen.

Bei 27 Teilnehmerinnen führte die Hysterektomie zu einem Beziehungsbruch. Gründe wie sexuelle Schwierigkeiten, Stimmungsschwankungen der Teilnehmerinnen oder ein offener Kinderwunsch der Partner wurden genannt.

Die empfundene Zufriedenheit meines Partners bezüglich unserer sexuellen Beziehung seit der Hysterektomie

Die Partner von 93 Teilnehmerinnen schienen nicht zufrieden. Reduziertes sexuelles Verlangen oder Probleme mit Schmerzen bei den Teilnehmerinnen konnten zu weniger Geschlechtsverkehr und einer frustrierten Reaktion des Partners führen. Ohne diese Form von Intimität gab es sichtliche Spannungen.

Alleinstehende heterosexuelle Frauen

Bei den 29 alleinstehenden Teilnehmerinnen waren teils Angst vor einer neuen Partnerschaft aufgrund der möglicherweise veränderten sexuellen Funktion präsent. Auch Nervosität vor erneuten Verabredungen (hinsichtlich einer Beziehung) aufgrund des veränderten Körperbildes wurde beschrieben.

#### **4.3.2 Beurteilung der Güte der Studie Askew & Zam (2013)**

Die Hauptstärken der Studie liegen in der repräsentativen Stichprobe, der Dokumentation der Ergebnisse und der Anonymität. Die Hauptschwächen zeigen sich dadurch, dass die Datenerhebung bei Unklarheiten bezüglich Informationen kein Nachfragen ermöglichte.

Intersubjektive Nachvollziehbarkeit

Die Erhebung der narrativen Daten ist nachvollziehbar erläutert und einfach zu reproduzieren, das methodische Vorgehen passt mit dem Forschungsansatz überein und ist logisch für die Fragestellung. Der zusätzlich genannte Umfragebogen und die demografischen Daten sind jedoch nicht transparent. Die Auswertungsmethode des/der Hauptforschenden und ein regelmässiges Kontrollverfahren durch die weiteren Forschenden (entspricht Codierung den originalen Daten) werden erwähnt, analytische Entscheidungen wurden nicht dokumentiert und sind somit nicht überprüfbar. Die Forschenden erläutern folgende Einschränkungen: Durch das Onlineverfahren könnten Informationen verloren gegangen sein, da für genauere Erläuterung nicht nachgefragt werden konnte, und durch die retrospektive Selbsteinschätzung könnte eine Erinnerungsverzerrung die Ergebnisse beeinflusst haben. Es werden keine Angaben gemacht, wie lange die Hysterektomie bei den Teilnehmerinnen her ist und eine Ursache-Wirkungs-Beziehung der Hysterektomie kann nicht klar bewiesen werden.

Indikation des Forschungsprozesses

Durch den qualitativen Ansatz kommen die subjektiven Perspektiven zur Geltung. Durch die Onlineerfassung konnten diese im alltäglichen Kontext erfasst werden und sind aufgrund der breitgefächerten Population repräsentativ. Auch bot sie Anonymität, wodurch die Aspekte erfasst werden konnten, die im direkten Gespräch möglicherweise durch Scham verschwiegen worden wären. Die Methode der Erhebung und Auswertung sind passend zueinander.

### Empirische Verankerung

Ein kodifiziertes Verfahren wurde verwendet. Durch das Angeben von Zitaten werden die Ergebnisse und erstellten Theorien empirisch verankert, daher kann angenommen werden, dass die Konzeptualisierung mit den Daten übereinstimmen. Durch die offenen Fragen des Interviews konnten die aus bestehender Literatur generierten Theorien an den Teilnehmerinnen geprüft (induktives Verfahren) und weitere Theorien entwickelt werden.

### Limitation

Diese wurden durch die Forschenden aufgezeigt (siehe unter Intersubjektive Nachvollziehbarkeit). Des Weiteren konnte durch die Online-Befragung kein Vertrauensverhältnis zwischen den Teilnehmerinnen und den Forschenden hergestellt werden, ein persönliches Gespräch hätte sie dazu motivieren können, genauer über die Fragen nachzudenken.

### Kohärenz

Die Theorie ist kohärent, durch die Individualität der Beziehungen können auch gegensätzliche Ergebnisse erklärt werden und müssen nicht als widersprüchlich oder ungelöst deklariert werden.

### Relevanz

Die Fragestellung ist relevant, da Beachtung der eruierten Faktoren zu einer besseren Adaption in einer Beziehung beider Partner/ -innen an die Hysterektomie führen könnte. Durch weitere Literatur werden die Theorien sachlogisch analysiert und diskutiert, auch werden Lösungen dazu gesucht.

### Reflektierte Subjektivität

Der Codierungsprozess des/ der Hauptforschenden wurde in regelmässigen Abständen durch die weiteren Forschenden überprüft, welche 350 der Interviews gelesen hatten. Das Vorverständnis wird klar kommuniziert und die Zitate lassen eine Interpretation der Daten zu.

#### 4.4 Wong & Arumugam (2012)

In Tabelle 13 sind Eckdaten zur Studie Wong und Arumugam (2012) aufgeführt:

Tabelle 13

*Eckdaten der Studie Wong & Arumugam (2012), eigene Darstellung (Wong & Arumugam, 2012)*

<b>Forschungs- schritte</b>	<b>Inhaltliche Zusammenfassung</b>
Titel	Physical, psychological and sexual effects in multi-ethnic Malaysian women who have undergone hysterectomy
Land, Jahr	Malaysia, 2012
Ziel	die postoperativen Auswirkungen auf die physischen und psychischen Aspekte und die Sexualfunktion bei multiethnischen malaysischen Frauen zu untersuchen, die sich einer Hysterektomie unterzogen hatten
Design, Ansatz	Fragebogen, quantitative retrospektive Querschnittsstudie
Population	Multiethnische malaysische Frauen nach einer Hysterektomie
Stichprobe	875 Frauen mit einer Hysterektomie, die die gynäkologische ambulante Klinik des Malaysischen Universitätsärzteentrums zwischen November 2008 und Oktober 2009 besucht haben
Datenerhebung	Einmalige schriftliche Befragung
Messinstrument	Schriftlicher Umfragebogen aus 6 Teilen, entwickelt durch die Forschenden: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Teil 1–3: Fragen zur Soziodemographie und Charakteristika</li> <li>• Teil 4–6: Fragen zu Auswirkungen der Hysterektomie auf physische und psychische Aspekte und die Sexualfunktion</li> </ul>
Datenanalyse	Statistisches Analyseverfahren
Ethik	Medizinische Ethikkommission des Malaysischen Universitätsärzteentrums in Kuala Lumpur, Malaysia
Evidenzlevel	6

#### **4.4.1 Relevante Ergebnisse der Studie Wong & Arumugam (2012)**

Die Ergebnisse wurden in drei Kategorien eingeteilt. Folgende davon sind relevant für die Beantwortung der Fragestellung der vorliegenden Bachelorarbeit:

##### Psychische Auswirkungen der Hysterektomie

Angst (46,6%), Depression (33,7%), Abneigung zur plötzlichen Menopause (22,7%),

Trauer um den Verlust der Zeugungsfähigkeit (10,4%), fühlen sich nicht mehr wie eine Frau ohne Uterus (9,6%), Trauer um den Verlust der menstruellen Periode (7,2%).

Mehr Teilnehmerinnen unter 40 empfanden Uterus als wichtig oder sehr wichtig und äusserten signifikant mehr psychologische Auswirkungen ( $p < 0,001$ ).

Teilnehmerinnen mit einem durchschnittlichen monatlichen Haushaltseinkommen über 4000 RM (ca. 980 CHF, höchstes Einkommen innerhalb der Stichprobe) hatten signifikant weniger psychische Auswirkungen ( $p < 0,01$ ).

##### Sexualität/Beziehung und Hysterektomie

72,4% hatte weniger Geschlechtsverkehr nach der Hysterektomie, 27,2% hatten mehr Beschwerden oder Schmerzen beim Geschlechtsverkehr und 43,2% äusserten fehlende sexuelle Lust.

Auf einer Skala von 0 bis 10 wurde die Beurteilung des Zustandes vor und nach der Operation verglichen (siehe Tabelle 14).

Tabelle 14

Beurteilung von Aspekten der Sexualität/Beziehung, eigene Darstellung (Wong & Arumugam, 2012)

Aspekt der Sexualität/ Beziehung	Beurteilung
Beziehung mit dem Partner	Median: von 7,25 auf 6,75 → Verschlechterung bei 17,6%, statistisch signifikante Reduktion (Rangsummentest $z=-7,52$ , $p<0,001$ , $r=0,21$ ).
Sexualfunktion	Median: von 6.62 auf 4.87 → Verschlechterung bei 62.4%, statistisch signifikante Reduktion ( $z=-15.21$ , $p<0.001$ , $r=0.42$ ).
Orgasmus	Median: von 6,27 auf 4,81 → Verschlechterung bei 66,9%, statistisch signifikante Reduktion ( $z=-15,19$ , $p<0,001$ , $r=0,42$ )

Die Sexualfunktion hing unter anderem signifikant ab von folgenden Kovarianten: Wurde die sexuelle Beziehung sehr wichtig (OR 3,00, 95% CI 1.18-7.45,  $p<0.01$ ) oder wichtig (OR 3,61, 95% CI 1,64–7,94,  $p<0,001$ ) empfunden, zeigte sich eine grössere Wahrscheinlichkeit für eine bessere Beurteilung der postoperativen Sexualfunktion. Teilnehmerinnen mit einem positiv eingestellten Partner gegenüber Hysterektomie (OR 2,45, 95% CI 1,41–4,26,  $p<0,01$ ) wurden mit einer besseren Sexualfunktion assoziiert.

#### 4.4.2 Beurteilung der Güte der Studie Wong & Arumugam (2012)

Die Hauptstärken der Studie bestehen in der Transparenz der Datenerhebung, die Hauptschwächen zeigen sich in den verwendeten Begriffen, die von den Teilnehmerinnen unterschiedlich interpretiert werden konnten, und ein uneinheitlichen Zeitpunkt der Datenerhebung nach der Hysterektomie.

##### Objektivität

Die Forschenden zeigen ein quellenbasiertes Vorverständnis der Thematik, es fehlen jedoch Definitionen von zentralen Begriffen wie Hysterektomie, sexuell und psychisch. Durch das Offenlegen des Fragebogens wird die Datenerhebung transparenter, der Rekrutierungsprozess und das Analyseverfahren sind nachvollziehbar beschrieben. Durch die Verwendung des Fragebogens hatten die Forschenden soweit beurteilbar keinen Einfluss auf die Ergebnisse und durch die Verwendung von geschlossenen Fragen ist die Auswertungsobjektivität gegeben. Jedoch sind nicht nachprüfbar Zahlen und Aussagen in den

Ergebnissen vorhanden und auch der begrenzte Rekrutierungsort und das Fehlen einer Vergleichsgruppe schränkt Aussagen zur Unabhängigkeit ein. Auch werden Einflussfaktoren wie beispielsweise die Einnahme von Medikation oder Hormontherapie nicht beachtet.

#### Reliabilität

Es wurden keine Angaben zur Reliabilität gemacht.

#### Validität

Diese wurde anhand einer Expertengruppe und eines kleinen Pilottests geprüft (Augenschein- und Inhaltsvalidität). Wie die Forschenden bereits in der Studie anmerken, lässt das Querschnittsdesign nur vorausschauende Assoziationen zu, weshalb Erinnerungsverzerrungen durch das retrospektive Design die Ergebnisse beeinflussen haben könnten und folglich eine Ursache-Wirkungs-Beziehung der Hysterektomie schwer zu beweisen ist. Begriffe des Fragebogens wie Depression und Sexualfunktion sind nicht definiert und können durch die Teilnehmerinnen unterschiedlich interpretiert werden. Es ist nicht klar, welcher postoperative Zeitpunkt durch die Teilnehmerinnen beurteilt wird.

## **5. Ergebnisse: Ausgewählte Studien zu den pflegerischen Interventionen zur Förderung der sexuellen Gesundheit nach Hysterektomie**

In diesem Kapitel werden die ausgewählten Studien, die sich auf die pflegerischen Interventionen zur Förderung der sexuellen Gesundheit nach einer Hysterektomie beziehen, vorgestellt. Zuerst werden von jeder Studie die wichtigsten Eckdaten (inkl. Evidenzlevel) tabellarisch aufgeführt. Die Intervention wird anschliessend in einem Unterkapitel erläutert. Schliesslich werden die Gütekriterien zusammengefasst und daraus die Hauptstärken und Hauptschwächen der Studien aufgezeigt. Eine Zusammenfassung, Angaben zur Würdigung sowie eine ausführliche Beschreibung der Gütekriterien der einzelnen Studien sind im Anhang B (S. 84ff.) abgelegt.

## 5.1 Wang, Li, Li & Li (2014)

In Tabelle 15 sind Eckdaten zur Studie Wang et al. (2014) aufgeführt:

Tabelle 15

*Eckdaten der Studie Wang et al. (2014), eigene Darstellung (Wang et al., 2014)*

<b>Forschungs-schritte</b>	<b>Inhaltliche Zusammenfassung</b>
Titel	Integrated interventions for improving negative emotions and stress reactions of young women receiving total hysterectomy
Land, Jahr	China, 2014
Ziel	den Einfluss der präoperativen Intervention «Integrated Interventions» (von den Forschenden entwickelt) auf negative Emotionen und psychischen Stress bei Frauen mit Hysteromyom, die eine Hysterektomie erhielten, zu untersuchen
Design/ Ansatz	Blindstudiendesign, quantitativer Ansatz
Population	Frauen vor der Menopause, die eine elektive totale Hysterektomie aufgrund eines Hysteromyoms erhalten
Stichprobe	<ul style="list-style-type: none"><li>• Stichprobe enthielt 40 Frauen im Alter von 33 bis 45 Jahre, die sich einer elektiven abdominalen totalen Hysterektomie aufgrund eines Hysteromyoms von Dezember 2011 bis Juni 2012 in der Abteilung für Gynäkologie des Affiliated Tenth People's Universitätsspitals in Tongji unterzogen haben</li><li>• Interventionsgruppe (n= 20) und Kontrollgruppe (n= 20)</li></ul>
Studienintervention	<ul style="list-style-type: none"><li>• Interventionsgruppe: erhielt ab Eintritt bis vor Operation (4 bis 7 Tage) neben medizinischen und pflegerischen Standard-Versorgung die «Integrated Interventions»</li><li>• Kontrollgruppe: vor Operation eine medizinische und pflegerische Standard-Versorgung</li></ul>
Datenerhebung/ Messinstrumente	<ul style="list-style-type: none"><li>• 12-Item-Fragebogen zur Erhebung der Ursache von Ängsten:</li><li>- Bei Eintritt (T<sub>1</sub>) Details/Angaben zum Fragebogen sind unvollständig</li><li>- Am zweiten oder dritten Tag nach der Operation (T<sub>3</sub>)</li></ul>

- Hamilton Anxiety Scale (HAMA) zur Erhebung der Angst und Hamilton Depression Scale (HAMD) zur Erhebung von depressiven Symptomen
- Bei Eintritt (T1) und vor der Operation (T2)
- Serumcortisol und IL-6 Level zur Erhebung des Stresslevels
- Bei Eintritt (T1) und vor der Operation (T2) und am zweiten Tag nach der Operation (T3) wurde venöses Blut (2 ml) abgenommen und ausgewertet

Datenanalyse	statistische Datenanalyse
Ethik	Einwilligungserklärung eingeholt, Genehmigung der Ethikkommission nicht deklariert
Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vor der Operation waren bei Interventions- und Kontrollgruppe Ängste vorhanden (z.B. Angst vor Sexualität nach der Operation und Einfluss der Operation auf die eheliche Beziehung, Angaben unvollständig)</li> <li>• Nach Intervention verringerten sich die Symptome von Angst (HAMA) und Depression (HAMD) bei der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant (HAMA Score von 14,4+5,9 auf 9,1+4,2/ HAMD Score von 17,8+3,5 auf 9,4+6,8)</li> <li>• In Interventionsgruppe verringerte sich Serum-Cortisol-Spiegel im Vergleich zur Kontrollgruppe nach Intervention (T2) signifikant, keine signifikanten Unterschiede in Bezug des Serum-IL6-Spiegels in Interventions- und Kontrollgruppe festgestellt. Bei Interventionsgruppe blieb der Serum-IL-6-Spiegel zu verschiedenen Zeitpunkten unverändert, war jedoch am zweiten Operationstag niedriger als in Kontrollgruppe</li> </ul>
Evidenzlevel	6

---

### **5.1.1 Beschreibung der Intervention «Integrated Intervention»**

Diese Intervention integriert fünf verschiedene Interventionen, die auf der Grundlage der Gesundheitsedukation aufbauen:

#### **Unterstützende Psychotherapie**

Die unterstützende Psychotherapie wird mit der alltäglichen medizinischen Behandlung verbunden. Das Ziel ist, eine wohlwollende Beziehung zwischen Arzt/Ärztin und Patientin aufzubauen.

#### **Gesundheitsedukation**

Gesundheitsedukation konzentriert sich auf die Patientin und deren Partner. Die Gesundheitsedukation soll individuell und in Gruppen (2–3 Patientinnen) durchgeführt werden, mit folgenden Inhalten: 1) Edukation über allgemeines Wissen: Kurze und leicht verständliche Wörter sollen verwendet werden, um die Anatomie und Physiologie der Fortpflanzungsorgane, insbesondere des Uterus und des Eierstocks, zu erklären. Folgen der Hysterektomie sollen erklärt werden (z. B. Unfruchtbarkeit oder Einfluss auf die endokrine Funktion). 2) Die Aufklärung über sexuelle Gesundheit: a: Psychische Barrieren sollen beseitigt werden und Patientinnen werden ermutigt, ihre Sexualität auf uneingeschränkte Weise zu genießen. b: Grundkenntnisse der Sexualphysiologie und -psychologie werden unterrichtet. c: Patientinnen und ihre Partner werden ermutigt, ihre sexuellen Gefühle und die Art der Liebkosung und Stimulation zu kommunizieren. d: Patientinnen und ihre Partner werden bei der Suche nach effizienteren Sexualtipps angeleitet.

#### **Wissensvermittlung in Bezug auf Anästhesie**

Die Operation, die Hintergründe und die Verfahren der Anästhesie, mögliche intraoperative und postoperative Komplikationen, die Vor- und Nachteile der postoperativen Analgesie, die Umgebung des Operationssaals und Informationen zu den Chirurgen/Chirurginnen werden erläutert. Positive Fallverläufe sollen den Patientinnen gezeigt werden.

#### **Familien- und sozialunterstützende Psychotherapie**

Diese Intervention konzentriert sich auf die Angehörigen der Patientinnen. Die Bedeutung und Methode der Operation und der postoperativen Versorgung werden erklärt und zeigen

den Angehörigen Wege auf, die Patientin emotional und im täglichen Leben zu unterstützen.

#### Vertiefte individuelle Psychotherapie

Ellis und Rational Emotive Therapy (RET) soll bei Patientinnen mit Werten bei Eintritt der HAMA von  $\geq 14$  oder Werten von HAMD  $\geq 17$  durchgeführt werden. Die Patientinnen erhalten einmal täglich ein Entspannungs-Training (10–15 Minuten pro Mal). Dieses Training soll nach der Operation als ambulante Aktivität durchgeführt werden.

#### **5.1.2 Beurteilung der Güte der Studie Wang et al. (2014)**

Die Hauptstärken der Studie liegen in der Datenerhebung (Vielfalt an Messinstrumenten). Die Hauptschwächen ergeben sich aus der insuffizienten Beschreibung der Intervention sowie einiger nicht abschätzbaren Einflüsse auf die Ergebnisse.

#### Objektivität

Eine klare Zielformulierung, die Verwendung eines Blindstudiendesigns und die ausführliche Diskussion der Ergebnisse widerspiegeln die Unabhängigkeit der Ergebnisse von anderen Einflüssen. Die knappe Beschreibung des theoretischen Hintergrunds sowie eine uneinheitliche Durchführung der Intervention (Vertiefte individuelle Psychotherapie) könnten die Ergebnisse beeinflusst haben. Es ist auch nicht möglich, Aussagen darüber zu machen, welcher Teil der Intervention wie stark auf die Ergebnisse Einfluss genommen hat. Zudem ist die intersubjektive Nachvollziehbarkeit durch die mangelnde Beschreibung des Forschungsprozesses nur bedingt gegeben: Als wichtige Beispiele sind hier zu erwähnen, dass die Intervention und der von den Forschenden entwickelte Fragebogen (12 Item der Angst) ungenau beschrieben wurden.

#### Reliabilität

Durch die ungenaue Dokumentation des Forschungsprozesses ist die Reproduzierbarkeit der Ergebnisse bei Wiederholung der Studie durch andere Forschende nur bedingt möglich. Angaben zum Reliabilitätskoeffizienten der Messinstrumente fehlen.

## Validität

Die Datenerhebung sowie das Studiendesign sind für das Ziel der Studie nachvollziehbar und gut geeignet. Die Datenerhebung wird zu unterschiedlichen Zeitpunkten durchgeführt, dies ermöglicht es, einen Vergleich der physischen Effekte prä- und postoperativ zu erhalten. Angaben zur Validität der Messinstrumente fehlen. Dennoch wird eine breite Vielfalt an Messinstrumenten eingesetzt, was die Validität bestärkt. Der quantitative Ansatz der Studie ermöglicht es, die kausalen Zusammenhänge zwischen der Auswirkung der «Integrated Interventions» bei Frauen mit Hysterektomie aufgrund eines Hysteromyoms auf deren psychische Gesundheit und Stresslevel zu untersuchen.

## 5.2 Jun et al. (2011)

In Tabelle 16 sind die Eckdaten der Studie Jun et al. (2011) aufgeführt.

Tabelle 16

*Eckdaten der Studie Jun et al. (2011), eigene Darstellung (Jun et al., 2011)*

<b>Forschungs-schritte</b>	<b>Inhaltliche Zusammenfassung</b>
Titel	The effect of a sexual life reframing program on marital intimacy, body image, and sexual function among breast cancer survivors
Land, Jahr	Korea, 2011
Ziel	Die Effekte des «Sexual Life Reframing Programs» (von den Forschenden entwickelt) auf die eheliche Intimität, das Körperbild und die sexuelle Funktion (sexuelles Interesse, Dysfunktion, Befriedigung) bei Brustkrebs-Überlebenden in Korea zu untersuchen
Design/Ansatz	Quasi-experimentelles Design, quantitativer Ansatz
Population	Brustkrebs-Überlebende Frauen
Stichprobe	<ul style="list-style-type: none"><li>• Brustkrebs überlebende, die aus einem Lehrkrankenhauses in Seoul (Korea) kamen</li><li>• Interventionsgruppe (n= 22) und Kontrollgruppe (n= 23)</li></ul>
Studienintervention	<ul style="list-style-type: none"><li>• Interventionsgruppe: «Sexual Life Reframing Program» an 3 Gruppen von jeweils bis zu 10 Personen durchgeführt, vom Hauptforschenden durchgeführt, Intervention bestand aus 6 wöchentlichen Sitzungen von je 2 Stunden</li><li>• Kontrollgruppe: wurde im Krankenhaus standardmässig betreut</li></ul>
Datenerhebung	<ul style="list-style-type: none"><li>• Interventionsgruppe: vor und nach Intervention Fragebogen zu ehelicher Intimität, Körperbild und Sexualefunktion ausgefüllt</li><li>• Kontrollgruppe: erhielt Fragebogen vor dem Programm per Post und nach der Intervention wurden die Daten für die Kontrollgruppe durch E-Mail-Umfragen erhoben (Rücklaufquote 76,7%).</li></ul>
Messinstrumente	<ul style="list-style-type: none"><li>• Eheliche Intimität: Marital Intimacy Questionnaire</li></ul>

- Körperbild: anhand der 3-teiligen Körperbild-Subskala des Fragebogens zum Cancer Rehabilitation Evaluation System (CARES)
- Sexuelle Funktion, Score aus drei Skalen:
  - Sexuelles Interesse: Subskala von CARES
  - Sexuelle Dysfunktion: Subskala von CARES
  - Sexuelle Befriedigung: Skala der sexuellen Befriedigung

Datenanalyse

Statistische Datenanalyse

Ergebnisse

- Geringfügige Verbesserungen bei der ehelichen Intimität, dem Körperbild und dem sexuellen Interesse bei der Interventionsgruppe (nicht signifikant)
- Keine statistischen signifikanten Unterschiede in ehelicher Intimität, im Körperbild und im sexuellen Interesse zwischen beiden Gruppen
- Interventionsgruppe zeigte Verbesserungen der sexuellen Dysfunktion und der sexuellen Befriedigung nach Intervention, während Kontrollgruppe eine verschlechterte sexuelle Dysfunktion und Befriedigung zeigte
- Zwischen beiden Gruppen war Veränderung der sexuellen Befriedigung statistisch signifikant

Ethik

Bestätigung der Ethikkommission (Institutional Review Board)

Evidenzlevel

6

### **5.2.1 Beschreibung der Intervention «Sexual Life Reframing Program»**

Das «Sexual Life Reframing Program» besteht aus sechs wöchentlichen Sitzungen von je zwei Stunden. Jede Sitzung widmet sich einer der folgenden Thematiken: Entspannung (Sitzung 1), Wahrnehmung von Problemen (Sitzung 2), Exposition (Sitzung 3), Lösen von Problemen (Sitzung 4), Akzeptanz (Sitzung 5) und Auffrischen (Sitzung 6). Die spezifischen Interventionen der Sitzungen gründen auf den drei Elementen der sexuellen Gesundheit:

#### **Körperliche Elemente**

Die Interventionen für die körperlichen Elemente umfassen Aufklärung über die Auswirkungen von Krebs und Behandlungen auf Sexualität und Sexualfunktion, Gruppendiskussion und Beratung zu potenziellen und tatsächlichen sexuellen Problemen und Anliegen sowie Einführung in Dehnen/Stretching, Massage und Produkte wie Gleitmittel, Vaginaldilatoren und Vibratoren, um die sexuelle Funktion zu verbessern.

#### **Psychologische Elemente**

Die psychologischen Elemente der Intervention umfassen die Teilnahme an Gruppendiskussionen und -beratungen, die Teilnahme an künstlerischen Aktivitäten, das Lesen von Gedichten, das Ansehen von Filmen und Bildern, die sich auf die Erfahrungen anderer Brustkrebsüberlebenden beziehen, und die Entspannung durch Bauchatmung.

#### **Relationale Elemente**

Die relationalen Elemente der Intervention konzentrieren sich auf eheliche Sexualität und Kommunikationsfähigkeiten durch Diskussion, Beratung, Rollenspiele und das Anschauen von Filmen im Zusammenhang mit der ehelichen Beziehung.

### 5.2.2 Beurteilung der Güte der Studie Jun et al. (2011)

Die Hauptstärken der Studie liegen in der Datenerhebung (Transparenz und Interpretation der Ergebnisse). Die Hauptschwächen ergeben sich aus der insuffizienten Beschreibung der Intervention und der verwendeten Variablen sowie des nicht abschätzbaren Einflusses der einzelnen Teile der Intervention auf die Ergebnisse.

#### Objektivität

Die Unabhängigkeit der Ergebnisse von anderen Einflüssen ist nicht gegeben. Als wichtigstes Beispiel ist zu nennen, dass es nicht möglich ist den Effekt der einzelnen Teile der Sitzungen auf die Ergebnisse einzuschätzen. Die intersubjektive Nachvollziehbarkeit ist durch die Beschreibung des Forschungsprozesses nur bedingt vorhanden: In einem separaten Kapitel «conceptual Framework» werden die Grundannahmen der Studie erläutert und eine Begründung der Ausschlusskriterien wird aufgezeigt, dies fördert die Nachvollziehbarkeit der Studie. Die Ergebnisse werden mit passenden statistischen Verfahren berechnet und sind richtig interpretiert, daher sind die Ergebnisse präzise und transparent. Die Nachvollziehbarkeit wird geschwächt, indem Definitionen zu Begriffen wie z. B. Körperbild und eheliche Intimität fehlen. Die Intervention wird grob beschrieben, Details werden nicht erläutert, eine exakte Wiederholung der Intervention wäre nicht möglich.

#### Reliabilität

Durch die ungenaue Dokumentation der Intervention ist die Reproduzierbarkeit der Ergebnisse bei Wiederholung der Studie durch andere Forschende nur bedingt möglich. Die Angabe des Cronbachs Alpha zu den Messinstrumenten widerspiegelt deren interne Konsistenz.

#### Validität

Die Datenerhebung ist für das Ziel der Studie nachvollziehbar und gut geeignet. Die Datenerhebung wird zu unterschiedlichen Zeitpunkten durchgeführt, dies ermöglicht einen guten Vergleich der Effekte. Der quantitative Ansatz und das Design der Studie ermöglichen die kausalen Zusammenhänge zwischen der Auswirkung des «Sexual Life Reframing Program» auf das Körperbild, die eheliche Intimität und sexuelle Funktion von Frauen mit Brustkrebs zu untersuchen.

### 5.3 Classen et al. (2013)

In Tabelle 17 sind die Eckdaten der Studie Classen et al. (2013) aufgeführt:

Tabelle 17

*Eckdaten der Studie Classen et al. (2013), eigene Darstellung (Classen et al., 2013)*

<b>Forschungs- schritte</b>	<b>Inhaltliche Zusammenfassung</b>
Titel	Psychosexual distress in women with gynecologic cancer: a feasibility study of an online support group
Land, Jahr	Kanada, 2013
Ziel	Hauptziel: zu ermitteln, ob gynäkologische Krebspatientinnen in einer randomisierten kontrollierten Studie einer professionell geführten Onlineunterstützungsgruppe, die sich mit psychosexuellen Problemen von gynäkologischen Krebspatientinnen befasst, teilnehmen würden (Teilnehmerrate bestimmen/Durchführbarkeitsstudie). Nebenziel: vorläufige Nachweise zu sammeln, dass die genannte Intervention psychosexuelle/n Distress/Belastung reduzieren kann.
Design, Ansatz	Onlineintervention, quantitative, randomisierte kontrollierte Pilotstudie
Population	Frauen mit sexuellem Distress nach einer Behandlung für gynäkologischen Krebs
Stichprobe	27 Frauen mit psychosexuellem Distress aufgrund der Behandlung von gynäkologischem Krebs, die Mitte Januar bis Mitte April 2009 die gynäkologischen Onkologieambulatorien von zwei Spitälern in Toronto, Kanada, besuchten. 21 davon haben die Verlaufskontrolle nach vier Monaten abgeschlossen und 23 die Verlaufskontrolle nach 8 Monaten. Randomisierung in zwei Gruppen: Monat 1–4: Interventionsgruppe erhielt Intervention Monat 5–8: Wartelistekontrollgruppe erhielt Intervention
Datenerhebung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demografische Informationen: Fragebogen</li> <li>• Klinische Daten: Krankenakte</li> <li>• Wirksamkeit der Intervention: 3 Skalen → bei Studienbeginn, nach Intervention der Gruppe 1 und nach Intervention der Gruppe 2</li> </ul>

Messinstrumente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Studiendurchführbarkeit: Anzahl angesprochene Frauen/Zusagen/ Teilnehmerinnen</li> <li>• Teilnahmerate: Anzahl Posts der Frauen: 12 Posts=Adäquate Dosis der Intervention (1x/Woche)</li> <li>• Female Sexual Distress Scale- Revised (FSDS-R): Selbstbeurteilungsinstrument von sexuellem Distress</li> <li>• Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): Selbstbeurteilungsinstrument von Depression/Angst : Illness Intrusiveness Ratings scale (IIRS) Selbstbeurteilungsinstrument von Beeinträchtigung von für Lebensqualität zentralen Lebensbereichen durch chronische invalidisierende und/oder lebensbedrohliche Krankheiten und/oder deren Behandlung.</li> <li>• GyneGals exit questionnaire: Selbst entwickeltes Selbstbeurteilungsinstrument von Zufriedenheit der Teilnehmerinnen mit der Onlineselbsthilfegruppe/Website</li> <li>• Nachbesprechungsinterview</li> </ul>
Datenanalyse	Statistische Datenanalyse
Ethik	Genehmigt durch Forschungsethikvorstand aller teilnehmenden Institutionen
Studienintervention	Gruppe 1 erhielt Instruktion durch Forschende, Gruppe 2 erhielt für den Beziehungsaufbau ein 30-minütiges persönliches Gespräch zur geplanten Intervention und zum Krebserleben der Teilnehmerinnen mit einem/einer Moderator/-in. Alle Teilnehmerinnen werden gebeten, mindestens einmal pro Woche etwas dazu zu posten (Frage/Nachrichten zu anderen Problemen), die Moderatoren/-innen stehen täglich für Antworten zur Verfügung. Danach wurde Intervention «GyneGals» durchgeführt.
Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Von 97 angesprochenen waren 36 interessiert, davon 27 passend</li> <li>• Höhere Teilnahmerate in Gruppe 2</li> <li>• Die meisten Effektgrößen der Messskalen deuten auf Profit durch Intervention hin <ul style="list-style-type: none"> <li>- FSDS-R: Effektgrösse 0,31, bei adäquater Dosis 0,51</li> <li>- HADS: Effektgrösse 0,03, adäquate Dosis 0,36</li> </ul> </li> </ul>

- IIRS: Intimität 0,28/0,82; Beziehung 0,03/−0,21; −0,11/ −0,10  
(Vorzeichen positiv bedeutet Effekt in gewünschter Richtung)
- Positive Erfahrung für die Mehrheit, fühlten sich wohler, sexuelle Probleme in einer webbasierten Selbsthilfegruppe zu teilen als in einer persönlichen (Angesicht zu Angesicht).

Evidenzlevel 6

---

### **5.3.1 Beschreibung der Intervention «GyneGals»**

Die Intervention «GyneGals» besteht aus einer 12-wöchigen, geschlossenen webbasierten asynchronen (jederzeit Zugriff) Onlineselbsthilfegruppen-Intervention. Eine Website enthält ein asynchrones Diskussionsforum, auf dem jede Woche ein neues Thema durch eine Nachricht/Frage und entsprechende Infomaterialien der Moderatoren/-innen eingeführt werden soll und die Moderatoren/-innen täglich für Antworten zur Verfügung stehen. Das Forum enthält Links zu einer nur für die Teilnehmerinnen kreiert und zugreifbar gemachten Website mit Edukationsmaterial und weiteren externen qualitativ hochstehendem Onlinequellen. Themen sind beispielsweise Probleme wie der Umgang mit emotionalen Herausforderungen, Erkunden der Sexualität, die Auswirkungen von Krebsbehandlung auf das Sexualleben, Körperbild, plötzliche Menopause, Symptommanagement, Identität, Verbesserung der Intimität und Sexualität in intimen Beziehungen und die Kommunikation mit dem Partner. Die Moderatoren/-innen sind zwei Psychologen/-innen mit Erfahrung im Anbieten von Krebsunterstützungsgruppen, Onlineunterstützungsgruppen, unterstützender Gruppenpsychotherapie für psychosexuelle Probleme und Sextherapie. In Woche 10 der Intervention erfolgt eine 90-minütige textbasierte Echtzeit-Chatsitzung (synchrone Gruppe) mit einem/einer gynäkologischen Onkologen/Onkologin, einem/ einer Radioonkologen/-in und den Moderatoren.

### **5.3.2 Beurteilung der Güte der Studie Classen et al. (2013)**

Die Hauptstärken der Studie liegen in der Auswertungsobjektivität. Die Hauptschwächen zeigen sich durch das nicht valide Messverfahren für die Wirksamkeit der Intervention, eine nicht transparente Analyse der Ergebnisse und die Kombination von mehreren Interventionen, was Rückschlüsse auf die Wirksamkeit der Intervention erschwert.

## Objektivität

Die Forschenden erläutern ihr Vorverständnis zur Thematik, wichtige Definitionen wie zum Beispiel psychosexueller Distress fehlen. Aufgrund der insuffizienten Beschreibung der Messinstrumente wird die Interpretation der Tabelle erschwert: Beispielsweise hat der HADS jeweils zwei unabhängige Scores (Angst/Depression), die Forschenden geben nur eine Zahl an. Es werden nicht transparente Merkmale der Stichprobe genannt, die als Begründung für Ergebnisse verwendet werden: Beispielsweise wird erwähnt, dass die meisten Teilnehmerinnen eine behandlungsinduzierte Menopause durchgemacht hatten, was aber durch die Angaben der Charakteristiken der Frauen nicht erkennbar ist. Dropouts und deren Folgen sind nicht klar deklariert. Durch die Verwendung der Selbstbeurteilungsskalen wurden die Ergebnisse durch die Forschenden soweit beurteilbar nicht verfälscht, die Auswertungsobjektivität ist durch die Verwendung von geschlossenen Fragen gegeben. Die Kombinationsintervention erschwert eine genaue Identifikation der nützlichen Teilintervention. Die Ergebnisse der Scores (vor und nach der Intervention) beider Gruppen wurden zusammengezählt, was die Ergebnisse verfälschen könnte und die Unabhängigkeit der Ergebnisse einschränkt (durch Forschende deklariert).

## Reliabilität

Die Intervention wurde als Pilottest durchgeführt, daher ist nicht klar, ob die Reliabilität gegeben ist. Zu den drei Selbsttestskalen wird der Cronbach Coeffizient angegeben, jedoch fehlen Quellen oder Offenlegung der Zahlen zur Berechnung.

## Validität

Die Validität der Selbsttestskalen wird aufgezeigt, der Austrittsfragebogen wird nicht auf Validität geprüft. Die Messung der Beteiligungsquote ist nicht valide, da sie anhand der Anzahl Posts der Teilnehmerinnen gemessen wurde, wobei die passive Teilnahme wie Durchlesen von Posts und Edukationsmaterial nicht monitorisiert werden konnte. Das wahre Ausmass der Teilnahme an der Intervention und die Auswirkungen der Art der Teilnahme kann nicht bestimmt werden und verfälscht die Ergebnisse (von Forschenden deklariert). Da es sich um eine Pilotstudie handelt, können erst Aussagen über die Richtung gemacht werden, die Effektgrößen helfen für die Stichprobengrößenberechnung für eine Fullscale-Studie.

## 6. Diskussion

In diesem Kapitel werden die wichtigsten Ergebnisse zusammengefasst, miteinander verglichen und kritisch diskutiert. Zudem soll ein Bezug zum theoretischen Hintergrund (Kapitel 2, S. 5–13) hergestellt werden. Das Kapitel 7.1 bezieht sich auf die Ergebnisse der negativen Auswirkungen einer Hysterektomie auf die sexuelle Gesundheit und Kapitel 7.2 auf die pflegerischen Interventionen zur Förderung der sexuellen Gesundheit nach Hysterektomie.

### 6.1 Negative Auswirkungen einer Hysterektomie auf die sexuelle Gesundheit

Um die negativen Auswirkungen einer Hysterektomie auf die sexuelle Gesundheit zu eruieren, wurden zwei qualitative und zwei quantitative Studien eingeschlossen. Die gefundenen negativen Auswirkungen in den Studien wurden kategorisiert, indem sie den entsprechenden emotionalen, mentalen und sozialen Komponenten der sexuellen Gesundheit zugeordnet wurden. Die drei Komponenten sind nicht eindeutig trennbar. Sie bilden eine Einheit, daher passen einige Ergebnisse nicht ausschliesslich unter die gewählte Komponente. Die Studienergebnisse zeigen keine Widersprüche auf, sondern überschneiden und ergänzen sich gegenseitig in Bezug auf die Fragestellung.

#### Emotional

Als negative emotionale Auswirkungen nach Hysterektomie werden emotionale Belastung (Shirinkam et al., 2018) und Stimmungsschwankungen genannt (Askew & Zam, 2013). Die Trauer um die Unfruchtbarkeit aufgrund von einem offenen Kinderwunsch wird in den Studien Shirinkam et al. (2018), Askew & Zam (2013), Wong & Arumugam (2012) bestätigt, wobei auch der Partner betroffen sein kann (Shirinkam et al., 2018; Askew & Zam, 2013). Eine Abnahme der sexuellen Lust ist eine häufige Auswirkung (Shirinkam et al., 2018; Askew & Zam, 2013; Wong & Arumugam, 2012), teils auch die des Partners (Shirinkam et al., 2018). Die psychische Belastung kann indirekt verstärkt werden, indem Paare in der Folge der Hysterektomie Alternativlösungen zum gewohnten Geschlechtsverkehr nutzen (z.B. Analverkehr), die unter Umständen gegen eine religiöse und gesundheitliche Einstellung verstossen könnte (Shirinkam et al., 2018). Auch kann Angst nach einer Hysterektomie präsent sein, sowohl allgemein (Wong & Arumugam, 2012) oder vor körperlichen Schäden (vor allem direkt postoperativ) (Shirinkam et al., 2018), als auch vor der Reaktion anderer: Angst vor einer negativen Reaktion und Ablehnung seitens des Partners

(Shirinkam et al., 2018) oder eines potentiellen Partners, was Frauen mit Hysterektomie vor neuen Liebesbeziehungen abhalten kann, weil sie ein verändertes Körperbild haben und er ihre Narbe im Falle einer nicht-vaginalen Operation unattraktiv finden könnte (Askew & Zam, 2013). Auch vor Kritik der Familie oder des Behandlungsteams kann Angst auftreten, weshalb die Durchführung der Hysterektomie bereut werden kann (Shirinkam et al., 2018). Im Zusammenhang mit der Sexualität können Frauen mit Hysterektomie aus kulturellen und gesellschaftlichen Gründen (beispielsweise Verlust der Weiblichkeit entsprechend der Norm) Scham empfinden und wenden sich folglich nicht an Fachpersonen (Shirinkam et al., 2018).

### Mental

Zentrale negative mentale Auswirkungen auf die sexuelle Gesundheit nach einer Hysterektomie sind negative Körperbildveränderungen (Pinar et al., 2012; Askew & Zam, 2013) und eine Reduktion des Selbstwertgefühls (Pinar et al., 2012; Shirinkam et al., 2018) oder das Gefühl, kein vollständiger Mensch mehr zu sein (Shirinkam et al., 2018). Es kommt vor, dass Frauen mit einer Hysterektomie sich ohne Uterus als weniger weiblich fühlen, da dieses Organ für sie als Teil der Weiblichkeit gilt (Shirinkam et al., 2018) oder aufgrund der daraus folgenden Unfruchtbarkeit (Shirinkam et al., 2018; Wong & Arumugam, 2012). Laut der Studie von Wong und Arumugam (2012) kann das Ausmass der negativen psychischen Auswirkungen davon abhängen, als wie wichtig der Uterus empfunden wird. Abneigung gegen die Menopause, Trauer über den Verlust der menstruellen Periode bis zu Depressionen in der Folge der Hysterektomie sind möglich (Shirinkam et al., 2018; Wong & Arumugam, 2012).

### Sozial

Die negativen sozialen Auswirkungen auf die sexuelle Gesundheit stehen in engem Zusammenhang mit den mentalen und emotionalen Komponenten. In erster Linie kann die Partnerbeziehung darunter leiden, indem die Auswirkungen Frauen mit Hysterektomie als auch deren Partner betreffen und sich gegenseitig beeinflussen: Die eheliche Anpassung und Beziehung wird vielfach als schlechter empfunden (Askew & Zam, 2013; Pinar et al., 2012; Shirinkam et al., 2018; Wong & Arumugam, 2012) und kann zur Trennung führen (Askew & Zam, 2013; Shirinkam et al., 2018). Spannungen in der Beziehung entstehen oftmals, wenn der Partner nicht mit den negativen Auswirkungen der Hysterektomie wie

Stimmungsschwankungen und anfallenden Gesundheitskosten, Anpassung an die Rollenveränderung in der Beziehung wie zusätzlichen Haushaltsaufgaben, unerfüllten Kinderwunsch umgehen kann (Askew & Zam, 2013). Reaktionen wie Wut und Aggressivität (Shirinkam et al., 2018), Entfremdung, Frustration und Angst (Askew & Zam, 2013) können seitens der Partner erfolgen. Viele Frauen mit Hysterektomie fühlen sich vom Partner unverstanden (Askew & Zam, 2013; Shirinkam et al., 2018) und die Rolle der Frauen als Sexualpartnerin kann sich negativ verändern (z.B. durch reduziertes sexuelles Verlangen) und in weniger Geschlechtsverkehr und somit in Frustration und Unzufriedenheit des Partners resultieren (Askew & Zam, 2013; Shirinkam et al., 2018). Das daraus folgende schlechte Gewissen kann Frauen mit Hysterektomie dazu veranlassen, die Bedürfnisse des Partners über ihre zu stellen: Sie akzeptieren beispielsweise eine Wiederheirat des Partners, übertragen ihren Besitz auf ihn oder lassen ungewollten Geschlechtsverkehr zu (Shirinkam et al., 2018). Eine Abnahme in der Zufriedenheit mit der allgemeinen Sexualfunktion kann beispielsweise entstehen, wenn der Partner eine negative Einstellung zur Hysterektomie hat (Wong & Arumugam, 2012) und verstärkte negative Gefühle können auftreten, wenn der Partner sexuell unzufrieden ist (Shirinkam et al., 2018). Probleme seitens der Partner können oftmals auf einen Informationsmangel zurückgeführt werden (Askew & Zam, 2013). Auch weitere soziale und familiäre Beziehungen können durch die Sorge um die sexuelle Störung aufgrund der Hysterektomie negativ beeinflusst werden und bis zur sozialen Isolation führen (Shirinkam et al., 2018).

Durch die Kategorisierung der Ergebnisse in die emotionale, mentale und soziale Komponenten werden zahlreiche mögliche negative Auswirkungen auf die sexuelle Gesundheit durch die Hysterektomie gezeigt. Eine direkte Gegenüberstellung und ein Vergleich der Studienergebnisse sind schwer möglich: In keiner Studie wird direkt die sexuelle Gesundheit untersucht, weshalb die Ergebnisse nur nach bestem Wissen und Gewissen der Autorinnen zugeordnet werden, um negative Auswirkungen auf die sexuelle Gesundheit zu finden. Die untersuchten Phänomene wie die eheliche Anpassung oder das Körperbild sind in den Studien von Pinar et al. (2012), Shirinkam et al. (2018) und Wong und Arumugam (2012) ungenügend definiert.

Diese Ergebnisse können auch aus diversen Gründen nur mit Einschränkungen in die Praxis übertragen werden.

Anhand der Würdigung der Studien konnte aufgezeigt werden, dass die Untersuchungen grosse qualitative Mängel aufwiesen, die die Aussagekraft einschränken (siehe Anhang B, S. 84ff.). Dazu gehören beispielsweise nicht auf Validität und Reliabilität geprüfte Messinstrumente und widersprüchliche und nicht transparente Ergebnisse. Begriffe wie «Depression», die durch die Teilnehmerinnen bei der Selbsteinschätzung interpretiert werden konnten, schränken die Aussagekraft zusätzlich ein.

Ausserdem spielt der Zeitfaktor eine grosse Rolle: Die Ergebnisse von zwei Studien (Askew & Zam, 2013, Wong & Arumugam, 2012) wurden ohne Rücksicht auf die Zeit, die seit der Hysterektomie vergangen ist, zusammengetragen. Folglich kann nicht schlüssig beurteilt werden, ob sich die Auswirkungen verändert haben und wann welche Probleme aufgetreten sind. Dies sollte in weiterführenden Forschungen untersucht werden. Des Weiteren wurden in zwei Studien (Askew & Zam, 2013; Wong & Arumugam, 2012) Frauen mit Hysterektomie ab dem Erwachsenenalter ohne obere Grenze untersucht. Dadurch konnten Einflussfaktoren wie der Zeitpunkt der Hysterektomie vor oder nach der Menopause oder dem Abschluss der Familienplanung nicht vollständig berücksichtigt werden. Auch wurde der Begriff der Hysterektomie weit gefasst und jegliche Formen und Eingriffsarten einbezogen, weiter wurden keine Einschränkungen bezüglich der Indikationen zur Hysterektomie gemacht. Somit konnte nicht eruiert werden, ob beispielsweise die vorhandene Symptomlast vor der Hysterektomie einen Unterschied macht bezüglich der postoperativen Auswirkungen. Die genannten Faktoren erschweren sowohl einen Vergleich untereinander als auch eine Verallgemeinerung auf Frauen mit Hysterektomie.

Zudem wurden Studien aus der ganzen Welt und somit aus nicht vergleichbarem kulturellem Kontext einbezogen. Dabei wurden keine aus einem Schweizer Kontext gefunden. Die Übertragbarkeit der Auswirkungen auf die Schweiz wird dadurch klar eingeschränkt. Die Studie von Askew & Zam (2013) stammt als einzige aus einem vergleichbaren kulturellen Kontext (USA). Die Studie von Shirinkam et al. (2018) zeigt beispielsweise für unseren Kulturkreis «extrem» erscheinende Auswirkungen auf die sexuelle Gesundheit auf. Allerdings nimmt die Immigration in die Schweiz stetig zu (Burkhardt, 2019), wodurch auch der Anteil an Frauen aus anderen Kulturen und Religionen steigt. Es besteht folglich die Möglichkeit, dass eine aus ähnlichem Kontext stammende Frau mit Hysterektomie in einem Schweizer Spital behandelt wird. Diese Studie bietet daher den Vorteil, dass mögliche

Auswirkungen einer Hysterektomie auf die sexuelle Gesundheit von Frauen aus anderen Kulturen gesammelt werden konnten.

Zentral ist, dass die verwendeten Studien das Erleben der Frauen mit Hysterektomie untersuchen und somit unterstreichen, dass der Uterus eine zentrale Rolle haben kann, sei dies persönlich, kulturell oder gesellschaftlich bedingt. Dessen Verlust kann unter Umständen verheerende Folgen mit sich tragen, wobei die sexuelle Gesundheit beeinträchtigt wird. Dass dieses bei einer Bedeutungszuschreibung von Weiblichkeit (Shirinkam et al., 2018) grösser sind oder mehr psychische Probleme die Folge sind, wenn sie als wichtig empfunden wird (Wong & Arumugam, 2012) und diese Probleme nicht bei allen Frauen mit Hysterektomie vorkamen, unterstützt die Aussage von Salter (1999), die betont, dass innerhalb einer Kultur oder einer Familie bestimmte Körperteile mit Stereotypen oder symbolischer Bedeutung verknüpft und folglich hochgeachtet werden können.

In der Praxis soll folglich durch adäquate Gesprächsführung individuell ermittelt werden, welchen Stellenwert der Uterus für eine Frau mit Hysterektomie einnimmt. Dabei soll ihre Situation, ihre Rolle als Frau und das allgemeine Verständnis ihrer Würde und ihres Werts im gesellschaftlichen und kulturellen Kontext betrachtet werden. Auch Faktoren wie Familienplanung, Alter, Werte und Vorstellungen müssen einbezogen werden. Der steigende Trend der operativen Labioplastik (Schamlippenkorrektur) verstärkt die Annahme ebenfalls, dass eine intakte Weiblichkeit gesellschaftlich an Wichtigkeit zunehmen wird: Allein im Jahr 2016 wurden weltweit über 138'000 solche Eingriffe durchgeführt, was einem Anstieg von 45 % zum Vorjahr entspricht (ISAPS, 2017).

In den Ergebnissen wird in drei Studien eine Veränderung des Körperbildes benannt (Askew & Zam, 2013; Pinar et al., 2012; Shirinkam et al., 2018). Obwohl in keiner der Studien direkt eine Körperbildstörung gemessen wurde, kann dennoch aufgrund der Definition des Körperbildes von Margulies et al. (2017) davon ausgegangen werden, dass bei gewissen Frauen mit Hysterektomie eine vorliegt. Das Körperbild wird als Gedanken, Phantasien, Gefühle, Bewertungen, Bedeutungszuschreibungen und Einstellungen zum eigenen Körper verstanden. Laut Doenges (2003, zit. nach Fuchs-Eschmann, 2017, S. 14) ist eine Körperbildstörung «ein vom Patienten/-in definierter Belastungszustand, der zeigt, dass der Körper nicht mehr länger das Selbstwertgefühl einer Person unterstützt».

Auswirkungen wie eine Verringerung des Selbstwertgefühls (Pinar et al., 2012; Shirinkam et al., 2018), sich nicht mehr als vollständiger Mensch zu fühlen (Shirinkam et al., 2018; Wong & Arumugam, 2012) und Scham und Angst (Askew & Zam, 2013; Shirinkam et al., 2018; Wong & Arumugam, 2012) könnten folglich das Vorliegen einer Körperbildstörung bedeuten.

Die eruierten negativen Auswirkungen, die eine Hysterektomie auf die soziale Komponente der sexuellen Gesundheit haben kann, spiegeln sich klar in der Aussage von Doenges, 2003 (zit. nach Fuchs-Eschmann, 2017) zur Körperbildstörung, die besagt, dass diese zu einer Begrenzung ihrer sozialen Beziehungen führt. Des Weiteren werden die erhaltenen Ergebnisse durch Margulies et al. (2017) gestützt, die postulieren, dass es durch die Störung des Körpererlebens zu enormer Verschlechterung der Lebensqualität und des subjektiven Befindens, des Selbstwertgefühls aber auch der Zufriedenheit in der Partnerschaft kommen kann. Scham- und Peinlichkeitsgefühle bewirken oft, dass Frauen mit Hysterektomie und medizinische Fachpersonen die Thematik nur schwer offen ansprechen können, was insbesondere in der Studie von Shirinkam et al. (2018) sichtbar wird.

Laut der Definition der sexuellen Gesundheit durch die WHO (2018) haben die negativen Auswirkungen auf die sexuelle Gesundheit einen Krankheitswert und weitreichende Auswirkungen, indem sie die Lebensqualität und das Wohlbefinden einschränken. Dies konnte mit allen Studienergebnissen zu den Auswirkungen klar aufgezeigt werden, was die Wichtigkeit einer Sensibilisierung der Pflegefachpersonen auf die Thematik der Auswirkungen einer Hysterektomie auf die sexuelle Gesundheit betont. Die Forschungslücke ist gross und weitere Untersuchungen dieser Population, unter Berücksichtigung der genannten Mängel, sind von Notwendigkeit, da ohne die genaue Erfassung des Problems keine passenden Interventionen für die Praxis entwickelt werden können.

Zusammenfassend konnte die Fragestellung weitgehend beantwortet werden: Die Ergebnisse der vier verwendeten Studien zeigen zahlreiche negative Auswirkungen einer Hysterektomie auf die sexuelle Gesundheit von Frauen. Diese können Pflegefachpersonen auf die Thematik sensibilisieren, sie dürfen jedoch aufgrund der niedrigen Güte der Studien und der unterschiedlichen soziokulturellen Hintergründe der Frauen mit Hysterektomie nur mit Vorsicht in die Praxis übertragen werden.

## 6.2 Pflegerische Interventionen zur Förderung der sexuellen Gesundheit nach Hysterektomie

Die ausgewählten Studien zeigen drei mögliche Interventionen auf, um die sexuelle Gesundheit nach einer Hysterektomie zu verbessern: Die «Integrated Interventions» (Wang et al., 2014), das «Sexual Life Reframing Program» (Jun et al., 2011) und «GyneGals» (Classen et al., 2013). Die Interventionen überschneiden, widersprechen oder ergänzen sich bezüglich ihrer Vorgehensweise und ihres Inhalts. Aus den drei Interventionen konnten Teilaspekte kodiert und daraus Ansätze herausgearbeitet werden:

Folgende drei Ansätze werden bei allen Interventionen integriert:

### Austausch in Peergruppen

Alle Interventionen werden in Gruppen von betroffenen Frauen<sup>6</sup> durchgeführt, dadurch entsteht ein Austausch über Erlebnisse und Probleme. Im Unterschied zum direkten Austausch zwischen Betroffenen bei Jun et al. (2011) und Wang et al. (2014) findet der Austausch bei der Intervention Classen et al. (2013) anonym über ein Online-Diskussionsforum statt.

### Patientenedukation

Alle Interventionen enthalten einen Edukationsanteil und Informationen zur Krankheit und zu den daraus resultierenden Problemen rund um die Sexualität für die betroffenen Frauen. Bei der Intervention von Jun et al. (2011) findet die Edukation in Gruppen mit Betroffenen statt, die Intervention von Wang et al. (2014) vermittelt Edukation zusätzlich individuell und mit Angehörigen. Classen et al. (2013) stellt Edukationsmaterial auf einer Webseite zur Verfügung und führt zusätzlich eine 90-minütige textbasierte Chatsitzung durch, bei der sich betroffene Frauen mit Fachpersonen austauschen können.

---

<sup>6</sup> In Kapitel 6.2 werden unter dem Begriff «Betroffene» sämtliche Teilnehmerinnen der verwendeten Hauptstudien zu den Interventionen zusammengefasst.

## Caring

In allen Interventionen werden die betroffenen Frauen ermutigt, ihre Gefühle zu äussern, ihre Probleme anzusprechen und Fragen zu stellen. Dabei wird durch die jeweiligen durchführenden Personen empathisch auf sie eingegangen und auf Fragen individuell geantwortet. Der Beziehungsaufbau steht im Fokus. Bei der Intervention Wang et al. (2014) und Classen et al. (2013) ist dies der erste Schritt der Intervention und findet bei allen Studien im direkten Kontakt statt. Alle Interventionen verfolgen folglich den Ansatz «Caring» nach Watson (1988): Für ihn bedeutet Caring, pflegen zu wollen und eine zwischenmenschliche Beziehung aufzubauen. Es ist die Grundlage für Pflegeinterventionen, die Anteilnahme, Kommunikation, körperliche Pflege und Unterstützung einschliessen können (Watson, 1988).

Drei weitere Ansätze konnten vereinzelt aus den Studien herausgearbeitet werden:

### Familienzentrierter Ansatz

Die Intervention von Wang et al. (2014) enthält diesen Ansatz: Bei Teilinterventionen wie Edukation werden der Partner der Betroffenen und deren Familienangehörige miteinbezogen. Die Angehörigen werden instruiert, wie sie die betroffene Frau unterstützen könnten. Die Intervention Jun et al. (2011) vermittelt Wissen durch Gespräche, Rollenspiele, Beratung, Diskussion und Filme zu der ehelichen Beziehung, schliessen Angehörige jedoch nicht direkt in die Intervention mit ein. Die Intervention von Classen et al. (2013) beinhaltet keinen familienzentrierten Aspekt. Die Studie von Askew & Zam (2013) zeigte, dass die betroffenen Frauen das Gefühl hatten, ihren Partnern fehle es an Fachwissen und Unterstützungsideen. An diesem Punkt könnte die Familienzentrierte Pflege ansetzen. Da sexuelle Gesundheit eine soziale Komponente enthält und die oben aufgeführten Auswirkungen einer Hysterektomie auch das familiäre Umfeld betreffen, sollte dem Ansatz der Familienzentrierten Pflege besondere Beachtung geschenkt werden. Die Studie von Askew und Zam (2013) zeigt, dass eine Beziehung für Frauen als eine Quelle der Kraft und des Trosts während des Prozesses und der Erholung ihrer Hysterektomie dienen kann, wenn ihr Partner verständnisvoll und unterstützend ist. Wie im theoretischen Hintergrund erläutert, können Auswirkungen auf das soziale Umfeld mit dem Ansatz der Familienzentrierten Pflege besser verstanden werden und die soziale Komponente der sexuellen Gesundheit nach Hysterektomie kann bestmöglich in die pflegerischen Interventionen integriert

werden. Wichtige Bezugspersonen sollen als Mitbetroffene und als unterstützende Personen von Anfang an und kontinuierlich in pflegerische Interventionen miteinbezogen werden (Arnold & Rieder, 2017).

### Anonymität

Dieser Ansatz wird in der Studie Classen et al. (2013) verfolgt: Ausser einer ersten Instruktion findet die Intervention online statt. Der Austausch mit Peers und den Fachpersonen ist folglich anonym. Da Sexualität ein Tabuthema ist und selten von Pflegefachpersonen angesprochen wird (Saunamaki, Andersson & Engstrom, 2010), könnte dies ein möglicher Lösungsansatz darstellen, Wissen und Unterstützung trotz Scham zu bieten durch das Vermitteln einer solchen Onlineberatung. Auch die betroffenen Frauen selbst könnten ohne Zurückhaltung und Hemmungen online an Informationen gelangen.

### Interprofessionelle Zusammenarbeit

Dieser Ansatz kann aus der Studie Jun et al. (2011) herausgearbeitet werden: Hier werden beispielsweise Kunsttherapeuten/-therapeutinnen miteinbezogen. Die Intervention von Wang et al. (2014) bezieht ausschliesslich Ärzte/Ärztinnen und die von Classen et al. (2013) Psychologen/-innen mit ein.

Es konnten keine Interventionen zur Förderung der sexuellen Gesundheit nach einer Hysterektomie gefunden werden. Die herausgearbeiteten Ansätze könnten jedoch als Grundbausteine für die Entwicklung solcher Interventionen dienen. Die drei gefundenen Interventionen können aus folgenden Gründen nicht direkt als pflegerische Interventionen in die Praxis implementiert werden:

Erstens entspricht die Population der ausgewählten Studien nicht vollumfänglich der Population, die in der vorliegenden Bachelorarbeit untersucht werden sollte: Die Studie Wang et al. (2014) und Classen et al. (2013) untersuchten Frauen mit gynäkologischem Krebs (mit oder ohne Hysterektomie), die Studie Jun et al. (2011) untersuchte brustkrebsüberlebende Frauen, die eine Mastektomie hatten. Daher ist eine Anwendung der Interventionen auf Frauen mit einer Hysterektomie nur bedingt möglich.

Zweitens untersuchten die Studien unterschiedliche Variablen: Die Studie Classen et al. (2013) untersuchte den sexuellen Distress, die Studie Wang et al. (2014) die Variablen Stress, Angst und Depression und die Studie Jun et al. (2011) die Variablen eheliche Intimität, das Körperbild und die sexuelle Funktion. Die drei Interventionen zielen folglich nur indirekt auf die Verbesserung von negativen Auswirkungen einer Hysterektomie auf die sexuelle Gesundheit ab.

Weiter machen die negative Beurteilung der Güte der Studien eine Implementierung als pflegerische Intervention nicht möglich, zum Beispiel werden nicht auf Reliabilität und Validität geprüfte Messinstrumente verwendet oder die Studie hat eine kleine Stichprobengrösse, was die Wirksamkeit der Interventionen relativiert. Die ungenaue Beschreibung des Forschungsprozesses (Intervention, Definition von Variablen), der kulturelle Kontext und die Durchführung der Intervention erschweren eine Implementierung der Interventionen in einen Schweizer Kontext. In den Studien von Wang et al. (2014) und Jun et al. (2011) wurde zusätzlich zur Intervention eine Standardversorgung durchgeführt. Inwiefern sich diese von einer schweizerischen Standardversorgung unterscheidet und auf die Wirksamkeit der Intervention Einfluss nimmt, ist unklar. Die Interventionen wurden nicht von einer Pflegefachperson durchgeführt, daher ist eine Übertragbarkeit auf den Pflegeberuf nicht möglich. Die Interventionen beinhalteten unterschiedliche Teilinterventionen (z. B. Edukation, Kunsttherapie usw.). Eine klare Zuschreibung der Teilintervention an das positive Ergebnis ist schwer möglich. Dies ist ein gravierender Fehler, da eine kombinierte Intervention zeit- und kostenintensiver ist und nicht klar ist, ob ein Teil weggelassen werden könnte. Schliesslich handelt es sich bei der Studie Classen et al. (2013) um eine Pilotstudie, deren Ergebnisse zwar eine grösstenteils Tendenz zur Verbesserung annehmen, jedoch keine signifikanten Ergebnisse zeigten.

Als wichtigster und letzter Punkt ist eine Implementierung aufgrund der ungenauen Beschreibung der drei Interventionen nicht möglich: Beispielsweise verfolgen alle drei Interventionen das Ziel, ein Vertrauensverhältnis aufzubauen. Wie dies geschehen soll, wird kaum beschrieben. Konzepte, wie zum Beispiel das der im theoretischen Hintergrund beschriebenen Personenzentrierten Gesprächsführung und dem Aktiven Zuhören nach Rogers, könnten sich dazu eignen, müssen aber in weiterführenden Forschungsarbeiten überprüft werden.

Zusammenfassend konnte die Fragestellung nur ansatzweise beantwortet werden: Die Ergebnisse der drei verwendeten Studien zeigen Ansätze auf, die bei der Zusammenarbeit mit Frauen, die negative Auswirkungen einer Hysterektomie auf die sexuelle Gesundheit erleben, hilfreich sein können. Jedoch können sie nicht als eigenständige pflegerische Intervention in die Praxis implementiert werden.

## **7. Theorie-Praxis-Transfer**

Im folgenden Kapitel erfolgt mit Hilfe der vier Komponenten des Modells von Rycroft-Malone et al. (2004) ein Theorie-Praxis-Transfer.

### **7.1 Ergebnisse der Pflegeforschung**

Die WHO (2018) beschreibt sexuelle Gesundheit als «Zustand des körperlichen, emotionalen, mentalen und sozialen Wohlbefindens in Bezug auf die Sexualität». Die vier ausgewählten Studien zu den Auswirkungen repräsentieren mögliche negative Auswirkungen einer Hysterektomie auf die drei Komponenten emotional, mental und sozial. Zudem nennen sie mögliche Risikogruppen. Im Kapitel 2.1 werden die physischen Komponenten der sexuellen Gesundheit erläutert. Eine Synthese dieser Ergebnisse ist in Abbildung 4 dargestellt. Die Abbildung ergibt eine Übersicht über das aktuelle Forschungswissen zum Thema negative Auswirkungen einer Hysterektomie auf die sexuelle Gesundheit.

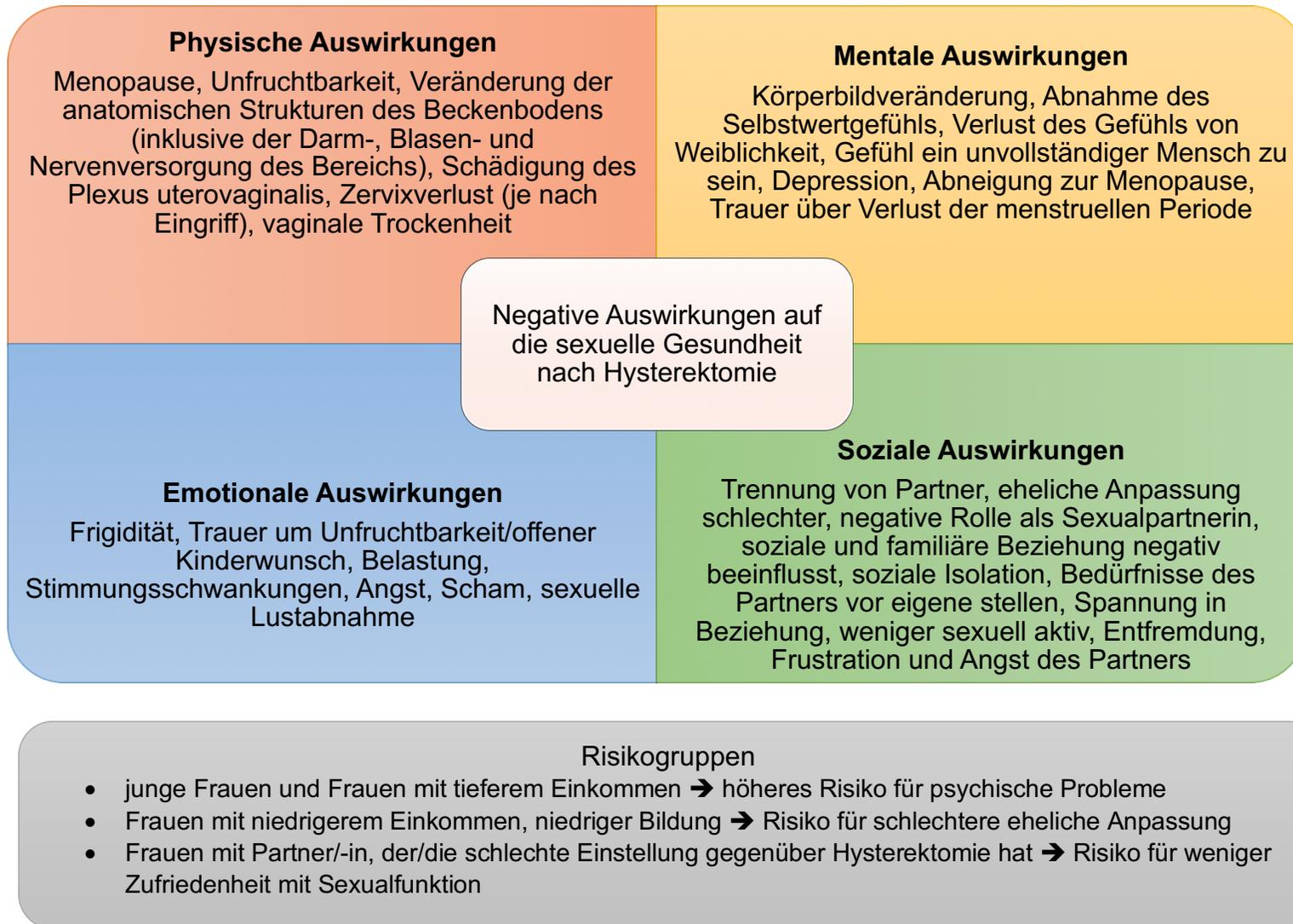


Abbildung 4 Negative Auswirkungen auf die sexuelle Gesundheit nach Hysterektomie, eigene Darstellung (Pinar et al., 2012; Shirinkam et al., 2018; Askew & Zam, 2013; Wong & Arumugam, 2012)

Das aktuelle Forschungswissen zu möglichen Interventionen zur Förderung der sexuellen Gesundheit nach Hysterektomie ist stark limitiert, konkrete evidenzbasierte Interventionen fehlen. Die ausgewählten Studien zeigen sechs Ansätze der Interventionen zur Förderung der sexuellen Gesundheit auf. Diese Ansätze wurden herausgearbeitet und mit jenen im Kapitel 2.5 (S. 10–14) ergänzt. Diese Ansätze können als Grundbausteine für die Erarbeitung weiterer möglicher Interventionen dienen bzw. beim Umgang mit Frauen mit Hysterektomie angewendet werden. Sie widerspiegeln das aktuelle Forschungswissen.



Abbildung 5 Ansätze zur Förderung der sexuellen Gesundheit nach Hysterektomie, eigene Darstellung und Erhebung

## 7.2 Expertise der Pflegefachperson

Die Angaben in diesem Unterkapitel basieren auf einer schriftlichen Befragung (siehe Anhang C S. 143) einer Dipl. Pflegefachfrau HF (sieben Jahre in der Gynäkologie tätig) und der Praxiserfahrung der Autorinnen dieser Bachelorarbeit.

Aus der Befragung ergaben sich folgende Erkenntnisse: Eine Hysterektomie kann psychische Auswirkungen wie ein geringes Selbstwertgefühl oder Depressionen aufgrund eines unerfüllten Kinderwunschs haben. Soziale Auswirkungen wie Probleme in der Partnerschaft (z. B. Streit) können folgen. Dies sei besonders der Fall, wenn eine schlechte Aufklärung sowie kein Einbezug von Fachpersonen bei psychischen Problemen vor und nach einer Hysterektomie stattfinden. Risikopatientinnen für die Entwicklung von psychischen Problemen sind Patientinnen, die bei Eingriff eine psychische Erkrankung haben, jünger sind und Patientinnen mit bestehendem Kinderwunsch. Es gibt keine konkreten Interventionen zur Förderung der sexuellen Gesundheit nach Hysterektomie. Neben den pflegerischen Interventionen können beispielsweise Gesprächstherapie oder psychosoziale Unterstützung durch einen Psychologen/-in stattfinden. Auch werden dabei Broschüren oder Prospekte zum Thema Sexualität abgegeben. Allgemeine Pflegeschwerpunkte nach einer Hysterektomie sind z. B. die Intimpflege oder die Wundversorgung.

Die Praxiserfahrung der Autorinnen zeigen ähnliche Erkenntnisse: Eine Hysterektomie kann aufgrund psychischer Probleme bereut werden. Die Auswirkungen auf die sexuelle Gesundheit werden in der Praxis selten erfragt. Negative Auswirkungen nach Hysterektomie werden oft erkannt, jedoch nicht in Zusammenhang mit der sexuellen Gesundheit gesetzt. Dies geschieht möglicherweise aufgrund von mangelndem Fachwissen, Zeitdruck, nicht Ansprechen der Sexualität aufgrund von Scham oder durch das Legen von anderen Pflegeschwerpunkten. Konkrete Interventionen fehlen möglicherweise aufgrund der mangelnden Erfassung des Problems und nicht vorhandenen evidenzbasierten Pflegeinterventionen. Ansätze für pflegerische Problemstellungen werden in der Praxis angewendet (z. B. Caring, Pflegediagnostik, Patientenedukation). Pflegefachpersonen sollten diese Ansätze konkret auf die sexuelle Gesundheit anwenden und konkretisieren. Zudem sollten sie als Bindeglied in der interprofessionellen Zusammenarbeit fungieren, um bestmögliche Lösungsansätze zur Förderung der sexuellen Gesundheit zu bieten.

### **7.3 Ziele und Vorstellungen der Patientin**

In der Studie Shirinkam et al. (2018) äusserten Frauen mit Hysterektomie, dass ihnen Aufklärung und emotionale Unterstützung von Fachpersonen helfen könnten, eine effizientere sexuelle Beziehung zu führen, jedoch wurde aufgrund von Scham keine Hilfe in Anspruch genommen. Zudem wird beschrieben, dass sie die Erfahrung gemacht haben, dass Fachpersonen nicht genügend Zeit für die sexuelle Aufklärung haben (Shirinkam et al., 2018). Es könnte folglich seitens der Patientinnen das Bedürfnis bestehen, über ihre sexuelle Gesundheit zu sprechen. Dabei ist das Berücksichtigen ihrer Wertevorstellungen, Bedürfnisse, Wünsche, Ziele und Präferenzen unabdingbar: Sexualität bzw. sexuelle Gesundheit ist ein intimes Thema, das oft von Patienten/-innen tabuisiert wird (Saunamaki, Andersson & Engstrom, 2010). Es wird durch verschiedenste Faktoren wie zum Beispiel ihren kulturellen Kontext oder ihren religiösen Einstellungen individuell geprägt und unterschiedlich verstanden. Patientinnen nach einer Hysterektomie könnten sich wünschen, dass die Thematik diskret angesprochen wird (z.B. bei der Anamnese, privater Raum), persönliche Grenzen der Patientinnen sollten respektiert werden. Ein Beziehungsaufbau sowie ein Vertrauensverhältnis könnten für Patientinnen eine essentielle Voraussetzung darstellen, um über dieses Thema zu sprechen und sich auf Interventionen einzulassen.

### **7.4 Umgebungsbedingungen**

Einige Rahmenbedingungen müssen zur Aufnahme der Thematik sexuelle Gesundheit nach Hysterektomie (inkl. Auswirkungen und Intervention) gegeben sein: Erstens benötigt es eine Schulung der Pflegefachpersonen zur Sensibilisierung in die Thematik, zum Vermitteln von fundiertem Fachwissen und zum Erlernen von möglichen Ansätzen zur Problemlösung von sexuellen Schwierigkeiten nach Hysterektomie. Dies fordert die Erstellung eines Konzeptes (inkl. Erarbeitung von evidenzbasiertem Fachwissen), Fachpersonal, schulische Räumlichkeiten, kostet Zeit und muss finanziert werden. Zweitens können nicht alle herausgearbeiteten Ansätze ohne weitere Detailangaben in den klinischen Kontext eingebettet werden. Ein Konzept für einen Onlinesupport (Ansatz der Anonymität) müsste beispielsweise zuerst entwickelt, finanziert und untersucht werden, bevor es in die Praxis implementiert werden könnte. Die Ansätze müssten verfeinert werden und Konzepte müssten erstellt und überprüft werden. Auch sollten die Ansätze auf die pflegerischen Tätigkeiten abgestimmt werden und in einen interprofessionellen Kontext gestellt werden (z.B.: Einbezug von Kunsttherapeuten/-innen, usw.). Zum Beispiel könnte die Expertise

der Pflegefachperson in das Konzept der Onlinesupportgruppe integriert werden oder es werden Diskussionsgruppen zur sexuellen Gesundheit nach Hysterektomie unter der Leitung eines Pflegeexperten/einer Pflegeexpertin im klinischen Alltag integriert. Diese könnten dann durch weitere Interventionen, wie beispielsweise die Kunsttherapie, ergänzt werden. Dazu ist weitere Forschung nötig. Schliesslich sollte der zeitliche Aspekt berücksichtigt werden. Pflegefachpersonen stehen oftmals unter enormem Zeitdruck und müssen in ihrer Pflegeplanung Prioritäten setzen. Zeit ist eine knappe Ressource im Pflegealltag. Zusammenfassend fehlt der Thematik sexuelle Gesundheit nach Hysterektomie die Grundlagenforschung für eine konkrete Implementierung von Interventionen in die Praxis. Die Forschung in diesem Gebiet würde Interesse, Zeit, Geld, Infrastruktur, Teilnehmerinnen, Personal usw. fordern.

## 8. Limitationen

Die Aussagekraft der vorliegenden Bachelorarbeit wird durch diverse Faktoren eingeschränkt. Durch die systematisierte Literaturrecherche anstelle einer systematischen könnte möglicherweise wichtige Literatur zur Thematik sexuelle Gesundheit verpasst worden sein.

Aufgrund der eingeschränkten Forschungslage bezüglich der Thematik und der Rahmenbedingungen dieser Arbeit mussten Limitationen und Ausschlusskriterien während der Literatursuche reduziert werden. Dies hatte folgende Auswirkungen:

Erstens wurden Studien aus der ganzen Welt und somit auch mit nicht vergleichbarem kulturellem Kontext miteinbezogen. Es wurde keine Studie aus einem Schweizer Kontext gefunden. Dies schränkt die Übertragbarkeit auf Schweizerinnen mit einer Hysterektomie ein. Es konnte jedoch eine grössere Vielfalt an Ergebnissen gefunden werden. Durch das Aufzeigen und damit die Sensibilisierung von schlimmstmöglichen Auswirkungen können leichter ausgeprägte Auswirkungen eher erkannt werden.

Zweitens wurden, wie bereits in der Diskussion erwähnt, Studien eingeschlossen, die Frauen ab dem Erwachsenenalter ohne obere Grenze untersucht hatten. Dadurch konnten sowohl bei den Auswirkungen als auch den Interventionen Einflussfaktoren wie der Zeitpunkt der Hysterektomie vor oder nach der Menopause oder dem Abschluss der Familienplanung nicht vollständig berücksichtigt werden. Wäre dieser Rahmen kleiner gehalten worden, hätten Unterschiede zwischen Altersgruppen und zusätzlich genauere Risikogruppen bestimmt werden können.

Auch wurde der Begriff Hysterektomie weit gefasst und jegliche Formen, Eingriffsarten und Indikationen wurden gleich behandelt. Daher wurden bei den Auswirkungen und bei den Interventionen möglicherweise essentielle Unterschiede übergangen, was im Diskussions- teil (Kapitel 6) eingehend erläutert wird.

Zusätzlich wurde in der Wahl der Studien vernachlässigt, einen sinnvollen und einheitlich begrenzten Zeitraum von der Hysterektomie der untersuchten Frauen bis zur Studierendurchführung zu erhalten. Der untersuchte perioperative Zeitpunkt variiert stark, sowohl

innerhalb als auch zwischen den Studien. Folglich kann aus den eruierten Auswirkungen nicht abgeleitet werden, inwiefern die Auswirkungen sich über einen längeren Zeitraum verändern. Die Wirksamkeit der Interventionen im Zusammenhang mit dem Zeitpunkt kann nicht klar bestimmt werden, da in der vorliegenden Bachelorarbeit nicht darauf fokussiert wurde.

Ausserdem beziehen sich die Interventionen nicht ausschliesslich auf die Population von Frauen mit Hysterektomie, sondern auf Frauen mit Mastektomie oder auf gemischte Gruppen von Frauen mit gynäkologischem Krebs in der Vorgeschichte und/oder einer Hysterektomie. Obwohl beispielsweise Frauen mit einer Mastektomie wie im Theoretischen Hintergrund erläutert bezüglich gewisser Probleme (z. B. Körperbildstörung) übereinstimmen können, sind sie nur mit Vorsicht übertragbar.

Schliesslich wurden keine konkret pflegerischen Interventionen gefunden. Folglich könnten sie nur in einem adaptierten Format auf den pflegespezifischen Kontext angewendet werden.

Die beschränkte Forschungslage und die Rahmenbedingungen der vorliegenden Bachelorarbeit limitieren die Aussagekraft auch in folgenden Punkten:

Die Anzahl der verwendeten Studien ist klein. Folglich repräsentieren die gefundenen Ergebnisse nur einen kleinen Anteil der aktuellen Forschungsergebnisse. Die gefundenen Studien weisen eine niedrige Güte auf. Dadurch wird die Übertragbarkeit in die Praxis stark eingeschränkt. Auf die Wechselwirkungen der mentalen, emotionalen, sozialen und physischen Komponenten untereinander wurde nicht eingegangen. Die Aspekte sind schwer trennbar, wie beispielsweise der Begriff «Orgasmus» zeigt: Dieser kann nicht als rein physisch definiert werden, sondern setzt sich aus allen Komponenten der sexuellen Gesundheit zusammen. Folglich könnten diverse Auswirkungen nicht aufgezeigt worden sein, da sie trotz solchen Überschneidungen den physischen Aspekten der sexuellen Gesundheit zugeordnet worden sind.

Die Bachelorarbeit beschränkt sich auf negative Auswirkungen. Dies ist eine wichtige Grundlage für die Erfassung der Situation der Patientinnen mit einer Hysterektomie. Das

Wissen über positive Aspekte wäre aber insbesondere bei der Beratung der Patientinnen durch die Pflegefachpersonen vor der Hysterektomie von grosser Bedeutung.

Schliesslich wurden in der Theorie diverse Gründe aufgezeigt, weshalb sexuelle Probleme in der Praxis selten angesprochen werden. Allerdings konnte aufgrund der beschränkten Wortanzahl nur auf das fehlende Fachwissen eingegangen werden.

Erwähnenswerte Stärken dieser Bachelorarbeit sind, dass durch die Anwendung der Limitation auf maximal zehn Jahre alte Studien die Darstellung der aktuellsten Forschungsliteratur weitgehend gewährleistet werden konnte. Zudem konnte durch die wissenschaftliche Expertise der Autorinnen eine kritische Würdigung der Studien stattfinden, wodurch die Ergebnisse der vorliegenden Bachelorarbeit an Aussagekraft gewinnen.

Zusammenfassend zeigt die dürftige Anzahl an gefundener Literatur die Dringlichkeit für Forschende, mehr auf diese Thematik zu fokussieren. Die vorliegende Bachelorarbeit kann dazu dienen, auf die Thematik zu sensibilisieren und eine Forschungslücke aufzuzeigen.

## 9. Schlussfolgerung

Die vorliegende Bachelorarbeit repräsentiert eine systematisierte Literaturrecherche zur Thematik sexuelle Gesundheit nach Hysterektomie. Postoperative Auswirkungen einer Hysterektomie auf die vier Komponenten der sexuellen Gesundheit (mental, emotional, sozial und physisch) sind zahlreich und konnten aufgezeigt werden. Aus der Bearbeitung der Literatur wurden sieben Ansätze für pflegerische Interventionen zur Verbesserung der sexuellen Gesundheit nach Hysterektomie herausgearbeitet: Caring, Familienzentrierte Pflege, Personenzentrierter Gesprächsführung und Aktives Zuhören nach Rogers, Interprofessionelle Zusammenarbeit, Edukation, Anonymität sowie der Austausch in Peergruppen. Pflegefachpersonen müssen auf die Thematik sensibilisiert werden, um eine adäquate und professionelle Pflege bei Frauen mit Hysterektomie mit diversen kulturellen Hintergründen zu gewährleisten und deren Familienmitglieder zu unterstützen. Weitere Forschung wird benötigt, um die Auswirkungen einer Hysterektomie auf die sexuelle Gesundheit und evidenzbasierte pflegerische Interventionen zur Förderung der sexuellen Gesundheit nach Hysterektomie bei Frauen in der Schweiz zu erforschen. Aufgrund der spärlich vorhandenen Literatur besteht eine klare Forschungslücke zu dieser Thematik. Durch die rückläufigen Hysterektomie-Raten in der Schweiz kann angenommen werden, dass die Thematik in zukünftiger Forschungsarbeit keinen grossen Stellenwert erhalten wird. Eine Priorisierung der pflegerischen Forschungsarbeit zur Thematik der sexuellen Gesundheit nach Hysterektomie wird jedoch durch die Ergebnisse der vorliegenden Bachelorarbeit, die steigende Anzahl Migrantinnen in der Schweiz sowie die Akademisierung des Pflegeberufs gefordert. Dabei sollen auch Aspekte wie Eingriffsarten, Altersgruppen, Indikationen, kulturelle Hintergründe und vergangene Zeit seit der Hysterektomie spezifisch beachtet werden. Daraus sollen Konzepte zur Erfassung von Auswirkungen auf die sexuelle Gesundheit und evidenzbasierte Interventionen erstellt und in die Praxis implementiert werden. Dies ist unabdingbar, um den möglichen grossen Auswirkungen dieses scheinbar kleinen Eingriffs den Bedürfnissen entsprechend professionell entgegenzutreten zu können.

## Literaturverzeichnis

- Arnold, P. & Rieder, U. (2017). Familienzentrierte Pflege im Langzeitbereich. Heruntergeladen von [http://www.swissnurseleaders.ch/fileadmin/user\\_upload/C.3\\_Wissen\\_und\\_Downloads/Competence/COM-Artikel\\_2017/05-2017\\_Competence\\_Familienzentrierte\\_Pflege\\_im\\_Langzeitbereich\\_UR.pdf](http://www.swissnurseleaders.ch/fileadmin/user_upload/C.3_Wissen_und_Downloads/Competence/COM-Artikel_2017/05-2017_Competence_Familienzentrierte_Pflege_im_Langzeitbereich_UR.pdf)
- Askew, J. C. & Zam M. (2013). In Sickness and in Health: The Effects of Hysterectomy on Women's Partners and Intimate Relationships. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 12(1), 58–72. DOI: 10.1080/15332691.2013.750078
- Bachl, M. (1999). Caring – Dem andern helfen zu wachsen. *Krankenpflege*. Abgerufen von [https://www.sbk.ch/fileadmin/sbk/archiv\\_zeitschrift/docs/1999/01\\_1999/S12\\_16-01\\_1999.pdf](https://www.sbk.ch/fileadmin/sbk/archiv_zeitschrift/docs/1999/01_1999/S12_16-01_1999.pdf)
- Bartholomeyczik, S., Linhart, M., Mayer, H. & Mayer, H. (2008). *Lexikon der Pflegeforschung. Begriffe aus Forschung und Theorie*. München: Urban & Fischer.
- Bibliographisches Institut GmbH. (2018). *Hysterektomie*. Abgerufen am 24. März 2019 von <https://www.duden.de/rechtschreibung/Hysterektomie>
- Bundesamt für Gesundheit BAG. (2018, Februar 26). *Hysterektomie bei gutartigen Erkrankungen (>14)*. Heruntergeladen von [https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/service/zahlen-fakten/zahlen-fakten-zu-spitaelern/qualitaetsindikatoren-der-schweizer-akutspitaeler/qualitaetsindikatoren-fallzahl.ex-turl.html/aHR0cDovL3d3dy5iYWctYW53LmFkbWluLmNoLzlwMTZ-fdGFnbG/FilzlwMTZfc3BpdGFsc3RhdGlzd-GlrL3BvcnRhbc5waHA\\_cD1x/aWZhbGx6Jmxhbmc9ZGUmYmFza2V0PSU3QyU3QzAmcXM9MC1paz/lmcWw9Zy4zJnE9ZzMuMQ==.html](https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/service/zahlen-fakten/zahlen-fakten-zu-spitaelern/qualitaetsindikatoren-der-schweizer-akutspitaeler/qualitaetsindikatoren-fallzahl.ex-turl.html/aHR0cDovL3d3dy5iYWctYW53LmFkbWluLmNoLzlwMTZ-fdGFnbG/FilzlwMTZfc3BpdGFsc3RhdGlzd-GlrL3BvcnRhbc5waHA_cD1x/aWZhbGx6Jmxhbmc9ZGUmYmFza2V0PSU3QyU3QzAmcXM9MC1paz/lmcWw9Zy4zJnE9ZzMuMQ==.html)
- Burkhardt, P. (2019) *Fünf Fakten zur Zuwanderung in der Schweiz*. Heruntergeladen von <https://www.srf.ch/news/schweiz/kontroverse-um-auslaenderanteil-fuenf-fakten-zur-zuwanderung-in-der-schweiz>
- Classen, C. C., Chivers, M. L., Urowitz, S., Barbera, L., Wiljer, D., O'rinn, S. & Ferguson, S. E. (2013). Psychosexual distress in women with gynecologic cancer: a feasibility study of an online support group. *Psycho-Oncology*, 22(4), 930–935. doi: 10.1002/pon.3058
- DiCenso, A., Bayley, L. & Haynes, R. B. (2009). Accessing pre-appraised evidence: fine-tuning the 5S model into a 6S model. *Evid Based Nurs*, 12(4), 99–101. doi: 10.1136/ebn.12.4.99-b

- Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. (2015). Leitlinienprogramm: Indikation und Methodik der Hysterektomie bei benignen Erkrankungen. Heruntergeladen von [https://www.awmf.org/fileadmin/user\\_upload/Leitlinien/015\\_D\\_Ges\\_fuer\\_Gynaekologie\\_und\\_Geburtshilfe/015-070d\\_S3\\_Indikation\\_Methodik\\_Hysterektomie\\_2016-11.pdf](https://www.awmf.org/fileadmin/user_upload/Leitlinien/015_D_Ges_fuer_Gynaekologie_und_Geburtshilfe/015-070d_S3_Indikation_Methodik_Hysterektomie_2016-11.pdf)
- Eken, M. K., Ilhan, G., Temizkan, O., Celik, E. E., Herkiloglu, D. & Karateke, A. (2016). The impact of abdominal and laparoscopic hysterectomies on women's sexuality and psychological condition. *Turkish Journal of Obstetrics and Gynecology*, 13, 196–202.
- Fernandez, M. (2006). Patient's Sexual Health – Do We Care Enough?. *ERCA Journal*, 4, 183–186.
- Fuchs-Eschmann, B. (2017). *Verändertes Körperbild*. Unveröffentlichtes Unterrichtsmaterial. Winterthur: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW).
- ISAPS. (2017). *2016 Global Statistics*. Abgerufen am 16. April 2019 von <https://www.isaps.org/medical-professionals/isaps-global-statistics/>
- Jun, E-Y., Kim, S., Chang, S-B., Oh, K., Kang, H-S. & Kang, S. S. (2011). The Effect of a Sexual Life Reframing Program on Marital Intimacy, Body Image, and Sexual Function among Breast Cancer Survivors. *Cancer Nursing*, 34(2), 142–149.
- Katz, A. (2003). Sexuality after hysterectomy: a review of the literature and discussion of nurses' role. *Journal of Advanced Nursing*, 42(3), 297–303.
- Konradin Medien GmbH. (2018). *Hysterektomie*. Abgerufen am 24. März 2019 von <https://www.wissen.de/wortherkunft/hysterektomie>
- Leininger, M. M. (Ed.). (1988). *Care: The essence of nursing and health*. Wayne State University Press.
- Margulies, A., Fellingner, K., Kroner, T. & Gaisser, A. (Hrsg.). (2017). *Onkologische Krankenpflege*. Heidelberg: Springer.
- McPhersoni, K., Gon, G. & Scott, M. (2013). International Variations in a Selected Number of Surgical Procedures. *OECD Health Working Papers*, 61.
- Neis, K. J., Zubke, W., Fehr, M., Römer, T., Tamussino, K. & Nothacker, M. (2016). Hysterektomie bei benignen Erkrankungen der Gebärmutter. *Deutsches Ärzteblatt*, 24, 2–9.

- Özdemir, F. & Pasinliogul, T. (2009). The Effects of Training and Progressive Relaxation Exercises On Anxiety Level After Hysterectomy. *The New Journal of Medicine*, 26, 102–107.
- Pinar, G., Okdem, S., Dogan, N., Buyukgonenc, L. & Ayhan, A. (2012). The Effects of Hysterectomy on Body Image, Self-Esteem, and Marital Adjustment in Turkish Women With Gynecologic Cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 16(3), 99–104.
- Preusse-Bleuler, B. (2018): *Familienzentrierte Pflege*. Unveröffentlichtes Unterrichtsmaterial. Winterthur: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW).
- Ris, I. & Preusse-Bleuler, B. (2015). AICA: Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal eines Forschungsartikels. Schulungsunterlagen Bachelorstudiengänge Departement Gesundheit ZHAW. Heruntergeladen von <https://moodle.zhaw.ch/my/>
- Rösner, S. (2018). *Personenzentrierte Gesprächsführung*. Unveröffentlichtes Unterrichtsmaterial. Winterthur: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW).
- Rycroft-Malone, J., Seers, K., Titchen, A., Harvey, G., Kitson, A. & McCormack, B. (2004). What counts as evidence in evidence-based practice? *Journal of Advanced Nursing*, 47(1), 81–90.
- Salter, M. (1999). *Körperbild und Körperbildstörungen*. Wiesbaden: Ullstein Medical Verlagsgesellschaft mbH & Co.
- Santésuisse. (2013). Mengenausweitung. *Info santésuisse*. Heruntergeladen von [https://www.santesuisse.ch/fileadmin/sas\\_publication/pdf/2013/de\\_iss\\_nr\\_02\\_2013\\_de.pdf](https://www.santesuisse.ch/fileadmin/sas_publication/pdf/2013/de_iss_nr_02_2013_de.pdf)
- Saunamaki, N., Andersson, M. & Engstrom, M. (2010). Discussing sexuality with patients: Nurses' attitudes and beliefs. *Journal of Advanced Nursing*, 66(6), 1308–1316.
- Schmid Büchi, S. (2001). Wie schätzen Patientinnen und Patienten Caring ein, welches sie von Pflegenden erfahren haben. *Pflege*, 14(3), 152–160.
- Schrimpf, M. (2014). *Allgemeine und spezielle Tumorlehre*. Unveröffentlichtes Unterrichtsmaterial. Winterthur: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW).
- Schuligoj, E. (2013). *Frauenkastration – Leben nach dem Verlust von Gebärmutter und Eierstöcken* (1. Aufl.). Österreich: Edition Riedenburger.
- Schüssler, B., Scheidel, P. & Hohl, M. K. (2008). Hysterektomie Update: Was ist «the state of the art»? *Frauenheilkunde aktuell*, 3, 1–51.

- Shirinkam, F., Jannat-Alipoor, Z., Shirinkam Chavari, R. & Ghaffari, F. (2018). Sexuality After Hysterectomy: A quantitative Study on Women's Sexual Experience After Hysterectomy. *International Journal of Women's Health & Reproductions Sciences*, 6(1), 27–35.
- Stang, A., Merrill, R. M. & Kuss, O. (2011). Hysterectomy in Germany: a DRG-based nationwide analysis, 2005-2006. *Deutsches Ärzteblatt International*, 108(30), 508–514. doi: 10.3238/arztebl.2011.0508
- Steinbrück, I., Baumhoer, D. & Henle, P. (2008) *Intensivkurs Anatomie* (1. Aufl.). München, Jena: Urban & Fischer.
- Steinke, I. (1999). *Kriterien qualitativer Forschung. Ansätze zur Bewertung qualitativ-empirischer Sozialforschung*. Weinheim, München: juvena.
- Swanson, K. M. (1991). Empirical development of a middle range theory of caring. *Nurs Res*, 40(3), 161–166.
- Tamussino, K., Kölbl, H., Geiss, I. & Neunteufel, W. (2016). State of the Art: Hysterektomie. *Österreichische Ärztezeitung*, 11, 20–23.
- Thilagavathi, K. (2014). A Descriptive Study to Assess the Level of Sexual Function among Women Undergone Hysterectomy. *Asian Journal of Nursing Education and Research*, 4(3), 267–272.
- Wang, F., Li, C-B., Li, S. & Li, Q. (2014). Integrated interventions for improving negative emotions and stress reactions of young women receiving total hysterectomy. *International Journal of Clinical and Experimental Medicine*. 7(1), 331–336.
- Watson, J. (1988). Nursing: human science and human care. A theory of nursing. *NLN publications*, (15-2236), 1–104.
- Wernitznig, K. (2013, März). *Lebenskrise: «Ich bin in ein tiefes Loch gefallen ... »*. Abgerufen am 24. März 2019 von <https://www.forumgesundheit.at/cdscontent/?contentid=10007.688941>
- World Health Organization (WHO). (2018). WHO Definition of Sexual Health. Retrieved July 18, 2018, from <http://www.euro.who.int/de/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/news/news/2011/06/sexual-health-throughout-life/definition>
- Wong, L. P. & Arumugam, K. (2012). Physical, psychological and sexual effects in multi-ethnic Malaysian women who have undergone hysterectomy. *The Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 38(8), 1095–1105. doi:10.1111/j.1447-0756.2011.01836.x

- Van der Meij, E. & Emanuel, M. H. (2016). Hysterectomy for Heavy Menstrual Bleeding. *Women's Health (Lond)*, 12(1), 63–69.
- Vomvolaki, E., Kalmantis, K., Kioses, E. & Antsaklis, A. (2006). The effect of hysterectomy on sexuality and psychological changes. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 11(1), 23-7.
- Medizin Kompakt. (22. März 2019). *Zervixkanal (Canalis cervicis uteri)*. Heruntergeladen von <https://www.medizin-kompakt.de/zervikalkanal>
- ZHAW. (2019). *Familienzentrierte Pflege*. Abgerufen am 24. März 2019 von <https://weiterbildung.zhaw.ch/de/gesundheit/programm/familienzentrierte-pflege-und-beratung-i.html>

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1 Anatomie des Uterus .....	7
Abbildung 2 Selektionsprozess der Literaturrecherche .....	18
Abbildung 3 6-S-Pyramide.....	19
Abbildung 4 Negative Auswirkungen auf die sexuelle Gesundheit nach Hysterektomie ...	65
Abbildung 5 Ansätze zur Förderung der sexuellen Gesundheit nach Hysterektomie .....	66

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1 Formen der Hysterektomie und deren Definitionen .....	7
Tabelle 2 Die fünf Kategorien des Caring.....	11
Tabelle 3 Elemente der Personenzentrierten Gesprächsführung.....	13
Tabelle 4 Elemente des Aktiven Zuhörens .....	14
Tabelle 5 Suchbegriffe der Literaturrecherche.....	16
Tabelle 6 Einschlusskriterien und Begründung.....	17
Tabelle 7 Ausschlusskriterien und Begründung.....	17
Tabelle 8 Vier Evidenzquellen mit Beschreibung.....	20
Tabelle 9 Eckdaten zur Studie Pinar et al. (2012) .....	22
Tabelle 10 Eckdaten zur Studie Shirinkam et al. (2018).....	25
Tabelle 11 Hauptthemen und Unterthemen der Studie Shirinkam et al. (2018).....	26
Tabelle 12 Eckdaten der Studie Askew & Zam (2013) .....	31
Tabelle 13 Eckdaten der Studie Wong & Arumugam (2012).....	35
Tabelle 14 Beurteilung von Aspekten der Sexualität/Beziehung .....	37
Tabelle 15 Eckdaten der Studie Wang et al. (2014).....	40
Tabelle 16 Eckdaten der Studie Jun et al. (2011).....	45
Tabelle 17 Eckdaten der Studie Classen et al. (2013).....	49

## **Danksagung**

An dieser Stelle möchten wir uns bei allen bedanken, die uns bei der Erstellung der Bachelorarbeit unterstützt haben.

Bei Doris Ruhmann für Ihre motivierende und kompetente Betreuung.

Bei Ruth Felder und René Baumann für die Korrektur unserer Arbeit.

Bei unseren Kommilitoninnen und Kommilitonen für den Austausch und für die erhaltenen Ratschläge.

Bei unseren Familien und Freunden für die Geduld und das Verständnis.

## Eigenständigkeitserklärung

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

Winterthur, 30. April 2019

Noemi Liebi

Yvonne Marty



## Wortzahlen

Abstract: 200

Bachelorarbeit (exklusive Titelblatt, Abstract, Tabellen, Abbildungen, Inhalts- und Literaturverzeichnis, Danksagung, Eigenständigkeitserklärung und Anhang): 11956

# Anhang

## Anhang A: Literaturrechercheprotokolle

Literaturrechercheprotokoll in der Datenbank MEDLINE via Ovid vom 22.12.2018

Suchpfad	Anzahl Treffer	Anzahl relevanter Titel	Anzahl relevanter Abstracts	Relevante Literatur	Bemerkung
(sexuality and psychological effects and hysterectomy).af.	0	0	0		zu spezifischer Suchpfad
(sexuality and psychologit* and hysterectomy).af.	11	5	2	Sexuality after hysterectomy at University of Jordan Hospital: a teaching hospital experience Assessment of sexuality after hysterectomy using the Female Sexual Function Index	Literatur entsprach nicht den Ein- und Ausschlusskriterien
(hysterectomy and (influence or impact) and health and sexuality).af.	2	0	1	Sexual function after radicale hysterectomy for early stage cervical cancer: is there a difference between laparoscopy and laparotomy?	
(health professionals and sexuality and hysterectomy).af.	1	0	0		Schlagwörter sehr spezifisch, deshalb tiefe Trefferzahl
((sexuality or sex or intimacy or sexual behavior) and hysterectomy and negative effect*).af.	1	1	0		Literatur beschrieb positive Effekte der Hysterektomie
(sexual* effects and hysterectomy).af	2	1	0		Literatur nicht passend für die Fragestellung der Bachelorarbeit
(sexual functioning and hysterectomy and intervention).afn	3	1	1	A brief mindfulness-based cognitive behavioral intervention improves sexual functioning versus wait-list control in women treated for gynecologic cancer	
(hysterectomy and (body image or self-esteem or self-image or body dissatisfaction)).af.	25	3	1	Risk Factors for Major Depressive Disorder and the Psychological Impact of Hysterectomy: A Prospective Investigation	

Literaturrechercheprotokoll in der Datenbank PsycINFO vom 22.12.2018

Suchpfad	Anzahl Treffer	Anzahl relevanter Titel	Anzahl relevanter Abstracts	Relevante Literatur	Bemerkung
(sexuality and psychology* and hysterectomy).af.	22	9	2	Sexuality after hysterectomy at University of Jordan Hospital: a teaching hospital experience Assessment of sexuality after hysterectomy using the Female Sexual Function Index	Andere gefundene Literatur nicht passend für die Fragestellung der Bachelorarbeit
((sexuality or sex or intimacy or sexual behavior) and hysterectomy and negative effect*).af.	6	0	0		zu spezifischer Suchpfad
(sexuality and assessment and improvement and intervention).af.	3	2	0		Beschriebene Interventionen nicht passend für klinisches Setting
(sexual improvement and intervention and women).af.	1	1	0		Literatur entsprach nicht den Ein- und Ausschlusskriterien (medikamentöse Intervention)
(hysterectomy and womanhood and body image).af.	4	1	0		Literatur entsprach nicht den Ein- und Ausschlusskriterien

Literaturrechercheprotokoll in der Datenbank CINAHL vom 22.12.2018

Suchpfad	Anzahl Treffer	Anzahl relevanter Titel	Anzahl relevanter Abstracts	Relevante Literatur	Bemerkung
sexuality OR sex OR intimacy OR sexual behavior	10	0	0		Schlagwörter zu unspezifisch, Titel nicht passend für die Fragestellung der Bachelorarbeit
psychosexual distress AND intervention	2	2	2	Psychosexual distress in women with gynecologic cancer: a feasibility study of an online support group A qualitative study of an internet-based support group for women with sexual distress due to gynecologic cancer	
Hysterectomy AND intimate relationship AND effect	1	1	1	In sickness and in Health: The Effects of Hysterectomy on Women's Partners and Intimate Relationships	zeigt mögliche Auswirkungen einer Hysterektomie auf die Sexualität

Suchpfad	Anzahl Treffer	Anzahl relevanter Titel	Anzahl relevanter Abstracts	Relevante Literatur	Bemerkung
hysterectomy AND psychological AND sexual*	7	4	2	The psychosocial dimensions of hysterectomy: private places and the inner spaces of women at midlife Physical, psychological and sexual effects in multi-ethnic Malaysian women who have undergone hysterectomy	Restliche Literatur zeigte positive Ergebnisse oder nicht relevant für Fragestellung der Bachelorarbeit
sexual life AND body image AND intervention	4	1	1	The effect of a sexual life reframing program on marital intimacy, body image and sexual function among breast cancer survivors	Restliche Literatur nicht relevant für Fragestellung der Bachelorarbeit
hysterectomy AND (body image or self-esteem or self-image) AND (interventions or strategies or best practices)	3	1	1	The Effects of Hysterectomy on Body image, Self-Esteem and Marital Adjustment in Turkish Women With Gynecologic Cancer	Restliche Literatur nicht relevant für Fragestellung der Bachelorarbeit

## Anhang B: Zusammenfassung, Würdigung und Beurteilung der Güte

Zusammenfassung der Studie Pinar et al. (2012) nach dem AICA Raster

For- schungs- schritte	Zusammenfassung
Einlei- tung	<p>Problem: Die Forschenden beschreiben, dass eine Lücke in der Literatur besteht: Studien über Auswirkungen einer Hysterektomie als Behandlung von gynäkologischem Krebs auf das Körperbild, das Selbstwertgefühl und die eheliche Anpassung bei Frauen mit spezifischem soziodemografischem Hintergrund fehlen.</p> <p>Forschungsfrage: In der Studie wird keine Forschungsfrage formuliert.</p> <p>Ziel: Das Ziel der Studie liegt darin, mögliche Zusammenhänge zwischen Körperbild, Selbstwertgefühl und Anpassung der Ehe bei türkischen Frauen mit gynäkologischem Krebs, die eine Hysterektomie hatten und spezifische soziodemographischen Eigenschaften aufweisen (Alter, Bildungsniveau, Erwerbstätigkeit, Kinder zu haben und Einkommenshöhe) zu untersuchen. Zudem soll mit dem Vergleich zu Brustkrebs und dessen jeweiligen pflegerischen Interventionen hinsichtlich ihres Einflusses auf Körperbild, Selbstwertgefühl und Sexualität, ähnliche Bedürfnisse nach professioneller Unterstützung und Bedenken für Frauen mit gynäkologischem Krebs aufgezeigt werden.</p> <p>Theoretischer Bezugsrahmen: In der Einleitung der Studie beschreiben die Forschenden einige aktuelle Forschungsergebnisse und ziehen Parallelen zu vorhandener Literatur in der die psychischen Konsequenzen und Bedarf an pflegerischen Interventionen einer Mastektomie beschrieben werden. Sie beschreiben, dass eine Hysterektomie, durchgeführt aufgrund von gynäkologischem Krebs, sowohl psychische als auch physische Auswirkungen hat. Sie benennen, dass eine Hysterektomie einen Einfluss auf das Leben und die Beziehungen einer Frau sowie deren Rolle in der Gesellschaft haben. Sie zeigen auf, dass Pflegefachpersonen eine wichtige Rolle bei der Betreuung von Patientinnen vor und nach der Operation, haben. Schliesslich nennen sie die Wichtigkeit, dass Eigenschaften in Bezug auf das Körperbild und die Sexualität als Teil der Routine Pflege erhoben werden müssen.</p> <p>Forschungslücke/ Forschungsbedarf: Mit dem Aufzeigen der Forschungslücken begründen die Forschenden gleichzeitig den Forschungsbedarf: Bisher habe keine Studie die eheliche Anpassung, das Selbstwertgefühl und das Körperbild bei Patientinnen mit gynäkologischem Krebs und Hysterektomie gemeinsam untersucht. Die Authentizität der Studie lege in der Tatsache, dass sie eine gründliche Analyse des Selbstwertgefühls, des Körperbildes und der Anpassung der Ehe bei Frauen mit gynäkologischem Krebs in Bezug auf bestimmte soziodemographische Variablen bietet. Die vorhandene Literatur zu gynäkologischem Krebs sei sehr gesättigt, eine offensichtliche Lücke sei jedoch die Fokussierung in Bezug auf die Beziehung zwischen gynäkologischer Krebsbehandlungen (insbesondere Hysterektomie) und eheliche Anpassung</p>
Methode	<p>Design: Um das Ziel der Studie zu erreichen, wurde ein quantitativer Ansatz gewählt. Es wurde eine Querschnittsstudie durchgeführt. In der Studie werden keine Gründe für die Wahl dieses Designs erwähnt.</p> <p>Population: türkische Frauen, die einer Hysterektomie aufgrund von gynäkologischem Krebs hatten</p> <p>Stichprobe: Die Stichprobe hatte insgesamt 200 Teilnehmerinnen. Diese wurden in eine Interventions- und Kontrollgruppe eingeteilt. Die Interventionsgruppe umfasste 100 Frauen, die sich vom 1. Juni 2010 bis zum 31. September 2010 in der Abteilung für gynäkologische Onkologie der Universität Baskent einer Hysterektomie unterzogen haben. 100 gesunde Frauen wurden der Kontrollgruppe zugeteilt. Die gesunden Frauen hatten sich bei der ambulanten Abteilung für eine routinemässige gynäkologische Untersuchung gemeldet (hatten nie eine gynäkologische Operation/ hatten nie gynäkologischen Krebs).</p> <p>Ziehung der Stichprobe: Insgesamt haben sich 800 Frauen im Rahmen der Behandlung von gynäkologischem Krebs in der Abteilung für Gynäkologische Onkologie der Universität Baskent vom 1. Januar bis 31. Dezember 2009 einer Hysterektomie unterzogen. Zur Bestimmung der Stichprobengrösse wurde ein Non-Probability sampling verwendet, anhand der Prävalenzmethode wurde die Anzahl der Personen berechnet, die als Stichprobe genommen werden sollte, diese lag bei 100 Teilnehmerinnen. Als Einschlusskriterien wurden (a) zum ersten Mal mit einer gynäkologischen Krebserkrankungen diagnostiziert, (b) Hysterektomie in Vorgeschichte, (c) keine psychiatrische Anamnese/ Vorgeschichte zu haben, (d) verheiratet zu sein, (e) ein Alter zwischen 25 und 70 Jahren zu haben und (f) eine türkischsprachige Frau zu sein, definiert. Die Daten wurden sechs Wochen nach der Operation erhoben, da</p>

	<p>dieser Termin mit der Rückkehr der Patientinnen zu einem Nachsorgetermin im Krankenhaus zusammenfiel.</p> <p>Datenerhebung: Die Daten wurden aus der Erhebung mit drei Assessmentinstrumenten erhalten: die Body Image Scale, Rosenberg's Self-Esteem Scale (SES) die Dyadic Adjustment Scale (DAS)) Die Daten wurden einmal erhoben. Die Assessmentinstrumente werden genau beschrieben und es werden Angaben zur Reabilität und Validität gemacht.</p> <p>Datenanalyse/ Messverfahren: Die Teilnehmerinnen mussten die drei verschiedene Assessmenteinstufungen ausfüllen. Bei den statistischen Analysen der Daten wurden der Chi-Quadrat-Test, der Mann-Whitney-U-Test, der Student-t-Test, der Kruskal-Wallis-Test und der Pearson-Korrelationstest verwendet.</p> <p>Soziodemographische Daten wurden auf der Grundlage der vorhandenen Literatur ausgewählt. Alter, Einkommensstatus, Erwerbstätigkeit, Bildungsstand und Anwesenheit von Kindern wurden durch ein Erstinterview bewertet.</p> <p>Datenniveau der erhobenen Daten: Alter = Proportionalskala, Bildungsniveau von Teilnehmerin und Ehemann = Nominalskala, Erwerbstätigkeit= Nominalskala, Kinder zu haben = Nominalskala und Einkommenshöhe = Nominalskala, Selbstwertgefühls-Score /Körperbild-Score/ eheliche Anpassung-Score = Ordinalskaliert</p> <p>Signifikanzniveau: Aus dem Studientext ist nicht ersichtlich, ob ein Signifikanzniveau festgelegt wurde. Bei den Tabellen steht jedoch geschrieben, <math>p &lt; 0.05</math> = signifikant.</p> <p>Ethik: Es wurde eine Genehmigung der Ethikkommission durch das Institutional Review Board eingeholt und von allen Teilnehmerinnen wurde eine unterzeichnete Einwilligungserklärung eingeholt.</p>
<p><b>Ergebnisse</b></p>	<p>Ergebnisse: Soziodemografische Eigenschaften Das Durchschnittsalter für Frauen in der Hysterektomie-Gruppe betrug 47 im Vergleich zu einem Durchschnittsalter von 43 Jahren für gesunde Frauen. Die Teilnehmerinnen wurden in drei Altersgruppen eingeteilt: 28–42 Jahre, 43–55 Jahre und älter als 55 Jahre. Eine Mehrheit der Frauen hatte einen Hochschul- oder Universitätsabschluss. In der Studiengruppe hatten die Frauen einen Median (Wert der genau in der Mitte der Zahlenreihen liegt) von zwei Kindern (<math>SD = 3,2</math> = Durchschnittlich Streuung die um den Mittelwert lag) und 55% arbeiteten Teilzeit oder Vollzeit. Die Mehrheit der Haushalte hatte ein hohes Einkommen, und die meisten Ehepartner hatten ihre Schulbildung abgeschlossen. Es wurde kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Studien- und Kontrollgruppen in Bezug auf andere soziodemographische Merkmale gefunden (<math>p &gt; 0,05</math>).</p> <p>medizinische Eigenschaften: 65 % der Frauen mit gynäkologischem Krebs befanden sich im Stadium II, und 62 % erhielten ihre Diagnose vor 1-2 Jahren. Insgesamt 21 Frauen erhielten oder suchten eine professionelle Beratung zu Fragen im Zusammenhang mit gynäkologischem Krebs. 69% der Frauen erhielten eine Chemotherapie und 75% erhielten eine Strahlentherapie. 48% der Personen in der Studiengruppe hatten ein Endometriumkarzinom und 88% erhielten eine totale abdominale Hysterektomie mit bilateraler Salpingo-Oophorektomie (Eileiter und Eierstöcke entfernt) und einer Becken- oder Aortenlymphknoten-Dissektion.</p> <p>Zusammenhang zwischen dem Körperbild-, Selbstwertgefühl- und ehelicher Anpassungs-Score: Das Körperbild und das Selbstwertgefühl der Frauen, die eine Hysterektomie hatten, waren signifikant niedriger als bei den gesunden Frauen (<math>p &lt; 0,05</math>). Ausserdem wurden wichtige Unterschiede der beiden Gruppen in Bezug auf die durchschnittlichen DAS-Skalenpunkte festgestellt (<math>p &lt; 0,05</math>). Das Körperbild wurde auch in Bezug auf das Selbstwertgefühl untersucht. Das Körperbild wurde positiv mit dem Selbstwertgefühl der Interventionsgruppe korreliert (<math>\rho = 0,22</math>, <math>p = 0,004</math>). Bei der Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Selbstwertgefühl und ehelicher Anpassung korrelierte das Selbstwertgefühl negativ mit der ehelichen Anpassung (<math>\rho = -0,23</math>, <math>p = 0,001</math>). Je höher der Selbstwertgefühl-Score (je höher der Wert, desto schlechter das Selbstwertgefühl), desto schlechter ist die Anpassung der Ehe. Ausserdem korrelierte das Selbstwertgefühl negativ mit der ehelichen Anpassung (<math>\rho = -0,29</math>, <math>p = 0,002</math>). Wenn die Patientinnen eine positive Einstellung zur ehelichen Anpassung hatten, hatten sie auch ein niedrigen Selbstwertgefühl-Score. (Schreibfehler in Studie??)</p> <p>Körperbild, Selbstwertgefühl und eheliche Anpassung: Das Körperbild von Frauen, die sich einer Hysterektomie unterzogen hatten, wird mit ihrem Alter, ihrem Bildungsstand, ihrem Einkommensniveau, ihrer Erwerbstätigkeit und das Vorhandensein von Kindern verglichen (<math>p &lt; 0,05</math>). Die Ergebnisse zeigen, dass Teilnehmerinnen mit hohem Einkommen und</p>

	<p>hohem Bildungsstand und einem höheren Alter sowie mit Kindern und einer Arbeit ein positiveres Körperbild hatten als die anderen. In Bezug auf die DAS bei Frauen mit Hysterektomie, die mit niedrigerem Einkommens- und Bildungsniveau wurde unter schlechteren Bedingungen festgestellt. Es bestand kein Zusammenhang zwischen den durchschnittlichen Skalenpunkten der DAS und den Arbeitsbedingungen, dem Alter und der Anwesenheit von Kindern (<math>p &gt; 0,05</math>). Bei den anderen Variablen ergab die Varianzanalyse keinen signifikanten Effekt in Bezug auf das Selbstwertgefühl (<math>p &gt; 0,05</math>). Die Ergebnisse der Studie zeigten, dass die Hysterektomie signifikant negative Auswirkungen auf die eheliche Anpassung der Patientinnen sowie auf deren Körperbild und Selbstwertgefühl hatte.</p> <p>Darstellung der Ergebnisse: Die statistischen Ergebnisse wurden in Tabellen aufgeführt und in Textform erläutert.</p>
<b>Diskussion</b>	<p>In der Diskussion wurden signifikanten und nicht signifikanten Ergebnissen mit Unterstützung anderer Studien diskutiert. Das Ziel der Studie konnte mit den gewonnenen Daten nur zu einem Teil beantwortet werden. Ein Vergleich zu Brustkrebs und dessen jeweiligen pflegerischen Interventionen hinsichtlich ihres Einflusses auf Körperbild, Selbstwertgefühl und Sexualität, ähnliche Bedürfnisse nach professioneller Unterstützung und Bedenken für Frauen mit gynäkologischem Krebs wurden nur sehr knapp aufgezeigt.</p> <p>Limitationen: Die Forschenden erläutern, dass die Ergebnisse aufgrund der kulturellen und geografischen Eigenschaften der Teilnehmerinnen nicht verallgemeinert werden können.</p> <p>Implikationen für Praxis: Unter dem Kapitel Conclusion beschreiben die Forschenden mögliche Implikationen für die Praxis: Es sei wichtig für medizinische Fachpersonen/ v. a. Pflegefachpersonen mögliche Auswirkungen einer Hysterektomie auf das Körperbild, das Selbstwertgefühl zu kennen, um geeignete Screening Verfahren und Interventionen durchführen zu können. Die Beurteilung von Selbstwertgefühl und Indikatoren für die eheliche Anpassung in der Pflege sowie die Umsetzung von Strategien zur Steigerung des Selbstbewusstseins und der Selbstakzeptanz sind für Frauen mit hohem Risiko erforderlich. Ehepaare profitieren davon, wenn sie als Pflegeeinheit betrachtet werden. Bei Frauen mit gynäkologischem Krebs sind diejenigen, die eine Hysterektomie erhalten haben, und jung sind, besonders anfällig für Änderungen im Selbstwertgefühl. Assessments verwenden, die psychische Probleme bei Risikopatientinnen identifizieren Angepasste emotionale und soziale Unterstützung</p> <p>Zukünftige Forschung: Es gibt bereits einige Studien, die Bedürfnisse von Frauen nach gynäkologischen Eingriffen erläutern. Es benötigt jedoch noch weitere Forschung um passende Assessmentinstrumente und Interventionen für diese Gruppe von Patientinnen zu entwickeln</p>

For- schungs- schritt	Würdigung
Einlei- tung	<p><b>Beantwortet die Studie eine wichtige Frage der Berufspraxis/ BA-Fragestellung?</b> Die Studie beantwortet eine wichtige Frage in der Pflege, da das Verständnis über das Körperbild, das Selbstwertgefühl und der ehelichen Anpassung einer Frau nach Hysterektomie für eine Pflegefachperson wichtig ist, um eine ganzheitliche Pflege zu gewährleisten und dadurch die Lebensqualität der Patientinnen und deren Familien zu verbessern. Zudem gibt die Studie einen Einblick in das Erleben von Frauen mit einem spezifischen demographischen und kulturellen Hintergrund, dies kann zu wichtigen Erkenntnissen für Pflegefachpersonen hinsichtlich der Betreuung dieser Patientinnen Gruppe führen (Verständnis für andere Kulturen). Die Ergebnisse können jedoch nicht ohne Vorsicht auf Frauen mit Hysterektomie aufgrund einer anderen Ursache als gynäkologischer Krebs übertragen werden, da die Forschenden den Zusammenhang zwischen Hysterektomie und gynäkologischem Krebs nicht diskutieren. Eventuell hätte es Sinn gemacht, eine zweite Kontrollgruppe zu untersuchen, in der die Frauen gynäkologischen Krebs haben, jedoch noch keine Hysterektomie hatten. Es wird auch nicht darauf eingegangen, inwiefern Radiotherapie bzw Chemotherapie einen Einfluss auf die Ergebnisse hatten.</p> <p><b>Sind die Forschungsfragen klar definiert? Ev. durch Hypothesen ergänzt?</b> In der Studie werden keine Forschungsfragen und Hypothesen formuliert. Es wird aber ein klares Ziel der Studie erläutert.</p> <p><b>Wird das Thema / das Problem im Kontext von vorhandener konzeptioneller und empirischer Literatur logisch dargestellt?</b> Das Problem wird mit empirischer Literatur logisch dargestellt, Lücken der Literatur werden aufgezeigt. Die Forschenden definieren Selbstwertgefühl und Hysterektomie, eine Definition zu den Begriffen Körperbild, ehelicher Anpassung sowie gynäkologischem Krebs fehlen.</p>
Methode	<p><b>Ist die Verbindung zwischen der Forschungsfrage und dem gewählten Design logisch und nachvollziehbar?</b> Der quantitative Ansatz der Studie, ermöglicht es die kausalen Zusammenhänge zwischen Hysterektomie, gynäkologischem Krebs, Körperbild, Selbstwertgefühl und ehelicher Anpassung zu erklären. Durch diesen Ansatz soll eine Verallgemeinerbarkeit der Stichprobe auf die Population gewonnen werden (möglichst objektiv).</p> <p><b>Ist die Stichprobenziehung für das Design angebracht?</b> Die Stichprobenziehung ist für das Design angebracht, da durch diese eine angepasste Stichprobengröße und eine demographische Vielfalt der Stichprobe berücksichtigt werden konnte.</p> <p><b>Ist die Stichprobe repräsentativ für die Zielpopulation?</b> Die Stichprobe ist aufgrund ihrer demographischen Vielfalt und der Stichprobengröße repräsentativ für die Zielpopulation. Einziger Kritikpunkt stellt die geografische Rekrutierung dar, es werden nur Teilnehmerinnen aus einem Spital in die Studie miteingeschlossen, dies verringert die geografische Vielfalt. Welcher Einfluss hat die Kultur?</p> <p><b>Auf welche Population können die Ergebnisse übertragen werden?</b> Die Ergebnisse können auf türkische Frauen oder Frauen mit ähnlichem kulturellem Hintergrund, die einer Hysterektomie aufgrund von gynäkologischem Krebs hatten übertragen werden.</p> <p><b>Ist die Stichprobengröße angemessen? Wie wird sie begründet?</b> Die Stichprobengröße ist für das Design und die Datenerhebung angemessen. Zur Bestimmung der Stichprobengröße wurde ein Non-Probability sampling verwendet, anhand der Prävalenzmethode wurde die Anzahl der Personen berechnet, die als Stichprobe genommen werden sollte, diese lag bei 100 Teilnehmerinnen.</p> <p><b>Beeinflussen die Drop-Outs die Ergebnisse? Wie wurden die Vergleichsgruppen erstellt? Sind sie ähnlich? Werden Drop-Outs angegeben und begründet?</b> In der Vergleichsgruppe wurden gesunde Frauen rekrutiert, die sich bei der ambulanten Abteilung für eine routinemässige gynäkologische Untersuchung gemeldet hatten. Die Forscher merken an, dass Frauen, die sich einer Hysterektomie unterzogen haben nicht aufgrund von Krebs, nicht in die Kontrollgruppe eingeschlossen wurden, um Verzerrungen beim Cross-over experimental design zu vermeiden (Drop-out). Dieses Drop-Out macht einen guten Vergleich der beiden Gruppen möglich und schliesst mögliche Verzerrungen aus.</p> <p><b>Ist die Datenerhebung für die Fragestellung nachvollziehbar?</b></p>

	<p>Die Datenerhebung ist für das Ziel der Studie nachvollziehbar und gut geeignet.</p> <p><b>Sind die Methoden der Datenerhebung bei allen Teilnehmerinnen gleich?</b> Es gibt bei den Methoden der Datenerhebung bei den Teilnehmerinnen keinen Unterschied.</p> <p><b>Sind die Daten komplett, d.h. von allen Teilnehmerinnen erhoben?</b> Die Daten sind komplett.</p> <p><b>Sind die Messinstrumente zuverlässig (reliability)? Sind die Messinstrumente valide (validity)? Wird die Auswahl der Messinstrumente nachvollziehbar begründet?</b> Die Forschenden geben zu jedem Assessmentinstrument den Koeffizienten für Zuverlässigkeit und Validität an, daher kann angenommen werden, dass die Messinstrumente reliabel und valide sind. Die Validität und Reabilität werden als starkes Argument für die Auswahl der Instrumente angegeben. Einziger Kritikpunkt ist, dass die Forschenden die Begriffe eheliche Anpassung sowie Körperbild nicht definiert haben, daher ist es schwierig zu beurteilen, ob auch wirklich das gemessen wird, was gemessen werden soll.</p> <p><b>Werden die Verfahren der Datenanalyse klar beschrieben?</b> Das Verfahren der Datenanalyse wird nicht klar beschrieben. Es werden zwar Angaben gemacht, welche statistischen Tests zum Einsatz kamen, jedoch nicht wie, wo und wann diese eingesetzt wurden, dies muss aus den Tabellen abgelesen werden.</p> <p><b>Wurden die statistischen Verfahren sinnvoll angewendet?</b> Die statistischen Verfahren wurden sinnvoll angewendet: Chi-Quadrat-Test: Angewendet, um zu sehen, wie zwei Variablen zueinanderstehen Mann-Whitney-U-Test/ Kruskal-Wallis-Test: diente der Überprüfung, ob sich die zentrale Tendenz in zwei unabhängigen Gruppen. Kruskal-Wallis-Test für unabhängige Stichproben testet, ob sich die zentralen Tendenzen mehrerer unabhängiger Stichproben unterscheiden. Der Kruskal-Wallis-Test wird verwendet, wenn die Voraussetzungen für eine Varianzanalyse nicht erfüllt sind. Student-t-Test: Der Zweistichproben-t-Test (auch Doppelter t-Test; engl. two-sample t-test) prüft anhand der Mittelwerte zweier unabhängiger Stichproben, wie sich die Mittelwerte zweier Grundgesamtheiten zueinander verhalten. Dabei wird vorausgesetzt, dass die Daten der Stichproben einer normalverteilten Grundgesamtheit entstammen bzw. es genügend große Stichprobenumfänge gibt, so dass der zentrale Grenzwertsatz erfüllt ist. Pearson-Korrelationstest: Der Korrelationskoeffizient nach Pearson ist ein dimensionsloses Maß für die Stärke des linearen Zusammenhangs zwischen zwei quantitativen Größen</p> <p><b>Entsprechen die verwendeten statistischen Tests den Datenniveaus?</b> Die statistischen Test entsprechen den Datenniveaus.</p> <p><b>Erlauben die statistischen Angaben eine Beurteilung?</b> Die statistischen Angaben Erlauben eine Beurteilung, da das Signifikanzniveau definiert wurde und in den Ergebnissen vorkommt. Anzumerken gilt nur die Definition der Variable Einkommen, diese ist definiert, indem sich die Frauen selber der Gruppe hohes, mittleres oder kleines Einkommen zuteilten, dies ist eine sehr subjektive Einteilung, daher ist der Zusammenhang mit dem Einkommen mit Vorsicht zu genießen.</p> <p><b>Ist die Höhe des Signifikanzniveaus nachvollziehbar und begründet?</b> Nein, Aus dem Studientext ist nicht ersichtlich, ob ein Signifikanzniveau festgelegt wurde. Bei den Tabellen steht jedoch geschrieben, <math>p &lt; 0.05 =</math> signifikant</p> <p><b>Inwiefern sind alle relevanten ethischen Fragen diskutiert und entsprechende Massnahmen durchgeführt worden? Unter anderem zum Beispiel auch die Beziehung zwischen Forschenden und Teilnehmenden?</b> Ethische Fragen wurden in der Studie nicht diskutiert. Da es sich bei der Intervention lediglich um ein Ausfüllen eines Fragebogens handelt, die Teilnehmerinnen ihre Einverständniserklärung abgeben und die Forsch von einer Ethikkommission genehmigt wurde, scheint dies angebracht zu sein.</p>
Ergebnisse	<p><b>Sind die Ergebnisse präzise?</b> Die Ergebnisse werden mit passenden Statistischen Verfahren berechnet. Sie sind nicht nachvollziehbar und präzise dargestellt und erläutert. Teilweise widersprechen sich Ergebnisse in Textform mit denen in den Tabellen.</p> <p><b>Wenn Tabellen / Grafiken verwendet wurden, entsprechen diese folgenden Kriterien: Sind sie präzise und vollständig (Titel, Legenden) Sind sie eine Ergänzung zum Text?</b> Die Tabellen sind mit Titeln versehen und haben Legenden, sie bilden eine Ergänzung zum Text.</p>

<b>Diskussion</b>	<p><b>Werden alle Ergebnisse diskutiert?</b> Es werden nicht alle Ergebnisse diskutiert, z.B werden die Ergebnisse der demographischen Daten ausgelassen oder auch die nicht signifikanten Ergebnisse werden nicht vollständig diskutiert.</p> <p><b>Stimmen die Interpretation mit den Ergebnissen überein?</b> Nein, es können Fehler beobachtet werden</p> <p><b>Werden die Ergebnisse in Bezug auf die Fragestellung/ Hypothesen, Konzepte anderer Studien diskutiert und verglichen?</b> Die signifikanten Ergebnisse werden mit Ergebnissen aus anderen Studien verglichen, diskutiert und verglichen.</p> <p><b>Wird nach alternativen Erklärungen gesucht?</b> Es wird nach keinen alternativen Erklärungen gesucht.</p> <p><b>Ist die Studie sinnvoll?</b> Die Studie ist sinnvoll, da noch ein grosser Forschungsbedarf der psychischen Auswirkungen einer Hysterektomie besteht. Diese zu kennen, würde es ermöglichen in der Pflege passende Assessmentinstrumente und Interventionen zu entwickeln.</p> <p><b>Werden Stärken und Schwächen aufgewogen?</b> Unter dem Kapitel Limitationen werden die Schwächen der Studie benannt. Stärken werden nicht explizit erläutert.</p> <p><b>Wie und unter welchen Bedingungen sind die Ergebnisse in die Praxis umsetzbar?</b> Sie bietet einen ersten Ansatz, wie sich eine Hysterektomie auf das Körperbild, die eheliche Anpassung und das Selbstwertgefühl auswirken können. Sie benennt zudem Risikogruppen, auf welche besonders geachtet werden sollte. Aufgrund der Tatsache, dass eine Hysterektomie bei den Teilnehmerinnen aufgrund von gynäkologischem Krebs durchgeführt wurde, können die Ergebnisse nicht automatisch auf Frauen mit einer Hysterektomie aufgrund von andern Ursachen übertragen werden. Die Forscher diskutieren den Zusammenhang zwischen Hysterektomie und gynäkologischem Krebs nicht. Eventuell hätte es Sinn gemacht, eine zweite Kontrollgruppe zu untersuchen, in der die Frauen gynäkologischen Krebs haben, jedoch noch keine Hysterektomie hatten. Es wird auch nicht darauf eingegangen, inwiefern Radiotherapie bzw Chemotherapie einen Einfluss auf die Ergebnisse haben.</p> <p><b>Wäre es möglich diese Studie in einem anderen klinischen Setting zu wiederholen?</b> Die Studie könnte in einem anderen klinischen Setting, aufgrund der verwendeten Messinstrumente und den Datenanalyseverfahren wiederholt werden.</p>
-------------------	---

Gütekriterium	Beschreibung
<b>Objektivität</b>	<p>Die Forschenden stellen den theoretischen Hintergrund des Themas im Kontext von vorhandener konzeptioneller und empirischer Literatur logisch dar, verwenden ein quantitatives Design und setzen geeignete Messinstrumente ein, was die Unabhängigkeit der Ergebnisse von anderen Einflüsse bestärkt. Ungenaue Angaben zur Datenerhebung (Anonymität, Ort der Datenerhebung) sowie der Einfluss des gynäkologischem Krebs sowie der Radio- und Strahlentherapie auf die Ergebnisse mindern diese Unabhängigkeit. Die Stichprobe ist aufgrund ihrer demographischen Vielfalt und der Stichprobengrösse repräsentativ für die Zielpopulation. Einziger Kritikpunkt stellt die geografische Rekrutierung dar, es werden nur Teilnehmerinnen aus einem Spital in die Studie miteingeschlossen, dies verringert die geografische Vielfalt und könnte die Ergebnisse beeinflussen. Eventuell hätte es Sinn gemacht, eine zweite Kontrollgruppe zu untersuchen, in der die Frauen gynäkologischen Krebs haben, jedoch noch keine Hysterektomie hatten.</p> <p>Die intersubjektive Nachvollziehbarkeit ist durch die ungenaue Beschreibung der Methode und der Ergebnisse nur bedingt gegeben: Das Ziel der Studie ist klar formuliert und die Stichprobe und Stichprobenziehung sind transparent erläutert. Die verwendeten Variablen wurden ungenau beschrieben, beispielsweise ist es unklar, ab welchem Einkommen eine Teilnehmerin zu der Gruppe mit hohem Einkommen zählt. Auch wurden die Begriffe Körperbild und eheliche Anpassung nicht definiert. Dies wäre für eine genaue Interpretation der Ergebnisse von Bedeutung gewesen. Die Datenanalyse ist nur bedingt nachvollziehbar, z. B. wird nicht beschrieben, wie der statistische Test eingesetzt wurden oder wie das Signifikanzniveau festgelegt wurde. Schliesslich stimmt die Beschreibung der Ergebnisse nicht mit den Angaben in den Tabellen überein, was die Nachvollziehbarkeit der Ergebnisse vermindert.</p>
<b>Reliabilität</b>	<p>Die Reliabilität der Studie ist bedingt gegeben. Aufgrund der Verwendung von Messinstrumenten, die auf Reliabilität und Validität geprüft wurden und aufgrund der verwendeten allgemein anerkannten statistischen Analyseverfahren könnte die Studie in einem anderen Setting wiederholt werden. Die bedingt vorhandene Intersubjektiven Nachvollziehbarkeit schränkt die Reproduzierbarkeit der Ergebnisse bei Wiederholung der Studie durch andere Forschende jedoch ein.</p>
<b>Validität</b>	<p>Die Studie versucht, durch das Verwenden eines quantitativen Ansatzes möglichst aussagekräftige, objektive und übertragbare Ergebnisse zu erzielen. Die Empfindung einer Frau bezüglich ihres Körperbildes, ihres Selbstwertgefühls und ihrer ehelichen Anpassung sind jedoch sehr subjektive Daten und können von Frau zu Frau variieren. Ein qualitatives Design hätte eventuell der Untersuchung mehr Raum geschenkt, um die Auswirkungen einer Hysterektomie von möglichst vielen Perspektiven zu erfassen.</p>

For- schungs- schritte	Zusammenfassung
<b>Einlei- tung</b>	<p>Die Studie beschreibt das Phänomen des sexuellen Erlebens von Frauen nach einer Hysterektomie. Laut den Forschenden verweisen 10 bis 40 % der aktuellen Studien auf eine Störung der sexuellen Beziehung nach einer Hysterektomie. Diese Störung ist sowohl auf physische (Schmerzen, vaginale Trockenheit, etc.) wie auch auf psychische Veränderungen (Depressionen, Veränderung der Selbstsicherheit) nach einer Hysterektomie zurückzuführen. Der Forschungszweck, begründet sich in der Annahme, dass die Erfahrung einer Hysterektomie stark von Glauben, Meinung, Konzepten und dem Leben einer Frau abhängig sind. Um pflegerische Behandlungsstrategien auf die Bedürfnisse einer Frau abzustimmen, muss daher das sexuelle Erleben inklusive der möglichen Probleme einer Frau nach Hysterektomie erforscht werden. Zudem sei die sexuelle Beziehung die wichtigste Eigenschaft einer Partnerschaft und habe wiederum Einfluss auf die Zufriedenheit und das Gesundheitsniveau der Familie.</p>
<b>Methode</b>	<p>Ansatz/ Design: Bei der Studie handelt es sich um ein qualitatives Design. Es wird eine konventionelle Inhaltsanalyse durchgeführt. In der Studie wird keine Begründung für diesen Ansatz/ dieses Design aufgeführt.</p> <p>Population: Frauen nach einer Hysterektomie</p> <p>Stichprobe: Die Stichprobe setzte sich aus 20 Frauen zusammen, die eine Hysterektomie hatten und im Jahr 2016 ein Behandlungszentrum oder eine Privatklinik im Westen der Provinz Mazandaran, Iran, besucht haben. Durch die Anwendung des «Purposeful Samplings» sollten die demographischen Daten der Stichprobe eine möglichst grosse Vielfalt aufweisen (Zeit vergangen seit Hysterektomie, Bildungsniveau, Anzahl Kinder, Art der Hysterektomie, Grund der Hysterektomie). Die Auswahl der Teilnehmerinnen wird sehr grob beschrieben und nicht begründet. Folgende Einschlusskriterien mussten erfüllt werden: die Hysterektomie musste mindestens sechs Monate zurückliegen, die Frauen mussten verheiratet sein, die Frauen durften nicht an einem vaginalen Krebs leiden und sie sollten bereit sein, ihre Erfahrungen/ ihr Erleben mit dem/ der Forschenden zu teilen. Aufgrund dieser Begebenheiten ergab sich eine Stichprobengrösse von 20 Frauen.</p> <p>Datenerhebung: Zur Datenerhebung wurden Semi-strukturierte Face-to-face Interviews (start mit offener Fragestellung, immer spezifischere Fragen) durchgeführt. Die Dauer der Interviews variierte zwischen 30 und 45 Minuten, abhängig von der Toleranz der Teilnehmerinnen und ihrer Tendenz, ihre Erfahrungen, Gefühle und Wahrnehmungen des Phänomens mitzuteilen. Vor dem Interview wurden Ort (Zuhause oder in der Frauenklinik) und Zeitpunkt des Interviews vereinbart. Alle Interviews wurden an einem ruhigen und privaten Ort durchgeführt, um die Privatsphäre zu wahren. Alle Teilnehmerinnen wurden einmal interviewt. Die Interviews wurden von einem digitalen Recorder aufgezeichnet. Es folgte eine verbale Transkription der Interviews.</p> <p>Methodologische Reflexion: Bei der Studie handelt es sich um eine methodologische Vorgehensweise nach dem Ansatz der Grounded Theory. Eine Begründung für diese Wahl bzw. eine Diskussion über diese Wahl wird an keiner Stelle erwähnt.</p> <p>Datenanalyse: Die Daten wurden durch kontinuierliches Vergleichen der Transkripte sowie durch eine konventionelle Inhaltsanalyse analysiert. Durch die Inhaltsanalyse fand eine systematische Kategorisierung sowie die Bildung von Codes und Themen statt (Drei Schritte zur Kategorisierung). Die Datenanalyse wurde kontinuierlich und gleichzeitig mit der Datenerfassung durchgeführt. Die verbalen Transkripte der Interviews wurden zahlreich überprüft. Die Forschenden versuchten die Daten möglichst objektiv zu bewerten. Im Abstract: Gebrauch von Granheim und Ludman Methode</p> <p>Ethik: An keiner Stelle werden von den Forschenden ethische Fragen diskutiert bzw. wurde auch keine Genehmigung der Ethikkommission oder Einverständniserklärung der Teilnehmerinnen eingeholt.</p>

## Ergebnisse

Die Ergebnisse der Studie werden zur Veranschaulichung in Tabellen dargestellt und Einzel erläutert.

Ergebnisse zu den demographischen Daten der Teilnehmerinnen: Das Durchschnittliche Alter der Teilnehmerinnen war 48.75 Jahre.

Ergebnisse aus den Interviews: Aus der Datenanalyse ergaben sich vier Hauptthemen mit jeweils zwei bis vier Unterkategorien. Die Forschenden beschreiben jede Kategorie sehr ausführlich und unterstützen ihre Aussagen mit Zitaten aus den Interviews.

### 1. Kategorie: Hysterektomie als zerfallender oder erneuernder Prozess in der sexuellen Beziehung:

Angst als Einflussfaktor in einer sexuellen Beziehung

Angst vor körperlichen Schäden (vor allem direkt postoperativ)

Angst kann sich auf Partner übertragen -> Frustration keine sexuelle Befriedigung zu erlangen -> Verschlechterung der sexuellen Beziehung

Angst der Partner, Frauen an Hysterektomie hindern

Zitat: «Mein Mann sagte zuvor: „Ich habe Angst, dich beim Sex zu verletzen. Er hatte Angst, sich mir zu nähern; Er hatte Angst, ein Problem zu verursachen. Er stoppte den Geschlechtsverkehr, wenn ich Schmerzen empfand.“

Wichtigster Angstauslöser: sich mit der Kritik anderer zu konfrontieren, insbesondere vom Behandlungsteam, und negative Reaktionen des Ehemanns zu erhalten und abgelehnt zu werden -> Coping Strategien wie «Vortäuschen eines Orgasmus», was zu Enttäuschung, zu verminderter Selbstsicherheit und zu einem Gefühl von Wertlosigkeit führen könnte

Zitat: «Mein Mann fragte, ob ich beim Sex einen Orgasmus hatte oder nicht. Ich war nicht zufrieden, antwortete aber mit Ja. Es war um Schuldzuweisungen zu entkommen. Er sagte, wie fühlst du dich? Und ich habe gut geantwortet! Aber ich habe eigentlich nichts gefühlt. Ich wollte keinen Sex, aber ich zeigte Begeisterung und lehnte den Geschlechtsverkehr nicht ab und kooperierte, um nicht kalt zu wirken“.

Weglaufen von einer sexuellen Beziehung:

Sexuelle Lust nahm ab, Frigidität

Ausreden erfinden, um kein Geschlechtsverkehr haben zu müssen aufgrund Frigidität (mangelnde sexuelle Erregbarkeit, Unfähigkeit zum Orgasmus) oder bei Ehemann das Gefühl von Mitleid oder Sünde zu erwecken, indem über Probleme und mögliche Gefahren sprachen

Sexuelle Situation kann bei Partner Reaktionen wie Wut, Aggressivität oder Unterdrückung des Erotizismus auslösen

Sexualität bei Paaren als Zeichen von Sicherheit und ein Weg, um Gefühle auszudrücken

Missfallen des Partners/ Änderung der Rolle als Sexualpartnerin -> Gefühle von Demut und Frustration

Zitat: «Ich fühle nichts, wenn mein Mann zu mir kommt. Ich kann nicht Ich mag es nicht Ich habe ihm gesagt, dass ich den Verkehr nicht ertragen kann, ich werde krank und erschöpft. deshalb ist es schwer für mich. Er hatte Mitleid und war früher fertig (Code 3).“

Behandlung einer unvollkommenen sexuellen Beziehung:

Eingriff als Verbesserung der sexuellen Qualität, da früher Probleme wie Schmerzen, Blutungen und Angst vor einer ungewollten Schwangerschaft sowie die Einnahme eines Kontrazeptivums

Zitat: «Der Geschlechtsverkehr war vor der Operation schmerzhaft, aber jetzt habe ich keine Schmerzen mehr. Ich war damals nicht einverstanden, aber jetzt fühle ich mich wohl.“

### 2. Kategorie: Sexuelle Fähigkeit ohne Gebärmutter

Das Gefühl eines frühen sexuellen Zusammenbruchs veränderte Einstellung des Ehemannes und Abnahme seines sexuellen Verlangens neben Veränderung des Selbstbildes, Abnahme des sexuellen Verlangens, Trockenheit der Vagina und das psychische Verhalten nach der Operation zum Verlust von körperlichen und psychischen Verlangen führt -> Abnahme der sexuellen Befriedigung, der Quantität und der Qualität des Geschlechtsverkehrs und Gefühls eines frühen sexuellen Zusammenbruchs

Zitat: «Ich versuche immer, leise zu sein, da ich weiss, dass ich in sexuellen Angelegenheiten versengt bin. Ich versuche seine sexuellen Wünsche zu akzeptieren, weil ich jetzt, ohne Gebärmutter, unvollständig bin. Dass ist alles, was ich für ihn tun kann“

Schuldig fühlen

Schuldgefühle: Frigidität, keine Lust auf Geschlechtsverkehr

sozialen und familiären Beziehungen durch Sorge der sexuellen Störung beeinflusst

Scham, Angst, Bereuen, Depression und soziale Isolation = Gefühlen nach Hysterektomie.

Lösungen: versuchen Bedürfnisse des Partners vor eigene zu stellen (ungewollter GV, Besitz Übertragung, Wiederheirat)

Zitat: "Ich schäme mich meiner Unfähigkeit, meinem Mann einen guten Orgasmus zu geben. Ich schäme mich, wenn ich ihn nach dem Sex anschau und ich empfinde bedauernd. Er hatte es satt und sagte: Warum hast du das gemacht (Operation)? Ich wünschte, es gäbe keine Operation."

Mehrdeutiges/Zweifelhaftes Gefühl von Weiblichkeit

Abnahme Selbstbewusstseins, Verlust eines wichtigen Organs, welches den Unterschied zwischen einer Frau und einem Mann ausmacht, Veränderung des Aussehens aufgrund der Behandlung sowie die Hoffnungslosigkeit führen zu einem zweifelhaften Gefühl von Weiblichkeit

Einstellung der Partner verstärken diese Gefühle.

weibliche Aspekt wird geschwächt, indem Ehemann seine sexuelle Unzufriedenheit ausdrückt, Unfruchtbarkeit sowie durch Gefühl ein unvollständiger Mensch zu sein

Zitat: "... Mein Mann beschwert sich über die sexuelle Beziehung. Ich denke, es liegt an der Gebärmutter, die ich nicht habe. Ich habe nicht mehr die gleiche Weiblichkeit. Ich bin nicht mehr attraktiv für ihn. Ich fühle mich schwach und ich bin nicht wie andere Frauen."

Der Verlust der Gebärmutter

Verlust der Gebärmutter zu negativem Selbstbild führen, was zu Reaktionen wie Trennung des Ehemanns, das Bett nicht mehr zu teilen, Ausreden suchen, um keinen Sex haben zu müssen, Aggressionen und Depression führen kann.

Partner das Fehlen der Gebärmutter während Geschlechtsverkehrs spüren

Um Orgasmus zu erreichen, setzen Partner unhygienische Lösungen ein, welche zu psychische Schäden führen, aufgrund von religiösen oder gesundheitlichen Überzeugungen

Zitat: "Ich fühle den Verlust der Gebärmutter vollständig während des Sex... Ich empfinde einen Mangel im Vergleich zu anderen Frauen, da der Mutterleib so wichtig ist. Ich fühlte mich vor der Menstruation besonders (Depression und Traurigkeit) dies verschwand danach. aber jetzt ist nicht mehr da und ich fühle mich während des Geschlechtsverkehrs leer (es scheint, dass sich in meinem Körper nichts befindet und er leer ist). Ich glaube, mein Mann mag es nicht mehr wie früher. Er liebt es, zu mir zu kommen (für Sex), aber ich finde, er mag es nicht, wie vorher... es ist schwer zu sagen. Er verwendet andere Lösungen und es macht mich traurig. Ich fühle mich schuldig. Ich mag es nicht. Wenn ich ihn nicht lasse, wird er beleidigt. Ich meine, er spricht respektlos, weil er keinen Widerstand sehen möchte und er möchte, dass ich immer leise bin"

3. Kategorie: Einschränkung in der Hilfesuche

Sexuelle Ignoranz

nicht an Fachleute wenden oder eine medizinische Konsultation in Anspruch zu nehmen, Informationen zum Sex und zum sexuellen Verhalten sehr begrenzt.

Durch nicht professionell ausgebildeten Menschen beraten, was zu gefährlichem Sexualverhalten wie Oral- oder Analsex führen

Zitat: "Ich muss mich nicht wegen sexueller Probleme an einen Arzt wenden. Es ist nicht nötig, sich ständig um diese Probleme zu kümmern."

Verhindern verspottet zu werden

verspüren das Bedürfnis, Hilfe zu erhalten, handeln jedoch nicht, weil sie besorgt sind, dass sich jemand über sie lächerlich macht

Zitat: «Der Arzt würde sich über mich lustig machen, wenn ich sage, dass ich frigide geworden bin und ich den Geschlechtsverkehr nicht mag, während ich drei Kinder habe. Es ist nicht gut, mit dem Arzt über sexuelle Probleme zu sprechen. Es ist falsch ...»

Sich Schämen

aufgrund des negativen kulturellen Standpunkts der Gesellschaft nicht über die Probleme der Genitalien oder der sexuellen Beziehung sprechen.

Scham als der Hauptgrund nicht medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen

Zitat: «Ehrlich gesagt sprechen mein Mann und ich nicht über Sex und wir schämen uns beide. Einmal fragte ich und er sagte, dass der Orgasmus nicht wie vorher ist. Er hat das durch Analsex bewiesen ... Ich hätte gern mit jemandem gesprochen, aber es war beschämend. Sexuelle Probleme sind wichtig und ich spreche nicht gern mit jemandem darüber ausser mit einer Fachperson.

4. Kategorie: Bedarf von umfassender Unterstützung

Die Situation verstehen und Kompromisse eingehen

leben mit dem Stress der Diagnose, Behandlung und medizinischen Nachsorge.

Angst vor dem Verlust der Ehe, der Freundlichkeit und der Aufmerksamkeit des Ehemanns verursachen für sie zahlreiche Probleme -> Situation soll durch Partner verstanden werden.

Empathie, aber nicht Mitleid unter den Familienmitgliedern, führen zu einer besseren Anpassungsfähigkeit bei verschiedenen Hysterektomie

Ehemann soll Bedürfnisse verstehen

	<p>Zitat: "Weißt du, mein Mann meint, ich sollte (zum Sex) bereit sein, wann immer er will. Ich habe ihn gebeten, mich zu verstehen, und er möchte, dass ich ihn im Gegenzug verstehe. Zwei oder drei Monate nach der Operation wollte er häufig Sex haben und ich war unter Druck, deprimiert und traurig. Ich entschied mich von ihm zu trennen, wenn er sich nicht freundlich benahm. Es schien, dass er mit einer Fremden zusammenlebte. Als der Ärztin (Psychiaterin) in unser Gesundheitszentrum in der Nachbarschaft kam, rief ich sie an und redete mit ihr. Es hat mich beruhigt."</p> <p>professionelle Unterstützung erhalten  Aufklärung und emotionale Unterstützung von Fachleuten wie Ärzten und Pflegefachleuten ihnen helfen könnten, eine effiziente sexuelle Beziehung unterstützenden Dienste nicht in Anspruch nehmen, weil in Gesellschaft nicht genügend Zeit für die sexuelle Aufklärung besteht  finanzielle Probleme und die Kosten von Dienstleistungen zu den Hauptgründen für die nicht Inanspruchnahme der Diagnose-, Behandlungs- und Beratungsdienste bezüglich Sex gehören.  Zitat: Sie hatten mir nichts über sexuelle Probleme erzählt. Unsere Ärzte/-innen teilen leider nicht genügend Informationen mit. Sie bekamen nur ihre Befriedigung und Unterschrift für die Operation und sagten, dass die Gebärmutter extrahiert werden wird. Er war so traurig und besorgt</p>
<b>Diskussion</b>	<p>Diskussion und Interpretation der Ergebnisse: In der Diskussion nehmen die Forschenden die genannten Ergebnisse nochmals auf und untermauern und ergänzen diese mit aktuellen Studien. Gelegentlich verwenden sie auch Argumente von Studien, beziehungsweise zeigen Parallelen zu Studien, die über das Phänomen Brustkrebs handeln. Sie nennen «Angst» und «der Verlust der Gebärmutter (löst Schuldgefühle und Zweifeln an der Weiblichkeit aus)» als wichtigste Faktoren, die sich auf die Sexualität von Frauen nach einer Hysterektomie auswirken können.</p> <p>Auch nennen sie möglich Implikationen für die Praxis:  Psychologische Beratungen können dabei helfen, die Angst vor der Sexualität zu ergründen  Treffen mit Peer Groups neben psychologischer Behandlung bei Patientinnen als bei den Partnern vor der Hysterektomie können Nebenwirkungen der Operation aufzeigen und die Angst reduzieren  Lösung für Verlust der Gebärmutter: den Paaren wird empfohlen, sich vor der Operation mit Fachärzten und Psychologen/-innen zu beraten und Behandlungslösungen wie Vaginoplastik oder andere rechtzeitige Behandlungen sexueller Probleme zu verwenden  Stressfreies Sexualleben ermöglichen: umfassende Unterstützung der Familienangehörigen durch finanzielle Unterstützung bei der Nachbehandlung und keinen psychischen Druck auszuüben, Unterstützung von Fachleuten, Herausfinden von sexuellen Bedürfnissen, Screening der sexuellen Probleme, Edukation der Paare über sexuelle Probleme, Veränderung der Einstellung und Wiederaufbau des Selbstbilds  die Rolle des Körperbildes in der Sexualethologie, Psychotherapie und Gesundheitsberatung bei der Behandlung, Unterstützungs- und Entlastungspflege von Frauen, die an einer Hysterektomie leiden, bei der ganzheitlichen Planung zu berücksichtigen  Limitationen werden keine explizit erläutert.</p>

For- schungs- schritt	Würdigung
Einlei- tung	<p><b>Beantwortet die Studie eine wichtige Frage der Pflege?</b> Die Studie beantwortet eine wichtige Frage in der Pflege, da das Verständnis über das sexuelle Erleben einer Frau nach Hysterektomie für eine Pflegefachperson wichtig ist, um eine ganzheitliche Pflege zu gewährleisten und dadurch die Lebensqualität der Patientinnen und deren Familien zu verbessern. Zudem gibt es kontroverse Meinungen in Bezug auf die Auswirkungen einer Hysterektomie auf die Sexualität einer Frau.</p> <p><b>Ist die Beschreibung des Phänomens klar und relevant für die Pflege?</b> Die Begründung des Forschungszwecks ist klar formuliert und spiegelt die Relevanz für die Pflege. Das Phänomen «sexuelle Erfahrung einer Hysterektomie» ist jedoch sehr weitgefasst und könnte/müsste von den Forschenden noch genauer beschrieben werden.</p> <p><b>Ist das Ziel der Forschungsarbeit explizit dargestellt?</b> Es werden einige Gründe benannt, weshalb das Phänomen untersucht werden sollte, ein genaues Ziel wird jedoch in der Studie nicht definiert.</p> <p><b>Sind die Forschungsfragen klar formuliert?</b> In der Studie werden keine Forschungsfragen aufgeführt.</p> <p><b>Wird das Thema mit vorhandener Literatur eingeführt?</b> Es werden Prävalenz einer Hysterektomie, Auswirkungen einer Hysterektomie auf das sexuelle Erleben einer Frau, Prävalenz von sexuellen Störungen, sowie deren Benennung nach Hysterektomie und der Forschungsbedarf anhand von aktueller Literatur begründet. Der Begriff «sexuelles Erleben» bzw. «sexuelle Störung», der Begriff «Hysterektomie» und «Selbstsicherheit» wird von den Autoren/ Autorinnen jedoch nicht definiert.</p> <p><b>Wird die Signifikanz der Arbeit stichhaltig diskutiert?</b> Mit der Begründung des Forschungszwecks, diskutieren die Forschenden gleichzeitig die Signifikanz der Arbeit.</p>
Methode	<p><b>Ist die Verbindung zwischen der Forschungsfrage und dem gewählten Ansatz/ Design logisch und nachvollziehbar?</b> Der gewählte Ansatz/ das gewählte Design eignet sich gut, um das Phänomen zu untersuchen, da es der Untersuchung Raum schenkt, das Phänomen von möglichst vielen Perspektiven zu untersuchen. Es ermöglicht die subjektive Sichtweise einer Frau zu erfassen. Positiv ist, dass die Interviews durch offene Fragen auf die narrative dichte der Erzählsequenzen abzielen.</p> <p><b>Ist die Stichprobenziehung für den Ansatz/ das Design angebracht?</b> Die Stichprobenziehung ist für das Design angebracht, da so eine grosse Vielfalt an Frauen gewonnen werden konnte, ohne sehr viele Teilnehmerinnen rekrutieren zu müssen.</p> <p><b>Ist die Stichprobe repräsentativ für die Population?</b> Die Stichproben ist für die Population nur bedingt repräsentativ. Die ausgewählten Frauen weisen in Bezug auf Zeit vergangen seit Hysterektomie, Bildungsniveau, Art der Hysterektomie, Grund der Hysterektomie eine grosse demographische Vielfalt auf. Als Kritikpunkt an der Stichprobe könnte der Mangel an Frauen unter 38 Jahren, Frauen ohne Kinder sowie Frauen ohne Partner bzw keine gleichgeschlechtlichen Paare sein. Zudem wurden nur Frauen aus einer Region befragt, dadurch ist der kulturellen und sozialen Vielfalt eingeschränkt.</p> <p><b>Auf welche Population können die Ergebnisse übertragen werden?</b> Die Ergebnisse können aufgrund der Vielfalt der Stichprobe nicht auf alle Frauen mit einer Hysterektomie übertragen werden. Mögliche Aussagen können zu Frauen gemacht werden, welche eine Hysterektomie hatten, verheiratet sind, mindestens ein Kind haben und in einem ähnlichen kulturellen Umfeld leben.</p> <p><b>Ist die Stichprobengrösse angemessen? Wie wird sie begründet?</b> Die Stichprobengrösse ist für eine quantitative Untersuchung angemessen, da bei diesem Forschungsansatz die Qualität im Vergleich zur Quantität im Vordergrund steht. Die Grösse der Stichprobe wird nicht begründet.</p> <p><b>Sind das Setting und die Teilnehmenden reichhaltig beschrieben?</b></p>

Das Setting ist sehr grob beschrieben. Die Teilnehmerinnen sind durch das Aufführen aller demographischen Daten jeder einzelnen Teilnehmerin sehr präzise beschrieben.

**Sind die ausgewählten Teilnehmenden als "Informanten" geeignet, um Daten für die Forschung bereitzustellen?**

Ja

**Erleben die Teilnehmenden das zu beforschende Phänomen?**

Ja

**Geht es bei der Datenerhebung um menschliches Erleben, Muster, Verhalten, soziale Prozesse, Kulturen?**

Es geht in der Datenerhebung, um das sexuelle Erleben von Frauen nach einer Hysterektomie.

**Sind die Vorgehensweisen bei der Datenerhebung explizit dargestellt und klar beschrieben (Rigor in der Vorgehensweise)?**

Die Datenerhebung wird nur grob beschrieben, Details über die Durchführung fehlen. Es gibt zum Beispiel keine Beschreibung, ob immer der gleiche Forscher / die gleiche Forscherin das Interview durchgeführt hat. Es wird nur eine mögliche Fragestellung des Interviews aufgezeigt.

**Wird die Datensättigung diskutiert?**

In dieser Studie kann man nicht von einer Datensättigung sprechen, da weitere Daten durchaus noch neue Erkenntnisse liefern würden, dies wird von den Forschenden jedoch nicht explizit deklariert.

**Wird die Selbstbestimmung bei Teilnehmenden diskutiert (ethischer Rigor)?**

Die Teilnehmerinnen konnten beim Datum und dem Ort der Durchführung des Interviews mitbestimmen. Es wird jedoch an keiner Stelle erwähnt, dass die Forschenden die Teilnehmerinnen auf die Möglichkeit aufmerksam machten, das Interview jederzeit abbrechen zu können oder dass die Forschenden den Frauen Informationen bezüglich der Datenverwendung geben haben. Auch wurde an keiner Stelle erwähnt, ob eine schriftliche Einverständniserklärung eingeholt wurde.

**Ist der philosophische Hintergrund der Forschungsarbeit und der Standpunkt der Forschenden dargestellt?**

Der philosophische Hintergrund und der Standpunkt der Forschenden werden nicht erläutert.

**Stimmt das methodische Vorgehen mit dem gewählten Forschungsansatz überein (z. B. Stichprobenziehung, Datenerhebung etc.)?**

Die Durchführung von semistrukturierten Interviews passt zum gewählten qualitativen Forschungsansatz.

**Folgt der gewählte methodologische Ansatz logisch aus der Fragestellung? z.B.: ist die Methode für das Phänomen geeignet?**

Der methodologische Ansatz ist für den genannten Forschungszweck geeignet, da es ermöglicht eine möglichst grosse und persönliche Vielfalt an Daten zu gewinnen

**Ist das Vorgehen bei der Datenanalyse klar und nachvollziehbar beschrieben?**

Das Vorgehen bei der Datenanalyse ist klar. Die Autoren/-innen beschreiben jedoch keine Details, zum Beispiel, wie viele Personen die Transkripte bearbeitet haben oder wer verantwortlich für die Bildung der Kodierungen war.

**Analysemethode nach "so und so", werden entsprechende Referenzierungen gemacht?**

Es wurde als Analysemethode die Inhaltsanalyse erwähnt, diese wurde referenziert.

**Werden die analytischen Schritte genau beschrieben?**

Die analytischen Schritte sind aufgrund fehlender Angaben zu den Punkten, wer die Analyse durchführte und wie oft die Analyse durchgeführt wurde, ungenau.

**Ist die Datenanalyse präzise und glaubwürdig? Wie wurde die Glaubwürdigkeit der Analyse sichergestellt (trustworthiness - being true to the data)?**

Unter dem Kapitel «Data trustworthiness» nehmen die Forscher/-innen Stellung zur Qualität der Datenanalyse: Um die Genauigkeit der Daten zu evaluieren wurden die vier Kriterien Glaubwürdigkeit, Übertragbarkeit, Abhängigkeit und Bestätigung verwendet. Die Glaubwürdigkeit wurde aufgrund des Member-Checking erreicht. Unterschiedliche Wege zur Datensammlung (Interviews und Feld Notizen) wurden verwendet. Eine Vielzahl von Methoden zur Datenerfassung (Interviews und Feldnotizen) wurden in diese Studie aufgenommen. Die höchste Vielfalt wurde bei der Stichprobenauswahl angewandt. Ein Peer-Checker, die mit qualitativen Studien vertraut war, arbeitete auch bei der

	<p>Datenprüfung mit, um eine Vereinbarung über den Forschungsprozess und die Ergebnisse zu treffen. Alle Aktivitäten wurden sorgfältig aufgezeichnet. Um die Übertragbarkeit der gesammelten Daten zu überprüfen, wurden zwei Frauen (von der Studie ausgeschlossen), die eine Hysterektomie mit ähnlichen Problemen hatten, aufgefordert, die Daten zu überprüfen und zu bestätigen. Zudem Die beschrieben die Autoren/ -innen, dass sie versucht haben, die Daten objektiv zu bewerten.</p> <p><b>Sind analytische Entscheidungen dokumentiert und überprüfbar (z. B. reflexive journal, decision diary, memos, etc.)?</b> Dazu werden in der Studie keine Angaben gemacht.</p> <p><b>Inwiefern sind alle relevanten ethischen Fragen diskutiert und entsprechende Massnahmen durchgeführt worden? Unter anderem zum Beispiel auch die Beziehung zwischen Forschenden und Teilnehmenden?</b> An keiner Stelle werden von den Autoren/-innen ethische Fragen diskutiert bzw. wurde auch keine Genehmigung der Ethikkommission eingeholt. Es wird an keiner Stelle erwähnt, dass die Teilnehmerinnen eine schriftliche Zustimmung zum Interview abgegeben haben. Auch stellt sich die Frage, da es sich um ein sehr intimes/ privates Thema handelt, ob die Teilnehmerinnen eventuell zwischen einer weiblichen bzw einem männlichen interviewenden Person wählen konnten.</p>
<p><b>Ergebnisse</b></p>	<p><b>Reflektieren die Ergebnisse die Reichhaltigkeit der Daten?</b> Es entstehen vier Hauptthemen mit insgesamt 12 Subkategorien, dies zeigt die Reichhaltigkeit der Daten.</p> <p><b>Sind die Ergebnisse im Kontext verankert und präzise in ihrer Bedeutung?</b> Die Ergebnisse werden nur teilweise in den Kontext verankert. Dies geschieht in der Diskussion.</p> <p><b>Stimmen die Konzeptualisierungen der Forschenden mit den Daten überein?</b> Alle Kategorien bzw alle Meinungen werden mit Zitaten der Teilnehmerinnen begründet. Daher kann angenommen werden, dass die Konzeptualisierung mit den Daten übereinstimmen.</p> <p><b>Sind die Kategorien, Konzepte etc. mit Zitaten und Geschichten (d.h. Daten) illustriert und bestätigt?</b>Zitate vorhanden (prägnant)</p> <p><b>Beleuchten und erklären die Kategorien, Konzepte etc. das Phänomen als Ganzes?</b> Die wesentlichen Aspekte des Phänomens werden durch die Kategorien erklärt. Themen wie zum Beispiel Körperbild und Fertilitätsdefizit werden nur am Rande beschrieben. Auch wird nur sehr spärlich auf physische Symptome nach Hysterektomie eingegangen.</p> <p><b>Sind die Kategorien, Konzepte etc. logisch konsistent &amp; inhaltlich unterscheidbar?</b> Die einzelnen Themen sind logisch aufgebaut und konsistent, es kommt jedoch teilweise zu Überschneidungen in den einzelnen Subkategorien.</p> <p><b>Sind Beziehungen zwischen den Kategorien fundiert und leisten die gegebenenfalls entwickelten Modelle eine plausible Interpretation der Daten?</b> Die Studie erweitert das bereits bestehende Wissen über die sexuelle Situation von Frauen nach einer Hysterektomie in Bezug auf die möglichen persönlichen psychischen Erfahrungen, vor allem für Frauen mit kultureller und sozialer Kultur, in der der Weiblichkeit eine wichtige Rolle spielen.</p>
<p><b>Diskussion</b></p>	<p><b>Leistet die Interpretation einen Beitrag zum besseren Verstehen des Phänomens und dessen Eigenschaften?</b> Durch die Diskussion der Ergebnisse sowie das Hinzufügen weiterer Erkenntnisse von anderen Studien, kann das Phänomen besser verstanden werden.</p> <p><b>Inwiefern kann die Forschungsfrage mit den Ergebnissen beantwortet werden?</b> Der Forschungszweck bestand darin, das sexuelle Erleben einer Frau nach Hysterektomie zu beschreiben, dies konnte durch die Ergebnisse erreicht werden. Die Ergebnisse können jedoch nicht verallgemeinert werden, da die Stichprobe sehr spezifische demographische Daten aufweist.</p> <p><b>Werden die Ergebnisse in Bezug auf konzeptionelle und empirische Literatur zum Phänomen gesetzt und diskutiert?</b>Die Ergebnisse werden in Bezug auf konzeptionelle und empirische Literatur zum Phänomen gesetzt und diskutiert. Limitationen der Studie werden jedoch nur am Rande und nicht explizit beschrieben.</p> <p><b>Sind die Ergebnisse für die Pflege relevant und brauchbar (i.e. ist Bedeutung für die Pflege diskutiert)?</b> Die Bedeutung für die Pflege wird nur grob diskutiert, die Ergebnisse sind für die Pflege insoweit relevant, als sie mögliche Auswirkungen einer Hysterektomie auf die sexuelle Situation von Frauen gibt. Die Ergebnisse können jedoch nicht auf alle Frauen übertragen werden. Sie beschreiben jedoch gut,</p>

wie sich die Hysterektomie vor allem aufgrund von psychischen Faktoren negativ auf die sexuelle Situation einer Frau auswirken kann.

**Bieten die Schlussfolgerungen, Implikationen und Empfehlungen einen Kontext, in dem sich die Befunde benutzen lassen?**

Die Studie liefert Ansätze und grobe Empfehlungen für die Praxis. Es werden aber keine konkreten Implikationen für die Praxis erläutert.

**Spiegeln die Schlussfolgerungen die Ergebnisse der Studie?**

Ja

**Welches ist der Evidence-Level der Studie?**

Level 6

Gütekriterium	Beurteilung
<b>Intersubjektive Nachvollziehbarkeit</b>	Die Studie erfüllt dieses Gütekriterium nur bedingt. Die Dokumentation des Forschungsprozesses ist unvollständig: In der Studie werden keine Angaben dazu gemacht, welches Vorverständnis bzw. welche Einstellung oder Meinung die Forschenden in Bezug auf das Phänomen haben. Die Stichprobenerhebung, die Datenerhebung sowie die Datenanalyse werden nur grob beschrieben, wichtige Details wie zum Beispiel wie viele Teilnehmerinnen anfänglich rekrutiert wurden und durch die Einschlusskriterien schliesslich ausgeschieden sind, werden nicht erläutert. Es werden auch keine Begründungen für die Wahl der Einschlusskriterien benannt. Aus der Studie ist nicht ersichtlich, ob Transkriptionsregeln bei der Verschriftlichung der Interviews angewendet wurden. Positiv ist, dass gewonnene Erkenntnisse mit passenden Zitaten versehen wurden. Dies ermöglichte die Bewertung der Interpretation. Eine Interpretation in Gruppen hat stattgefunden: Die Studie verwendet den Ansatz des «peer debriefing», indem beschrieben wird, dass ein «Peer-Checker», welcher mit qualitativen Studien vertraut ist, auch bei der Datenprüfung mitarbeitete. Zudem wurde, um die Übertragbarkeit der gesammelten Daten zu überprüfen, zwei Frauen (von der Studie ausgeschlossen), die eine Hysterektomie mit ähnlichen Problemen hatten, aufgefordert, die Daten zu überprüfen und zu bestätigen.
<b>Indikation des Forschungsprozesses</b>	Die Indikation des qualitativen Forschungsprozesses ist gegeben: In der Studie soll das sexuelle Erleben einer Frau nach Hysterektomie untersucht werden, der gewählte Ansatz schenkt der Untersuchung Raum, das Phänomen von möglichst vielen Perspektiven zu untersuchen. Es ermöglicht die subjektive Sichtweise einer Frau zu erfassen und ist daher geeignet. Die Indikation der Methodenwahl ist gegeben: Die Studie verwendete für die Datenerhebung semistrukturierte Interviews. Diese Methode ermöglicht, dass subjektive Perspektiven, Meinungen und Annahmen in Bezug auf den Forschungsgegenstand zur Geltung kommen und nicht durch methodische Strukturen zu sehr eingeschränkt werden. Die Indikation von Transkriptionsregeln ist unklar: Aus der Studie wird nicht ersichtlich, ob Transkriptionsregeln bei der Verschriftlichung der Interviews angewendet wurden. Die Indikation der Samplingstrategie ist nur bedingt erfüllt: Die Forschenden versuchen eine möglichst grosse Vielfalt an demographischen Daten bei der Stichprobe zu erreichen, es werden jedoch nur Frauen interviewt, welche bereits über 30 Jahre alt sind, verheiratet sind und Kinder haben. Zudem wurden nur Frauen aus einer Region befragt, dadurch ist die kulturelle und soziale Vielfalt eingeschränkt. Aufgrund dieser Kritikpunkte ist die Stichprobe für die Population nur bedingt repräsentativ. Die Indikation der methodischen Einzelentscheidung im Kontext der gesamten Untersuchung ist gegeben: Die Inhaltsanalyse ist ein geeignetes Verfahren, um Daten aus Interviews zu analysieren, somit passen die Methode der Erhebung und die Auswertung zueinander. Die Indikation der Bewertungskriterien ist vorhanden: Um die Genauigkeit der Daten zu evaluieren verwendeten die Forschenden die vier Kriterien Glaubwürdigkeit, Übertragbarkeit, Abhängigkeit und Bestätigung.
<b>Empirische Verankerung</b>	Die Forscher verwendeten die Inhaltsanalyse, um eine systematische Kategorisierung sowie die Bildung von Codes und Themen zu ermöglichen. Da in der Studie die Vorannahme der Forschenden nicht erwähnt wird und auch keine Hypothesen gebildet wurden, kann nicht beurteilt werden, wie die subjektiven Perspektiven der Forschenden in die Ergebnisse miteingeflossen sind. Die Ergebnisse werden jedoch mit Zitaten unterlegt, was eine Überprüfung der Interpretation zulässt.
<b>Limitationen</b>	Die Forschenden verweisen in der Studie nicht explizit auf Limitationen. Es wird kurz angesprochen, dass der kulturelle Kontext der Untersuchung einen Effekt auf die Ergebnisse haben könnte. Folgende Limitationen werden nicht erwähnt: Die Stichprobe umfasst Frauen mit sehr ähnlichen demographischen Daten und enthält keine unverheirateten, bisexuelle oder Single Frauen. Zudem hat sicher der religiöse, soziale und kulturelle Aspekt der befragten Frauen einen Einfluss auf das Erleben der Frau und damit können die Ergebnisse nicht verallgemeinert werden. Aufgrund der Stichprobengrösse kann zwar ein guter Einblick in das sexuelle Erleben einer Frau nach Hysterektomie erlangt werden, die Stichprobengrösse reicht jedoch nicht, um eine allgemein gültige Aussage zur Population durchzuführen. Schliesslich zeigten die Ergebnisse vor allem psychische Faktoren auf, welche Auswirkungen auf die Sexualität hatten, jedoch werden kaum körperliche Faktoren aufgezeigt.
<b>Kohärenz</b>	Die während des Forschungsprozesses erarbeiteten Themen und Subkategorien sind in sich kohärent.
<b>Relevanz</b>	Die Relevanz des Forschungsbedarfs wird von den Forschenden klar deklariert. Die Ergebnisse der Studie liefern wichtige Erkenntnisse zum sexuellen Erleben einer Frau nach Hysterektomie. Sie schildert psychische Entwicklungen, welche sich auf die Sexualität auswirken

	könnten. Für medizinisches Fachpersonal sind diese Erkenntnisse von grosser Bedeutung, um solche Probleme gegebenenfalls zu erkennen und Lösungen davon abzuleiten.
<b>Reflektierte Subjektivität</b>	Die Datenerhebung fand mittels eines semistrukturierten Interviews statt. Daher sollte berücksichtigt werden, dass Aussagen der interviewten Frauen eventuell mangels nicht vollständiger Anonymität zu verfälschten Aussagen führten. Zudem ist nicht bekannt, ob die Person, die das Interview durchgeführt hat, weiblich oder männlich war, was wiederum die Aussagen der Frauen beeinflussen könnte.

For- schungs- schritte	Zusammenfassung
<p><b>Einlei- tung</b></p>	<p>Diese Studie beschreibt das Phänomen, dass eine operativ induzierte Menopause durch eine Hysterektomie durch die verbundenen Nebenwirkungen einen grossen Einfluss auf das Leben vieler Frauen und daher durchaus auch auf den Partner und die intime Beziehung hat und somit teils zu Spannungen und Konflikten in Ehebeziehungen führt, im schlimmsten Fall zu Scheidungen.</p> <p>Vielen Ehemännern/ Partnern von hysterektomierten Frauen fehlt das Wissen bezüglich dieser Operation, was ihrerseits zu Fehlschlüssen und negativen Auffassungen der Folgen einer Hysterektomie führen kann. Dies wiederum kann sich negativ auf die Frau auswirken, da sie Angst haben könnte, als weniger wertgeschätzt oder sexuell empfunden zu werden, insbesondere, wenn sie merkt, dass sich ihr Partner von ihr zurückzieht.</p> <p>Die verschiedenen Hysterektomiearten und Gründe für den Eingriff werden am Anfang erläutert und definiert.</p> <p>Die Literatur zeigt auf, dass viele Paare weder vor noch nach der Hysterektomie über deren Auswirkungen auf ihre sexuelle Intimität sprechen. Dies ist bedauerlich, da die Unterstützung des Ehepartners einen direkten Einfluss auf ein positives sexuelles Ergebnis zu haben scheint. Männer könnten befürchten, dass ihre Partnerin launischer, depressiv, weil sie keine Kinder mehr kriegen kann, weniger vollständig, sexuell und selbstbewusst sein und der Sex sich anders anfühlen wird, was in der Folge ihre eigene Sexualität beeinflussen würde.</p> <p>Forschungsfrage/ Forschungsziel: Es wird keine Forschungsfrage definiert, und auch das Ziel fehlt.</p> <p>Es werden Faktoren aufgezeigt, die zu diesem Phänomen untersucht werden sollten: die Wahrnehmung von hysterektomierten Frauen, wie unterstützend und verständnisvoll der Partner ist und wie sie sich an die Operation anpassen kann.</p> <p>Es wird gesagt, dass in der Studie die Perspektive von hysterektomierten Frauen erfasst wurde, inwiefern sich die Operation auf ihre Beziehung und ihren Intimpartner ausgewirkt hat.</p>
<p><b>Methode</b></p>	<p>Ansatz/ Design: Bei der Studie handelt es sich um ein qualitatives Design. Dabei wurde eine grosser schriftlicher Fragebogen bezüglich des Erlebens der Hysterektomie mit zwei offenen Fragen gemacht, deren Antworten danach thematisch codiert wurden.</p> <p>Population: Frauen nach einer Hysterektomie</p> <p>Stichprobe: 978 Frauen mit Antworten mit Daten und 707 Antworten auf offene Fragen zur Beziehung. 250 davon wirklich verwendet?</p> <p>Durchschnittsalter 31 (21-63), 84.5% Weisse und 9.3% Afroamerikaner, restliche waren gemischt- oder multirassisch, Lateinamerikanerinnen, Asiatinnen, Indianerinnen oder andere.</p> <p>73.9% verheiratet, 91.6% heterosexuell, 75.2% Teilzeit- oder Vollzeitbeschäftigt. 88% lebten in den USA, der Rest in einer grossen Bandbreite von Ländern wie Canada, UK und Australien.</p> <p>Stichprobenziehung: Einschlusskriterien hysterektomierte Frauen zwischen 21 und 50. Obere Alterslimite, da die Chance so grösser war, dass Frauen teilnahmen, die Auswirkungen der natürlichen Menopause vor der Operation erlebt zu haben. Daten von älteren Frauen wurden nicht aus der Analyse ausgeschlossen. Keine Ausschlusskriterien Ursache für Hysterektomie oder Operationsform.</p> <p>Probability-Sampling, da alle eine Chance hatten, teilzunehmen. (Nur eine Studiengruppe. Begründete Teilnehmerinnenwahl.)</p> <p>Datenerhebung: Schriftlicher Umfragebogen mit narrativen Fragen und vermutlich soziodemographischen Fragen? Die Daten wurden einmalig erhoben. Es wurde auf weit verbreiteter Hysterektomie-Webseite Werbung gemacht, bei der sich Frauen, die sich einer Hysterektomie unterzogen haben oder eine solche in Betracht ziehen, Information und Unterstützung für die besagte OP holen können. Die Wahl fiel auf diese Website, da sie eine unvoreingenommene Sichtweise auf die Hysterektomie hat.</p> <p>Methodologische Reflexion: Im teil Limitationen werden die Nachteile der qualitativen retrospektiven Self-Report-Studie aufgezeigt. (methodische Vorgehensweise/ qualitativer Ansatz?)</p> <p>Datenanalyse: Thematische Analyse beschrieben von Pope, Ziebland und Mays (2006). Dafür lasen die Forscher die Antworten der ersten 250 Teilnehmerinnen und machten eine Literaturrecherche zum Thema. Mit diesen Informationen und dem Wissen zu der untersuchten Population aus vorherigen Nachforschungen, trafen sich die Forscher zur Besprechung und Vereinbarung der Themen. NVivo 8 Software (QSR International, Burlington, MA) wurde durch den Hauptforscher zur Sortierung und Codierung der Daten gebraucht.</p>

	<p>Zur Qualitätssicherung wurde dabei regelmässig durch mitarbeitende Forscher kontrolliert, ob die Codierung den originalen Daten entsprach.</p> <p>Um den Versuchsleitererwartungseffekt zu verhindern, wurden Zitate in die Ergebnisse eingebaut, damit der Leser beurteilen kann, ob die Interpretation entsprechend durch Daten unterstützt wird.</p> <p>Ethik: An keiner Stelle werden von den Autoren/-innen ethische Fragen diskutiert. Eine Ethikkommission (institutional review board) hatte die Studie vor Beginn genehmigt, nicht bekannt, welche.</p>
<b>Ergebnisse</b>	<p>Die Ergebnisse der Studie werden in Textform angegeben, ist in Themen- oder analytischen Kategorien aufgeteilt. Dabei werden Zitate und Tabulations, or Fallanzahlen, wurden zu den resultierenden Themen angegeben, um aufzuzeigen wie verbreitet die entsprechenden Themen bei den Teilnehmerinnen waren.</p> <p>Die narrativen Daten wurden in vier Abschnitte der Paarbeziehung codiert, wobei jeder verschiedene Themen enthält:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Keine Auswirkungen der Hysterektomie auf die Beziehung</li> <li>-Hysterektomie zeigte die Stärken der Beziehung auf</li> <li>-Hysterektomie führte zu Schwierigkeiten in der Beziehung</li> <li>-Zufriedenheit meines Partners bezüglich unserer sexuellen Beziehung seit der Hysterektomie</li> </ul> <p>Zusätzlicher fünfter Abschnitt mit separaten Antworten von lesbischen und alleinstehenden heterosexuellen Frauen, um für sie entscheidende Problematiken zu erfassen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keine Auswirkungen der Hysterektomie auf die Beziehung: 141 Frauen (19.9%)</li> <li>• Hysterektomie zeigte die Stärken der Beziehung auf <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Partner war verständnisvoll und unterstützend: 180 Frauen (25.5%) Beschreibende Worte für den Ehepartner wie wundervoll, aufmerksam, geduldig, ermutigend wurden gebraucht. Die Beziehung war für diese Frauen eine Quelle der Kraft und des Trosts während des Prozesses und der Erholung der Hysterektomie.</li> <li>○ Die Operation brachte uns näher zusammen: 58 Frauen (8.2%) der obigen 25.5%</li> </ul> </li> <li>• Hysterektomie führte zu Schwierigkeiten in der Beziehung <p>Drei Themen. Bei den ersten beiden hatten die Frauen das Gefühl, dass die Partner nicht genügend informiert waren über die Hysterektomie und ihre Auswirkungen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Anpassungsprozess nach der Operation war schwierig für den Partner :67 Frauen (9.5%) Partner hatten Mühe mit Aspekten wie ihren veränderten Launen und Emotionen, Gesundheitskosten, konnten nicht verstehen, was sie durchmachte, hatten noch Kinderwunsch. Dinge wie Entfremdung, Frustration, Angst (z.B.“er hatte Angst vor der Operation“) und die nötige Anpassung wie alltägliche Aufgaben</li> <li>○ Der Partner war nicht unterstützend: 18 Frauen (2.5%) empfundene Gefühlslosigkeit und fehlende Zuneigung des Partners.</li> <li>○ Beziehungsbruch in der Folge der Hysterektomie: 27 Frauen Gründe wie sexuelle Schwierigkeiten, Stimmungsschwankungen oder offener Kinderwunsch der Partner.</li> </ul> </li> <li>• Zufriedenheit meines Partners bezüglich unserer sexuellen Beziehung seit der Hysterektomie <p>Drei Themen. Ängste bezüglich Veränderungen des Sexes nach einer Hysterektomie sind verbreitet und widerspiegeln sich auch in den erhaltenen Antworten.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Partner scheint glücklich zu sein, Sexualeben ist gleich oder besser: 111 Frauen (15.7%) Worte wie zufrieden, erleichtert, glücklich.</li> </ul> <p>Die Frauen, deren Sex für den Partner besser wurde, waren auch selbst betroffen: sie empfanden den Sex für beide als spontaner und konnten ihn besser geniessen. Dies insbesondere aufgrund der Befreiung der chronischen Blutung und den starken Schmerzen, die vor der Operation bestanden.</p> </li> </ul>

	<p>Sex war eindeutig ein wichtiger Teil der Intimität für die Paare und den Berichten der Frauen zufolge hatten Verbesserungen im sexuellen Bereich positive Auswirkungen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Partner scheint nicht zufrieden mit der sexuellen Beziehung: 93 Frauen (13.2%) Die Mehrheit dieser Frauen berichteten über reduziertem sexuelles Verlangen oder Probleme mit Schmerzen, was zu weniger Sex und einer frustrierten Reaktion der Partner führt. Ohne diese Form von Intimität gab es in mehreren Beziehungen sichtliche Spannungen.</li> <li>○ Partner scheint zufrieden mit weniger sexueller Beziehung: 34 Frauen (4.8%) w-möglich weil es andere Bereiche der Beziehung gab, die die sexuelle Intimität kompensierten, oder weil sein Sexualtrieb z.B. alters- oder krankheitsbedingt tiefer war. Diese Paare scheinen sich an den Verlust des sexuellen Verlangens der Frau angepasst zu haben, auch wenn die Frauen das Gefühl haben, dass ihr Partner es bevorzugen würden, wenn ihre sexuelle Beziehung gleich wie vor der Operation wäre.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Lesbische/ alleinstehende heterosexuelle Frauen: 2 Frauen/ 29 Frauen (4%)</li> </ul> <p>Lesbische Frauen: Zu kleine Gruppe, um irgendwelche Muster zu erkennen.</p> <p>Diejenigen, die alleinstehend waren, äusserten aber eine gewisse Angst davor, eine neue Beziehung mit vermutlich veränderter Beziehung zu starten. Auch ein Gefühl der Nervosität bezüglich des Datens aufgrund des veränderten Körperbildes war vorhanden. Diese Antworten deuten darauf hin, dass alleinstehende Frauen durch die Hysterektomie und deren Auswirkungen abgehalten werden können, jemanden zu daten oder nach einer Beziehung zu suchen.</p> <p>Bei gleichgeschlechtlichen Paaren hatte eine Frau beschrieben, wie unterstützend ihre Partnerin war. Die andere lesbische Frau äusserte, dass die Hysterektomie keine Auswirkungen auf ihre Beziehung hatte, da ihre Partnerin auch eine gehabt hatte.</p>
<b>Diskussion</b>	<p>Diskussion und Interpretation der Ergebnisse: In der Diskussion nehmen die Forscher/ -innen die genannten Ergebnisse nochmals auf und untermauern und ergänzen diese mit aktuellen Studien. Das Forschungsziel kann mit der ganzen Bandbreite von möglichen Auswirkungen auf die Beziehung mit dem Intimpartner beantwortet werden. Dabei wurde aufgezeigt, dass es in dieser Studie weitaus mehr Partner gab, die eine fürsorgliche und besorgte Haltung hatten als solche, die gefühllos und nicht unterstützend waren. Überdies wurden noch Informationen zu alleinstehenden und lesbischen Frauen generiert und Gründe, inwiefern die Partner einen Einfluss haben auf die Anpassung und Erholung bei einer Hysterektomie eine wichtige Rolle spielen können. Dies geschah, indem die Partner die Rolle des Fürsorgers übernehmen konnten, die Frauen bei Arzt- und Krankenhausbesuchen begleiteten, Liebe und Akzeptanz trotz emotionalen und physischen Veränderungen zeigten und neue Einschränkungen, wie die Beendigung der Fruchtbarkeit, akzeptierten. Diese Partner zeigten auch Rollenflexibilität, indem sie während der Erholungszeit der Frau gewisse ihrer Alltagsarbeiten übernahmen. Solche Eigenschaften weisen auf starke Beziehungen hin, die nicht nur den Stress einer grossen gynäkologischen Operation überstehen, sondern bei der sich die Partner näherkommen.</p> <p>Die Studie zeigt auf, dass wenn in Beziehungen nach der Hysterektomie Probleme bestehen, kann dies durch diverse Faktoren bedingt sein. Partner könnten unvorbereitet sein auf die Auswirkungen der Hysterektomie auf die Launen, sexuelle Funktion und allgemeine Gesundheit der Frau. Dieses fehlende Bewusstsein könnte durch mangelhafte Informierung vor der Operation bedingt sein, was beim Mann zu Unsicherheiten führen kann bezüglich dem, was seine Frau von ihm braucht, um sich zu erholen. Erhöhte Spannungen waren in der Beziehung besonders dort sichtbar, wo die sexuelle Intimität negativ beeinflusst war. Dass in einer anderen Studie 33% der Paare weder vor noch nach der Hysterektomie über Sex in Bezug auf die Operation gesprochen haben, ist bei einer jährlichen Anzahl von 600'000 Hysterektomien in den USA besorgniserregend.</p> <p>Unterstützung/ Information für den Partner, entweder durch die Frau oder durch externe Quellen, könnte notwendig sein, da unsere Daten mit Bernhard (1992) korrelieren, der besagt, dass der Stress der Hysterektomie für Paare zu gross sein können, um damit umzugehen.</p> <p>Um wirkliche Aussagen über Lesbische/ Alleinstehende zu machen, war die Gruppe zu klein. Für Alleinstehende kann es ein Hindernis darstellen eine Beziehung einzugehen, bei Lesben kann es vorteilhaft sein, wenn beide eine Hysterektomie haben.</p> <p>Zukünftige Forschung: Den Einfluss von Hysterektomie bei einer oder beiden lesbischen Partnerinnen auf ihre Paarbeziehung. Erforschen, wo Männer sich Informationen und Hilfe holen in Bezug auf die</p>

Hysterektomie ihrer Partnerin/ Ehefrau. Narrative qualitative Daten beider Partner von Paarbeziehungen befragen. Längs- oder Querschnittuntersuchungen Veränderungen oder Anpassungen von Paarbeziehungen nach einem grossen operativen Eingriff wie der Hysterektomie. Paartherapie: Güte der Deckung von Bedürfnissen dieser Population oder inwieweit Paare vorbereitet werden können können, die eine Hysterektomie erwägen.

Schlussfolgerungen und Implikationen für die Praxis: (alle mit Studien untermauert)

Paartherapeuten:

-Die Hysterektomie als zweiteiliges Ereignis sehen: betrifft nicht nur die Patientin sondern auch die Beziehung

-Optimales Funktionieren, für die Frau wie auch die Beziehung, kann durch Unterstützungsangebote in mehreren Bereichen gefördert werden:

- offene und ehrliche Kommunikation über Hysterektomie fördern (Auswirkungen emotional, physisch und sexuell) (Wirksamkeit für allgemeine Erholung der Frau nach Hysterektomie muss noch erforscht werden)
- Rollenflexibilität: Gates (1988) zeigt diverse Aufgaben auf, die Partner übernehmen können. Diese beinhalten alltägliche Arbeiten wie Wäsche waschen, Kinderbetreuung, Lebensmitteleinkauf als auch Unterstützung bei anderen Paaren zu suchen, die den Prozess einer Hysterektomie durchmachten und zu Arztbesuchen und Vorbereitungssitzungen im Spital gemeinsam als Paar zu gehen.
- Kommunikation über Sex: offene Diskussion über Bedeutung und Rolle von Sex in der Beziehung fördern, helfen, zu überlegen, wie sie damit umgehen würden, wenn der Sex sich ändert oder schlechter/ besser wird. (Informierung: Art und Qualität der sexuellen Reaktion der Frau kann sich ändern, was wiederum zu einer Veränderung des Geschlechtsverkehrs des Paares führt (Katz, 2005). In ihrem Artikel zeigen sie des weiteren sexuelle Veränderungen auf, die für die Edukation des Paartherapeuten hilfreich wären. Dazu gehören veränderte sexuelle Lust, Veränderungen des Orgasmus, reduzierter oder erhöhter Schmerz und vaginale Trockenheit. Paare könnten auch von feinfühligere Unterstützung bei Veränderungen wie die des weiblichen Körperbildes oder der Beendigung der Fruchtbarkeit, die beide die Sexualfunktion beeinflussen können.)

Limitationen:

Narrative Daten mit qualitativer Codierung: keine statistisch signifikanten Daten generierbar, die auf eine breitere Population von Frauen und ihren Partnern, die durch den Prozess einer Hysterektomie gingen, übertragbar sind.

Retrospektive Selbsteinschätzung: nicht möglich, mehr Details/ genauere Ausführungen zu erfragen. Einseitige Perspektive (ohne Daten von Partner/-in)

Datencodierung ohne Rücksicht auf die Zeit, die seit der Hysterektomie der Frauen vergangen ist: möglicherweise vereinfacht durch Anpassungsprozess über die Zeit

For- schungs- schritt	Würdigung
<b>Einlei- tung</b>	<p><b>Beantwortet die Studie eine wichtige Frage der Pflege?</b> Die Studie beantwortet eine wichtige Frage in der Pflege, da die Hysterektomie eine häufige Operation ist und die Auswirkungen weitreichend sind. Durch das Erfassen der Auswirkungen und den Faktoren, von denen sie beeinflusst werden, können Interventionen für die Praxis abgeleitet werden.</p> <p><b>Ist die Beschreibung des Phänomens klar und relevant für die Pflege?</b> Das Phänomen wird klar beschrieben und zeigt eine grosse Relevanz für die Pflege.</p> <p><b>Ist das Ziel der Forschungsarbeit explizit dargestellt?</b> Es werden einige Gründe benannt, weshalb das Phänomen untersucht werden sollte, ein genaues Ziel wird jedoch in der Studie nicht definiert.</p> <p><b>Sind die Forschungsfragen klar formuliert?</b> In der Studie werden keine Forschungsfragen aufgeführt.</p> <p><b>Wird das Thema mit vorhandener Literatur eingeführt?</b> Die verschiedenen Hysterektomiearten werden beschrieben, die Prävalenz und indirekten Auswirkungen einer Hysterektomie auf den Partner und die Beziehung von Betroffenen werden erläutert. Diverse Studien werden erwähnt, die Fehlauflassungen und negative Bilder einer Hysterektomie beschreiben, die Männer haben können durch fehlendes Wissen haben können.</p> <p><b>Wird die Signifikanz der Arbeit stichhaltig diskutiert?</b> Indem die Forscher/-innen unterstützende Literatur aufzeigen wird die Signifikanz erläutert.</p>
<b>Methode</b>	<p><b>Ist die Verbindung zwischen der Forschungsfrage und dem gewählten Ansatz/ Design logisch und nachvollziehbar?</b> Der gewählte Ansatz/ das gewählte Design eignet sich gut, um das Phänomen zu untersuchen, da die subjektive Sichtweise einer Frau erfasst werden kann und unbekannte Faktoren eruieren kann, was durch geschlossene Fragen nicht möglich gewesen wäre. Da es schriftlich gemacht wurde, konnten möglicherweise mehr Daten in kürzerer Zeit erfasst werden und eine Transkription war nicht nötig. Allerdings gingen so, wie bereits in der Studie erwähnt, Informationen verloren, die hätten genauer erfragt werden können. Wieso nur 250 der Antworten verwendet wurden, ist nicht klar.</p> <p><b>Ist die Stichprobenziehung für den Ansatz/ das Design angebracht?</b> Die Stichprobenziehung ist für das Design angebracht, da so eine auf einfache Weise eine demografisch sehr weitgefächerte Population erreicht werden konnte, was bei subjektiven Daten eine grössere Vielfalt an Ergebnissen ergeben kann.</p> <p><b>Ist die Stichprobe repräsentativ für die Population?</b> Die Stichproben ist für die Population bedingt repräsentativ, da in Bezug auf die Ergebnisse nicht auf die demografischen Daten geachtet wurde, die sehr vielfältig waren. Dies ist insbesondere in Bezug auf die vergangene Zeit seit der Hysterektomie. Die Stichprobe ist aber sehr gross, was dafür spricht, dass sie repräsentativer ist. Ob die Frauen bereits Kinder hatten, wäre ebenfalls ein wichtiger Faktor gewesen.</p> <p><b>Auf welche Population können die Ergebnisse übertragen werden?</b> Auf Frauen mit Hysterektomie, allerdings nur mit Vorsicht.</p> <p><b>Ist die Stichprobengrösse angemessen? Wie wird sie begründet?</b> Die Stichprobengrösse ist für eine quantitative Untersuchung ungewöhnlich gross, allerdings wird die Grösse nicht begründet. Fehlerquellen in der Analyse sind dadurch grösser.</p> <p><b>Sind das Setting und die Teilnehmenden reichhaltig beschrieben?</b> Die soziodemografischen Daten sind nur sehr grob beschrieben, das genaue Setting der Frauen ist unbekannt (Internet)</p> <p><b>Sind die ausgewählten Teilnehmenden als "Informanten" geeignet, um Daten für die Forschung bereitzustellen?</b> Ja</p> <p><b>Erleben die Teilnehmenden das zu beforschende Phänomen?</b> Ja</p>

**Geht es bei der Datenerhebung um menschliches Erleben, Muster, Verhalten, soziale Prozesse, Kulturen?**

Es geht in der Datenerhebung darum, das Erleben der Auswirkungen auf die Paarbeziehung und auf den Partner zu erfassen

**Sind die Vorgehensweisen bei der Datenerhebung explizit dargestellt und klar beschrieben (Rigor in der Vorgehensweise)?**

Die Datenerhebung des narrativen Teils wird klar beschrieben, der Inhalt des Fragebogens kann nur erahnt werden (soziodemographisch?)

**Wird die Datensättigung diskutiert?**

Es besteht keine Datensättigung da weitere Daten neue Erkenntnisse liefern können, weil es subjektiv und individuell ist. Es wird nur von einer Forschungslücke gesprochen.

**Wird die Selbstbestimmung bei Teilnehmenden diskutiert (ethischer Rigor)?**

Es wurde eine schriftliche Einverständniserklärung eingeholt, Zeit und Ort spielte keine Rolle, da es online durchgeführt wurde. Die Teilnahme war freiwillig und ohne Vergütung.

**Ist der philosophische Hintergrund der Forschungsarbeit und der Standpunkt der Forschenden dargestellt?**

Der philosophische Hintergrund und der Standpunkt der Forschenden werden nicht erläutert.

**Stimmt das methodische Vorgehen mit dem gewählten Forschungsansatz überein (z. B. Stichprobenziehung, Datenerhebung etc.)?**

Die Durchführung von schriftlichen, narrativen, offenen Fragen passt zum gewählten qualitativen Forschungsansatz.

**Folgt der gewählte methodologische Ansatz logisch aus der Fragestellung? z.B.: ist die Methode für das Phänomen geeignet?**

Der methodologische Ansatz ist für den genannten Forschungszweck geeignet, da es ermöglicht eine möglichst grosse und subjektive Vielfalt an Daten zu gewinnen

**Ist das Vorgehen bei der Datenanalyse klar und nachvollziehbar beschrieben?**

Das Vorgehen bei der Datenanalyse ist klar. Die Autoren/-innen beschreiben jedoch keine Details, wie viele Forschungsmitarbeiter beteiligt waren

**Analysemethode nach "so und so", werden entsprechende Referenzierungen gemacht?**

Es wurde als Analysemethode die thematische Analyse von Pope, Ziebland und Mays (2006) erwähnt

**Werden die analytischen Schritte genau beschrieben?**

Die analytischen Schritte der Codierung sind ungenau, da nur die Software aber nicht deren Beschreibung genannt wurde. Der Prozess rundherum wird genau beschrieben.

**Ist die Datenanalyse präzise und glaubwürdig? Wie wurde die Glaubwürdigkeit der Analyse sichergestellt (trustworthiness - being true to the data)?**

Dieses Wort wird nicht explizit erwähnt. Die Glaubwürdigkeit wurde aber erreicht, indem der Versuchsleitererwartungseffekt so weit wie möglich verhindert wurde durch Einbauen von Zitaten in den Ergebnissen.

Für die Erstellung von Themen- oder analytischen Kategorien lasen die Forscher die Antworten der ersten 250 Teilnehmerinnen und machten eine Literaturrecherche zum Thema. Mit diesen Informationen und dem Wissen zu der untersuchten Population aus vorherigen Nachforschungen, trafen sich die Forscher zur Besprechung und Vereinbarung der Themen. NVivo 8 Software (QSR International, Burlington, MA) wurde durch den Hauptforscher zur Sortierung und Codierung der Daten gebraucht, dabei wurde regelmässig durch mitarbeitende Forscher kontrolliert, ob die Codierung den originalen Daten entsprach.

**Sind analytische Entscheidungen dokumentiert und überprüfbar (z. B. reflexive journal, decision diary, memos, etc.)?**

Dazu werden in der Studie keine Angaben gemacht.

**Inwiefern sind alle relevanten ethischen Fragen diskutiert und entsprechende Massnahmen durchgeführt worden? Unter anderem zum Beispiel auch die Beziehung zwischen Forschenden und Teilnehmenden?**

	An keiner Stelle werden von den Autoren/-innen ethische Fragen diskutiert bzw. wurde auch keine Genehmigung der Ethikkommission eingeholt. Da die Umfrage online gemacht wurde, erübrigt sich das Problem der Beziehung.
<b>Ergebnisse</b>	<p><b>Reflektieren die Ergebnisse die Reichhaltigkeit der Daten?</b> Ja, es entstehen vier Hauptthemen der Paarbeziehung mit insgesamt 8 Subkategorien und ein fünftes Hauptthema zu lesbischen und alleinstehenden heterosexuellen Frauen.</p> <p><b>Sind die Ergebnisse im Kontext verankert und präzise in ihrer Bedeutung?</b> Die Ergebnisse werden in der Diskussion präzise in den Kontext verankert.</p> <p><b>Stimmen die Konzeptualisierungen der Forschenden mit den Daten überein?</b> Alle Ergebnisse werden mit Zitaten der Teilnehmerinnen begründet. Daher kann angenommen werden, dass die Konzeptualisierung mit den Daten übereinstimmen.</p> <p><b>Sind die Kategorien, Konzepte etc. mit Zitaten und Geschichten (d.h. Daten) illustriert und bestätigt?</b> Zitate vorhanden (prägnant)</p> <p><b>Beleuchten und erklären die Kategorien, Konzepte etc. das Phänomen als Ganzes?</b> Die wesentlichen Aspekte des Phänomens werden durch die Kategorien erklärt. Diverse erdenkliche Auswirkungen werden erwähnt.</p> <p><b>Sind die Kategorien, Konzepte etc. logisch konsistent &amp; inhaltlich unterscheidbar?</b> Die einzelnen Themen sind logisch aufgebaut und konsistent</p> <p><b>Sind Beziehungen zwischen den Kategorien fundiert und leisten die gegebenenfalls entwickelten Modelle eine plausible Interpretation der Daten?</b> Die Studie erweitert das bereits bestehende Wissen über die Auswirkungen der Hysterektomie auf die Paarbeziehung, den Partner und dadurch auf die Anpassung der Frau an die Hysterektomie</p>
<b>Diskussion</b>	<p><b>Leistet die Interpretation einen Beitrag zum besseren Verstehen des Phänomens und dessen Eigenschaften?</b> Ja, die Diskussion der Ergebnisse gemeinsam mit weiteren Erkenntnissen von anderen Studien lässt das Phänomen besser verstehen</p> <p><b>Inwiefern kann die Forschungsfrage mit den Ergebnissen beantwortet werden?</b> Der Forschungszweck bestand darin, die Perspektive von hysterektomierten Frauen zu erfassen und inwiefern sich die Operation auf ihre Beziehung und ihren Intimpartner ausgewirkt hat, zu erfassen. Dies konnte vollumfänglich erreicht werden. Es konnte gezeigt werden, inwiefern die Anpassung der Frau an den Prozess der Operation und der Erholung durch den Partner beeinflusst werden kann.</p> <p><b>Werden die Ergebnisse in Bezug auf konzeptionelle und empirische Literatur zum Phänomen gesetzt und diskutiert?</b> Die Ergebnisse werden in Bezug auf konzeptionelle und empirische Literatur zum Phänomen gesetzt und diskutiert.</p> <p><b>Sind die Ergebnisse für die Pflege relevant und brauchbar (i.e. ist Bedeutung für die Pflege diskutiert)?</b> Die Bedeutung der Ergebnisse wird nur im Zusammenhang mit Paartherapeuten diskutiert, Schlüsse zur Pflege müssen selbst gezogen werden.</p> <p><b>Bieten die Schlussfolgerungen, Implikationen und Empfehlungen einen Kontext, in dem sich die Befunde benutzen lassen?</b> Die Studie sepezifische Empfehlungen für die Praxis von Paartherapeuten. Diese können bis zu einem gewissen Grad auf die Pflege übertragen werden.</p> <p><b>Spiegeln die Schlussfolgerungen die Ergebnisse der Studie?</b> Ja</p> <p><b>Welches ist der Evidence-Level der Studie?</b> Level 6 Studie</p>

Gütekriterium	Beurteilung
<b>Intersubjektive Nachvollziehbarkeit</b>	Die Dokumentation des Forschungsprozesses ist unvollständig: Der Begriff Hysterektomie ist definiert und das Vorverständnis zur zentralen Thematik wird mit Literatur beschrieben. Die Erhebung der narrativen Daten ist nachvollziehbar erläutert und einfach zu reproduzieren, der zweite Teil des Fragebogens ist nicht transparent. Die Auswertungsmethode wird durch den Hauptforscher erwähnt, aber nicht spezifisch erläutert. Zitate untermauern die entsprechenden Interpretationen der Ergebnisse, ob diese dem Kontext entsprechen, kann nicht nachgeprüft werden. Ein regelmässiges Kontrollverfahren durch die Forschungsmitarbeitenden (entsprechende Codierung der originalen Daten) wird erwähnt. Die analytischen Entscheidungen wurden nicht dokumentiert und sind somit nicht überprüfbar (z. B. reflexive journal, decision diary, memos, etc.). Es ist unklar, wie viele Forschungsmitarbeiter beteiligt waren. Ein "peer debriefing" wurde nicht gemacht. Eine Triangulation ist nicht gegeben, da die Datenerhebung über das Internet erfolgte. Ein "member checking" wurde durchgeführt. Unklar ist, weshalb die Forschenden nur die Antworten der ersten 350 Teilnehmerinnen lasen. Das methodische Vorgehen passt mit dem Forschungsansatz überein und ist logisch für die Fragestellung. Die offenen Fragen ermöglichen die subjektive Sichtweise zu erfassen und die unlimitierte Möglichkeit der Länge der Antwort erweitert den Antwortespielraum. Die online Befragung bot Anonymität, wodurch die Aspekte erfasst werden konnten, die im direkten Gespräch möglicherweise durch Scham verschwiegen worden wären. Die Ergebnisse zeigen nur die Perspektive der Betroffenen, die Ansicht des Partners/ der Partnerin wurde nicht erfasst. Die schriftlichen Datenerfassung verringerte Transkriptionsfehler und sparte angesichts der vielen Antworten Zeit bei der Datenanalyse. Die Stichprobengrösse ist bedingt angepasst: Die Grösse ermöglicht eine breite demografische Vielfalt, erhöht jedoch die Fehleranfälligkeit bei der Codierung. Die Forschenden erläutern folgende Einschränkungen: Durch das Onlineverfahren könnten Informationen verloren gegangen sein, da für genauere Erläuterung nicht nachgefragt werden konnte. Durch die retrospektive Selbsteinschätzung konnte eine Erinnerungsverzerrung die Ergebnisse beeinflusst haben. Durch die narrativen Daten mit qualitativer Codierung konnten auch keine statistisch signifikanten Daten generiert werden, die auf eine breitere Population von Frauen und ihren Partnern, die durch den Prozess einer Hysterektomie gingen, übertragbar sind. Es werden keine Angaben gemacht, wie lange die Hysterektomie bei den Betroffenen her ist. Eine Ursache-Wirkungs-Beziehung der Hysterektomie kann nicht klar bewiesen werden. Der Anpassungsprozess wurde über die Zeit möglicherweise vereinfacht. Dieser Punkt wird auch von den Forschenden erwähnt. Da die Ergebnisse dem Vorverständnis der Forschenden entsprechen, kann deren abduktive Haltung nicht beurteilt werden. Durch die Verwendung von geeigneten Zitaten wurde das Kriterium der Glaubwürdigkeit bestärkt. Die Kriterien Übertragbarkeit, Abhängigkeit und Bestätigung wurden nicht erläutert.
<b>Indikation des Forschungsprozesses</b>	Durch den qualitativen Ansatz kommen die subjektiven Perspektiven zur Geltung. Durch die Onlineerfassung konnten diese im alltäglichen Kontext erfasst werden und sind insofern repräsentativ, als dass die Population sehr breit gefächert ist. Das Sampling ist zwecksgerecht, da die Teilnehmerinnen auf einer entsprechenden Website angesprochen wurden. Auch bot sie Anonymität, wodurch die Aspekte erfasst werden konnten, die im direkten Gespräch möglicherweise durch Scham verschwiegen worden wären. Die Methode der Erhebung und Auswertung sind passend zueinander. Da der Fragebogen online ausgefüllt wurde, musste keine Transkription stattfinden, was Fehler in diesem Forschungsschritt eliminiert.
<b>Empirische Verankerung</b>	Ein kodifiziertes Verfahren wurde verwendet. Die Ergebnisse wurden mit anderen Studien verglichen und diskutiert. Durch das Angeben von Zitaten werden die Ergebnisse und erstellten Theorien empirisch verankert, daher kann angenommen werden, dass die Konzeptualisierung mit den Daten übereinstimmen. Die offenen Fragen des Interviews konnten die aus bestehender Literatur generierten Theorien an den Teilnehmerinnen prüfen (induktives Verfahren) und auch weitere Theorien entwickeln.
<b>Limitationen</b>	Diese wurden durch die Forschenden gut aufgezeigt: Siehe Indikation des Forschungsprozesses. Durch die Online-Befragung konnte kein Vertrauensverhältnis zwischen den Teilnehmerinnen und den Forschenden hergestellt werden, ein persönliches Gespräch hätte sie dazu motivieren können, genauer über die Fragen nachzudenken.
<b>Kohärenz</b>	Die Theorie ist kohärent, durch die Individualität der Beziehungen können auch gegensätzliche Ergebnisse erklärt werden und müssen nicht als widersprüchlich oder ungelöst deklariert werden.
<b>Relevanz</b>	Die Fragestellung ist relevant, da Beachtung der eruierten Faktoren zu einer besseren Adaption in einer Beziehung der beiden Partner/-innen an die Hysterektomie führen könnte. Durch weitere Literatur werden die Theorien sachlogisch analysiert und diskutiert, auch werden Lösungen dazu gesucht. Es wurde keine explizite Verbindung zu kulturellen und sozialen Kontext

	erstellt. Die Übertragbarkeit der Ergebnisse wird durch die offene Teilnehmerinnenrekrutierung vergrößert.
<b>Reflektierte Subjektivität</b>	Der Codierungsprozess des Hauptforschers wurde in regelmässigen Abständen durch die Forschungsmitarbeitenden überprüft, welche 350 der Interviews gelesen hatten. Das Vorverständnis wird klar kommuniziert und die Zitate lassen Interpretation der Daten zu. Die Forschenden machten vor Beginn der Analyse eine Literaturrecherche zum Thema, beschäftigten sich mit der Thematik anhand von vorherigen Untersuchungen und besprachen und vereinbarten gemeinsam die Kategorisierung der Themen.

For- schungs- schritte	Zusammenfassung
Einlei- tung	<p>Problem: Die Forscher/-innen zeigen auf, dass in der Literatur sowohl positive als auch negative psychische, physische und sexuelle Auswirkungen der Hysterektomie beschrieben werden, die sich aber widersprechen. Es werden Studien erwähnt, die aufzeigen, dass die Auswirkungen der Hysterektomie komplex sind und durch verschiedene Faktoren beeinflusst werden. Dabei zeigen sie eine Forschungslücke auf: es gibt nur wenige Studien, die die Auswirkungen im Zusammenhang mit der kulturellen und ethnischen Vielfalt der betroffenen Frauen untersucht haben.</p> <p>Forschungsfrage: In der Studie wird keine Forschungsfrage formuliert.</p> <p>Ziel: Das Ziel der Studie liegt darin, die postoperativen Auswirkungen auf die physischen und psychischen Aspekte und die Sexualfunktion bei multiethnischen malaysischen Frauen zu untersuchen, die sich einer Hysterektomie unterzogen hatten. Die Ergebnisse könnten Erkenntnisse bieten, um passende Interventionen für die Bedürfnisse an die Gesundheitsversorgung aus einer ethnischen Sichtweise zu entwickeln.</p> <p>Theoretischer Bezugsrahmen: Die Hysterektomie ist, wie in den meisten anderen Ländern, die häufigste grosse gynäkologische Operation in Malaysia. Die Forscher/-innen erwähnen diverse gegensätzliche Studien mit positiven und negativen psychischen, physischen und sexuellen Auswirkungen. Weiter weisen sie auf Studien hin, die aufgezeigt haben, dass beispielsweise die Auswirkungen auf die Sexualität nicht nur hormonell bedingt sind (aufgrund der operativen Kastration), sondern weitaus komplexer sind und Variablen wie kulturelle Überzeugungen, psychologische Faktoren und die Qualität der Partnerschaft umfassen. Die negativen Auswirkungen können bei gewissen Frauen sogar als Stressfaktor fungieren, der zur allgemeinen Unzufriedenheit mit dem Leben beiträgt oder vorbestehende Gesundheitsprobleme hervorruft.</p> <p>Forschungslücke/ Forschungsbedarf: Die Forschungslücke begründet weiter den Forschungsbedarf: Trotz der vielen Studien zu den postoperativen Auswirkungen der Hysterektomie gibt es nur wenige, welche die kulturelle und ethnische Vielfalt der Auswirkungen untersucht haben. Das physische und psychische Wohlbefinden von multiethnischen hysterektomierten Asiatinnen wurde nicht ausführlich untersucht und hatte wenig Beachtung erhalten. Es wurde noch keine empirischen Studien durchgeführt, die diese Auswirkungen bei malaysischen Frauen untersuchen.</p>
Methode	<p>Design: Es wurde eine Querschnittsstudie durchgeführt, die auf einem Fragebogen basiert. Das Design wurde nicht begründet.</p> <p>Population: multiethnische malaysische Frauen, die sich einer Hysterektomie unterzogen hatten.</p> <p>Stichprobe: 875 Teilnehmerinnen (85% der rekrutierten Frauen). Alter: mehrheitlich 41-60 Jahre (85.5%). Chinesinnen (43.3%), Malayinnen (32.2%), Inderinnen (24.0%), andere (1.4%). 51.4%: abgeschlossene Sekundarstufe, 20.0%: Hochschulbildung. 48.0% Erwerbstätige, 52.0% Arbeitslose. Mehrheit (45.2%) hatte monatliches Familieneinkommen &lt; 2000 RM (620 USD). Statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Bevölkerungsgruppen im durchschnittlichen monatlichen Haushaltseinkommen: Durchschnittliches monatliches Haushaltseinkommen über 4000 RM: am meisten Chinesinnen (58.1%) im Vergleich zu Malayinnen (27.9%) und Inderinnen (12.6%) (P&lt;0.001). Die Mehrheit von denen, die ein durchschnittliches monatliches Haushaltseinkommen von unter 2000 RM hatten waren Inderinnen (61.5%). Keine anderen soziodemographischen Unterschiede zwischen den ethnischen Gruppen. 74.7% verheiratet. 46.1% waren zum Zeitpunkt des Interviews sexuell aktiv, 47.3% empfanden die sexuelle Beziehung als unwichtig. 52.8% hatten sich 1-5 Jahre vor der Studie einer Hysterektomie unterziehen lassen. 94.3% hatten eine offene abdominale Hysterektomie, 88.9% hatten zusätzlich eine Oophorektomie, 11.0% hatten keine, eine Person wusste es nicht. Die drei häufigsten Gründe für die Hysterektomie: Myome (67.7%), Krebs (41.7%) und Ovarialzysten (20.3%). Die Frauen mussten sich einer Hysterektomie unterzogen haben.</p> <p>Ziehung der Stichprobe: Alle Frauen, die zwischen November 2008 und Oktober 2009 die gynäkologische ambulante Klinik des Malaysischen Universitätsärztezentrum, ein Lehrkrankenhaus, besuchten. Sie wurden gefragt, ob sie sich einer Hysterektomie unterzogen hatten und wenn die Antwort "Ja" lautete, wurden sie über die Studie informiert und zur Teilnahme eingeladen. Ausschlusskriterien waren eine chronische Krankheit oder gynäkologischer Krebs zum Zeitpunkt des Interviews.</p> <p>Es gab nur eine Studiengruppe. Keine Begründungen der Auswahl.</p>

	<p>Datenerhebung: Schriftliche Befragung, Die Daten wurden einmal erhoben.</p> <p>Messverfahren: Schriftlicher Umfragebogen aus 6 Teilen, entwickelt durch die Forschenden. Teil 1-3: Fragen zur Soziodemographie und Patientencharakteristiken. Teil 4-6: Fragen zu Auswirkungen der Hysterektomie auf physische und psychische Aspekte und die Sexualfunktion. Keine Begründung der Wahl des Messinstruments.</p> <p>Datenanalyse: Datenniveau: Alter = Proportionalskala, Bildungsniveau von Teilnehmerin = Ordinalskala, Erwerbstätigkeit= Nominalskala, Einkommenshöhe = Proportionalkala, Ethnie= Nominalskala, Beziehungsstatus=Nominalskala, Anzahl Kinder= Proportionalskala Status sexuelle Aktivität=Nominalskala, Wichtigkeit Sexualbeziehung= Ordinalskala, Krankheiten=Nominalskala, Datum Hysterektomie= Intervallskala, Hysterektomietyp=Nominalskala, Oophorektomie=Nominalskala, Grund Hysterektomie= Nominalskala, Zufriedenheit Operation= Ordinalskala, Zeit nach OP bis normale Tagesroutine wieder aufgenommen= Ordinalskala, Physische/ psychische Auswirkungen=Nominalskala, Wichtigkeit Besitz Uterus= Ordinalskala, Akzeptierbarkeit, keinen Uterus zu haben= Ordinalskala, Zeit nach OP bis wieder sexuell aktiv=Intervallskala (5 Optionen=Intervallskala/ Ordinalskala?) Häufigkeit Geschlechtsverkehr (mehr, gleich, weniger)=Ordinalskala Schmerz während Sex/ Vaginale Trockenheit/ Fehlende sexuelle Lust= Ordinalskala Zufriedenheit mit Sexualfunktion/ Beziehung/ Orgasmus= Ordinalskala/Intervall Haltung Ehemann/ Partner gegenüber Hysterektomie= Ordinalskala Anzahl der physisch und psychischen Auswirkungen= Ordinalskaliert</p> <p>SPSS für Windows Statistikpaket (SPSS, Chigago, IL, USA), Kolmogorov-Smirnov-Test, Wilcoxon Rangsummentest, <math>\chi^2</math>-Test, Spearman-Test, Multivariate logistische Regressionsanalyse, Entermethode wurde benutzt bei allen signifikanten Variablen (<math>P &lt; 0.05</math>) in der Univariatanalyse, die in dem Multivariatregressionsmodell eingeschlossen waren. Chancenverhältnis (Odds ratios OR), 95% Vertrauensintervalle (95% Confidence intervals CI) und P-Werte, Hosmer-Lemeshow-test.</p> <p>Signifikanzniveau: Für alle Tests P-Wert unter 0.05.</p> <p>Ethik: Genehmigung der Studie durch Medizinische Ethikkommission des Malaysischen Universitätsärztezentrum in Kuala Lumpur, Malaysia. Keine Diskussion von ethischen Fragen wurden angegeben.</p>
<p><b>Ergebnisse</b></p>	<p>Die Hauptergebnisse sind, dass die Häufigkeit von physischen und psychischen Auswirkungen nach einer Hysterektomie aufgezeigt werden konnte. Diese standen in einem negativen statistisch signifikanten Verhältnis zu einem höheren Haushaltseinkommen. Psychische Auswirkungen waren häufiger bei jungen Frauen. Es gab signifikante Unterschiede zwischen den ethnischen Gruppen bezüglich der physischen und psychischen Symptome. Die Sexualfunktion hängt signifikant ab von folgenden Kovariaten: Wichtigkeit der Sexualbeziehung, die Haltung des Partners/ Ehemannes, ethnische Gruppierung.</p> <p><b>Physische Auswirkungen</b> Nach der Operation: 93.4%: zufrieden/ sehr zufrieden, 6.6% unzufrieden/ sehr unzufrieden. 42.4% innerhalb von zwei bis vier Monaten wieder normale Tagesroutine aufgenommen, fast 34% in weniger als einem Monat.</p> <p>Häufigste postoperative physische Auswirkungen: Fatigue (57.8%), Gewichtszunahme (56.8%), geringe physische Aktivität (56.8%) und Hitzewallungen (49.3%). Weniger häufig: Beschwerden beim Wasserlösen (18.3%), Urininkontinenz (3.2%), Verstopfung (1%) und Schmerzen im unteren Rückenbereich (1%). Zwei oder mehr physische Auswirkungen: 47.8%, keine physischen Probleme: 9.4%.</p> <p>Keine statistisch signifikanten Unterschiede der Anzahl physischer Probleme zwischen den Altersgruppen, dem Ausbildungsniveau, Zivilstand, Anstellungsstatus und Hysterektomietyp. Mehr als drei physischen Auswirkungen: signifikant mehr (<math>p &lt; 0.01</math>) Malayinnen (33.1%) und Inderinnen (31.0%) als Chinesinnen (20.0%). Durchschnittliches monatlichen Haushaltseinkommen über 4000 RM: signifikant weniger physische Auswirkungen (<math>p &lt; 0.01</math>).</p> <p><b>Psychische Auswirkungen</b> Nicht wichtig oder ein wenig wichtig, einen Uterus zu haben: 72.8%. Sehr akzeptabel oder akzeptabel, keinen Uterus zu haben: 93.2%.</p>

Hysterektomie führte zu: Angst (46.6%), Depression (33.7%), Abneigung zur plötzlichen Menopause (22.7%), Trauer um den Verlust der Zeugungsfähigkeit (10.4%), fühlen sich nicht mehr wie eine Frau ohne Uterus (9.6%), Trauer um Verlust menstrueller Periode (7.2%).  
Ein bis zwei psychische Auswirkungen: 41.6%, keine: 41.3%.

Keine statistisch signifikanten Unterschiede der Anzahl physischer Probleme zwischen den dem Ausbildungsniveau, Zivilstand und Anstellungsstatus.

Mehr Frauen unter 40 empfanden Uterus als wichtig oder sehr wichtig. Sie äusserten signifikant mehr psychologische Auswirkungen ( $p < 0.001$ ).

Mehr als drei psychischen Auswirkungen: signifikant mehr Inderinnen und Malayinnen (22.5%) als Chinesinnen (11.3%).

Durchschnittliches monatliches Haushaltseinkommen über 4000 RM: signifikant weniger psychologische Auswirkungen ( $p < 0.01$ ).

Statistisch signifikante Korrelation zwischen Anzahl physischer und psychischer Auswirkungen (Spearman Korrelationstest,  $P < 0.001$ ,  $r = 0.264$ ).

### **Beziehung und sexuelle Funktion**

Vor der Hysterektomie sexuell Aktive:

31.9% davon innerhalb 2-4 Monate postoperativ wieder sexuell aktiv, 22.5% innerhalb 4-6 Monaten, 23.8% nach mehr als 6 Monaten. 18% hatten postoperativ keinen Geschlechtsverkehr. 72.4% hatte weniger Geschlechtsverkehr nach der Hysterektomie, 25.4% keine Veränderung bezüglich der Häufigkeit.

Teilnehmerinnen unter 40: signifikant seltener eine Reduktion der Häufigkeit äusserten als die älteren Altersgruppen ( $p < 0.001$ ).

Keine statistisch signifikanten Unterschiede in der sexuellen Aktivität bezüglich der meisten soziodemographischen Variablen.

Postoperative Beschwerden oder Schmerzen beim Geschlechtsverkehr: 27.2% hatten mehr, 21.6% weniger.

Vaginale Trockenheit: bei 62.3% erhöht.

Fehlende sexuelle Lust: 43.2%

Vergleich vor Operation vs nach Operation auf Skala von 0 bis 10:

- **Beziehung mit dem Ehemann/ Partner:**  
Durchschnittswert (Median) von 7.25 auf 6.75  
17.6%: besser, 32.5%: schlechter, 49.9% kein Unterschied.  
Statistisch signifikant tiefere Reduktion der Punktzahl vom prä- zum postoperativen Stand (Wilcoxon Rangsummentest  $z = -7.52$ ,  $p < 0.001$ ,  $r = 0.21$ ).
- **Sexualfunktion:**  
Durchschnittswert (Median) von 6.62 auf 4.87  
11.3%: besser, 62.4% schlechter, 6.3% kein Unterschied.  
Statistisch signifikant (Wilcoxon Rangsummentest  $z = -15.21$ ,  $p < 0.001$ ,  $r = 0.42$ ).
- **Orgasmus:**  
Durchschnittswert (Median) von 6.27 auf 4.81.  
12.4%: Besser, 66.9%: schlechter, 20.7%: kein Unterschied.  
Statistisch signifikant (Wilcoxon Rangsummentest  $z = -15.19$ ,  $p < 0.001$ ,  $r = 0.42$ )

Sexuelle Funktion unterschiedlich in Bezug auf ethnische Gruppen, Altersgruppen, Anstellungsstatus, Oophorektomie, empfundene Wichtigkeit der sexuellen Beziehung und Akzeptierbarkeit der Entfernung des Uterus für den Ehemann oder Partner in der univariaten Analyse (in Tabelle 2 aufgezeigt).

Multivariates Modell:

Sexuelle Beziehung sehr wichtig (OR 3.00, 95% CI 1.18-7.45,  $p < 0.01$ ) und wichtig (OR 3.61, 95% CI 1.64-7.94,  $p < 0.001$ ): Wahrscheinlichkeit grösser für bessere Beurteilung der Sexualfunktion postoperativ.

Frauen mit positiv eingestelltem Ehemann/ Partner gegenüber Hysterektomie (OR 2.45, 95% CI 1.41-4.26,  $p < 0.01$ ) wurde mit besserer Sexualfunktion assoziiert.

Grössere Wahrscheinlichkeit bei Malayinnen, eher schlechtere Sexualfunktion postoperativ zu äussern (OR=3.46, im Gegensatz zu den Inderinnen).

Der Hosmer-Lemeshow Test der Anpassungsgüte zeigte auf, dass das Modell gut passte.

Darstellung der Ergebnisse:

Die statistischen soziodemographischen Ergebnisse und die Regressionsanalyse der Sexualfunktion wurden in Tabellen aufgeführt und in Textform erläutert. Andere Zahlen wurden erwähnt, die nicht überprüfbar sind.

## Diskussion

In der Diskussion wurden die signifikanten und nicht signifikanten Ergebnisse mit ähnlichen Studien diskutiert und untermauert oder entgegengestellt. Im Zusammenhang mit den Ergebnissen werden Vorschläge gemacht für die Praxis (teils auf Basis anderer Studien).

Die signifikanten Unterschiede bezüglich der Ethnie auf die psychischen und physischen Auswirkungen konnten die Forscher/-innen nicht erklären. Einzig das Familieneinkommen, das bei den Chinesinnen durchschnittlich am höchsten war, korrelierte negativ mit der kleineren Häufigkeit von physischen und psychischen Auswirkungen im Vergleich zu den Inderinnen und Malayinnen.

Der signifikante Effekt der Hysterektomie auf die Sexualfunktion wurde verglichen mit anderen Studien, die aber uneinheitlich waren. Sie zeigen auf, dass die Ergebnisse dieser Studie einen signifikanten Zusammenhang der Sexualfunktion mit der subjektiv wahrgenommenen Wichtigkeit der Sexualbeziehung, der Haltung des Ehepartners gegenüber der Hysterektomie und der Ethnie hat.

Das Forschungsziel konnte insofern erreicht werden, dass physische, psychische und sexuelle Probleme, die malaysische Frauen nach einer Hysterektomie erleben, aufgezeigt werden konnten. Auch konnte eine statistisch signifikante Relevanz der Ethnie auf die Auswirkungen festgestellt werden.

Allerdings fehlen jegliche Ergebnisse, die für spezifische ethnisch-basierte Interventionen wissenschaftlich basierte Argumente, Anreize oder Unterstützung bieten. Die Tatsache, dass die Ethnie eine Rolle spielt, wird aufgezeigt, allerdings können keine Schlüsse für die einzelnen Kulturen und Ethnien gezogen werden.

### Limitationen:

Das Querschnittsdesign, das nur vorausschauende Assoziationen zulässt. Das retrospektive Design, wobei Erinnerungsverzerrungen die Ergebnisse beeinflusst haben können. Eine Ursache-Wirkung-Beziehung ist daher schwer zu beweisen.

### Implikationen für Praxis:

Sie machen Vorschläge, basierend auf den Ergebnissen (teils aus anderen Studien): Dazu gehört die routinemässige Erfassung postoperativer physischer Symptome nach einer Hysterektomie, die Früherkennung und sofortige Reaktion auf psychischen und emotionalen Stress und ordnungsgemässe Beratung, insbesondere bei der Risikogruppe junger Frauen. Ein organisiertes präoperatives Edukationsprogramm für Frauen, die sich einer Hysterektomie unterziehen, sein fördernd für besseres Selbstfürsorgeverhalten, reduziert postoperative Angst und Schmerzen und mildere gewisse negative Auswirkungen von Nebeneffekten auf die Sexualität. Obwohl diese Interventionen nicht das tatsächliche Vorkommen dieser Nebeneffekte verhindern können, können sie den Patienten helfen, mit negativen Ergebnissen besser umzugehen, was die Wichtigkeit von präoperativer Beratung betont.

Die Ergebnisse unterstreichen die Wichtigkeit des Verständnisses der Auswirkungen der Hysterektomie auf die physischen und psychischen Faktoren und die Sexualfunktion und betonen die ethnisch-basierten Ansätze zur Prävention und Intervention. Die verletzlichsten Patientinnen scheinen junge und sozioökonomisch benachteiligte (gemessen am Familieneinkommen) Patientinnen zu sein. Gesundheitsdienstleister sollten daher auf diese Frauengruppen fokussieren um sowohl die physischen als auch psychischen Auswirkungen zu minimieren und ein geeignetes Überweisungssystem für Behandlung und Unterstützung beizubehalten.

### Zukünftige Forschung:

Sie zeigen mögliche Faktoren auf, die in weiterführenden Studien berücksichtigt werden müssten, um den Einfluss der Ethnie auf die physischen und psychischen Auswirkungen zu erklären: kulturelle oder umweltbedingte Faktoren, wie rassistische und ethnische Unterschiede im Lebensstil, Zugang zur Gesundheitsversorgung, Unterschiede gesundheitlicher Überzeugungen, Religiosität und Gesundheitskompetenz.

For- schungs- schritt	Würdigung
Einlei- tung	<p><b>Beantwortet die Studie eine wichtige Frage der Berufspraxis/ BA-Fragestellung?</b> Die Studie beantwortet eine wichtige Frage für die Pflege, da das Verständnis der Auswirkungen der Hysterektomie auf die physischen und psychischen Faktoren und die Sexualfunktion für das Gesamtmanagement der Pflege zentral ist. Dabei zeigt sie auf, dass diese Auswirkungen bei unterschiedlichen asiatischen Bevölkerungsgruppen unterschiedlich stark ausgeprägt sein können, was für einen ethnisch-basierten Ansatz zur Prävention und Intervention spricht. Zudem zeigt sie auf, welche Personengruppen besonders anfällig für solche Auswirkungen sind, was in der Praxis helfen kann, Risikofaktoren zu erkennen und schneller zu handeln (sozioökonomisch benachteiligte und junge Frauen). Die Ursachen für diese Auswirkungen können aber nicht genau eruiert werden, was die Ursachenbehandlung erschwert.</p> <p><b>Sind die Forschungsfragen klar definiert? Ev. durch Hypothesen ergänzt?</b> In der Studie werden keine Forschungsfragen und Hypothesen formuliert. Das Ziel der Studie ist aber klar erläutert.</p> <p><b>Wird das Thema / das Problem im Kontext von vorhandener konzeptioneller und empirischer Literatur logisch dargestellt?</b> Das Problem wird mit empirischer Literatur logisch dargestellt, wobei die gegensätzlichen Ergebnisse der Studien zu diesem Thema aufgezeigt werden und die Forschungslücke erläutert wird. Es wird aufgezeigt, wozu die Erkenntnisse der vorliegenden Studie dienen können. Gewisse argumentative Gedankengänge werden aber letzten Endes nicht in die Fragestellung und die tatsächliche Untersuchung einbezogen: Es wird angemerkt, dass die kulturelle und ethnische Vielfalt der Auswirkungen unterbeforscht ist, allerdings werden keine Zusammenhänge zwischen den einzelnen Kulturen/ Ethnien und den Faktoren gemacht (z.B. welcher Kultur der Uterus am wichtigsten ist), sondern die Ethnie wird auf gleicher Ebene betrachtet wie alle anderen Einflussfaktoren. Des weiteren fehlen jegliche Erklärungen oder Definitionen der zentralen Begriffe "Hysterektomie", "psychisch", "physisch" und "sexuell".</p>
Methode	<p><b>Ist die Verbindung zwischen der Forschungsfrage und dem gewählten Design logisch und nachvollziehbar?</b> Der quantitative Ansatz der Studie wird von den Forscher/-innen nicht begründet. Das Studiendesign ist insofern sinnvoll gewählt, als dass die Häufigkeit des Auftretens der Auswirkungen der Hysterektomie auf die psychischen, physischen und sexuellen Faktoren bei multiethnischen Frauen repräsentativ erforscht werden kann. Des weiteren kann durch eine so grosse Anzahl Teilnehmerinnen eine grössere Vielfalt an Symptomen erfasst werden. Wie bereits in der Studie erwähnt, lässt das Querschnittsdesign nur vorausschauende Assoziierungen zu. Durch das retrospektive Design können Erinnerungsverzerrungen die Ergebnisse beeinflusst haben, weshalb eine Ursache-Wirkung-Beziehung schwer zu beweisen ist.</p> <p><b>Ist die Stichprobenziehung für das Design angebracht?</b> Die Stichprobenziehung ist für das Design angebracht, da durch diese eine angepasste Stichprobengrösse und eine demographische, insbesondere die ethnische, Vielfalt der Stichprobe berücksichtigt werden konnte.</p> <p><b>Ist die Stichprobe repräsentativ für die Zielpopulation?</b> Die Stichprobe ist aufgrund ihrer demographischen Vielfalt und der Stichprobengrösse repräsentativ für die Zielpopulation. Allerdings handelt es sich nur Teilnehmerinnen aus einem einzigen Spital, weshalb die Ergebnisse nur bedingt repräsentativ sind.</p> <p><b>Auf welche Population können die Ergebnisse übertragen werden?</b> Auf multiethnische malaysische Frauen mit einer Hysterektomie. Nur mit Vorsicht übertragbar: andere multiethnische Länder haben andere Ethnien, wobei diese aber wiederum sehr anders sein können. Multiethnisch: es konnten Gemeinsamkeiten der Risikogruppen herausgefunden werden, die eher übertragbar sind. Da man nicht weiss, welche weiteren Faktoren als das Haushalteinkommen Gründe sein können, dass zB Malayinnen und Inderinnen mehr physische Auswirkungen haben als Chinesinnen, kann man nicht grundsätzlich davon ausgehen, dass letztere im Allgemeinen weniger dieser Symptome haben. Diese Ethnien müssten einzeln verglichen werden (zb arme Chinesinnen mit reichen). Bei Chinesinnen in China sind die Umstände ev. auch ganz anders.</p> <p><b>Ist die Stichprobengrösse angemessen? Wie wird sie begründet?</b></p>

Die Stichprobengröße ist für das Design und die Datenerhebung angemessen. Es wird keine Begründung angegeben.

**Beeinflussen die Drop-Outs die Ergebnisse? Wie wurden die Vergleichsgruppen erstellt? Sind sie ähnlich? Werden Drop-Outs angegeben und begründet?**

Es gab keine Dropouts, da der Fragebogen nur einmal ausgefüllt werden musste. Es gab keine Vergleichsgruppen.

Weniger als die Hälfte hat den Teil der sexuellen Aktivität ausgefüllt, keine Aussage dazu, wie repräsentativ das noch ist.

Aussage "Nur für sexuell aktive" ist eine Frage zu hoch oben.

Die Frage zur sexuellen Aktivität lässt keine Antwort zu, die besagt, dass jemand erst seit der Hysterektomie sexuell aktiv ist, zB weil sie es vorher wegen den Schmerzen nie war.

**Ist die Datenerhebung für die Fragestellung nachvollziehbar?**

Die Datenerhebung ist für das Ziel der Studie nachvollziehbar, schwer beurteilbar ob sie geeignet ist, da sie neu entwickelt wurde.

**Sind die Methoden der Datenerhebung bei allen Teilnehmerinnen gleich?**

Es gibt bei den Methoden der Datenerhebung bei den Teilnehmerinnen keinen Unterschied.

**Sind die Daten komplett, d.h. von allen Teilnehmerinnen erhoben?**

Dazu wird nichts erwähnt.

**Sind die Messinstrumente zuverlässig (reliability)? Sind die Messinstrumente valide (validity)? Wird die Auswahl der Messinstrumente nachvollziehbar begründet?**

Geprüft durch Expertengruppe (10 Personen): Augenscheinvalidität: klar ausgedrückte Fragen, die nicht fehlinterpretiert würden. Inhaltsvalidität: Relevanz der postoperativen Symptome und Auswirkungen der Hysterektomie evaluiert. Pilotuntersuchung an 20 Frauen ähnlicher Population. Zum Schluss wurde der Fragebogen basierend auf den Bemerkungen der Expertengruppe und des Feedbacks der Pilotuntersuchung abgeändert. Es wird nicht erläutert, weshalb keine vorbestehenden Instrumente verwendet wurden und auf welcher Basis dieser kreiert wurde. Auch ist nicht klar, ob sie nun wirklich reliabel und valide sind.

**Sind mögliche Verzerrungen/ Einflüsse auf die Intervention erwähnt?**

Erinnerungsverzerrungen (da retrospektiv), keine Ursache-Wirkung-Beziehung beweisbar.

**Werden die Verfahren der Datenanalyse klar beschrieben?**

Das Verfahren der Datenanalyse wird klar beschrieben und aufgezeigt, bei welchen Faktoren welches Verfahren verwendet wurde.

Es ist unklar, ob die Sexualfunktion nur auf die in der Tabelle vorhandenen Variablen durch die Regressionsanalyse geprüft wurde oder auch auf alle anderen.

**Wurden die statistischen Verfahren sinnvoll angewendet?**

Die statistischen Verfahren wurden sinnvoll angewendet:

Die Daten wurden anhand des SPSS für Windows Statistikpaket (SPSS, Chigago, IL, USA) analysiert. Nach der Überprüfung der Normalität der Variablen durch den Kolmogorov-Smirnov-Test, wurde der Wilcoxon Rangsummentest für den Vergleich der Unterschiede der Punkteanzahl der Zufriedenheit mit der Beziehung und der Sexualfunktion vor und nach der Hysterektomie verwendet. Die Effektgröße des Wilcoxon Rangsummentests wurde als kleiner ( $r=0,1-0,23$ ), mittlerer ( $r=0,24-0,36$ ) oder grosser ( $r=0,37$  oder grösser) bezeichnet, wobei die Cohen (1988) Kriterien verwendet wurden. Der  $\chi^2$ -Test wurde verwendet, um die Proportionen zu vergleichen. Die Korrelation zwischen zwei Variablen wurden mit dem Spearman-Test untersucht. Multivariate logistische Regressionsanalyse wurde durchgeführt, um die Faktoren zu bestimmen, die mit der Sexualfunktion zusammenhängen.

Die Entermethode wurde benutzt bei allen signifikanten Variablen ( $P<0,05$ ) in der Univariateanalyse, die in dem Multivariatregressionsmodell eingeschlossen waren.

Das Chancenverhältnis (Odds ratios OR), 95% Vertrauensintervalle (95% Confidence intervals CI) und P-Werte wurden für alle unabhängigen Variablen berechnet. Durch den Hosmer-Lemeshow-test wurde die Anpassungsgüte zu bewerten.

Die sexuelle Funktion wurde aufgrund von einer Frage: Zufriedenheit vorher und nachher auf Skala von 1-10 beurteilt. Die Verbesserung/ Verschlechterung wurde dann in einer multivariaten Regressionsanalyse auf andere Variablen getestet. Es ist unklar, wie stark sich die Sexualfunktion jeweils verbessert/ verschlechtert hat, ausserdem ist die Sexualfunktion nicht definiert und kann von den Teilnehmerinnen unterschiedlich interpretiert werden. Zusätzlich wird der Orgasmus als einzelne Frage bewertet.

	<p><b>Entsprechen die verwendeten statistischen Tests den Datenniveaus?</b> Die statistischen Test entsprechen den Datenniveaus.</p> <p><b>Erlauben die statistischen Angaben eine Beurteilung?</b> Die statistischen Angaben Erlauben eine Beurteilung, da klar aufgezeigt ist, bei welchen Variablen welches Verfahren angewendet wurde. Allerdings ist die weitere Datenanalyse nicht transparent und folglich können die Angaben nur sehr beschränkt beurteilt werden.</p> <p><b>Ist die Höhe des Signifikanzniveaus nachvollziehbar und begründet?</b> Nein, es wurde keine Begründung für das Signifikanzniveau P-Wert unter 0.05 angegeben.</p> <p><b>Inwiefern sind alle relevanten ethischen Fragen diskutiert und entsprechende Massnahmen durchgeführt worden? Unter anderem zum Beispiel auch die Beziehung zwischen Forschenden und Teilnehmenden?</b> Ethische Fragen wurden in der Studie nicht diskutiert. Da es sich bei der Intervention lediglich um ein Ausfüllen eines Fragebogens handelt, die Teilnehmerinnen ihre Einverständniserklärung abgeben und die Forscher von einer Ethikkommission genehmigt wurde, scheint dies angebracht zu sein.</p>
Ergebnisse	<p><b>Sind die Ergebnisse präzise?</b> Die Ergebnisse sind teils präzise dargestellt, teils bleibt unklar wie sie berechnet wurden.</p> <p><b>Wenn Tabellen / Grafiken verwendet wurden, entsprechen diese folgenden Kriterien: Sind sie präzise und vollständig (Titel, Legenden) Sind sie eine Ergänzung zum Text?</b> Die Tabellen sind präzise und vollständig und sie bilden eine Ergänzung zum Text.</p>
Diskussion	<p><b>Werden alle Ergebnisse diskutiert?</b> Es werden nicht alle Ergebnisse diskutiert, z.B werden gewisse demographische Daten oder auch nicht signifikante Ergebnisse und Zusammenhänge werden ausgelassen.</p> <p><b>Stimmen die Interpretationen mit den Ergebnissen überein?</b> Ja</p> <p><b>Werden die Ergebnisse in Bezug auf die Fragestellung/ Hypothesen, Konzepte anderer Studien diskutiert und verglichen?</b> Die signifikanten Ergebnisse werden mit Ergebnissen aus anderen Studien verglichen und diskutiert.</p> <p><b>Wird nach alternativen Erklärungen gesucht?</b> Es wird nach keinen alternativen Erklärungen gesucht.</p> <p><b>Ist die Studie sinnvoll?</b> Die Studie ist sinnvoll, da noch ein grosser Forschungsbedarf der psychischen, physischen und sexuellen Auswirkungen einer Hysterektomie besteht und diese auch im Zusammenhang mit den Ethnien unterbeforscht sind. Sie zeigt keine spezifischen ethnischen Differenzen auf, sensibilisiert aber für ethnisch-basierte Ansätze für Interventionen und Präventionen und zeigt Risikogruppen auf.</p> <p><b>Werden Stärken und Schwächen aufgewogen?</b> Unter dem Kapitel Limitationen werden die Schwächen und Stärken der Studie erläutert.</p> <p><b>Wie und unter welchen Bedingungen sind die Ergebnisse in die Praxis umsetzbar?</b> Sie bietet diverse Vorschläge an, die sich auf die Ergebnisse anderer Studien bezieht. Durch Heranziehen dieser Studien und deren kritischen Würdigung könnte eventuell ein ähnliches Edukationsprogramm durchgeführt werden. Der verwendete Fragebogen kann eine Grundlage bieten, um solche Probleme in der Praxis routinemässig zu erfassen, wobei insbesondere auf die erwähnte Risikogruppe fokussiert werden kann. Dieser bedingt keiner speziellen Bedingungen und beansprucht nur wenig Zeit, da die Patientin den Fragebogen selbständig ausfüllen kann. Des weiteren kann die Pflegefachperson darauf aufmerksam machen, dass die betroffene Patientin an weitere Instanzen wie einen Therapeuten weitergeleitet werden sollte, falls dies auch den Vorstellungen der Patientin entspricht. Einen ethnisch-basierten Ansatz in der Pflege zu gewährleisten erfordert weitere Studien in diesem Bereich, um wissenschaftlich basierte Interventionen zu bieten.</p> <p><b>Wäre es möglich diese Studie in einem anderen klinischen Setting zu wiederholen?</b> Die Studie könnte in einem anderen klinischen Setting, da die Datenerhebung keine speziellen Bedingungen erfordert.</p>

Beurteilung der Güte der Studie Wong & Arumugam (2012) anhand den quantitativen Gütekriterien nach Bartholomeyczik (2008)

Gütekriterium	Beschreibung
<b>Objektivität</b>	<p>Intersubjektive Nachvollziehbarkeit: Die Forscher zeigen ein quellenbasiertes Vorverständnis der Thematik, es fehlen jedoch Definitionen von zentralen Begriffen wie Hysterektomie, sexuell und psychisch. Das quantitative Design soll die Objektivität gewährleisten. Durch das Offenlegen des Fragebogens wird die Datenerhebung transparenter. Der Rekrutierungsprozess und das Analyseverfahren sind nachvollziehbar beschrieben. Es sind nicht nachprüfbar Zahlen oder Aussagen in den Ergebnissen vorhanden.</p> <p>Unabhängigkeit von Einflüssen: Die grosse Stichprobe mit verschiedenen Nationen führt zu Vielfalt und enthält mehr unkontrollierte Einflussfaktoren auf die Ergebnisse. Auch der begrenzte Rekrutierungsort und das Fehlen einer Vergleichsgruppe schränkt Aussagen zur Unabhängigkeit ein. Gewisse Störvariablen wie aktueller/ zum beurteilten Zeitpunkt der Beurteilung Streit mit dem Partner, der die allgemeine Beurteilung negativ beeinflussen könnte, eine mögliche depressive Phase, die ihrerseits die Zufriedenheit mit den beurteilten Faktoren beeinflussen kann (nicht durch Operation bedingt), werden nicht berücksichtigt. Auch wird nicht beachtet, ob die Teilnehmerinnen Medikation oder Hormontherapie einnehmen. Durch die Verwendung des Fragebogens hatten die Forschenden soweit beurteilbar keinen Einfluss auf die Ergebnisse. Durch die geschlossene Art der Fragen ist die Auswertungsobjektivität gegeben. Allerdings ist nicht klar, wie der Fragebogen eingereicht wurde und somit Anonymität vor den Forschenden gewährleistet wurde.</p>
<b>Reliabilität</b>	<p>Der Fragebogen wurde nur einmal durch einen Pilottest an 20 Personen durchgeführt, die Reliabilität ist nicht ausreichend geprüft worden und auch keine Angaben dazu gemacht.</p>
<b>Validität</b>	<p>Diese wurde anhand einer Expertengruppe und eines kleinen Pilottests geprüft (Augenschein- und Inhaltsvalidität). Wie die Forschenden bereits in der Studie anmerken, lässt das Querschnittsdesign nur vorausschauende Assoziationen zu. Erinnerungsverzerrungen durch das retrospektive Design können die Ergebnisse beeinflusst haben, weshalb eine Ursache-Wirkungs-Beziehung schwer zu beweisen ist. Durch das quantitative Forschungsdesign sollten die Ergebnisse möglichst aussagekräftig, objektiv und übertragbar sein. Um die ethnische Variabilität besser erfassen zu können, wäre ein qualitativer oder gemischter Forschungsansatz passender gewesen. Für die spezifischen Auswirkungen hätte ein engeres Ausschlusskriterium zur Zeitdauer seit der Hysterektomie angewendet werden müssen. Begriffe des Fragebogens wie Depression und Sexualfunktion sind nicht definiert und können durch die Teilnehmerinnen unterschiedlich interpretiert werden. Die sexuelle Funktion wurde nur aufgrund von einer Frage "Zufriedenheit vorher und nachher auf Skala von 1-10" beurteilt, der Orgasmus wird als einzelne Frage bewertet. Es ist nicht klar, welcher postoperative Zeitpunkt durch die Teilnehmerinnen beurteilt wird: Hatte jemand die Operation vor einem Monat, ist die Wahrscheinlichkeit grösser, dass sie weniger häufig Sex hat als nach 5 Jahren. Innerhalb der bis zu 5 Jahren nach der Hysterektomie kann sich des weiteren bereits vieles verändert haben. Bei der Sexualfunktion wurden nur gegebene Antworten zugelassen, es wurde kein Raum für eigene Aussagen gelassen. Dies hätte möglicherweise die Ergebnisse verändert.</p>

Forschungsschritte	Zusammenfassung
Einleitung	<p>Forschungsfrage: In der Studie wird keine Forschungsfrage erläutert.</p> <p>Ziel: Das Ziel der Studie ist es, den Einfluss einer von den Forschenden kreierten Intervention, die sogenannte «Integrated Interventions», angewendet vor der Hysterektomie, auf negative Emotionen und psychischen Stress bei Frauen mit Hysteroma, die eine Hysterektomie erhielten zu untersuchen.</p> <p>Problem/ Theoretischer Bezugsrahmen: Im Erläutern des theoretischen Bezugsrahmens, zeigen die Forschenden simultan das Problem auf. Das Hysteromyom ist der häufigste gutartige Tumor bei Frauen und wird häufig im Alter von 30-50 Jahren gefunden. Dieser Tumor ist der häufigste Grund für eine Hysterektomie. Studien haben gezeigt, dass 50% aller Patientinnen, die sich einer Hysterektomie unterziehen, präoperativ abnormale Emotionen (z.B. Angst oder Depressionen) zeigen. Eine Hysterektomie gilt als starker Stressor und kann bei den Patientinnen Stressreaktionen auslösen. Die Forscher/-innen haben daher auf dem Grundsatz der Erwartungstheorie die «Integrated Interventions» kreiert, welche auf psychologischer Gesundheitsedukation basiert.</p> <p>Argumente des Forschungsbedarfs: Die Forschenden erläutern keine konkreten Argumente des Forschungsbedarfs und zeigen auch keine Lücke in der Literatur auf. Es ist anzunehmen, dass die Forschenden den Forschungsbedarf im Aufzeigen der Problematik und Prävalenz von Hysteromyoma begründen.</p>
Methode	<p>Design: Die Studie verwendete einen quantitativen Ansatz, um ihr Ziel zu erreichen. Es wurde ein Blindstudiendesign angewendet. Eine Begründung der Wahl dieses Ansatzes fehlt.</p> <p>Population: Frauen vor der Menopause, die eine elektive totale Hysterektomie aufgrund eines Hysteromyoms erhalten</p> <p>Stichprobe: Die Stichprobe enthielt 40 Frauen im Alter von 33 bis 45 Jahren, die sich einer elektiven abdominalen totalen Hysterektomie aufgrund von Hysteromyome von Dezember 2011 bis Juni 2012 in der Abteilung für Gynäkologie der Affiliated Tenth People's Hospital der Tongji-Universität unterzogen haben. Diese wurden anhand einer Zufallszahlentabelle (random number table) einer Interventionsgruppe (PI n= 20) und einer Kontrollgruppe (n= 20) zugeteilt. Patientinnen in der PI-Gruppe hatten ein vergleichbares Alter, Bildungsniveau, Sexualität und einen vergleichbaren Menstruationszyklus mit denen in der Kontrollgruppe.</p> <p>Ziehung der Stichprobe: Die Stichprobe wurde aus Frauen, die sich einer elektiven abdominalen totalen Hysterektomie aufgrund von Hysteromyome von Dezember 2011 bis Juni 2012 in der Abteilung für Gynäkologie der Affiliated Tenth People's Hospital der Tongji-Universität unterzogen haben, rekrutiert. Zehn Ein- bzw. Ausschlusskriterien mussten erfüllt sein, um in die Studie aufgenommen zu werden: 1) Verheiratete Frauen, die nicht älter als 45 Jahre alt sind und deren Ehemänner noch lebten, die Frauen und ihre Ehemänner hatten keine Ehekonflikte, und getrennte oder geschiedene Frauen wurden ausgeschlossen. 2) Die Patientinnen wurden präoperativ mit einem Hysteromyom diagnostiziert und erhielten eine elektive abdominale Totale Hysterektomie. Frauen mit einer Vorgeschichte an Eierstockkrankheiten, bösartigen Tumoren und grösseren gynäkologischen Operationen wurde ausgeschlossen 3) es sollten keine anderen organischen Krankheiten vorhanden sein; 4) Patientinnen mit ideologischen Besorgnissen wurden gebeten, das Selbstvertrauen zu stärken und ein Gefühl der Sicherheit zu erreichen. Patientinnen durften keine Vorgeschichte einer psychischen Erkrankung aufweisen und es durfte keine psychischen Erkrankung in der Anamnese der Familie vorliegen 5) es soll keine Vorgeschichte von Zerebralen Erkrankungen vorliegen und keine geistige Behinderung vorhanden sein; 6) Patientinnen hatten keine Drogen- oder Alkoholabhängigkeit und wurden innerhalb der letzten 3 Monate nicht mit Hormonen behandelt. 7) In der Anamnese der Patientinnen waren keine Komplikationen mit einer Anästhesie und chirurgischen Komplikationen zu finden 8) Frauen mit Lebensereignissen wie Rückschläge, Störungen und Leiden wurden ausgeschlossen; 9) Patientinnen hatten eine stabile Einkommensquelle; 10) Frauen mit Analphabetismus wurden ausgeschlossen. Die Auswahl der Teilnehmerinnen und die Rekrutierung wird nicht begründet, es wird jedoch darauf hingewiesen, dass Frauen, die jünger als 45 Jahre waren, in die vorliegende Studie aufgenommen wurden, um den Einfluss von Veränderungen der Ovarialfunktion auf die Emotionen und die Sexualität bei Frauen in den Wechseljahr auszuschliessen.</p> <p>Datenerhebung: Beim Eintritt ins Spital wurden die demografische Daten und Ursachen für bestehende Angst per Fragebogen erhoben (Details/Angaben zum Fragebogen sind unvollständig 12</p>

Items, jedoch nicht alle erwähnt). Am zweiten oder dritten Tag nach der Operation wurden die Ursachen der Angst erneut erfragt (12 Item Fragebogen). Beim Eintritt (T1) und vor der Operation (T2) befragte einer der Forschenden (in der Durchführung geschult) die Teilnehmerinnen mit dem HAMA (Hamilton Anxiety Scale) und HAMD (Hamilton Depression Scale) Fragebogen im Sinne eines Blindstudien-Designs. Bei Eintritt (T1) und vor der Operation (T2) und am zweiten Tag nach der Operation (T3) wurde venöses Blut (2 ml) abgenommen und zentrifugiert. Das Serum wurde erhalten und bei -20°C gelagert. Radioimmunoassay wurde durchgeführt, um das Serumcortisol und IL-6 nachzuweisen.

Alle Patientinnen erhielten eine abdominale Hysterektomie unter endotrachealer Intubation und Allgemeinanästhesie. Nach der Operation wurde eine Patienten kontrollierte intravenöse Analgesie durchgeführt. Bei allen Patientinnen wurde die Anästhesie und die Operation erfolgreich und konsistent durchgeführt. Es wurden keine durch die Anästhesie verursachten oder chirurgischen Komplikationen beobachtet.

Intervention: Patientinnen der PI-Gruppe erhielten vor der Operation (4 bis 7 Tage) neben der medizinischen und pflegerischen Standardversorgung, die von den Forschenden entwickelte «Integrated Interventions». Diese wurde vom Erstautor ausgeführt. Patientinnen in der Kontrollgruppe erhielten vor der Operation eine medizinische und pflegerische Standardversorgung. Zudem erhielten Patientinnen dieser Gruppe bei Skrupeln vor der Hysterektomie entsprechende Aufklärung und Erklärungen von einem Gynäkologen.

Integrated Interventions: Diese beinhaltete 5 verschiedene Interventionen (Unterstützende Psychotherapie, Gesundheitsedukation, Wissensvermittlung in Bezug auf Anästhesie, Familien- und sozialunterstützende Psychotherapie, und vertiefte individuelle Psychotherapie) die auf der Grundlage der Gesundheitsedukation aufbauen.

Unterstützende Psychotherapie: Die unterstützende Psychotherapie wurde mit der alltäglichen medizinischen Behandlung verbunden. Das Ziel war, eine wohlwollende Beziehung zwischen Arzt bzw. Ärztin und Patientin aufzubauen: Ärzte/ Ärztinnen hörten geduldig zu, was die Patientinnen zu sagen hatten, und ermutigten die Patientinnen, ihre Ideen/ Vorstellungen auszudrücken und ihre Gefühle zu offenbaren. Erklärung, Ermutigung, Trost, Sicherheit und Vorschläge wurden gemacht, um die Angst vor der Operation und Hysterektomie zu beseitigen. Ihr Selbstvertrauen sollte gestärkt werden und ein Gefühl von Sicherheit sollte dadurch erlangt werden.

Gesundheitsedukation: Gesundheitsedukation konzentrierte sich auf Patientinnen und deren Ehemänner. Die Gesundheitsedukation wurde individuell und in Gruppen (2-3 Patienten) durchgeführt und hatte folgende Inhalte: 1) Edukation über allgemeines Wissen: Kurze und leicht verständliche Wörter wurden verwendet, um die Anatomie und Physiologie der Fortpflanzungsorgane, insbesondere der Gebärmutter und des Eierstocks, zu erklären. Kliniker/-innen erklärten den Patientinnen, dass der Verlust der Gebärmutter zu einer Unfruchtbarkeit führt und die totale Hysterektomie keine Resektion des Eierstocks bedeutet und keinen Einfluss auf die endokrine Funktion und den weiblichen Charme hat und kein beschleunigtes Altern verursachen kann. 2) Die Aufklärung über Sexuelle Gesundheit: a) Kliniker/-innen ermutigten Patientinnen, psychische Barrieren zu beseitigen und die Sexualität auf uneingeschränkte Weise zu genießen. b) Kliniker/-innen unterrichteten die Grundkenntnisse der Sexualphysiologie und -psychologie und erklärten den Patientinnen, dass der weibliche Orgasmus nicht nur eine Reaktion auf Stimulation, sondern ein Produkt des Geistes ist. c) Kliniker/-innen ermutigten Patientinnen und ihre Ehemänner, ihre sexuellen Gefühle und die Art der Liebkosung und Stimulation zu kommunizieren/ besprechen. d) Kliniker/-innen leiteten die Patientinnen und ihre Ehemänner bei der Suche nach effizienteren Sexaltipps an.

Wissensvermittlung in Bezug auf Anästhesie: Kliniker/-innen erklärten die Operation, die Hintergründe und die Verfahren der Anästhesie, mögliche intraoperative und postoperative Komplikationen, die Vor- und Nachteile der postoperativen Analgesie, die Umgebung des Operationssaals und Informationen zu den Chirurgen/ Chirurginnen. Darüber hinaus wurden den Patientinnen Fälle mit einer reibungslosen Erholung von der Operation und einer postoperativen Analgesie vorgestellt, um deren Vertrauen zu stärken.

Familien- und sozialunterstützende Psychotherapie: Diese Intervention wurde 1 bis 2 mal durchgeführt, und konzentrierte sich die Ehemänner oder Kinder (15-20 Minuten pro Mal). Die Bedeutung und Methode der Operation und der postoperativen Versorgung wurden den Ehemännern erklärt und zeigten den Angehörigen Wege auf die Patientinnen emotional und im täglichen Leben zu unterstützen. Kliniker/-innen baten die Angehörigen, die Patientinnen zu pflegen, zu ermutigen und zu trösten, und den Patientinnen Wärme und Vertrauen zu schenken. Nachdem die Ehemänner den Eingriff der Hysterektomie verstanden hatten, wurde die Gesundheitsedukation für sie durch zusätzliche individuelle Gesundheitsedukation gestärkt.

	<p>Vertiefte individuelle Psychotherapie: Ellis und Rational Emotive Therapy (RET) wurden bei Patientinnen mit Werten bei Eintritt der HAMA von <math>\geq 14</math> oder Werten von HAMD <math>\geq 17</math> durchgeführt. Je nach den Ursachen für die Besorgnis der Patientinnen wurde ein spezifische Interviews durchgeführt, um die Wirksamkeit der Interventionen zu verstärken. Das Interview wurde 2-3 Mal (15 Minuten pro Mal) durchgeführt. Dabei sollten die Patientinnen, ruhig und bequem auf dem Bett liegen. Die Patientinnen erhielten einmal täglich ein Entspannungs-Training unter der Anleitung der Kliniker/-innen (10-15 Minuten pro Mal). Die Patientinnen wurden gebeten, dieses Training nach der Operation so bald als möglich als ambulante Aktivität durchzuführen.</p> <p>Messinstrumente: Die Forschenden haben Skalen erstellt, um die demografischen Merkmale und Ursachen von Angst zu erfassen. Die Demografie umfasste Name, Alter, Bildungsstand, Beruf, Einkommen, Menstruationszyklus und Sexualität. Die Ursachen der Angst wurden in 12 Typen eingeteilt: 1 bedeutet Präsenz und 2 Abwesenheit. Die Hamilton-Angstskala (HAMA) von <math>\geq 14</math> wurde verwendet, um das Vorhandensein von Angstsymptomen zu definieren. Frühere Studien haben gezeigt, dass diese Skala günstige Zuverlässigkeit und Gültigkeit hat. Die Hamilton Depression Scale (HAMD) von <math>\geq 17</math> wurde verwendet, um das Vorhandensein von Depressionssymptomen zu definieren.</p> <p>Datenanalyse:  Datenniveau: Alter= Proportionalskala/ Bildungsstand, Beruf, Einkommen, Menstruationszyklus und Sexualität = Nominalskala/ HAMA und HAMAD, 12 Typen der Angst = Intervallskalen</p> <p>statistische Analyse: Der Student-T-Test, die Varianzanalyse, der Chi-Quadrat-Test und die Korrelationsanalyse wurden für die statistische Analyse verwendet.</p> <p>Ethik: In der Studie werden keine ethischen Fragen diskutiert. Das Studiendesign wurde den Patientinnen beim Eintritt erklärt, und eine Einwilligungserklärung wurde vor der Studie eingeholt. Eine Genehmigung der Ethikkommission wurde nicht eingeholt.</p> <p>Signifikanzniveau: Aus dem Studientext ist nicht ersichtlich, ob ein Signifikanzniveau festgelegt wurde. Bei den Tabellen steht jedoch geschrieben, <math>p &lt; 0.05 =</math> signifikant oder <math>p &lt; 0.01 =</math> signifikant.</p>
<b>Ergebnisse</b>	<p>Vor der Operation waren bei Interventions- und Kontrollgruppe Ängste vorhanden (z.B. Angst vor Sexualität nach der Operation und Einfluss der Operation auf die eheliche Beziehung)</p> <p>Nach Intervention verringerten sich die Symptome von Angst (HAMA) und Depression (HAMD) bei der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant</p> <p>In PI-Gruppe verringerte sich Serum-Cortisol-Spiegel im Vergleich zur Kontrollgruppe nach Intervention (T2) signifikant</p> <p>keine signifikanten Unterschiede in Bezug des Serum-IL6 – Spiegel in Interventions- und Kontrollgruppe festgestellt. In PI-Gruppe blieb der Serum-IL-6-Spiegel zu verschiedenen Zeitpunkten unverändert, war jedoch am zweiten Operationstag niedriger als in Kontrollgruppe</p> <p>Präsentation der Ergebnisse: Die statistischen Ergebnisse wurden in Tabellen aufgeführt und in Textform erläutert</p>

<b>Diskussion</b>	<p>In der Diskussion erklären die Forschenden alle signifikanten und nicht signifikanten Ergebnisse und verwenden dazu andere Literaturquellen.</p> <p>Das Ziel der Studie konnte erreicht werden.</p> <p>Sie nennen folgende Stärken der Ergebnisse bzw. der Intervention:  Die Ergebnisse können Hinweise auf die zukünftige Anwendung psychologischer Interventionen bei Patientinnen mit Hysterektomie liefern. Die Ergebnisse zeigen, welche Art von Ängsten vor einer Operation vorhandensein könnten. Die Intervention könnte den Patientinnen helfen, die Bedeutung der Hysterektomie richtig zu verstehen, wodurch die somatische und psychologische Reaktion auf negative Emotionen verbessert werden könnte. Die Beziehung zwischen dem medizinischen Personal und Patientinnen könnte durch die Intervention verbessert werden.</p> <p>Die Forschenden geben folgende Implikationen für eine zukünftige Forschung an: Zukünftige Studien sind erforderlich, um die Korrelation zwischen psychischem Stress und IL-6 zu untersuchen. Dies wird auf der Annahme begründet, dass die Ergebnisse gezeigt haben, dass der IL-6-Spiegel der Kontrollgruppe zu verschiedenen Zeitpunkten unverändert blieb (bei Aufnahme, nach Interventionen und am zweiten Tag der Operation) und mit dem in der PI-Gruppe vergleichbar war. Dies könnte auf die geringe Stichprobengrösse zurückzuführen zu sein  Zudem hat diese Studie nur kurzfristige Auswirkungen der Intervention untersucht. Die Langzeitauswirkung der Intervention muss in zukünftigen Studien untersucht werden. Schliesslich sollte der Einfluss der kognitiven Einstellung von Patientinnen und deren Angehörigen auf perioperative Emotionen geklärt werden.</p> <p>Limitationen werden von den Forschern/ den Forscherinnen nicht diskutiert.</p>
-------------------	---

For- schungs- schritt	Würdigung
<b>Einlei- tung</b>	<p><b>Beantwortet die Studie eine wichtige Frage der Berufspraxis/ BA-Fragestellung?</b> Die Studie hat das Ziel, eine Intervention zu testen, die bei Frauen mit Hysteromyoma, die sich einer Hysterektomie unterziehen, die perioperativen negativen psychischen Auswirkungen sowie das Stresslevel verringern soll. Es handelt sich um eine Intervention, die präoperativ angewendet wird. Im Aufzeigen dieser Intervention, beantwortet die Studie eine wichtige Frage der Berufspraxis. Zum einen, da eine Hysterektomie weitreichende Folgen auf die psychosoziale Gesundheit haben kann. Zum anderen sind im Gesundheitswesen noch kaum spezifische Interventionen zum psychosozialen perioperativen Management bei Frauen mit Hysterektomie bekannt, diese Studie bietet einen Ansatz.</p> <p><b>Sind die Forschungsfragen klar definiert? Ev. durch Hypothesen ergänzt?</b> In der Studie werden keine Forschungsfragen und Hypothesen formuliert. Es wird aber ein klares Ziel der Studie erläutert. Ein Schwachpunkt der Studie ist, dass die Forschenden keine konkreten Argumente des Forschungsbedarfs erläutern und keine Forschungslücke aufzeigen. Es ist anzunehmen, dass die Forschenden den Forschungsbedarf im Aufzeigen der Problematik und Prävalenz von Hysteromyoma begründen. Das Aufzeigen des Forschungsbedarf hätte wesentlich zum besseren Verstehen des Forschungsziels beitragen können.</p> <p><b>Wird das Thema / das Problem im Kontext von vorhandener konzeptioneller und empirischer Literatur logisch dargestellt?</b> Das Problem wird mit empirischer Literatur logisch, jedoch sehr knapp dargestellt. Es werden keine Forschungslücken aufgezeigt. Zudem werden keine wichtigen Begriffe wie Hysteromyoms, Hysterektomie oder «Integrated interventions» definiert.</p>
<b>Methode</b>	<p><b>Ist die Verbindung zwischen der Forschungsfrage und dem gewählten Design logisch und nachvollziehbar?</b> Der quantitative Ansatz der Studie, ermöglicht es die kausalen Zusammenhänge zwischen der Auswirkung der «integrated Intervention» bei Patientinnen mit Hysterektomie aufgrund eines Hysteromyoms auf deren psychische Gesundheit und Stresslevel zu untersuchen. Durch diesen Ansatz soll eine Verallgemeinerbarkeit der Stichprobe auf die Population gewonnen werden (möglichst objektiv).</p> <p><b>Ist die Stichprobenziehung für das Design angebracht?</b> Die Stichprobenziehung ist für das Design angebracht, weist jedoch einige Ungenauigkeiten auf. Es werden sehr viele Ein- und Ausschlusskriterien angewendet, mehrheitlich um eine bereits vorhandene psychische Veränderung bei den Teilnehmerinnen auszuschliessen, welche einen Einfluss auf die Ergebnisse haben könnten. Die Ein- und Ausschlusskriterien sind aber sehr weitgefasst und müssten für das Verständnis, des Lesers/ der Leserin definiert werden. Zum Beispiel sollten die Teilnehmerinnen «keine ehelichen Konflikte haben» oder Frauen mit Lebensereignissen wie Rückschläge, Störungen und Leiden wurden ausgeschlossen, diese Begriffe verlangen eine Konkretisierung/ Erläuterung. Die Wahl der Rekrutierung und der Definition der Ein- und Ausschlusskriterien sind nicht begründet. Es wird lediglich erwähnt, dass Frauen, die älter als 45 Jahre sind, in der Studie ausgeschlossen wurden, um den Einfluss von Veränderungen der Ovarialfunktion auf die Emotionen und die Sexualität bei Frauen in den Wechseljahr auszuschliessen.</p> <p><b>Ist die Stichprobe repräsentativ für die Zielpopulation?</b> Die Stichprobe ist aufgrund ihrer demographischen Eigenschaften und der Stichprobengrösse nur bedingt repräsentativ für die Zielpopulation. Die Stichprobe schliesst Frauen ein, welche bereits Kinder hatten, verheiratet sind, aus ähnlichen geografischer Umgebung kommen und eine bestimmte Art der Hysterektomie hatten (elektive abdominale Totale Hysterektomie), dies verringert die demografische Vielfalt der Stichprobe und macht sie weniger repräsentativ für die Population.</p> <p><b>Auf welche Population können die Ergebnisse übertragen werden?</b> Die Ergebnisse können auf Frauen unter 45 Jahre/ vor der Menopause, die eine elektive totale Hysterektomie aufgrund eines Hysteromyoms erhalten haben, bereits Kinder haben und verheiratet sind übertragen werden.</p> <p><b>Ist die Stichprobengrösse angemessen? Wie wird sie begründet?</b> Die Stichprobengrösse von 40 Teilnehmerinnen ist für das Design und die Datenerhebung angemessen. In der Studie wird zur Bestimmung der Stichprobengrösse kein Verfahren angegeben.</p> <p><b>Beeinflussen die Drop-Outs die Ergebnisse? Wie wurden die Vergleichsgruppen erstellt? Sind sie ähnlich? Werden Drop-Outs angegeben und begründet?</b></p>

Die Interventionsgruppe und die Kontrolle sind sich in den demographischen Eigenschaften sehr ähnlich, dies lässt ein guter Vergleich der Effekte der Intervention auf die Interventionsgruppe zu. Die demografischen Eigenschaften der Teilnehmerinnen sind sehr eng bestimmt, dies könnte sich auf die Ergebnisse auswirken: Zum Beispiel könnte eine Frau, die noch kein Kind hat eine ganz andere psychische Reaktion zeigen als eine Frau mit Kindern, da sie nie eine Chance erhalten wird, ein Kind natürlich zu bekommen. Nur ein Drop-Out wurde begründet.

**Wie wurde die Vergleichsgruppe erstellt?**

Die infrage kommenden 40 Teilnehmerinnen, wurden anhand einer Zufallszahlentabelle (random number table) einer Interventionsgruppe (PI n=20) und einer Kontrollgruppe (n= 20) zugeteilt.

**Ist die Datenerhebung für die Fragestellung nachvollziehbar?**

Die Datenerhebung ist für das Ziel der Studie nachvollziehbar und gut geeignet. Die Datenerhebung wird zu unterschiedlichen Zeitpunkten durchgeführt, dies ermöglicht es einen guten Vergleich der physischen Effekte prä- und postoperativ zu erhalten.

**Sind die Methoden der Datenerhebung bei allen Teilnehmerinnen gleich?**

Es gibt bei den Methoden der Datenerhebung bei den Teilnehmerinnen keinen Unterschied.

**Sind die Daten komplett, d.h. von allen Teilnehmerinnen erhoben?**

Die Daten sind komplett., wurden also von allen Teilnehmerinnen erhoben.

**Sind die Messinstrumente zuverlässig (reliability)? Sind die Messinstrumente valide (validity)? Wird die Auswahl der Messinstrumente nachvollziehbar begründet?**

Die Forscher geben nur bei der HAMA Skala an, dass sie auf reabilität und Validität getestet wurde.

**Sind mögliche Verzerrungen/ Einflüsse auf die Intervention erwähnt?**

Die Forscher beschreiben keine möglichen Verzerrungen/ Einflüsse der Intervention. Es ist jedoch anzumerken, dass bei Patientinnen mit Werten bei Eintritt der HAMA von  $\geq 14$  oder Werten von HAMD  $\geq 17$  eine zusätzliche Intervention (Vertiefte individuelle Psychotherapie, Ellis und Rational Emotive Therapy (RET)) durchgeführt wurde. Es kann daher nicht abgeschätzt werden, welcher Einfluss diese zusätzliche Massnahme auf die Ergebnisse hatte.

**Werden die Verfahren der Datenanalyse klar beschrieben?**

Das Verfahren der Datenanalyse wird nicht klar beschrieben. Es werden zwar Angaben gemacht, welche statistischen Tests zum Einsatz kamen, jedoch nicht wie, wo und wann diese eingesetzt wurden, dies muss aus den Tabellen abgelesen werden.

**Wurden die statistischen Verfahren sinnvoll angewendet?**

Die statistischen Verfahren wurden sinnvoll angewendet:

Chi-Quadrat-Test: Angewendet, um zu sehen, wie zwei Variablen zueinanderstehen

Student-t-Test: Der Zweistichproben-t-Test (auch Doppelter t-Test; engl. two-sample t-test) prüft anhand der Mittelwerte zweier unabhängiger Stichproben, wie sich die Mittelwerte zweier Grundgesamtheiten zueinander verhalten. Dabei wird vorausgesetzt, dass die Daten der Stichproben einer normalverteilten Grundgesamtheit entstammen bzw. es genügend grosse Stichprobenumfänge gibt, so dass der zentrale Grenzwertsatz erfüllt ist.

Korrelationstest: Der Korrelationskoeffizient ist ein dimensionsloses Mass für die Stärke des linearen Zusammenhangs zwischen zwei quantitativen Größen

**Entsprechen die verwendeten statistischen Tests den Datenniveaus?**

Die statistischen Test entsprechen den Datenniveaus.

**Erlauben die statistischen Angaben eine Beurteilung?**

Die statistischen Angaben Erlauben eine Beurteilung, da das Signifikanzniveau definiert wurde und in den Ergebnissen vorkommt. Variablen werden klar definiert, einzig kritisch anzumerken ist, dass die Forscher/-innen nicht alle 12 Items der Angst des ersten Fragebogens offenlegen, dies macht eine Interpretation der Ergebnisse schwierig.

**Ist die Höhe des Signifikanzniveaus nachvollziehbar und begründet?**

Nein, Aus dem Studientext ist nicht ersichtlich, ob ein Signifikanzniveau festgelegt wurde. Bei den Tabellen steht jedoch geschrieben,  $p < 0.05$  = signifikant oder  $p < 0.01$  = signifikant.

**Inwiefern sind alle relevanten ethischen Fragen diskutiert und entsprechende Massnahmen durchgeführt worden? Unter anderem zum Beispiel auch die Beziehung zwischen Forschenden und Teilnehmenden?**

	Ethische Fragen wurden in der Studie nicht diskutiert. Da es sich bei der Intervention um direkten Kontakt mit den Patientinnen handelt hätten die Forscher eine Genehmigung der Ethikkommission einholen sollen. Eine Einverständniserklärung wurde eingeholt.
<b>Ergebnisse</b>	<p><b>Sind die Ergebnisse präzise?</b> Die Ergebnisse werden mit passenden Statistischen Verfahren berechnet. Die statistischen Ergebnisse erlauben jedoch nur bedingt eine Beurteilung, da zwar signifikante Ergebnisse mit einem Sternchen gegenzeichnet wurden, der effektive Wert jedoch nicht angegeben wurde (Transparenz fehlt). Anzumerken gilt auch, dass die Ergebnisse des Ersten Fragebogens mit den 12 Eigenschaften nicht vollumfänglich beschrieben werden. Zudem werden in Tabelle 2 die Korrelation zwischen den beiden Assessmentinstrumenten und den 12 Items der Angst gezeigt, jedoch werden diese Ergebnisse nicht im Text beschrieben und überlassen die Interpretation der Leserin/ dem Leser.</p> <p><b>Wenn Tabellen / Grafiken verwendet wurden, entsprechen diese folgenden Kriterien: Sind sie präzise und vollständig (Titel, Legenden) Sind sie eine Ergänzung zum Text?</b> Die Tabellen sind nicht vollständig. Alle Tabellen sind mit Titel versehen, bei den Legenden fehlen jedoch Angaben zu Prüfgrößen. Die Tabellen bilden teilweise eine Ergänzung zum Text. Einzelne wichtige Ergebnisse werden im Text nicht erläutert und müssen aus den Tabellen entnommen werden.</p>
<b>Diskussion</b>	<p><b>Werden alle Ergebnisse diskutiert?</b> Es werden alle Ergebnisse diskutiert und mit geeigneter Literatur ergänzt.</p> <p><b>Stimmen die Interpretation mit den Ergebnissen überein? Wird nach alternativen Erklärungen gesucht?</b> Die Interpretationen stimmen mit den Ergebnissen überein. Bei den nicht signifikanten Ergebnissen, werden mögliche Erklärungsansätze beschrieben.</p> <p><b>Werden die Ergebnisse in Bezug auf die Fragestellung/ Hypothesen, Konzepte anderer Studien diskutiert und verglichen?</b> Die Ergebnisse werden mit Ergebnissen aus anderen Studien verglichen, diskutiert und verglichen.</p> <p><b>Ist die Studie sinnvoll?</b> Die Studie ist sinnvoll, da noch ein grosser Forschungsbedarf der psychischen Interventionen im perioperativen Management bei einer Hysterektomie besteht. Mögliche zu kennen, würde es ermöglichen in der Pflege die perioperativen negativen Emotionen verbessern, den psychischen Stress zu reduzieren und die postoperative Erholung zu fördern.</p> <p><b>Werden Stärken und Schwächen aufgewogen?</b> Es gibt einige Kritik bezüglich der genauen Beschreibung der Intervention und der Darstellung der Ergebnisse. Die Studie liefert jedoch wichtige und nützliche Ansätze, um geeignete Interventionen bei Frauen im perioperativen Management zu finden.</p> <p><b>Wie und unter welchen Bedingungen sind die Ergebnisse in die Praxis umsetzbar?</b> Die Ergebnisse bieten einen ersten Ansatz, wie sich die Intervention auf das perioperative Management bei Frauen einer Hysterektomie auswirkt. Die Intervention wird jedoch nur sehr grob beschrieben und kann daher nicht in der Praxis umgesetzt werden. Sie bietet jedoch einen Ansatz, an dem Pflegefachpersonen anknüpfen können. Zudem zeigen die Ergebnisse, welche möglichen Ängste vor einer Operation Vorhandensein könnten.</p> <p><b>Wäre es möglich diese Studie in einem anderen klinischen Setting zu wiederholen?</b> Die Studie könnte nicht in einem anderen klinischen Setting wiederholt werden, da wichtige Angaben fehlen. Die Messinstrumente (Fragebogen mit 12 Items der Angst) sind ungenau beschrieben. Die Intervention wird nur grob beschrieben. Eine Wiederholung des Experiment durch eine unabhängige Person (nicht Forscher/-innen) selber, wäre daher nicht möglich.</p>

Gütekriterium	Beschreibung
<b>Objektivität</b>	<p>Die Forschenden formulieren ein klares Ziel, wenden ein Blistudiendesign an, verwenden bei der Stichprobenziehung ein Zufallszahlentabelle und diskutieren die Ergebnisse ausführlich, dies widerspiegelt die Unabhängigkeit der Ergebnisse von anderen Einflüssen. Folgende Einflüsse könnten die Ergebnisse jedoch verfälschen: Die Forschenden beschreiben den theoretischen Hintergrund sehr knapp und benennen keine konkreten Argumente des Forschungsbedarfs, was eine Nachvollziehbarkeit des Vorverständnisses der Forschenden erschwert. Patientinnen erhielten eine Standard Therapie und einige Patientinnen mit Werten bei Eintritt der HAMA von <math>\geq 14</math> oder Werten von HAMD <math>\geq 17</math> eine zusätzliche Intervention (Vertiefte individuelle Psychotherapie). Es kann nicht abgeschätzt werden, welchen Einfluss diese zusätzlichen Massnahmen auf die Ergebnisse hatte. Die Stichprobe ist aufgrund ihrer demographischen Eigenschaften und der Stichprobengrösse nur bedingt repräsentativ für die Zielpopulation. Die Stichprobe schliesst Frauen ein, welche bereits Kinder hatten, verheiratet sind, aus ähnlichen geografischer Umgebung kommen und eine bestimmte Art der Hysterektomie hatten (elektive abdominale Totale Hysterektomie), dies verringert die demografische Vielfalt der Stichprobe und könnte die Ergebnisse beeinflussen. Die Stichprobenziehung ist für das Design angebracht, weist jedoch einige Ungenauigkeiten auf. Es werden sehr viele Ein- und Ausschlusskriterien angewendet, mehrheitlich um eine bereits vorhandene psychische Veränderung bei den Teilnehmerinnen auszuschliessen, welchen Einfluss dies auf die Ergebnisse haben könnten, ist nicht abzuschätzen.</p> <p>Die Intersubjektive Nachvollziehbarkeit ist durch die mangelnde Beschreibung des Forschungsprozesses nur bedingt gegeben: Der von den Forschenden entwickelte 12 Item Fragebogen der Angst ist ungenau beschrieben. Zudem werden keine wichtigen Begriffe wie Hystermyoma, Hysterektomie oder «integrated interventions» definiert. Die Ein- und Ausschlusskriterien sind sehr weitgefasst und müssten für die Nachvollziehbarkeit definiert werden. Zum Beispiel sollten die Teilnehmerinnen «keine ehelichen Konflikte haben» oder Frauen mit Lebensereignissen wie Rückschläge wurden ausgeschlossen, diese Begriffe verlangen eine Konkretisierung. Die Wahl der Rekrutierung und der Definition der Ein- und Ausschlusskriterien sind nicht begründet. Die Intervention wird ungenau beschrieben, Details werden nicht erläutert, eine exakte Wiederholung der Intervention wäre nicht möglich. Die Messinstrumente werden sehr grob beschrieben. Die Ergebnisse sind nur bedingt nachvollziehbar: Es werden passenden Statistischen Verfahren zu den Variablen verwendet. Die statistischen Ergebnisse erlauben jedoch nur bedingt eine Beurteilung, da der effektive Signifikanzwert nicht angegeben wurde (Transparenz fehlt). Anzumerken gilt auch, dass die Ergebnisse des Ersten Fragebogens mit den 12 Eigenschaften nicht vollumfänglich beschrieben werden. Zudem werden in Tabelle 2 die Korrelation zwischen den beiden Assessmentinstrumenten und den 12 Items der Angst gezeigt, jedoch werden diese Ergebnisse nicht im Text beschrieben und überlassen die Interpretation der Leserin/ dem Leser. Die Tabellen sind unvollständig: Titel sind vorhanden, bei den Legenden fehlen jedoch Angaben zu Prüfgrössen. Die Tabellen bilden deshalb nur teilweise eine Ergänzung zum Text. Einzelne wichtige Ergebnisse werden im Text nicht erläutert und müssen aus den Tabellen entnommen werden.</p>
<b>Reliabilität</b>	<p>Durch die ungenaue Dokumentation des Forschungsprozesses ist die Reproduzierbarkeit der Ergebnisse bei Wiederholung der Studie durch andere Forschende nur bedingt möglich. Angaben zum Reliabilitätskoeffizienten der Messinstrumente fehlen.</p>
<b>Validität</b>	<p>Die Datenerhebung sowie das Studiendesign ist für das Ziel der Studie nachvollziehbar und gut geeignet. Die Datenerhebung wird zu unterschiedlichen Zeitpunkten durchgeführt, dies ermöglicht es einen Vergleich der physischen Effekte prä- und postoperativ zu erhalten. Angaben zur Validität der Messinstrumente fehlen. Dennoch wird eine breite Vielfalt an Messinstrumenten eingesetzt, was die Validität bestärkt. Der quantitative Ansatz der Studie, ermöglicht es die kausalen Zusammenhänge zwischen der Auswirkung der «integrated Intervention» bei Patientinnen mit Hysterektomie aufgrund eines Hysteromyoms auf deren psychische Gesundheit und Stresslevel zu untersuchen. Durch diesen Ansatz soll eine Verallgemeinerbarkeit der Stichprobe auf die Population gewonnen werden (möglichst objektiv</p>

For- schungs- schritte	Zusammenfassung
<b>Einlei- tung</b>	<p>Das Ziel der Studie ist es, die Auswirkungen des «Sexual Life Reframing Programs» (von den Forschenden entwickelt) auf die Intimität der Ehe, das Körperbild und die sexuelle Funktion (sexuelles Interesse, Dysfunktion, Zufriedenheit) bei Brustkrebs-Überlebenden in Korea zu untersuchen. Eine hohe Prävalenz und Überlebensrate von Brustkrebs-Patientinnen sowie die Auswirkungen der Behandlung (Mastektomie, Chemotherapie etc.) auf die Psyche und Physiologie der Überlebenden, die in einer veränderten Sexualität münden können, unterstreichen den Forschungsbedarf. Trotz der steigenden Akzeptanz, ist Sexualität im Gesundheitswesen ein Tabuthema. Informationen zu sexuellen Problemen in Bezug auf Interventionen des Symptommanagement sowie in Bezug auf deren Erhebung sind limitiert.</p>
<b>Methode</b>	<p>Design: ein quasi-experimentelles Design, quantitativer Ansatz (Begründung zur Wahl fehlt)</p> <p>Population: Brustkrebs-Überlebende Frauen</p> <p>Stichprobe: Die Stichprobe enthielt am Ende der Studie 22 Frauen in der Interventions- und 23 Frauen in der Kontrollgruppe.</p> <p>Die Teilnehmerinnen waren Brustkrebs-Überlebende, die aus einem Lehrkrankenhaus in Seoul (Korea) kamen und folgende Einschlusskriterien erfüllten: (1) legal verheiratete Frauen zwischen 30 und 59 Jahren, die mit ihrem Ehemann zusammenleben, (2) Krebsstadien I bis III hatten (3) innerhalb von 1 bis 5 Jahren nach Brustoperation und (4) Abschluss der adjuvanten Chemotherapie sind. Ausschlusskriterien: Frauen, die eine Brustrekonstruktion hatten, wurden ausgeschlossen, da die Brustrekonstruktion das Körperbild und die Sexualität beeinflussen kann und sich von der Mastektomie oder der Lumpektomie unterscheidet. Frauen, die an Selbsthilfegruppen teilnahmen, wurden ebenfalls ausgeschlossen, da sich dies möglicherweise auf die Ergebnisse auswirken könnte.</p> <p>Ziehung der Stichprobe: Die Stichprobengröße wurde durch die Verwendung der Methode von Cohen ermittelt. Sechzig Teilnehmerinnen, die alle Einschlusskriterien erfüllten, wurden zufällig aus einer Stichprobenliste ausgewählt und entweder der Interventionsgruppe oder der Kontrollgruppe unter Verwendung einer Zufallszahlentabelle (random-number Table) zugeordnet. Beschriebene Drop-Outs: Acht Teilnehmerinnen, die der Interventionsgruppe zugewiesen wurden, und sieben Teilnehmerinnen aus der Kontrollgruppe, konnten aufgrund persönlicher Probleme wie Erwerbstätigkeit und Kinderbetreuung nicht teilnehmen. Nach Abschluss der Studie wurde die Analyse mit Daten von 22 Teilnehmerinnen aus der Versuchsgruppe und 23 aus der Kontrollgruppe durchgeführt.</p> <p>Datenerhebung: Vor dem Programm und nach dem Programm füllte die Interventionsgruppe ein Fragebogen zur ehelichen Intimität, Körperbild und Sexualefunktion aus. Die Kontrollgruppe erhielt den Fragebogen vor dem Programm per Post und nach der Intervention wurden die Daten für die Kontrollgruppe durch E-Mail-Umfragen erhoben (Rücklaufquote 76,7%). Die Daten wurden vom 6. August bis 5. Oktober 2007 erhoben.</p> <p>Intervention:</p> <p>«Sexual Life Reframing Programs»: Für die Entwicklung des «Sexual Life Reframing Programs» lieferten eine Literaturanalyse und die Interviewergebnisse aus einer Vorstudie die potenziellen Konzepte. Die spezifischen Inhalte des Programms waren nach physischen, psychologischen und relationalen Aspekten der sexueller Gesundheits- Elementen organisiert:</p> <p>Die Intervention für die körperlichen Elemente der sexuellen Gesundheit umfasste (1) Aufklärung über die Auswirkungen von Krebs und Behandlungen auf Sexualität und Sexualefunktion, (2) Gruppendiskussion und Beratung zu potenziellen und tatsächlichen sexuellen Problemen und Anliegen sowie (3) Einführung in Dehnen/Stretching, Massage und Produkte wie Gleitmittel, Vaginaldilatoren und Vibratoren, um die sexuelle Funktion zu verbessern.</p> <p>Die psychologischen Elemente der Intervention umfassten die Teilnahme an Gruppendiskussionen und -beratungen, die Teilnahme an künstlerischen Aktivitäten, die von einem klinischen Kunsttherapeuten/ Kunsttherapeutin durchgeführt wurden, das Lesen von Gedichten, das Ansehen von Filmen und Bildern, die sich auf die Erfahrungen anderer Brustkrebsüberlebender beziehen, und die Entspannung durch Bauchatmung.</p> <p>Die relationalen Elemente der Interventionen konzentrierten sich auf eheliche Sexualität und Kommunikationsfähigkeiten durch Diskussion, Beratung, Rollenspiele und das Anschauen von Filmen, die sich auf die eheliche Beziehung beziehen. Der Inhalt wurde von einem Expertengremium überprüft.</p>

Die Hauptthemen des «Sexual Life Reframing Programs» bestanden aus Entspannung (Sitzung 1), Wahrnehmung von Problemen (Sitzung 2), Exposition (Sitzung 3), Lösen von Problemen (Sitzung 4), Akzeptanz (Sitzung 5) und Auffrischen (Sitzung 6).

Intervention: Die Intervention wurde an 3 Gruppen von jeweils bis zu 10 Personen durchgeführt, um die Dynamik einer kleinen Gruppen zu maximieren. Sie wurde vom Hauptforscher/-in des Krankenhauses zur Gewährleistung der Konsistenz durchgeführt. Das Programm bestand aus 6 wöchentlichen Sitzungen, die je 2 Stunden ging.

Kontrollgruppe: Die Kontrollgruppe wurde im Krankenhaus standartmässig betreut und erhielten ein Angebot die Intervention (2 Stunden) 6 Wochen später nach der endgültigen Datenerhebung zu testen, auf Wunsch mit individueller Beratung.

Messinstrumente: (Detail siehe Übersetzung)  
Eheliche Intimität -> Marital Intimacy Questionnaire

Körperbild -> wurde anhand der 3-teiligen Körperbild-Subskala des Fragebogens zum Cancer Rehabilitation Evaluation System (CARES) gemessen

Sexuelle Funktion->  
Sexuelles Interesse -> Subskala von CARES  
Sexuelle Dysfunktion -> Subskala von CARES  
Sexuelle Befriedigung -> Skala der sexuellen Befriedigung

Eigenschaften im Zusammenhang mit Krankheit und Sexualleben  
-> durch Selbstauskunft oder medizinischen Krankenakten

Merkmale der Krankheit: Krebsstadium, Operationsmethode, die Zeit seit der Operation, Strahlentherapie, die Antihormontherapie, Pläne für die Brustrekonstruktion und der Menstruationsstatus vor und nach der Operation

Merkmale des Sexuallebens: die Zeit des Geschlechtsverkehrs nach der Operation bis dieser wieder aufgenommen wurde, die Häufigkeit des Geschlechtsverkehrs nach der Operation und Beschwerden während des Geschlechtsverkehrs.

demografischen Merkmalen: Alter, Religion, Beruf, Bildungsniveau und durchschnittliches Familieneinkommen.

Datenanalyse:

Deskriptive Statistik wurde für die Demografie und Merkmale der Teilnehmerinnen und Variablen der Studie angewendet. Chi Square Test und exakte Fisher-Tests wurden für kategoriale Variablen verwendet, und der t-Test wurde für kontinuierliche Variablen verwendet, um Unterschiede zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe zu testen. Der Kolmogorov-Smirnov-Test wurde verwendet, um die Normalverteilung von Variablen zu testen, und t-Tests um der Unterschiede der Pretest-Post-Test-Änderungen zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe zu testen. Die Daten wurden durch SPSS (SPSS Inc., Chicago, Illinois) analysiert

Datenniveau: Alter = Proportionalsskala, Religion, Erwerbstätigkeit, Bildungsniveau, Monatliches Familieneinkommen, Operationsmethode, Krebsstadium, Zeit vergangen seit Operation, Radiotherapie, Antihormontherapie, Brustrekonstruktionsvorhaben, Präoperativer Menstruationszyklus, aktueller Menstruationszyklus, Zeit seit Operation bis Geschlechtsverkehr wieder aufgenommen wurde, Postoperative Häufigkeit des Geschlechtsverkehrs, Beschwerden beim Geschlechtsverkehr, = Nominalskala eheliche Intimität (Score), Körperbild (Score), sexuelles Interesse (Score), sexuelle Dysfunktion (Score), sexuelle Befriedigung (Score) = Ordinalskaliert

Signifikanzniveau: Aus dem Studientext ist nicht ersichtlich, ob ein Signifikanzniveau festgelegt wurde. Es wird am Rande erwähnt, dass  $p < 0.001$  = signifikant ist.

Ethik: Eine Bestätigung der Ethikkommission (Institutional Review Board) wurde erhalten und eine Einverständniserklärung der Teilnehmerinnen wurde eingeholt.

<p><b>Ergebnisse</b></p>	<p>Merkmale der Teilnehmerinnen: Die Interventionsgruppe und die Kontrollgruppe waren zu Beginn der Studie in ihren demografischen Eigenschaften und den mit der Krankheit und dem Sexualleben verbundenen Eigenschaften ähnlich. Das durchschnittliche Alter der Frauen in der Interventionsgruppe betrug 45,7 (SD, 6,4) Jahre und das der Kontrollgruppe 46,2 (SD, 6,9) Jahre. Die meisten Teilnehmerinnen hatten eine Religion (71%), waren Vollzeitfrauen (80%) und hatten mehr als die High School (76%) absolviert. Das monatliche Familieneinkommen lag im Durchschnitt bei 3 440 000 Won (entspricht 2866 USD) und damit etwas niedriger als der städtische Durchschnitt zu diesem Zeitpunkt. Die meisten Teilnehmerinnen befanden sich in einem frühen Stadium (Stadium I oder II) und hatten eine Mastektomie erhalten. Die Zeit vergangen seit der Operation betrug durchschnittlich 33,5 Monate. Mehr als die Hälfte der Teilnehmerinnen hatte eine Strahlentherapie. Die meisten Teilnehmerinnen nahmen Tamoxifen (antitumoraler Wirkstoff aus der Gruppe der Antiöstrogene, der zur Vorbeugung und Behandlung von Brustkrebs eingesetzt wird.) ein und hatten keine Pläne für eine Brustrekonstruktion. Die meisten Teilnehmerinnen (71,1%) hatten vor der Behandlung regelmässige Menstruationszyklen, aber die Mehrheit (82,2%) war derzeit postmenopausal, während bei den übrigen Teilnehmerinnen nur wenige unregelmässige Zyklen auftraten. In Bezug auf das Sexualleben wurde der Geschlechtsverkehr 5 Monate nach der Operation wieder aufgenommen, wobei die Häufigkeit insgesamt zurückging. Zwei Drittel der Frauen stellten während des Geschlechtsverkehrs Beschwerden fest.</p> <p>Bei der Untersuchung der Demografie der Teilnehmerinnen gab es zu Studienbeginn keinen Unterschied zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe hinsichtlich des Alters (<math>t = -0,25, P = 0,81</math>) der Religion (<math>X^2 = 0,18, P = 0,67</math>), Erwerbstätigkeit (<math>X^2 = 0,26, P = 0,72</math>), Bildung (<math>X^2 = 4,57, P = 0,10</math>) und monatliches Familieneinkommen (<math>t = 0,93, P = 0,36</math>). Es gab auch keinen Unterschied zu Studienbeginn zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe hinsichtlich des Stadiums des Krebses (<math>X^2 = 1,14, P = .57</math>), Operationsmethoden (<math>X^2 = 1,59, P = 0,45</math>), Zeit vergangen seit der Operation (<math>t = 1,52, P = 0,14</math>), Radiotherapie (<math>X^2 = 0,54, P = 0,46</math>), Antihormon-Therapie (<math>X^2 = 0,29, P = 0,70</math>), Brustrekonstruktionsplan (<math>X^2 = 0,22, P = 0,46</math>), präoperativer Menstruationsstatus (<math>X^2 = 0,18, P = 0,67</math>), aktueller Menstruationsstatus (<math>X^2 = 0,09, P = 0,14</math>), postoperative Wiederaufnahme des Geschlechtsverkehrs (<math>t = 0,57, P = 0,57</math>), postoperative Häufigkeit des Geschlechtsverkehrs (<math>X^2 = 0,12, P = 0,73</math>) und postoperative Beschwerden während des Geschlechtsverkehrs (<math>X^2 = 0,32, P = .57</math>).</p> <p>Die Interventions- und die Kontrollgruppe waren in Bezug auf die eheliche Intimität (<math>t = 1,18, P = 0,25</math>), das Körperbild (<math>t = -0,95, P = 0,35</math>), das sexuelle Interesse (<math>t = 0,07, P = 0,95</math>) und die sexuelle Dysfunktion (<math>t = 0,20, P = 0,85</math>) und sexuelle Befriedigung (<math>t = -0,12, P = 0,90</math>) ähnlich zu Beginn.</p> <p>Die Wirkung des Sexual Life Reframing-Programms  Nach dem 6-wöchigen Intervention zeigten sich geringfügige Verbesserungen bei der ehelichen Intimität, dem Körperbild und dem sexuellen Interesse. Es gab jedoch keine statistisch signifikanten Unterschiede in der ehelichen Intimität (<math>t = 1,10, P = .29</math>), im Körperbild (<math>t = 1,60, P = .12</math>) und im sexuellen Interesse (<math>t = -0,76, P = .45</math>) zwischen den beiden Gruppen. Die Interventionsgruppe zeigte Verbesserungen der sexuellen Dysfunktion und der Befriedigungswerte nach der Intervention, während die Kontrollgruppe eine verschlechterte sexuelle Dysfunktion und Befriedigung zeigte. Zwischen den beiden Gruppen war jedoch nur die Veränderung der sexuellen Befriedigung statistisch signifikant (<math>t = 3,77, P = &lt;0,001</math>).</p>
<p><b>Diskussion</b></p>	<p>Die Forschenden diskutieren alle Ergebnisse in Bezug auf Signifikanzlevel und Vergleichen sie mit den Ergebnissen von anderen Studien, mit ähnlichem Forschungsgegenstand:</p> <p>Eheliche Intimität: In dieser Studie wurde festgestellt, dass die Veränderungen innerhalb der Interventionsgruppe nach dem Sexual Life Reframing-Programm positiver waren als die der Kontrollgruppe, wenn auch nicht statistisch signifikant.</p> <p>Gründe: eheliche Intimität ist ein dynamischer Prozess, ändert sich daher ständig/ Ehepartner wurden nicht in die Studie mit einbezogen</p> <p>Körperbild: Nach der Intervention war der Körperbild-Score in beiden Gruppen besser als zu Studienbeginn, aber er unterschied sich statisch nicht zwischen den Gruppen</p> <p>Gründe: Körperbild schliesst viele Aspekte ein, in der Studie nur den Aspekt Akzeptanz des Körpers gemessen/ Intervention war zu kurz/ zum Zeitpunkt der Messungen, haben die Frauen die Körperbildveränderung eventuell noch nicht verarbeitet (von Externalisierung zu Internalisierung)/ Eventuell Messinstrument das Körperbild in Beziehung der sozialen und kulturellen Bedeutung von Koreanischen Brustkrebsüberlebenden nicht erfasst</p> <p>Sexuelle Funktion:</p> <p>Sexuelles Interesse: es gab kein signifikanter Unterschied in der Veränderung zwischen den beiden Gruppen, obwohl sie die Bewertungen nach dem Eingriff verbesserte</p> <p>Gründe: Intervention sollte über längeren Zeitraum durchgeführt werden, dies könnte emotionale Eigenschaften evt. verbessern</p> <p>Sexuelle Dysfunktion: Die 6-wöchige Intervention hat die sexuelle Befriedigung verbessert, was deren Einführung in die Praxis suggeriert.</p> <p>Limitationen, die von den Forschenden erläutert werden:</p>

Kleine Stichprobe verhindert eine Übertragung der Ergebnisse auf eine grössere Population  
Je nachdem zu welchem Zeitpunkt (Diagnose, nach Behandlung etc.) das «Sexual Life Reframing Programs» eingesetzt wird, könnten sich unterschiedliche Ergebnisse zeigen  
Die Teilnehmerinnen waren einheitlich bzgl. der Rasse und Ethnie, dies erschwert die Generalisierbarkeit der Ergebnisse  
Nur die Brustkrebsüberlebenden wurden in die Intervention miteinbezogen, der Einbezug der Partner hätte eventuell Einfluss auf die Ergebnisse genommen  
Der Einfluss von kulturellen Eigenschaften auf die Sexualität wurde nicht berücksichtigt.

Implikationen der Intervention in die Praxis:

Das Sexual Life Reframing Programm ist das erste Pflegeinterventionsprogramm, das koreanische Brustkrebs-Überlebende dabei unterstützen soll, ihre sexuellen Probleme zu erkennen und ihr Sexualleben neu zu gestalten

Obwohl einige Befunde statistisch nicht signifikant waren, ist dieses Programm von klinischer Bedeutung, da es den Frauen die Möglichkeit bietet, sexuelle Probleme zu diskutieren und Brustkrebsüberlebende zu stärken, indem ihnen geholfen wird, sexuelle Probleme anzuerkennen und diese zu lösen. Das in dieser Studie entwickelte Programm bietet einen Vorteil als kurzfristiges Programm, indem die Dynamik von Kleingruppen erleichtert wird, die die Grundlage für weitere Kontakte von Gesundheitsdienstleistern bilden kann, was dazu führt, dass sexuelle Probleme früher erkannt und die Sexuelle Gesundheit aktiv einbezogen werden.

auch als Fortbildungs- oder Unterstützungsgruppenprogramm angewendet werden  
Pflegefachpersonen sollen sich auf alle Frauen achten, auch auf bisexuelle oder Singles

Implikationen für weiterführende Forschung:

Um die Auswirkungen des Sexual Life Reframing Program besser zu untersuchen, kann es erforderlich sein, mehrere Messungen über einen längeren Zeitraum durchzuführen, die Programmlänge anzupassen, den Ehemann einzubeziehen und alternative Massnahmen in Betracht zu ziehen.

For- schungs- schritt	Würdigung
<b>Einlei- tung</b>	<p><b>Beantwortet die Studie eine wichtig Frage der Berufspraxis/ BA-Fragestellung?</b> Die Studie hat das Ziel, eine Intervention zu testen, die bei Frauen mit Brustkrebs angewendet wird, um deren Körperbild, eheliche Intimität sowie ihre Sexuelle Funktion zu verbessern. Es handelt sich um eine Intervention, die perioperativ angewendet werden kann. Die Intervention könnte auf Grund der ähnlichen Auswirkungen einer Mastektomie und Hysterktomie auf die psychische Gesundheit und Sexualität einer Frau, auf Patientinnen nach einer Hysterektomie angewendet werden, und leistet somit einen Ansatz zur Beantwortung der Fragestellung in der Bachelorarbeit.</p> <p><b>Sind die Forschungsfragen klar definiert? Ev. durch Hypothesen ergänzt?</b> In der Studie werden keine Forschungsfragen und Hypothesen formuliert. Es wird aber ein klares Ziel der Studie erläutert. Zudem wird durch den theoretischen Bezugsrahmen und durch das Aufzeigen des Forschungsbedarfs bzw. das Aufzeigen der Forschungslücke ein gutes Verständnis über das Vorgehen der Forschung erläutert.</p> <p><b>Wird das Thema / das Problem im Kontext von vorhandener konzeptioneller und empirischer Literatur logisch dargestellt?</b> Das Problem wird mit empirischer Literatur logisch dargestellt. Es fehlen jedoch Definitionen zu den Begriffen Körperbild, ehelicher Intimität und sexuelle Funktion, inklusive sexuelles Interesse, sexuelle Dysfunktion und sexuelle Befriedigung. In einem separaten Kapitel «conceptual Framework» werden die Grundannahmen der Studie erläutert, dies fördert die Transparenz der Studie.</p>
<b>Methode</b>	<p><b>Ist die Verbindung zwischen der Forschungsfrage und dem gewählten Design logisch und nachvollziehbar?</b> Der quantitative Ansatz und das Design der Studie, ermöglicht es die kausalen Zusammenhänge zwischen der Auswirkung der «Sexual Life Reframing Programs» auf Körperbild, eheliche Intimität und sexuelle Funktion von Patientinnen mit Brustkrebs zu untersuchen. Durch diesen Ansatz soll eine Verallgemeinerbarkeit der Stichprobe auf die Population gewonnen werden (möglichst objektiv).</p> <p><b>Ist die Stichprobenziehung für das Design angebracht?</b> Die Stichprobenziehung ist für das Design angepasst.</p> <p><b>Ist die Stichprobe repräsentativ für die Zielpopulation?</b> Die Stichprobe ist aufgrund ihrer demographischen Eigenschaften und der Stichprobengrösse nur bedingt repräsentativ für die Zielpopulation. Die Stichprobe schliesst Frauen ein, welche verheiratet sind, aus ähnlichen geografischer Umgebung kommen und keine Brustrekonstruktion hatten, dies verringert die demografische Vielfalt der Stichprobe und macht sie weniger repräsentativ für die Population. Eine Begründung der Ausschlusskriterien wird aufgezeigt, was die Transparenz der Forschung fördert. Zudem waren die demografischen Eigenschaften der Interventions- sowie Kontrollgruppe sehr ähnlich, dies macht die beiden Gruppen gut vergleichbar.</p> <p><b>Auf welche Population können die Ergebnisse übertragen werden?</b> Die Ergebnisse können auf verheiratete Frauen mit Brustkrebs übertragen werden. Eventuell auch mit Frauen, die sich einer Hysterektomie unterzogen haben</p> <p><b>Ist die Stichprobengrösse angemessen? Wie wird sie begründet?</b> Die Stichprobengrösse wurde durch die Verwendung der Methode von Cohen ermittelt und begründet. Sechzig Teilnehmer, die alle Einschlusskriterien erfüllten, wurden zufällig aus einer Stichprobenliste ausgewählt und entweder der Interventionsgruppe oder der Kontrollgruppe unter Verwendung einer Zufallszahlentabelle (random-number Table) zugeordnet. Für eine Verallgemeinerung der Ergebnisse auf eine Population ist die Stichprobe zu klein.</p> <p><b>Beeinflussen die Drop-Outs die Ergebnisse? Wie wurden die Vergleichsgruppen erstellt? Sind sie ähnlich? Werden Drop-Outs angegeben und begründet?</b> Die Interventionsgruppe und die Kontrolle sind sich in den demographischen Eigenschaften sehr ähnlich, dies lässt ein Vergleich der Effekte der Intervention auf die Interventionsgruppe zu. Drop Out wurden erwähnt und Begründet.</p> <p><b>Wie wurden die Vergleichsgruppe erstellt?</b> Die infrage kommenden 60 Teilnehmerinnen, wurden anhand einer Zufallszahlentabelle (random number table) einer Interventionsgruppe und einer Kontrollgruppe zugeteilt.</p>

	<p><b>Ist die Datenerhebung für die Fragestellung nachvollziehbar?</b> Die Datenerhebung ist für das Ziel der Studie nachvollziehbar und gut geeignet. Die Datenerhebung wird zu unterschiedlichen Zeitpunkten durchgeführt, dies ermöglicht es einen guten Vergleich der Effekte.</p> <p><b>Sind die Methoden der Datenerhebung bei allen Teilnehmerinnen gleich?</b> Es gibt bei der Methoden der Datenerhebung bei den Teilnehmerinnen Unterschiede: Vor dem Programm und nach dem Programm füllte die Interventionsgruppe ein Fragebogen zu ehelicher Intimität, Körperbild und Sexualfunktion ausgefüllt. Die Kontrollgruppe erhielt den Fragebogen vor dem Programm per Post und nach der Intervention wurden die Daten für die Kontrollgruppe durch E-Mail-Umfragen erhoben (Rücklaufquote 76,7%).</p> <p><b>Sind die Daten komplett, d.h. von allen Teilnehmerinnen erhoben?</b> Die Daten sind komplett., wurden also von allen Teilnehmerinnen erhoben.</p> <p><b>Sind die Messinstrumente zuverlässig (reliability)? Sind die Messinstrumente valide (validity)? Wird die Auswahl der Messinstrumente nachvollziehbar begründet?</b> Die Forscher/-innen geben keine Informationen bezüglich der Reliabilität und Validität der Messinstrumente an. Dennoch geben die Forschenden das Cronbachs Alpha an (auch Cronbachs <math>\alpha</math> oder einfach nur <math>\alpha</math>), was ein Maß für die interne Konsistenz einer Skala aufzeigt, dieser Wert war bei allen Messinstrumenten gut und zeigt so deren interne Konsistenz auf. Eine Begründung für die Auswahl dieser Messinstrumente wurde nicht erläutert.</p> <p><b>Sind mögliche Verzerrungen/ Einflüsse auf die Intervention erwähnt?</b> Die Forschenden beschreiben keine möglichen Verzerrungen/ Einflüsse der Intervention. Die entwickelte Intervention besteht jedoch aus sechs verschiedenen Sitzungen mit unterschiedlichen Inhalten. Es ist nicht möglich Aussagen darüber zu machen, welcher Teil der Sitzungen wie und wie stark auf die Ergebnisse Einfluss genommen hat.</p> <p><b>Werden die Verfahren der Datenanalyse klar beschrieben?</b> Das Verfahren der Datenanalyse wird klar beschrieben. Es wird beschrieben welcher statistischen Tests für welche Messung zum Einsatz kam.</p> <p><b>Wurden die statistischen Verfahren sinnvoll angewendet?</b> Die statistischen Verfahren wurden sinnvoll angewendet.</p> <p><b>Entsprechen die verwendeten statistischen Tests den Datenniveaus?</b> Die statistischen Test entsprechen den Datenniveaus.</p> <p><b>Erlauben die statistischen Angaben eine Beurteilung?</b> Die statistischen Angaben Erlauben eine Beurteilung, da sie das Signifikanzniveau aufzeigen. Das Signifikanzniveau wird von den Forschenden nur am Rande definiert, dies erschwert die Interpretation. Variablen werden klar definiert, einzig kritisch anzumerken ist, dass die Variablen "Präoperativer Menstruationszyklus" und "Aktueller Menstruationszyklus" in Beziehung auf die Definition von irregulär und regulär ungenau ist.</p> <p><b>Ist die Höhe des Signifikanzniveaus nachvollziehbar und begründet?</b> Nein, Aus dem Studientext ist nicht ersichtlich, ob ein Signifikanzniveau festgelegt wurde. Am Rande wird erwähnt, dass <math>p &lt; 0.01</math> = signifikant ist.</p> <p><b>Inwiefern sind alle relevanten ethischen Fragen diskutiert und entsprechende Massnahmen durchgeführt worden? Unter anderem zum Beispiel auch die Beziehung zwischen Forschenden und Teilnehmenden?</b> Ethische Fragen wurden in der Studie nicht diskutiert. Es wurde eine Genehmigung der Ethikkommission und eine Einverständniserklärung eingeholt.</p>
Ergebnisse	<p><b>Sind die Ergebnisse präzise?</b> Die Ergebnisse werden mit passenden Statistischen Verfahren berechnet, in Worten und Zahlen beschrieben, daher sind die Ergebnisse präzise (Transparenz vorhanden).</p> <p><b>Wenn Tabellen / Grafiken verwendet wurden, entsprechen diese folgenden Kriterien: Sind sie präzise und vollständig (Titel, Legenden) Sind sie eine Ergänzung zum Text?</b> Die Tabellen sind vollständig. Alle Tabellen sind mit Titel versehen, und eine Legende wird aufgeführt. Die Tabellen bilden eine Ergänzung zum Text.</p>
Diskussion	<p><b>Werden alle Ergebnisse diskutiert?</b> Es werden alle Ergebnisse diskutiert und mit geeigneter Literatur ergänzt.</p>

**Stimmen die Interpretation mit den Ergebnissen überein? Wird nach alternativen Erklärungen gesucht?**

Die Interpretationen stimmen mit den Ergebnissen überein. Bei den nicht signifikanten Ergebnissen, werden mögliche Erklärungsansätze beschrieben.

**Werden die Ergebnisse in Bezug auf die Fragestellung/ Hypothesen, Konzepte anderer Studien diskutiert und verglichen?**

Die Ergebnisse werden mit Ergebnissen aus anderen Studien verglichen, diskutiert und verglichen.

**Ist die Studie sinnvoll?**

Die Studie ist sinnvoll, da die Interventionen folgende Implikationen für die Praxis bereitstellt:

Das Sexual Life Reframing Programm ist das erste Pflegeinterventionsprogramm, das koreanische Brustkrebs-Überlebende dabei unterstützen soll, ihre sexuellen Probleme zu erkennen und ihr Sexualleben neu zu gestalten

Obwohl einige Befunde statistisch nicht signifikant waren, ist dieses Programm von klinischer Bedeutung, da es den Frauen die Möglichkeit bietet, sexuelle Probleme zu diskutieren und Brustkrebsüberlebende zu stärken, indem ihnen geholfen wird, sexuelle Probleme anzuerkennen und diese zu lösen. Das in dieser Studie entwickelte Programm bietet einen Vorteil als kurzfristiges Programm, indem die Dynamik von Kleingruppen erleichtert wird, die Grundlage für weitere Kontakte von Gesundheitsdienstleistern bilden kann, was dazu führt, dass sexuelle Probleme früher erkannt und die sexuelle Gesundheit aktiv einbezogen werden.

Die Intervention kann auch als Fortbildungs- oder Unterstützungsgruppenprogramm angewendet werden

**Werden Stärken und Schwächen aufgewogen?**

In der Diskussion werden Schwächen und Stärken der Studie erläutert.

**Wie und unter welchen Bedingungen sind die Ergebnisse in die Praxis umsetzbar?**

Die Ergebnisse bieten einen ersten Ansatz, wie sich die Intervention auf das perioperative Management bei Frauen mit Brustkrebs bzw abgeleitet davon bei einer Hysterektomie auswirken könnte. Die Intervention wird klar beschrieben die einzelnen Anwendungen/ Interventionen in den einzelnen Sessions sind jedoch nicht beschrieben. Daher kann die Intervention von einer an der Forschung unbeteiligten Person nicht in der Praxis umgesetzt werden. Sie bietet jedoch einen Ansatz, an dem Pflegefachpersonen anknüpfen können.

**Wäre es möglich diese Studie in einem anderen klinischen Setting zu wiederholen?**

Die Studie könnte nicht in einem anderen klinischen Setting wiederholt werden, da wichtige Angaben fehlen. Die Intervention und die Messinstrumente sind zu ungenau beschrieben.

Gütekriterium	Beschreibung
<b>Objektivität</b>	<p>Die Forschenden stellen den theoretischen Hintergrund des Themas im Kontext von vorhandener konzeptioneller und empirischer Literatur logisch dar, verwenden ein quantitatives Design und formulieren ein klares Ziel, was die Unabhängigkeit der Ergebnisse durch andere Einflüsse bestärkt. Folgende Einflüsse könnten die Ergebnisse jedoch verfälschen: Die Methoden der Datenerhebung bei den Teilnehmerinnen unterscheiden sich in der Kontroll- (Fragebogen per Post und E-Mail-Umfragen) und der Interventionsgruppe (ungenauere Angaben). Die entwickelte Intervention besteht aus sechs verschiedenen Sitzungen mit unterschiedlichen Inhalten. Es ist nicht möglich Aussagen darüber zu machen, welcher Teil der Sitzungen, wie bzw. wie stark auf die Ergebnisse Einfluss genommen hat. Die Stichprobe ist aufgrund ihrer demographischen Eigenschaften nur bedingt repräsentativ für die Zielpopulation. Die Stichprobe schließt Frauen ein, die verheiratet sind, aus ähnlicher geografischer Umgebung kommen und keine Brustrekonstruktion hatten, dies verringert die demografische Vielfalt der Stichprobe und könnte die Ergebnisse beeinflussen. Die Interventions- und die Kontrollgruppe sind sich in den demographischen Eigenschaften sehr ähnlich, dies lässt einen guten Vergleich der Effekte der Intervention auf die Interventionsgruppe zu.</p> <p>Die intersubjektive Nachvollziehbarkeit ist durch die Beschreibung des Forschungsprozesses zu einem gewissen Grad vorhanden: In einem separaten Kapitel «conceptual Framework» werden die Grundannahmen der Studie erläutert und eine Begründung der Ausschlusskriterien wird aufgezeigt, dies fördert die Nachvollziehbarkeit der Studie. Die Ergebnisse werden mit passenden statistischen Verfahren berechnet, in Worten und Zahlen beschrieben, daher sind die Ergebnisse präzise und transparent. Die Tabellen sind vollständig und bilden eine Ergänzung zum Text. Die Stichprobenziehung (Zufallszahlentabelle) ist verständlich beschrieben. Drop Outs wurden erwähnt und begründet. Limitationen sowie Implikationen für die Praxis werden erläutert. Die Nachvollziehbarkeit wird jedoch geschwächt, indem Definitionen zu den Begriffen Körperbild, eheliche Intimität und sexuelle Funktion, inklusive sexuelles Interesse, sexuelle Dysfunktion und sexuelle Befriedigung fehlen. Die Intervention wird grob beschrieben, Details werden nicht erläutert, eine exakte Wiederholung der Intervention wäre nicht möglich. Die Messinstrumente werden beschrieben, Detailangaben fehlen.</p>
<b>Reliabilität</b>	<p>Durch die ungenaue Dokumentation der Intervention ist die Reproduzierbarkeit der Ergebnisse bei Wiederholung der Studie durch andere Forschende nur bedingt möglich. Die Angabe des Cronbachs Alpha zu den Messinstrumenten widerspiegelt deren interne Konsistenz.</p>
<b>Validität</b>	<p>Die Datenerhebung ist für das Ziel der Studie nachvollziehbar und gut geeignet. Die Datenerhebung wird zu unterschiedlichen Zeitpunkten durchgeführt, dies ermöglicht es einen guten Vergleich der Effekte. Der quantitative Ansatz und das Design der Studie, ermöglichen die kausalen Zusammenhänge zwischen der Auswirkung der «Sexual Life Reframing Programs» auf Körperbild, eheliche Intimität und sexuelle Funktion von Patientinnen mit Brustkrebs zu untersuchen. Durch diesen Ansatz soll eine Verallgemeinerbarkeit der Stichprobe auf die Population gewonnen werden (möglichst objektiv).</p>

For- schungs- schritte	Zusammenfassung
<b>Einlei- tung</b>	<p>Problem: Die Forscher/-innen zeigen auf, welche Folgen gynäkologischer Krebs nach sich ziehen kann und dass bei Frauen mit gynäkologischem Krebs der Wunsch und das Bedürfnis nach Wissen zum Management bei psychosexuellen Probleme besteht. Dieses Anliegen wird vom Gesundheitspflegeteam trotz Erkennung meist ausser Acht gelassen, dies hauptsächlich aufgrund des Zeitmangels. Aus diesem Grund greifen viele Betroffene für Information und Unterstützung auf das Internet zurück. Die Wahrscheinlichkeit, das Krebsleidende aufgrund sehr persönlicher Probleme einer web-basierten Selbsthilfegruppe beitreten ist grösser als bei einer persönlichen, vermutlich aufgrund der Vereinfachung durch die Anonymität. Auch das asynchrone Format (Zugriff zu jeder Tag- und Nachtzeit) ist vorteilhaft.</p> <p>Obwohl Internetgruppen für Krebspatientinnen zur Verfügung stehen und weitverbreitet sind, fokussieren aber nur wenige auf gynäkologischen Krebs oder Sexualität.</p> <p>Forschungsfrage: In der Studie wird keine Forschungsfrage formuliert.</p> <p>Ziel: Das Hauptziel der Studie lag darin, zu ermitteln, ob gynäkologische Krebspatientinnen in einer randomisierten kontrollierten Studie einer Onlineunterstützungsgruppe, die sich mit psychosexuellen Problemen von gynäkologischen Krebspatientinnen befasst, teilnehmen würden und die Teilnehmer-rate zu bestimmen (Durchführbarkeitsstudie).</p> <p>Ein zweitrangiges Ziel war es, vorläufige Nachweise zu sammeln, dass ein professionell geführte Onlineunterstützungsgruppe, die sich mit psychosexuellen Problemen dieser Patientinnen befasst, psychosexuelle/n Distress/ Belastung reduzieren kann.</p> <p>Theoretischer Bezugsrahmen: Gynäkologischer Krebs ist der vierthäufigste diagnostizierte Krebs bei Frauen und ist von einer Reihe gut dokumentierter psychosexuellen Probleme begleitet. Schätzungen der Häufigkeit von anhaltender sexueller Belastung (Distress) in dieser Population wird auf etwa 50% geschätzt. Sexuelle Schwierigkeiten in der Folge der Behandlung sind die grösste Quelle der Belastung, häufig begleitet von Depression, und können die sexuelle Intimität zu einer Zeit stören, wo die Pufferwirkung einer intimen Beziehung am meisten gebraucht wird. Ein vermindertes Gefühl der Intimität und Nähe mit einem Lebenspartner kann negative Folgen auf die Beziehung und die Familie haben.</p> <p>Forschungslücke/ Forschungsbedarf: Es besteht sowohl ein Bedarf an Interventionen bei diesen Patienten als auch ein Mangel an evidenzbasierten psychosozialen Interventionen und deren Untersuchung.</p> <p>Pharmakologische Interventionen wie Testosteronsupplementierung sind entweder zulassungsüberschreitende Anwendungen (off-label-use), bei denen die langfristige Sicherheit unbekannt ist, oder sie sind nicht wirksam für die sexuellen Probleme dieser Frauen.</p>
<b>Methode</b>	<p>Design: Randomisierte kontrollierte Pilotstudie, um die Wirksamkeit der Intervention zu testen.</p> <p>Population: Frauen mit psychosexuellem Distress aufgrund der Behandlung von gynäkologischem Krebs</p> <p>Stichprobe: 27 Frauen nahmen an der Studie teil, 21 haben die Verlaufskontrolle nach vier Monaten abgeschlossen und 23 die Verlaufskontrolle nach 8 Monaten. Durchschnittsalter Gruppe 1 39.9 (29-58) und Gruppe 2 44.6 (28-59) Jahre (restliche Eigenschaften sind in der Tabelle, 1 Frau hatte Kriterium nicht erreicht (10 Jahre seit Ende Behandlung) nicht klar ob sie sich bezüglich der soziodemographischen Eigenschaften statistisch signifikant unterscheiden.</p> <p>Ziehung der Stichprobe: Die Rekrutierung erfolgte in den gynäkologischen Onkologieambulatorien im Princess Margaret Krankenhaus und im Odette Krebszentrum, Toronto, Kanada über einer 3-monatigen Zeitspanne von Mitte Januar bis Mitte April 2009.</p> <p>97 wurden angesprochen, 47 waren interessiert, 36 (76%) davon erfüllten die Einschlusskriterien. Von den 36 passenden Teilnehmern hatten 27 (75%) die Fragebögen zu Studienbeginn ausgefüllt, danach zufällige Zuteilung zu der sofortigen Behandlungsgruppe (Gruppe 1) oder der Wartelistekontrollgruppe (Gruppe 2). Nicht klar, wie die 97 ausgewählt wurden.</p> <p>Einschluss-/Ausschlusskriterien</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-operative, medizinische oder Strahlenbehandlung für gynäkologischen Krebs erhalten</li> <li>-nicht in laufender Behandlung sein</li> <li>-krankheitsfrei seit mindestens 3 Monaten</li> <li>-vor nicht mehr als 5 Jahren die Diagnose erhalten</li> </ul>

- bereit, psychosexuelle Probleme zu diskutieren
- 18 Jahre oder älter
- Zugriff auf einen Computer und Internet
- Englisch schreiben, sprechen und lesen können
- Einwilligungserklärung geben
- mind. 24 Punkte auf der Female Sexual Distress Scale-Revised (FSDS-R). (höhere Ausschlussgrenze als die empfohlenen 11 gewählt um zu vergewissern, dass der Distress bei den Frauen bei weitem grösser ist, als es normalerweise bei Frauen mit gynäkologischem Krebs der Fall ist)

Rekrutierung ungeachtet der Computerkenntnisse (private Computerinstruktion angeboten wenn nötig)

Datenerhebung: Demographische Informationen wurden via Fragebogen zu Beginn der Studie erfasst. Klinische Daten wie International Federation of Gynecologic and Obstetrics stage (Klassifikation gynäkologischer Tumore), Krankheitsstelle, Menopausenstatus und Behandlung wurden von der Krankenakte entnommen.

Die Frauen wurden zu untersucht bei Studienbeginn, nach der Vollendung der Intervention der sofortigen Behandlungsgruppe (Verlaufskontrolle nach 4 Monaten) und nachdem die Warteliste die Intervention vollendet hatte (Verlaufskontrolle nach 8 Monaten).

#### Messverfahren:

- Durchführbarkeit der Rekrutierung für die Studie: Anzahl Frauen, auf die zugegangen wurde, die die Teilnahme bestätigt hatten und die auswählbar waren, wurde festgehalten.

- Teilnahmerate: auf Basis der Anzahl Posts

- Female Sexual Distress Scale- Revised (FSDS-R): Selbstbeurteilungsinstrument mit 13 Items, misst Distress im Zusammenhang mit der Sexualität

- Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): Selbstbeurteilungsinstrument mit 14 Items, erfasst Vorhandensein und den Schweregrad von Depression und Angst im medizinischen Setting

- Illness Intrusiveness Ratings scale (IIRS) Selbstbeurteilungsinstrument mit 13 Items für Personen mit chronischen invalidisierenden und/ oder lebensbedrohlichen Krankheiten, misst, inwieweit die Krankheit und/ oder deren Behandlung Lebensbereiche beeinträchtigt, die für die Lebensqualität zentral sind.

Wir liefern Informationen zu den drei Subskalen: Beziehungen und persönliche Entwicklung, Intimität und Instrumental.

- GyneGals exit questionnaire: Selbst entwickeltes Selbstbeurteilungsinstrument mit 13 Items, erfasst Zufriedenheit der Teilnehmerinnen mit der Website und der webbasierten Onlineselbsthilfegruppe zu erfassen: 7-Punkte Likertskala, von überhaupt nicht zufrieden, überhaupt nicht einverstanden bis sehr zufrieden und sehr einverstanden.

- Nachbesprechungsinterview

#### Datenanalyse:

Das Hauptresultat waren die Daten zur Durchführbarkeit, spezifischer die Rekrutierungsraten und die Raten der Posts auf der Website.

Zweitrangige Ergebnisse waren der FSDS-R, HADS und IIRS. Jede Outcomevariable wurde durch Einweg Varianzanalyse getestet. Dabei wurden die Punktedifferenz pre/post Intervention für die Behandlungs- und Wartelistegruppe kombiniert (Zeitpunkt 1 minus Zeitpunkt 2 für die sofortige Behandlungsgruppe und Zeitpunkt 2 minus Zeitpunkt 3 für die Wartelistegruppe) im Vergleich zu den Pre/post Wartezeit Punkten (Zeit 1 minus Zeit 2, sprich die 3 Monate, in denen sie keine Intervention erhielten) der Gruppe der Warteliste analysiert.

Kleinen Stichprobe → erhöhung der Zahl der Stichprobengröße auf Kosten der Unabhängigkeit der Scores

Daten der Wartelistegruppe wurden verwendet für die Schätzung der Veränderung über die Zeit der Behandlung als auch die Schätzung der Nichtbehandlung.

Für die Intent-to-Treat-Analyse haben wir alle Teilnehmerdaten verwendet, die wir zu Beginn der Studie und beim Follow-up erhalten haben, unabhängig davon, ob sie teilgenommen haben bei der Intervention. Da wir die Frauen gebeten haben, mindestens eine Nachricht pro Woche zu posten, verwendeten wir 12 Posts als Cutoff für eine angemessene Interventionsdosis. Cohens d wurde für jeden Vergleich berechnet um die Effektgröße abzuschätzen.

Wegen der kleinen Stichprobengröße haben wir nicht für mehrfache Prüfungen korrigiert. (we did not correct for multiple tests)

Datenniveau: Kein Datenniveau der soziodemographischen Eigenschaften, da die Variablen zwar erhoben, aber nicht in die Analyse einbezogen wurden.

FSDS-R, HADS, IIRS = intervall und Austrittsfragebogen sind ordinalskaliert.

Standardabweichung, Effektgrößen

Einwegvarianzanalysen für alle Outcomevariablen

	<p>Keine statistische Datenanalyse (?), da es eine Pilotstudie war und somit zu wenig Aussagekraft (power) hatte, um statistisch signifikante Unterschiede zwischen der Behandlungs- und der Wartekontrollgruppe zu ergeben. Effektgrößen werden für alle Outcomevariablen vorgelegt, einschliesslich von psychosexuellem Distress, Depression, Angst und Krankheitsintrusivität.</p> <p>Signifikanzniveau: keines angegeben.</p> <p>Ethik: Die Studie wurde von den Forschungsethikvorstand aller teilnehmenden Institutionen genehmigt. Keine Diskussion von ethischen Fragen wurden angegeben.</p>
<b>Ergebnisse</b>	<p>Zentrale Ergebnisse: Durchführbarkeit Rekrutierungsraten: 97 wurde angesprochen, 47 waren interessiert, davon entsprachen 36 (76%) den Einschlusskriterien, davon hatten 27 (75%) die Fragebögen zu Studienbeginn ausgefüllt. Raten der Posts/ Teilnahme: -Durchschnitt: Gruppe 1: 8.15 vs Gruppe 2: 15.86 (halb so viele) -Angemessene Interventions-Dosis (mind. 12 Posts): Gruppe 1: 3 von 13 (23%) vs Gruppe 2: 8 von 14 (57%). -Keine Posts: Gruppe 1: 3 Frauen (23%) vs Gruppe 2: 5 Frauen (36%) -Vorstellung/ Posts Woche 1: Gruppe 1: 5 von 13 Frauen (38%) haben sich mit insgesamt 5 Posts vorgestellt vs Gruppe 2: 8 von 12 Frauen (67%) mit insgesamt 19 Posts. -Chatsitzungen Woche 10: Gruppe 1: 4 (31%) vs Gruppe 2: 5 (36%)</p> <p>FSDS-R: Effektgrösse 0.31 (mittel)/ bei adäquater Dosis 0.51 (gross) HADS: Effektgrösse 0.03 (fehlend?)/ adäquate Dosis 0.36 (mittel) IIRS: Intimität 0.28/0.82; Beziehung 0.03/-0.21; - 0.11/ -0.10 (Vorzeichen positiv bedeutet Effekt in gewünschter Richtung)</p> <p>Darstellung der Ergebnisse: Demographische und klinische Ergebnisse in Tabellenform, ausser dem Alter und der behandlungsinduzierten Menopause (die Mehrheit war jung und hatte entsprechend eine behandlungsinduzierte Menopause) wurde im Text nichts dazu ausgesagt. Die Variablen, ihr durchschnittlicher Punkteabstand, die Standardabweichungen und die Effektgrößen von vor und nach der Intervention sind angegeben und im Text angedeutet. Eine Zahl im Text entspricht nicht Tabellenresultat (0.32 Effektgrösse sexual distress)</p> <p>Die Ergebnisse der Austrittinterviews werden ausserhalb der vorliegenden Studie vorgelegt und diskutiert.</p>
<b>Diskussion</b>	<p>Es werden keine Vergleiche zu anderen Studien gemacht. (Einführung: gleiche Intervention bei Brustkrebspatienten wirksam, gleiche Hauptautorin). Dass etwa die Hälfte der angesprochenen Frauen Interesse an einer Teilnahme äusserten und die Teilnehmerinnen danach Zufriedenheit und Profit angaben, wurde so interpretiert, dass die Interventionsart Anklang findet und Potential hat, dieser Population zu nutzen.</p> <p>Dass die Teilnehmerate nicht das Interesse reflektiert, begründen sie dadurch, dass diese auf der Anzahl Posts basiert und passives Mitverfolgen der Beiträge etc. nicht einberechnet.</p> <p>Da die Stichprobe hauptsächlich unter dem Durchschnittsalter von Frauen mit gynäkologischem Krebs waren, schliessen sie darauf, dass die Intervention vor allem Jüngeren entspricht. Allerdings weisen sie darauf hin, dass die Mehrheit behandlungsinduzierte Wechseljahre durchmachte, was bekanntermaßen anhaltende negative Auswirkungen auf die Sexualität hat.</p> <p>Die mittlere Effektgrößenreduzierung von sexuellem Distress wird so interpretiert, dass eine solche Intervention bei Frauen mit sexuellem Distress dazu beitragen kann, diesen zu reduzieren und die Intimität verbessert. Auch die anderen Effektgrößen deuten auf Profit durch die Intervention hin, die angemessene Dosis-Analyse legt nahe, dass Frauen, die mehr posts am meisten profitieren können. Möglicherweise kann die Anzahl Posts aber auch die Zeit reflektieren, die auf den Websites verbracht wurde.</p> <p>Die höhere Beteiligungsquote der Wartelistengruppe wird durch die persönliche Verbindung mit den Moderatoren begründet, die zu einem besseren Verständnis der Intervention, einem größeren Komfort mit mindestens eine/r der Moderatoren/-innen und einem verbesserten Gefühl der Sicherheit geführt haben könnte. Auch die Gruppendynamik könnte ein Grund sein: die Interventionsgruppe hatte einen langsameren/ nicht gleich starken Start (weniger Interaktion in Woche 1), dadurch konnte möglicherweise nicht ausreichend Sicherheit und Zusammenhalt und eine Entwicklung reicher und dynamischer Diskussionen unterstützt werden.</p>

Limitationen: Die meisten hatten einen hohen Bildungsstand, daher ist nicht klar, ob die Intervention auch für Personen mit einem tieferen Bildungsstand geeignet ist. Ohne das Online-Verhalten der Teilnehmer zu verfolgen, kann das wahre Ausmaß der Teilnahme - Mitverfolgen und / oder Posten – an der Intervention nicht erkannt werden oder wissen, ob die Art der Teilnahme Nutzen voraussagt. Diese Studie umfasste auch eine Chat-Sitzung und es ist nicht bekannt, inwieweit die Chat-Sitzung zum Nutzen oder zur allgemeinen Zufriedenheit beigetragen hat. Letztlich ist auch nicht bekannt, inwieweit die soziale Erwünschtheit das Feedback der Teilnehmer beeinflusst hat.

Implikationen für Praxis: Die Studie liefert ermutigende Beweise dafür, dass eine Online-Intervention für sexuelle Probleme in der Folge von gynäkologischem Krebs für Frauen akzeptabel ist.

Zukünftige Forschung: Eine Vollskala randomisierte kontrollierte Studie ist erforderlich, um die Wirksamkeit zu zeigen und zu verstehen, wer davon profitiert und warum.

Forschungsschritt	Würdigung
Einleitung	<p><b>Beantwortet die Studie eine wichtige Frage der Berufspraxis/ BA-Fragestellung?</b>                      Ja, da gynäkologischer Krebs der vierthäufigste Krebs ist bei Frauen und bei einem Teil zu einer Hysterektomie führt. Die psychosexuellen Probleme, die bei etwa 50% dieser Population auftreten, betreffen somit auch die Population der BA (und der Berufspraxis). Daher sind evidenzbasierte Interventionen von grosser Notwendigkeit.</p> <p><b>Sind die Forschungsfragen klar definiert? Ev. durch Hypothesen ergänzt?</b>                      In der Studie werden keine Forschungsfragen und Hypothesen formuliert. Das Ziel der Studie ist aber klar erläutert.</p> <p><b>Wird das Thema / das Problem im Kontext von vorhandener konzeptioneller und empirischer Literatur logisch dargestellt?</b>                      Das Problem wird mit empirischer Literatur logisch dargestellt und die und die Forschungslücke wird erläutert.                      Es fehlen jedoch jegliche Erklärungen oder Definitionen der zentralen Begriffe "psychosexuell" und "Distress".</p>
Methode	<p><b>Ist die Verbindung zwischen der Forschungsfrage und dem gewählten Design logisch und nachvollziehbar?</b>                      Die randomisierte kontrollierte Studie wird von den Forscher/-innen nicht begründet. Das Studiendesign ist insofern sinnvoll gewählt, dass der Zeitfaktor aufgrund der vorhandenen Kontrollgruppe nicht stört und eine Besserung im Vergleich aufgezeigt werden kann. Es macht Sinn, einen quantitativen Ansatz zu wählen, da sonst die Teilneherrate nicht hätte berechnet werden können. Da auch die Kontrollgruppe eine Intervention erhielt, haben mögliche soziodemographische Unterschiede in den Gruppen trotz Randomisierung bei der Interventionsscore keinen Einfluss, bei der Wartelistescore schon (Intervention wurde zusammengezählt).                       Um sexuellen Distress tatsächlich zu minimieren, hätte die Intervention eventuell verlängert werden müssen.</p> <p><b>Werden die Gefahren der internen und externen Validität kontrolliert? Interne Konsistenz (?) der Messverfahren war gut, hoch und exzellent.</b></p> <p><b>Ist die Stichprobenziehung für das Design angebracht?</b>                      Die Stichprobenziehung ist für das Design angebracht, da es sich um eine Pilotstudie handelte (sollten es 100 sein?)</p> <p><b>Ist die Stichprobe repräsentativ für die Zielpopulation?</b>                      Da die Stichprobenziehung in zwei Spitälern stattgefunden hatte, ist sie repräsentativer. Die Anzahl Teilnehmerinnen ist jedoch sehr tief.</p> <p><b>Auf welche Population können die Ergebnisse übertragen werden?</b>                      Auf Frauen mit Krebstherapieinduziertem psychosexuellem Distress. Da nicht klar ist, ob der psychosexuelle Distress tatsächlich durch die Krebstherapie bedingt war, kann das Ergebnis nur mit Vorsicht übertragen werden.</p> <p><b>Ist die Stichprobengrösse angemessen? Wie wird sie begründet?</b>                      Die Stichprobengrösse angemessen, da er sich nur um eine Pilotstudie handelt.</p> <p><b>Beeinflussen die Drop-Outs die Ergebnisse? Wie wurden die Vergleichsgruppen erstellt? Sind sie ähnlich? Werden Drop-Outs angegeben und begründet?</b>                      Es gibt Vergleichsgruppen, die randomisiert wurden. Es wurde nicht angegeben, inwiefern und wie stark sich die Gruppen unterscheiden. Dies kann nur anhand der Tabelle eruiert werden.                      Über den Einfluss von Dropouts wurde nicht berichtet, man kann nur bei den Outcomes entnehmen, dass von 24 (statt den ursprünglichen 27) Follow-Up-Daten vorhanden seien.</p> <p><b>Ist die Datenerhebung für die Fragestellung nachvollziehbar?</b>                      Ja</p> <p><b>Sind die Methoden der Datenerhebung bei allen Teilnehmerinnen gleich?</b>                      Ja</p>

	<p><b>Sind die Daten komplett, d.h. von allen Teilnehmerinnen erhoben?</b> Dazu wird nichts erwähnt, kann aber wie oben erwähnt im Diskussionsteil erahnt werden.</p> <p><b>Sind die Messinstrumente zuverlässig (reliability)? Sind die Messinstrumente valide (validity)? Wird die Auswahl der Messinstrumente nachvollziehbar begründet?</b> Es wird nicht begründet, weshalb die weiteren Messinstrumente neben dem FSDS-R verwendet wurden. Zu den Messinstrumenten wird nur erwähnt, dass sie interne Konsistenz hatten. Dass die Teilnahmequote nur durch die Anzahl Posts bestimmt werden konnte, obwohl es nicht genügend aussagekräftig ist, wird durch die fehlende Technologie zur Aktivitätsmonitorisierung begründet. Daher ist die Messung weder reliabel noch valide.</p> <p>Der Austrittsfragebogen wird weder begründet noch spezifischer erläutert, als dass die Likertskala verwendet wurde. Validität und Reliabilität sind nicht bestätigt.</p> <p><b>Sind mögliche Verzerrungen/ Einflüsse auf die Intervention erwähnt?</b> Es sind keine erwähnt. Da ein Einschlusskriterium ist, gewillt zu sein, über psychosexuelle Probleme zu sprechen, kann dies die Wirksamkeit der Intervention beeinflusst haben. -Individuelle Informierung Gruppe 2 könnte unterschiedlich gewesen sein -Das tatsächliche Ausmass der Intervention bei allem Personen kann sehr unterschiedlich gewesen sein</p> <p><b>Werden die Verfahren der Datenanalyse klar beschrieben?</b> Das Verfahren der Datenanalyse wird klar beschrieben und aufgezeigt. Allerdings wird nicht erläutert, wie gewisse Effektgrößen berechnet worden sind: Beispielsweise bei der HADS ergeben die Angst und die Depression eine unabhängige Score. Auch ist nicht klar, wie erfasst worden ist, dass die meisten eine Therapieinduzierte Menopause erhalten haben.</p> <p><b>Wurden die statistischen Verfahren sinnvoll angewendet?</b> Ja, da die demographischen Daten keinen Einfluss auf die Interventionsresultate nahmen</p> <p><b>Entsprechen die verwendeten statistischen Tests den Datenniveaus?</b> Die statistischen Test entsprechen den Datenniveaus.</p> <p><b>Erlauben die statistischen Angaben eine Beurteilung?</b> Ja, eine allgemeine Verbesserung ist sichtbar durch die Intervention.</p> <p><b>Ist die Höhe des Signifikanzniveaus nachvollziehbar und begründet?</b> Es gab kein Signifikanzniveau</p> <p><b>Inwiefern sind alle relevanten ethischen Fragen diskutiert und entsprechende Massnahmen durchgeführt worden? Unter anderem zum Beispiel auch die Beziehung zwischen Forschenden und Teilnehmenden?</b> Ethische Fragen wurden in der Studie nicht diskutiert. Da es sich bei der Intervention lediglich um ein Ausfüllen von Skalen handelt, die Teilnehmerinnen ihre Einverständniserklärung abgeben und die Forscher von einer Ethikkommission genehmigt wurde, scheint dies angebracht zu sein.</p>
Ergebnisse	<p><b>Sind die Ergebnisse präzise?</b> Die Ergebnisse werden mit passenden Statistischen Verfahren berechnet und sind nachvollziehbar und präzise dargestellt und erläutert. Es ist unklar, wie die Durchschnittswerte der Scores der jeweiligen Skalen berechnet wurden.</p> <p><b>Wenn Tabellen / Grafiken verwendet wurden, entsprechen diese folgenden Kriterien: Sind sie präzise und vollständig (Titel, Legenden) Sind sie eine Ergänzung zum Text?</b> Die Tabellen sind mit Titeln versehen und haben Legenden, sie bilden eine Ergänzung zum Text.</p>
Diskussion	<p><b>Werden alle Ergebnisse diskutiert?</b> Es werden nicht alle Ergebnisse diskutiert, z.B werden die meisten demographischen Daten nicht erwähnt und auch auf die Veränderung der Punkteanzahl der Skalen wird nicht überall eingegangen.</p> <p><b>Stimmen die Interpretationen mit den Ergebnissen überein?</b> Ja, teils. Effektgrößen in die andere (Gegenteil des erwünschten Resultats) Richtung werden übergegangen.</p>

**Werden die Ergebnisse in Bezug auf die Fragestellung/ Hypothesen, Konzepte anderer Studien diskutiert und verglichen?**

Es werden keine anderen Studien zum Vergleich herangezogen.

**Wird nach alternativen Erklärungen gesucht?**

Es wird nach keinen alternativen Erklärungen gesucht.

**Ist die Studie sinnvoll?**

Die Studie ist sinnvoll, da noch ein grosser Forschungsbedarf für Interventionen bei psychosexuellem Distress bei gynäkologischen Krebspatienten besteht.

**Werden Stärken und Schwächen aufgewogen?**

Am Ende des Kapitels Diskussion werden die Schwächen und Stärken der Studie erläutert.

**Wie und unter welchen Bedingungen sind die Ergebnisse in die Praxis umsetzbar?**

Eine Online-Support-Gruppe in die Pflegepraxis einzubauen kann sich je nach Angebot im deutschsprachigen Raum schwierig gestalten.

-Websites angeben, damit sie sich selbst informieren können

-Sexologen Onlinefrageforum

-

**Wäre es möglich diese Studie in einem anderen klinischen Setting zu wiederholen?**

Die Studie könnte in einem anderen klinischen Setting, da die Datenerhebung keine speziellen Bedingungen erfordert.

Beurteilung der Güte der Studie Classen et al. (2013) anhand den quantitativen Gütekriterien nach Bartholomeyczik (2008)

Gütekriterium	Beschreibung
<b>Objektivität</b>	<p>Die Stichprobenziehung erfolgte in zwei Spitälern, was die Verzerrung durch die grössere Vielfalt reduzierte. Die Stichprobengrösse und das Design sind für die Messung angebracht. Durch die Verwendung der Selbstbeurteilungsskalen wurden die Ergebnisse durch die Forschenden soweit beurteilbar nicht verfälscht. Die Auswertungsobjektivität ist durch die Verwendung von geschlossenen Fragen gegeben. Die individuellen Einführungsgespräche durch die Moderatoren/-innen bei der Wartelistengruppe könnte die Ergebnisse beeinflusst haben. Das Einschlusskriterium gewillt zu sein, über psychosexuelle Probleme zu sprechen, könnte die Wirksamkeit der Intervention beeinflusst haben. Die zusätzlich durchgeführte Chatsitzung könnte die Meinung über die Zufriedenheit der Intervention beeinflusst haben. Die Kombinationsintervention erschwert eine genaue Identifikation der nützlichen Teilintervention. Es ist nicht klar, ob die Frauen sich in der Wartezeit oder Interventionszeit selbständig zusätzliche Informationen oder therapeutische Betreuung einholten und ob es tatsächlich die Intervention war, die die Vorteile brachte.</p> <p>Die Ergebnisse der Scores beider Gruppen wurden zusammengezählt, was die Ergebnisse bis zu einem gewissen Grad verfälschen könnte (nicht mehr randomisiert). Gewisse dieser Daten werden in der Tabelle aufgezeigt, es wird aber keine Berechnung dazu angegeben, inwiefern Strukturgleichheit herrscht. Relevante Merkmale wie z.B. Motivation zur Teilnahme sind zudem schwer zu erfassen und können die Ergebnisse erheblich beeinflussen. Allerdings wird diese Information durch die Forschenden klar kommuniziert und die Stichprobe konnte dadurch vergrössert werden. Es ist nicht klar, inwiefern Anonymität beim Ausfüllen der Selbstbeurteilungsinstrumente gewährleistet wurde und dies möglicherweise die Ergebnisse verzerrt haben könnte. Wie durch die Forschenden angemerkt könnte auch das Feedback der Teilnehmerinnen im Nachbesprechungsinterview und der Austrittsfragebogen durch die soziale Erwünschtheit beeinflusst worden sein.</p> <p>Die Forschenden erläutern ihr Vorverständnis zur Thematik, wichtige Definitionen wie zum Beispiel psychosexueller Distress fehlen. Die Datenerhebung ist verständlich. Die Datenerhebung sowie deren Analyse ist nicht nachvollziehbar, da die Berechnung der Scores nicht offengelegt ist. Auch werden viele (teils negative) Ergebnisse nicht diskutiert. Aufgrund der schlechten Beschreibung der Messinstrumente wird die Interpretation der Tabelle erschwert. Beispielsweise hat der HADS jeweils zwei unabhängige Scores (Angst/ Depression), die Forschenden geben nur eine Zahl an. Es werden nicht transparente Merkmale der Stichprobe genannt, die als Begründung für Ergebnisse verwendet werden. Beispielsweise wird erwähnt, dass die meisten Teilnehmerinnen eine behandlungsinduzierte Menopause durchgemacht hatten, was aber durch die Angaben der Charakteristiken der Frauen nicht erkennbar ist. Dropouts und ihre möglichen Auswirkungen werden nicht deutlich offengelegt. Der Austrittsfragebogen wird weder begründet noch spezifisch erläutert. Das Austrittsinterview wird nicht in der vorliegenden Studie erläutert und ist folglich nicht transparent. Da die Erfassung der Onlineaktivität weder reliabel noch valide ist, kann der tatsächliche Konsum nicht objektiv erfasst werden. Das RCT Design erlaubt eine kausale Aussage über die Wahrscheinlichkeit der Verbesserung des sexuellen Distress durch diese Intervention.</p>
<b>Reliabilität</b>	<p>Die Intervention wurde als Pilottest durchgeführt, daher ist nicht klar, ob die Reliabilität gegeben ist. Zu den drei Selbsttestskalen wird der Cronbach Coefficient angegeben, allerdings fehlen jegliche Quellen oder Offenlegung der Zahlen zur Berechnung. Die Reliabilität des Austrittsfragebogens ist nicht angegeben.</p>
<b>Validität</b>	<p>Die Validität der Messverfahren wird durch den Cronbach Coefficient aufgezeigt. Die Wahl der Messinstrumente wird allerdings nicht klar kommuniziert, es wird auch nur auf die Ergebnisse der Skala zum sexuellen Distress genauer eingegangen. Jedoch ist dies kongruent mit der Zielformulierung der Studie. Die Beteiligungsquote wurde gemessen anhand der Anzahl Posts der Teilnehmerinnen, die passive Teilnahme wie Durchlesen von Posts und Edukationsmaterial konnte nicht monitort werden. Das wahre Ausmass der Teilnahme an der Intervention und die Auswirkungen der Art der Teilnahme kann nicht bestimmt werden und verfälscht die Ergebnisse (von Forschenden deklariert). Daher ist die Validität nicht gewährleistet. Der Austrittsfragebogen wird nicht auf Validität geprüft. Durch das quantitative Forschungsdesign sollten die Ergebnisse möglichst aussagekräftig, objektiv und übertragbar sein. Da es sich um eine Pilotstudie handelt, kann diese erst Aussagen machen darüber, ob die Richtung stimmt und kann dann die Genauigkeit und den Wert eines Gross-tests unterstützen. Die Effektgrössen helfen für die Stichprobengrössenberechnung für eine Full-scale Studie.</p>

## **Anhang C: Fragebogen: Hysterektomie und Sexuelle Gesundheit**

Vielen Dank, dass du dir Zeit nimmst, deine Erfahrungen zum Thema Hysterektomie und sexuelle Gesundheit mit uns zu teilen! Auf den folgenden Seiten findest du einige Fragen zu diesem Thema. Du kannst diese in Stichworten oder ganzen Sätzen beantworten, das überlassen wir dir! Die letzte Seite ist leer, und kann benutzt werden, falls der Platz unter einer Frage nicht ausreichen würde.

### **Allgemeine Fragen**

#### **Auf welcher gynäkologischen Abteilung (inkl. Spital) warst du tätig?**

in einem Schweizer Akutspital auf einer gynäkologischen Abteilung (anonymisiert)

#### **In welchem Zeitraum warst du auf dieser Abteilung tätig?**

2007 bis 2014

#### **Gab es auf dieser Abteilung viele Patientinnen mit einer Hysterektomie? War es ein häufiger Eingriff?**

Der Eingriff kam mittelmässig oft vor, man kam aber immer wieder damit in Berührung.

### **Auswirkungen einer Hysterektomie auf die Sexuelle Gesundheit**

#### **Welche psychischen (emotional und mentalen) Auswirkungen kamen nach einer Hysterektomie vor?**

geringes Selbstwertgefühl, Depressionen aufgrund eines unerfüllten Kinderwunschs, Erleichterung bei Frauen, die vorher starke Blutungen hatten.

#### **Welche dieser psychischen Auswirkungen der Hysterektomie könnten einen Einfluss auf die Sexualität der Frau haben?**

die negativen Auswirkungen wie ein geringes Selbstwertgefühl, Depressionen aufgrund eines unerfüllten Kinderwunschs

#### **Hatte die Hysterektomie negative Auswirkungen auf soziale Kontakte wie Partnerschaft, Familie usw.?**

Auf die Partnerschaft: eine schlechte Aufklärung vor und nach Hysterektomie sowie kein Einbezug von Fachpersonen wie Psychologen/-innen bei psychischen Problemen haben die Partnerschaft beeinflusst (Streit usw.).

#### **Die Auswirkungen einer Hysterektomie auf die Sexualität werden in der Literatur kontrovers diskutiert, was glaubst du, welche negativen Auswirkungen eine Hysterektomie auf die Sexualität haben kann, bzw. was sind deine Erfahrungen?**

Schlechte Aufklärung über die Auswirkungen des Eingriffs und keine psychologische Nachbetreuung können sehr viel Einfluss auf die Sexualität nehmen. Diese Informationsvermittlung ist für die Frau selbst und den Partner vor, nach und während der Hysterektomie entscheidend.

#### **Hast du Erfahrungen mit jungen Patientinnen (vor Menopause), die eine Hysterektomie erhielten, gibt es einen Unterschied zu älteren Patientinnen?**

Tendenziell konnten jüngere Patientinnen schlechter mit einer Hysterektomie umgehen, als ältere. Es kam immer darauf an, ob ein Kinderwunsch bestand und was der Grund für die Hysterektomie war.

#### **Welche Rolle spielt der kulturelle Hintergrund einer Frau auf die Auswirkungen einer Hysterektomie?**

Keine Unterschiede beobachtet

**Gibt es Risikogruppen, die besonders anfällig sind, psychische/ sexuelle Probleme nach einer Hysterektomie zu erleiden?**

Patientinnen, die beim Eingriff eine psychische Erkrankung haben, jüngere Patientinnen, Frauen mit Kinderwunsch

**Inwiefern findest du die Auswirkungen auf das Körperbild einer Frau nach einer Hysterektomie vergleichbar mit den Auswirkungen auf das Körperbild durch eine Mastektomie?**

Für mich sind die Auswirkungen ähnlich. Die betroffene Frau verliert ein weibliches Geschlechtsorgan, also ein Organ, das die Weiblichkeit definiert. Bei der Mastektomie besteht jedoch die Möglichkeit den Verlust durch ein Implantat zu ersetzen, was den Umgang mit dem Verlust erleichtert.

**Pflegerische Interventionen nach Hysterektomie**

**Was waren Pflegeschwerpunkte nach einer Hysterektomie?**

- Schmerztherapie
- Mobilisierung
- Versorgung von Blutungen
- Intimpflege
- Wundversorgung (abdominelle Hysterektomie)

**Gab es pflegerische Massnahmen/ pflegerische Interventionen, um sexuelle Probleme nach Hysterektomie zu behandeln?**

Es gab keine.

**Welche pflegerischen Massnahmen wurden bei sexuellen Problemen nach Hysterektomie getroffen?**

keine

**Welche Auswirkungen der Hysterektomie werden mit den Frauen vor der Hysterektomie besprochen?**

Psychische und physische, z. B. Menopause, Komplikationen usw. Je nach Alter und Krankheitsgeschichte

**Gibt es allgemeine Interventionen zur Förderung der Sexualität einer Frau?**

Keine spezifischen Interventionen, eventuell weiterleiten an Psychologen/-in

**Wurden Assessmentinstrumente verwendet, um sexuelle Probleme nach Hysterektomie zu erfragen?**

Es gab Broschüren, Prospekte und Fragebögen, wurden jedoch von Psychologen/-innen verteilt.

**Wurden Assessmentinstrumente verwendet, um das Körperbild einer Frau vor oder nach Hysterektomie zu erfragen?**

Nein

**Wurden Assessmentinstrumente verwendet, um das psychische Befinden einer Frau vor oder nach Hysterektomie zu erfragen?**

Spezieller Fragebogen: Bei Frauen mit Diagnose Depression wurden Betreuungsgespräche durch Fachpersonen durchgeführt, auch bei den genannten Risikogruppen wie junge Frauen oder Frauen mit offenem Kinderwunsch wurden Betreuungsgespräche durchgeführt.

**Abschlussfragen**

**Möchtest du uns noch etwas zu diesem Thema mitgeben, noch etwas hinzufügen?**

Nein