



„Let’s talk about sex, baby?!“

Untersuchung des aktuellen Forschungsstandes von Sexualaufklärung zur Sexualität von Eltern im ersten Jahr postpartum und welche Implikationen sich für Hebammen und ihre Arbeit daraus ableiten lassen

Bachelorarbeit

Tag der Abgabe: 20.11.2023

Vorgelegt von: Greta Mahne



Im Studiengang Hebammenwissenschaften dual B. Sc.

Gutachterinnen:

Prof. Dr. oec. troph. B. Zyriax, Erstprüfende

Dr. Thula Koops, Zweitprüfende

Vorwort

Hinweis zum gendersensiblen Sprachgebrauch

In dieser Ausarbeitung wird bewusst von Frauen und Männern gesprochen und sich auf ein heteronormatives Beziehungsbild bezogen, da sich die meisten Studien in diesem Bereich bislang überwiegend mit cisgeschlechtlichen und heterosexuellen Menschen beschäftigen. Trotzdem wird in der vorliegenden Arbeit angestrebt eine geschlechtergerechte Sprache zu verwenden, indem geschlechtsneutrale Begriffe oder Bezeichnungen mithilfe eines Doppelpunkts verwendet werden. Zwar ist er nicht barrierefrei, was zu kritisieren bleibt und wofür weiterhin Lösungen gefunden werden müssen; im Kontext dieser Arbeit wird jedoch Wert auf die Sichtbarmachung des Spektrums von Geschlecht gelegt.

Der Begriff Hebamme umfasst entsprechend der Berufsbezeichnung geschlechtsunabhängig alle Personen, die als Hebamme zugelassen sind.

Abstract

Einleitung/ Hintergrund: In der Zeit des Puerperiums werden physiologische, psychologische als auch soziokulturelle Faktoren aufgeführt, die die Sexualität von Frauen und ihren Partner:innen negativ beeinflussen können. Sexuaufklärung und -beratung von Mitarbeitenden der Gesundheitsversorgung könnte im Umgang mit diesen Veränderungen helfen und wird von einigen Studien empfohlen. Aufgrund dessen untersucht die vorliegende Arbeit den aktuellen Forschungsstand zu Sexuaufklärung und deren Umsetzung in die Praxis im ersten Jahr postpartum und leitet daraus Implikationen für Hebammen und ihre Arbeit ab.

Methoden: Im Rahmen einer Übersichtsarbeit werden im Anschluss an eine systematische Literaturrecherche zehn Studien analysiert und vorgestellt, die einen quantitativen und qualitativen Einblick in das Thema liefern und zur Beantwortung der Forschungsfrage hinzugezogen werden.

Ergebnisse: Die Studienergebnisse zeigen einen signifikanten Anstieg der sexuellen Zufriedenheit und Funktion nach Erhalt eines strukturierten Sexualberatungsprogrammes. Zeitgleich unterstreichen sie die mangelnde Thematisierung sexueller Gesundheitsthemen von Angehörigen der Gesundheitsversorgung in der postpartalen Phase, wobei zu diesem Zeitpunkt die Prävalenz sexueller Gesundheitsprobleme besonders hoch ist. Angehende Mediziner:innen und Hebammen beschreiben, dass Wissens-, Zeit- und Erfahrungsmangel als Hindernisse in der Thematisierung des Themas wahrgenommen werden.

Diskussion: Die positiven Effekte von strukturierten Beratungsprogrammen zur Sexualität postpartum verdeutlichen die Relevanz der Einführung solcher Programme in die Praxis. Um den Wissens- und Erfahrungsmangel von Mediziner:innen und Hebammen entgegenzuwirken, sollte Sexualmedizin umfassender im Studium behandelt und Fort- und Weiterbildungsprogramme sollten zur individuellen Wissenserweiterung genutzt werden. Frauen und Paare benötigen eine empathische, praxisbezogene, entlastende und kultursensible Beratung zu sexuellen Gesundheitsthemen. In diesem Kontext spielen Hebammen eine Schlüsselrolle, da sie Familien oft über einen längeren Zeitraum begleiten und so Vertrauen aufbauen können.

Fazit/ Schlussfolgerung: Es benötigt weitere Forschung im Bereich der Sexuaufklärung, um die Umsetzung von Beratungsgesprächen und den Ist-Zustand von Mitarbeitenden der Gesundheitsversorgung im deutschsprachigen Raum zu beurteilen. Insbesondere die Rolle der Hebamme im Rahmen von Sexuaufklärung muss in weiteren Studien intensiver untersucht werden.

Inhaltsverzeichnis

I. Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	1
II. Zusatzverzeichnis	2
III. Abkürzungsverzeichnis	2
1. Einleitung	3
1.1 Hintergrund	3
1.2 Problemstellung und Relevanz	5
1.3 Forschungsfrage und Zielsetzung der Arbeit	6
2. Methode und Literaturrecherche	6
2.1 Ein- und Ausschlusskriterien.....	9
2.2 Begründung der Studienwahl.....	11
2.3 Evaluationsinstrument.....	12
3. Ergebnisse	13
3.1 Zusammenführung der Ergebnisse.....	23
3.2 Qualitative Bewertung der Studien	26
4. Diskussion	29
4.1 Positiver Einfluss von Sexualaufklärung/ -beratung.....	29
4.2 Mangelhafte Ausbildung in Sexualmedizin und alternative Weiterbildungsmöglichkeiten	32
4.3 Implikationen für den Hebammenberuf.....	34
4.4 Stärken und Limitationen der Arbeit.....	37
5. Fazit	38
IV. Literaturverzeichnis	41
V. Anhang	I
Anhang V.I Bewertung der Studie von Zamani et al. (2019).....	I
Anhang V.II Bewertung der Studie von Sheikhi et al. (2020).....	IV
Anhang V.III Bewertung der Studie von Malakouti et al. (2020)	VII
Anhang V.IV Bewertung der Studie von Evcili et al. (2020).....	X
Anhang V.V Bewertung der Studie von McDonald et al. (2015)	XIII
Anhang V.VI Bewertung der Studie von Fitzpatrick et al. (2023).....	XXI
Anhang V.VII Bewertung der Studie von Manninen et al. (2022)	XXV
Anhang V.VIII Bewertung der Studie von Rahmani et al. (2023).....	XXIX
Anhang V.IX Bewertung der Studie von Olsson et al. (2011)	XXXV
Anhang V.X Bewertung der Studie von Pardell-Dominguez et al. (2021).....	XLI
VI. Eidesstattliche Erklärung	47

I. Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

<i>Abbildung 1 Flow Chart nach PRISMA (eigene Darstellung)</i>	9
<i>Tabelle 1: Schlüsselbegriffe und Keywords (eigene Darstellung)</i>	7
<i>Tabelle 2: Ein- und Ausschlusskriterien (eigene Darstellung)</i>	10
<i>Tabelle 3: Eingeschlossene Studien (eigene Darstellung)</i>	11
<i>Tabelle 4: Merkmale, Bewertung und Ergebnisse der quantitativen Studien (eigene Darstellung)</i>	14
<i>Tabelle 5: Merkmale, Bewertung und Ergebnisse der qualitativen Studien (eigene Darstellung)</i>	20

II. Zusatzverzeichnis

Glossar

Begriff	Definition/ Erklärung
Dyspareunie	Schmerzen beim Geschlechtsverkehr
Episiotomie	Dammschnitt
Forceps	(Geburts)-zange
Laktation	Bildung und Sekretion der Muttermilch in den Brustdrüsen
Lochialblutung	Wochenfluss: Blutung in den ersten sechs Wochen nach der Geburt
Lubrikation	Befeuchtung eines Gewebes mit einem Sekret: Befeuchtung der Vagina sowie der äußeren weiblichen Geschlechtsorgane
Puerperium	Fachbegriff für Wochenbett
Sphinkter	Ring-, Schließmuskel
Vakuumentextraktion	Sauglockenentbindung

III. Abkürzungsverzeichnis

CI	Konfidenzintervall
<i>FSFI</i>	Female sexual function index
GV	Geschlechtsverkehr
LCM	Levine's Conservation Model
OR	odds ration
PI(C)O	P:opulation, I:ntervention, C:omparison, O:utcome
pp	Postpartum
PSHEP	Postpartum sexual health education program
RCT	Randomisierte kontrollierte Studie
SSW	Schwangerschaftswoche
TTM	Trans-Theoretisches-Modell
WPSHP	Women's Postpartum Sexual Health Program

1. Einleitung

“I reacted by crying, first because of the pain, but also the sadness and frustration that we couldn't do it. That's not how it should have been, I felt there was something wrong with me and I was afraid it would never get better.” (Stavdal et al., 2019, S. 69). In diesem Zitat beschreibt eine Mutter, wie sich nach der Geburt ihres ersten Kindes ihr Sexualleben und -empfinden verändert haben. Diese Aussage verdeutlicht, dass Sexualität maßgeblich durch Schwangerschaft, Geburt und die Wochenbettzeit beeinflusst und verändert werden kann (Grussu et al., 2021, S. 7). Diese Veränderungen beziehen sich überwiegend auf das sexuelle Verhalten und die sexuelle Funktion und werden durch verschiedene Einflussfaktoren begünstigt (Grussu et al., 2021, S. 5). Zu diesen Einflussfaktoren gehören physiologische, psychologische als auch soziokulturelle Aspekte sowie die Qualität der Partnerschaft (Grussu et al., 2021, S. 7). Insbesondere die Wochenbettzeit wird als sensibles Zeitfenster beschrieben, in dem neben der körperlichen Rückbildung und Laktation auch psychologische und hormonelle Umstellungen als herausfordernd von den Müttern und Partner:innen beschrieben werden. So sollten Hebammen werdende Eltern für diese Veränderungen sensibilisieren und als Gesprächs- und Begleitperson zur Seite stehen (Stiefel et al., 2020, S. 822). Studien betonen die Relevanz evidenzbasierter Aufklärung zu den Veränderungen der Sexualität in der peri- und postnatalen Periode, um die Eltern vorzubereiten, ihnen aber auch im Umgang mit möglichen Veränderungen zu helfen (Grussu et al., 2021, S. 8). Das Konzept des Betreuungsbogens der Hebammenarbeit besagt, dass Hebammen Frauen und Paare von der Familienplanung über Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, Stillzeit und frühe Elternschaft begleiten (Stiefel et al. 2020, S. 90). Demnach wäre Sexualberatung und -aufklärung Teil der Hebammenarbeit, zumal weitere Studien die Rolle der Hebammen im Rahmen von Aufklärung zu sexueller und reproduktiver Gesundheit gesondert hervorheben (Khorasani et al., 2022, S. 3773). Auf Grund dessen wird diese Ausarbeitung das Thema der Sexualaufklärung und -beratung im ersten Jahr nach Geburt des Kindes untersuchen, um daraus Konklusionen für die Hebammenarbeit und Ausblicke für die Praxis ableiten zu können.

1.1 Hintergrund

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert *Sexualität* als einen zentralen Aspekt des Menschseins während des gesamten Lebens, welcher unter anderem Geschlechtsidentitäten und -rollen, sexuelle Orientierung, Erotik, Vergnügen, Intimität und Fortpflanzung beinhaltet. Beeinflusst werde Sexualität durch das Zusammenspiel von biologischen, psychologischen, sozialen, wirtschaftlichen, politischen, kulturellen, ethischen, rechtlichen, historischen, religiösen und spirituellen Faktoren (WHO, 2006, S.4). *Sexuelle Gesundheit* wird von der WHO als einen Zustand des körperlichen, emotionalen, geistigen und sozialen

Wohlbefindens in Bezug auf die Sexualität definiert. Dabei handele es sich nicht nur um das Fehlen von Krankheiten, Funktionsstörungen oder Gebrechen, sondern vielmehr erfordere sexuelle Gesundheit einen positiven und respektvollen Umgang mit Sexualität. Es solle die Möglichkeit geschaffen werden, dass alle Menschen lustvolle und sichere sexuelle Erfahrungen machen können, die frei von Zwang, Diskriminierung und Gewalt seien (WHO, 2006, S. 4).

Schwangerschaft, Geburt sowie die Wochenbett- und Stillzeit stellen einen großen Einschnitt im Leben eines Menschen dar. Die Transition zum Elternwerden ist geprägt von vielen Veränderungen, welche sich ebenfalls auf die Sexualität in einer Partnerschaft beziehen (Serrano Drozdowskyj et al., 2020, S.38; Williamson et al., 2008, S.99). Insbesondere der Zeitraum des Puerperiums wird als besonders sensibel beschrieben und einige Studien betonen, dass die Sexualität postpartum von physiologischen, psychologischen und soziokulturellen Faktoren beeinflusst wird (Serrano Drozdowskyj et al., 2020, S.42; Martínez-Martínez et al., 2017, S.181). Die qualitative Studie von Martínez-Martínez et al. (2017) kommt zu dem Ergebnis, dass unter anderem die körperlichen Veränderungen zu Unsicherheiten und Unzufriedenheit des eigenen Körperbildes führen und viele Frauen diese Veränderung als negativ ansehen. Zudem können Müdigkeit, Erschöpfung, Schlafmangel und eine Verschiebung der Prioritäten zu einem geringeren Interesse an Sex bei der Frau führen, was wiederum Differenzen in der Partnerschaft provozieren kann (Martínez-Martínez et al., 2017, S. 186-190). Eine qualitative Studie, die sich mit Vätern in der postpartalen Phase und dessen Umgang mit sexuellen Aktivitäten beschäftigt, beschreibt, dass einige Väter sich von ihrer Partnerin ausgeschlossen fühlen, da das Kind nun die volle Aufmerksamkeit erhält (Olsson et al., 2010, S. 721). Des Weiteren wird eine Veränderung der sexuellen Aktivitäten verzeichnet, die durch körperliche Veränderungen der Frauen und den Geburtsverletzungen zu Unsicherheiten bei den Vätern führen, wie eine weitere qualitative Studie mit Vätern aus Australien verzeichnet (Williamson et al., 2008, S. 104). Beide Studien betonen, wie wichtig Kommunikation, Zeit und Aufklärung von Seiten des Gesundheitspersonal ist (Williamson et al., 2008, S. 104; Olsson et al., 2010, S. 721). Neben den Ergebnissen der qualitativen Studien gibt es diverse quantitative Studien, die sich ebenfalls mit den physiologischen und psychologischen Veränderungen beschäftigen. Hier werden insbesondere ein geringeres Interesse an sexuellen Aktivitäten nach sechs Monaten, Dyspareunie, sprich Schmerzen beim Geschlechtsverkehr (Korda, 2008, S. 1005), eine geringere vaginale Lubrikation und Schwierigkeiten zum Orgasmus zu kommen genannt (O'Malley et al., 2018, S.4; Hidalgo-Lopezosa et al., 2022, S.4-5). In diesem Zusammenhang wird betont, dass diese Probleme nach zwölf Monaten seltener auftreten oder anhalten als nach sechs Monaten. Die International Classification of Disease (ICD-11)

definiert sexuelle Dysfunktion als Probleme, die häufig auftreten, auch wenn sie nicht durchgehend vorhanden sind, seit mindestens einigen Monaten bestehen und mit klinisch bedeutsamen Leiden verbunden sind (WHO, 2022). Symptome können unter anderem bleibende oder wiederkehrende Beeinträchtigung der Libido, der Erregung, der Orgasmusfähigkeit oder koital verursachte Schmerzen sein (Korda, 2008, S.1005). Die Einflussfaktoren sind vielfältig und die Studienlage ist diesbezüglich nicht durchgehend eindeutig. Nichtsdestotrotz werden als Risikofaktoren für eine Dyspareunie insbesondere Dammrisse III-IV°, also Verletzungen mit Sphinkterbeteiligung, eine Episiotomie, eine vorbestehende Dyspareunie als auch eine Geburt mit Vakuumextraktion/ Forceps genannt (Cattani et al., 2022, S. 1020; O'Malley et al., 2018, S. 4-5). Inwiefern eine primäre Sectio das Risiko für eine Dyspareunie verringert, ist umstritten. Die Meta-Analyse von Cattani et al. (2022) kommt zu dem Ergebnis, dass die Wahrscheinlichkeit für eine Dyspareunie nach einer Sectio geringer ist als nach einer Spontangeburt, das gilt jedoch nicht für sexuelle Funktionsstörungen im Allgemeinen. Im Gegensatz dazu berichten Lurie et al. (2013), dass sie keine signifikanten Unterschiede bezüglich des Geburtsmodus und einer Dyspareunie feststellen können. Neben den aufgezählten Einflussfaktoren wird auch das Thema Stillen intensiv von Studien beleuchtet und ist umstritten. Insbesondere qualitative Studien sind zu dem Ergebnis gekommen, dass die plötzlich veränderte Funktionsweise der Brüste vom sexualisierten Körperteil zum Nahrungsmittel als ungewohnt und schwierig erachtet wird (Martínez-Martínez et al., 2017, S. 190). Außerdem leiden stillende Frauen eher an einer Dyspareunie, einer geringeren vaginalen Lubrikation, einem reduzierten Interesse an Sex und einer geringeren Zufriedenheit mit dem Sexualleben als nicht-stillende Frauen (O'Malley et al., 2018, S. 5; Serrano Drozdowskyj et al., 2020, S. 41; Escasa-Dorne, 2015, S. 95). Cattani et al. (2022) können allerdings keine Assoziationen zwischen Stillen und sexueller Dysfunktion, Dyspareunie oder einer mangelhaften Lubrikation feststellen.

1.2 Problemstellung und Relevanz

Es wird deutlich, dass Veränderungen im Sexualleben postpartal jedes Paar auf vielfältige Art und Weise betreffen können und oft zu einem Leidensdruck führen. Studien sehen insbesondere Mitarbeitende der Gesundheitsversorgung (Ärzt:innen, Hebammen, Pflegepersonal etc.) in der Verantwortung, die Themen Sexualität und Veränderungen der Sexualität im Rahmen von Schwangerschaft und Wochenbett zu thematisieren. (Serrano Drozdowskyj et al., 2020, S. 43-44; O'Malley et al., 2018, S. 11; Martínez-Martínez et al., 2017, S. 190). Gespräche über Sexualität und sexuelle Gesundheit sollen in die Gesundheitsversorgung integriert werden, damit Paare sowohl peri- als auch postpartal die Möglichkeit erhalten, über Sorgen oder Anliegen zu sprechen (Serrano Drozdowskyj et al., 2020, S. 43). Insbesondere Hebammen spielen eine wichtige Rolle im Rahmen der Aufklärung und Bestärkung

von reproduktiver und sexueller Gesundheit (Khorasani et al., 2022, S. 3773). Hebammen erhalten oft einen intimen Einblick in den Alltag der Eltern und die Paarbeziehung und sind somit ideale Gesprächspartner:innen. Tatsächlich zeigt die Realität jedoch, dass in den wenigsten Fällen der Raum für Gespräche über Sexualität geöffnet wird und viele Paare verunsichert sind und mit Fragen zurückbleiben (O'Malley et al., 2018, S. 11). Im Rahmen einer qualitativen Studie geben Frauen an, sich Gespräche über körperliche Veränderungen zu wünschen. Zu hören, dass diese Veränderungen normal sind und sich mit der Zeit auch wieder verbessern, hilft ihnen mehr als Gespräche über Verhütung (Olsson et al., 2005, S. 385). Mitarbeitende der Gesundheitsversorgung geben an, sich unsicher im Bereich der Sexualberatung zu fühlen und dass die Termine zu kurz seien, um das Thema zu besprechen (de Pierrepont et al., 2021, S. 223; Martínez-Martínez et al., 2017, S. 181). Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich viele Studien mit den allgemeinen Veränderungen der Sexualität und den Einflussfaktoren beschäftigen und die Empfehlung aussprechen peri- und postpartal Informationsgespräche zur Sexualität zu führen. Vor diesem Hintergrund stellen sich die folgenden Fragen: Welche Evidenz gibt es hinsichtlich der Art der Sexualaufklärung und Umsetzung in der Praxis, sowie dazu, wie Sexualberatung die Sexualität postpartal beeinflusst?

1.3 Forschungsfrage und Zielsetzung der Arbeit

In Anlehnung an das PI(C)O-Schema wurde folgende Forschungsfrage entwickelt:

„Was ist der aktuelle Forschungsstand zu Aufklärungsgesprächen zur Sexualität von Eltern im 1. Jahr postpartum und welche Implikationen lassen sich für Hebammen und ihre Arbeit daraus ableiten?“

Ziel dieser Arbeit ist es im Rahmen einer systematischen Literaturrecherche eine Auswahl an zehn in Bezug auf die Fragestellung relevantesten Studien zu treffen, diese zu analysieren und zu bewerten und darauf basierend die aufgeführte Forschungsfrage zu beantworten. Es werden verschiedene Methoden der postpartalen Sexualberatung im Rahmen der Studien aufgeführt, sodass neben der Bewertung auch ein Ausblick für die Implikation in die Praxis und der Hebammenarbeit gegeben werden kann. Da der Rahmen dieser Ausarbeitung begrenzt ist, wird nur die Zeit des Wochenbetts bis zum ersten Jahr nach der Geburt untersucht und nicht der perinatale Zeitraum.

2. Methode und Literaturrecherche

Die systematische Literaturrecherche erfolgte im Zeitraum vom September 2023. Zuvor wurde im Juni 2023 eine Literaturrecherche mittels des „Schneeballsystems“ durchgeführt, um einen Überblick in die Literatur des Themas zu bekommen. So ist die Auswahl der

Schlüsselwörter (engl. *Keywords*) entstanden (s. Tab. 1, S. 7). Die Literaturrecherche fand in den wissenschaftlichen Datenbanken PubMed, Google Scholar und CINAHL statt. CINAHL ist eine Datenbank, die explizit Literatur aus der Pflege und verwandten Gesundheitsbereichen aufführt, weshalb diese in dieser Ausarbeitung zur Literaturrecherche verwendet wurde.

Die Schlüsselbegriffe wurden in verschiedenen Suchsträngen mit passender Verknüpfung kombiniert und bei den drei verschiedenen Datenbanken eingefügt. Um die Suche weiter einzugrenzen, wurde mit den Booleschen Operatoren („AND“, „OR“ und „NOT“) gearbeitet, die Suchstränge werden im Folgenden aufgeführt.

Tabelle 1: Schlüsselbegriffe und Keywords (eigene Darstellung)

Deutsche Schlüsselbegriffe	Englische keywords
Sexualaufklärung Information zur Sexualität	Sexual education Sexual health counseling Sexual counseling Consultation
Sexualfunktion Sexualität	Sexuality Sexual health (issue)
Wochenbett/ erstes Jahr postpartal	Puerperium/ Postnatal Postpartum period After childbirth First year postpartum
Hebamme/ Gesundheitsfachvertreter:in	Midwife Health care-worker

Die Recherche wurde ausschließlich mit den englischen *keywords* durchgeführt, da die Literaturrecherche auf Englisch ergebnisreicher ist als auf Deutsch. Bei allen drei Datenbanken wurde mit der zeitlichen Eingrenzung von den Jahren 2010-2023 recherchiert, um möglichst einen aktuellen Überblick über den Forschungsstand zu bekommen.

Mit den Suchsträngen „sexual education AND sexual health puerperium AND midwives“ (33 Ergebnisse bei PubMed), „sexual counseling OR sexual education AND childbirth AND puerperium“ (81) wurde sowohl bei PubMed als auch bei Google Scholar recherchiert. Da die Recherche mit den beiden Suchkombinationen bei Google Scholar eine Trefferanzahl von 17.700 und 17.300 Ergebnissen ergab, wurde die Vorgehensweise für die Auswahl der Studien bei Google Scholar etwas angepasst. Insgesamt wurde dort mit den beiden zuvor genannten Suchtermini und der Schlagwortkombination „sexual counseling AND postpartum period“ mit den Filtern 2010-2023 und „nur Übersichtsarbeiten“ recherchiert, diese Suche ergab 5670 Ergebnisse. Sobald die Suche bei Google Scholar fünf Seiten in Folge keine Treffer ergab, wurde die Suche abgebrochen. Insgesamt wurden so dort 300 Studien nach Titel gelesen und ausgewählt. Bei CINAHL ergaben die oben aufgeführten Suchstränge keine Treffer, weshalb es zu Abweichungen in der Kombination der Schlüsselwörter

kam. Somit wurde bei CINAHL mit den Suchsträngen „sexual counseling OR sexual education AND postpartum period AND sexual health“ als auch „sexual education AND sexual health AND midwives“ gesucht. Diese beiden Suchstränge ergaben 15 und 21 Treffer. Zudem wurde noch mit den Suchsträngen „sexual counseling OR sexual education AND postpartum period AND sexual health NOT contraception“ (12), und „sexual health postpartum AND consulting NOT contraception NOT HIV“ (14) recherchiert. Bei passenden Studien kam es zudem dazu, dass vorgeschlagene Studien mit passendem Titel abgespeichert wurden. So wurden 9 Ergebnisse durch dieses Rechercheverfahren abgespeichert.

In den Datenbanken wurde zunächst nach Titel selektiert, die den Einschlusskriterien entsprachen (s. Abschnitt 2.1), diese wurden in verschiedenen Ordnern gespeichert. Anschließend wurden bei den gespeicherten Studien das Abstract gelesen, sodass die Auswahl weiter eingegrenzt werden konnte. Abschließend wurde bei 16 Studien der Volltext gelesen, sodass so eine Auswahl von zehn Studien auf Basis, der im Abschnitt 2.1 aufgeführten Ein- und Ausschlusskriterien getroffen wurde. Die eingeschlossenen Studien werden im weiteren Verlauf dieser Ausarbeitung bewertet. Im beigefügten Flow Chart nach PRISMA sind die einzelnen Schritte der Recherche nochmals strukturiert aufgeführt (Abb. 1, S. 9).

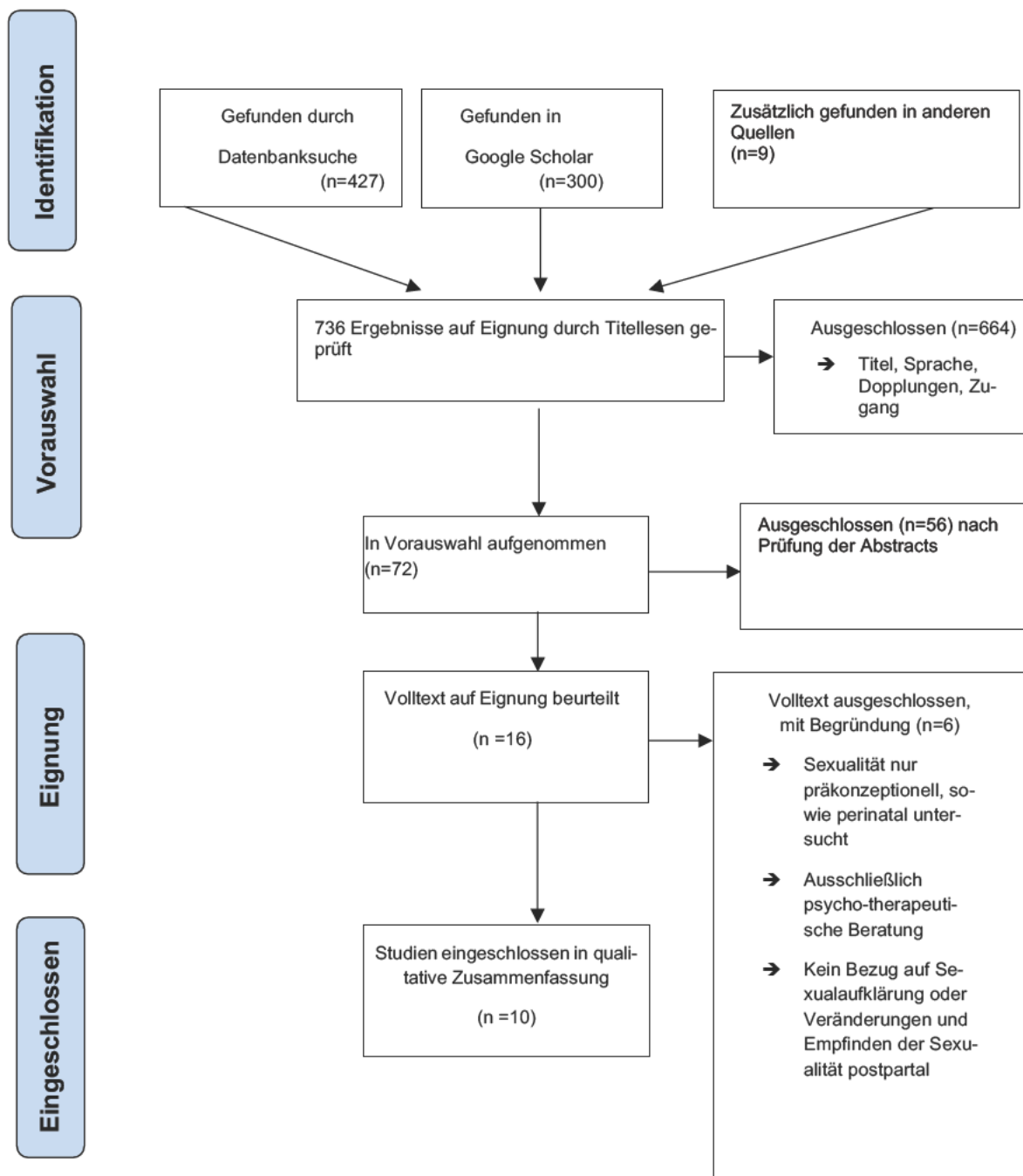


Abbildung 1 Flow Chart nach PRISMA (eigene Darstellung)

2.1 Ein- und Ausschlusskriterien

Alle Studien, mit denen in dieser Ausarbeitung gearbeitet werden, sind aus Fachzeitschriften, die peer-reviewed sind. Es wurde nach deutsch-, spanisch-, und englischsprachiger Literatur gesucht, wobei am Ende ausschließlich englischsprachige Studien eingeschlossen wurden.

Zu den Ausschlusskriterien in dieser Ausarbeitung gehören Beratungsgespräche, die sich ausschließlich auf Verhütung oder Frauen mit sexuell übertragbarer Erkrankung konzentrieren. Da außerdem untersucht werden soll, welche Implikationen sich aus den Studien für Hebammen und ihre Arbeit im Bereich der Sexualaufklärung postpartum ziehen lassen,

werden Beratungsmodelle aus dem psychotherapeutischen Bereich und Untersuchungen von Frauen/ Paaren mit vor der Schwangerschaft bestehender Dysfunktion der Sexualität als Ausschlusskriterium erachtet.

Ansonsten wurde sehr breit nach verschiedenen Studien und Untersuchungen in diesem Bereich recherchiert, um einen vielfältigen Einblick in den aktuellen Forschungsbereich zu erhalten. Die Studien sollten sich auf die Phase des Puerperiums bis zum ersten Jahr nach Kindsgeburt beziehen und die Themen Sexualität und Veränderungen der Sexualität beinhalten. Des Weiteren wurden Studien inkludiert, die den Erhalt von Sexualberatung in der peri- und postpartalen Periode untersuchen, um mögliche Veränderungen und Einflüsse auf die Sexualität von Frauen/ Paaren zu untersuchen. Es gibt verschiedene Modelle der Beratung und auch verschiedene Tools, um die Zufriedenheit, den Ist-Zustand, Veränderungen etc. der Sexualität zu erfassen. Da jedoch viele Studien zu den Ergebnissen kommen, dass es an Sexualberatung fehlt, wurden zudem Studien, die die subjektiven Bedürfnisse der Frauen/ Paare untersuchen und sich mit gewünschten und tatsächlich erhaltenen Informationen zur Sexualität beschäftigen, eingeschlossen. Nichtsdestotrotz wurden auch Studien, die verschiedene Beratungsmodelle untersuchen, inkludiert. Da diese Ausarbeitung einen Ausblick in den Hebammenalltag schaffen soll, werden jedoch lediglich Beratungsmodelle, die von Hebammen oder Pflegepersonal durchgeführt werden können, eingeschlossen. So soll ein allgemeiner Überblick über den Forschungsstand geschaffen werden, um die Fragestellung beantworten zu können. Eine zusammengefasste Aufführung der Ein- und Ausschlusskriterien befindet sich in Tab. 2 (S. 10).

Neben den inhaltlichen und thematischen Eingrenzungen wurden auch die Studiendesigns beurteilt. In dieser Ausarbeitung werden sowohl quantitative Studien in Form von RCTs, Interventions-, Kohorten-, und Querschnittsstudien als auch qualitative Studien bewertet. Auf diese Art und Weise zeigt diese Ausarbeitung einen aktuellen und realistischen Einblick in den aktuellen Forschungsstandes des Themas.

Ebenso wurde bei der Herkunft der Studien keine Eingrenzung bezüglich der Länder, in denen die Studien durchgeführt wurden, vorgenommen.

Tabelle 2: Ein- und Ausschlusskriterien (eigene Darstellung)

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
<ul style="list-style-type: none"> • Sexualität und Veränderung der Sexualität in der postpartalen Phase (Puerperium bis 1 Jahr nach Kindsgeburt) • Sexualaufklärungs- bzw. Informationsgespräche zu den Veränderungen der Sexualität 	<ul style="list-style-type: none"> • Sexualität in der präkonzeptionellen Zeit, sowie im Zeitraum der Schwangerschaft • Dysfunktion der sexuellen Funktion vor der Schwangerschaft und darauf bezogen Informationsgespräche

<ul style="list-style-type: none"> • Verschiedene Modelle der Sexualberatung und deren Umsetzbarkeit/ Nutzen • Hebammen, Mitarbeitende im Gesundheitswesen • Erhalt von Informationen zur Sexualität, bzw. Lücken in der Gesundheitsversorgung • Englischsprachige, deutschsprachige und spanischsprachige Literatur • Von den Jahren 2010-2023 	<ul style="list-style-type: none"> • Reiner psychotherapeutischer Kontext • Aufklärungsgespräche, die sich isoliert auf Verhütung beziehen • Explizite und isolierte Untersuchungen zur Zufriedenheit der Ehe oder Untersuchungen über den Einfluss von Aufklärungsgesprächen auf Depressionen, Angst/ Panikattacken
--	---

2.2 Begründung der Studienwahl

Das Ergebnis der Literaturrecherche wird in diesem Abschnitt anhand einer Tabelle dargestellt. Die zehn ausgewählten Studien entsprechen den Ein- und Ausschlusskriterien und ermöglichen einen großflächigen Einblick in den aktuellen Forschungsstand (s. Tab. 3, S. 11).

Tabelle 3: Eingeschlossene Studien (eigene Darstellung)

Datenbank und Anzahl der Treffer	Suchbegriffe	Ausgewählte Studie
PubMed (21/131), Google Scholar mit Filter (2010-2023)	sexual counseling OR sexual education AND postpartum period AND sexual health NOT contraception	“What to Expect When You’re Expecting: Perinatal Sexual Education Is Linked with Couples’ Sexual Well-Being in Pregnancy and the Postpartum” <i>Erin T. Fitzpatrick, Natalie O. Rosen & Samantha J. Dawson, (04/2023)</i>
PubMed Mit Filter (2010- 2023)	Gefunden über andere Quellen	“The effect of sexual health counseling on women’s sexual satisfaction in postpartum period: A randomized clinical trial” <i>Maryam Zamani M.Sc., Robab Latifnejad Roudsari Ph.D., Maryam Moradi Ph.D., Habibollah Esmaily Ph.D., (09/2018)</i>
PubMed (22/80) Mit Filter (2010- 2023)	sexual counseling OR sexual education AND childbirth AND puerperium	“Consultation about Sexual Health Issues in the Year after Childbirth: A Cohort Study” <i>Ellie McDonald, BAppsSci (Hons), PhD, Hannah Woolhouse, DPsych, and Stephanie J. Brown, BA (Hons), PhD, (12/2015)</i>
PubMed (27/80) Mit Filter (2010- 2023)	sexual counseling OR sexual education AND childbirth AND puerperium	“Assessing women’s sexual life after childbirth: the role of the postnatal check” <i>Ann Olsson, RNM, PhD, Eva Robertson, RNM, PhD, Katarina Falk, RNM, MSc, Eva Nissen, RNMTD, PhD, (2011)</i>
PubMed (30/131) Mit Filter (2010-	sexual counseling OR sexual	“The effect of counseling based on EXPLISSIT model on sexual function and

2023)	education AND postpartum period AND sexual health NOT contraception	marital satisfaction of postpartum women: A randomized controlled clinical trial” <i>Jamileh Malakouti, Robab Golizadeh, Mojgan Mirghafourvand, Azizeh Farhbaf-Khalili</i>
CINAHL (2/15) (Filter 2010-2023)	counseling OR sexual education AND postpartum period AND sexual health	“Effectiveness of postpartum sexual health education programme structured according to Levine’s conservation model: An interventional study” <i>Funda Evcili Ph.D., Assistant Professor, Gulbahtiyar Demirel Ph.D., Associate Professor, Mine Bekar Ph.D., Assistant Professor, Handan Guler Ph.D., Associate Professor, (05/2020)</i>
Google Scholar Mit Filter (2010-2023)	sexual education AND sexual health puerperium AND midwives	The meaning of postpartum sexual health for women living in Spain: a phenomenological inquiry” <i>Lidia Pardell-Dominguez, Patrick A. Palmieri,, Karen A. Dominguez-Cancino, Dorian E. Camacho-Rodriguez, Joan E. Edwards, Jean Watson and Juan M. Leyva-Moral, (2021)</i>
Google Scholar Mit Filter (2010-2023)	sexual education AND sexual health puerperium AND midwives	“Effect of sexual health education on sexual function and resumption of sexual intercourse after childbirth in primiparous women” <i>Zahra Pahlavani Sheikhi, Ali Navidian, Mahnaz Rigi (04/2020)</i>
CINAHL (4/21) Mit Filter (2010-2023)	sexual education AND sexual health AND midwives	“Medical and midwifery students need increased sexual medicine education to overcome barriers hindering bringing up sexual health issues – A national study of final-year medical and midwifery students in Finland” <i>Sanna-Mari Manninen, Katja Kero, Markus Riskumäki, Tero Vahlberg, Päivi Polo-Kantola, (10/2022)</i>
PubMed (35/81) Mit Filter (2010-2023)	sexual counseling OR sexual education AND childbirth AND puerperium	“How do new mothers describe their postpartum sexual quality of life? A qualitative study” <i>Azam Rahmani, Arezoo Fallahi, Leila Allahqoli, Susanne Grylka-Baeschlin, Ibrahim Alkatout (2023)</i>

2.3 Evaluationsinstrument

Die Studien werden im Folgenden analysiert und bewertet. Dafür werden zum einen die *Critical Appraisal Skills Checklists CASP* (CASP, 2022) verwendet und zum anderen das *Critical Appraisal Tool AXIS* (Downes et al., 2016), welches für die Bewertung von Querschnittsstudien entworfen wurde. Die Bewertungschecklisten dienen der systematischen Beurteilung der Glaubwürdigkeit und Qualität der ausgewählten Studien. Auch die qualitativen Studien werden mit anhand einer CASP-Checkliste für qualitative Studien bewertet

und nach den Gütekriterien für qualitative Forschung nach Flick (2019) beurteilt. Die Gütekriterien nach Flick lauten: *Prozedurale Reliabilität*, *Validität*, *Triangulation* und *Analytische Induktion*. Unter *Prozedurale Reliabilität* wird die Standardisierung der Aufzeichnung verstanden, wie klare Transkriptionsregeln, Interviewleitfäden und Schulungen der Interviewer:innen, um zu einer reliablen Interpretation der Ergebnisse zu gelangen (Flick, 2019, S. 479). *Validität* nach Flick (2019) bezieht sich auf mehrere Aspekte. Dazu gehören eine genaue Analyse der Interviewsituation, das Einbeziehen der untersuchten Gruppen und das Einbeziehen externer Forscher:innen, um möglichst viele und genaue Daten zu sammeln. All das soll die Authentizität der Forschung und Ergebnisse bestärken (Flick, 2019, S. 476). Die *Triangulation* beschreibt die Kombination verschiedener Methoden, Forscher, Settings, Untersuchungsgruppen, die bei der Forschung eines Themas verwendet werden. Es geht um die systematische Erweiterung und Vervollständigung von Erkenntnismöglichkeiten (Flick, 2019, S. 480). Unter der *analytischen Induktion* wird die fortlaufende Überprüfung der Hypothese an Einzelfällen verstanden. Falls ein beobachtetes Phänomen nicht erklärt werden kann, wird dieses Phänomen umdefiniert oder die Hypothese wird umformuliert, das soll beim Finden einer allgemeingültigen Beziehung helfen (Flick, 2019, S. 485).

3. Ergebnisse

Im folgenden Abschnitt werden die zehn ausgewählten Studien anhand ihrer Studienmerkmale und nach den CASP- oder AXIS-Bewertungskriterien bewertet und vorgestellt. Die Ziele, Qualität und Ergebnisse der Studien werden tabellarisch aufgeführt und sind in quantitative (Tab. 4, S. 14) und qualitative Studien (Tab. 5, S. 20) aufgeteilt. Die ausgefüllten Bewertungschecklisten befinden sich im Anhang. In der Tabelle der quantitativen Studien wird die Qualität nach den Gütekriterien *Objektivität*, *Reliabilität* und *Validität* übergeordnet bewertet. Die Qualität der qualitativen Studien wird nach den Gütekriterien für qualitative Forschung nach (Flick, 2019) beurteilt (s. Abschnitt 2.3).

Zur Visualisierung der untersuchten Qualität, werden den Gütekriterien 1-3 ★ vergeben, wobei ★ gering, ★★ angemessen, ★★★ in hohem Maße, ☆: halber Punkt und ★: ganzer Punkt bedeutet. Im Anschluss der Tabellen befinden sich Zusammenfassungen der Studienergebnisse und im Abschnitt 3.2 werden die qualitativen Bewertungen der Studien zusammengefasst und erläutert.

Tabelle 4: Merkmale, Bewertung und Ergebnisse der quantitativen Studien (eigene Darstellung)

Titel/ Autoren/ Jahr	Studiendesign und Ziel der Studie	Population und Intervention	Messinstrumente	Objektivität (O), Reliabilität (R), Validität (V)	Ergebnisse	Zusammenfassung und klinische Relevanz
I. "The effect of sexual health counseling on women's sexual satisfaction in postpartum period: A randomized clinical trial" (Zamani et al., 2019)	RCT Wirksamkeit des "Women's Postpartum Sexual Health Program" (WPSHP) auf die sexuelle Zufriedenheit von Frauen im Iran im 1. Jahr postpartum zu untersuchen	P: (n=75) Verheiratete Frauen (18-35J); 3-12 Monate pp, physiologische Einlingsschwangerschaft, gesunde Frauen, mit geringer sexueller Zufriedenheit Kontroll-(n=40) und Interventionsgruppe (n=35) Interventionsgruppe: WPSHP, 4 Sitzungen 60-90min, Gruppen- und Paarsitzungen Kontrollgruppe: reguläre Nachbetreuung	<i>Demographischer Fragebogen</i> <i>Depression Anxiety Stress Scales-21</i> <i>Larson Sexual Satisfaction Questionnaire</i> → Vor und nach der Intervention	O: ★★★ R: ★★★ V: ★★☆	Signifikanzniveau: $p < 0,05$, Konfidenzintervall: 95% <i>Baseline</i> : Sexuelle Zufriedenheit vor Intervention nicht signifikant verschieden $p = 0,395$, 8 W. nach Intervention signifikanter Unterschied: $p = 0,028$, Durchschnittliche Veränderung des Scores vor und nach Veränderung signifikant ($p < 0,001$) <i>Wilcoxon-test</i> : Vor- und nach der Intervention kein signifikanter Unterschied in Kontrollgruppe ($p = 0,414$), in Interventionsgruppe signifikant $p < 0,001$.	Beratung zur Sexualität auf Basis des WPSHP führt zu einer erhöhten sexuellen Zufriedenheit der Frauen postpartal. Programm wird bei Frauen mit verminderter sexueller Befriedigung postpartal empfohlen
II. „Effect of sexual health education on sexual function and	RCT Untersuchung der Auswirkung von sexueller Gesundheitsaufklärung auf die	P: (n=94) Erstgebärende, zw. 20-35J., keine Dammriss III-IV°, Einling, gesundes Neugeborenes u. Mutter, lebt mit Partner zusammen,	<i>Demographischer Fragebogen</i> <i>Female Sexual Function Index (FSFI)</i>	O: ★★★ R: ★★★ V: ★★☆	Signifikanzniveau: $p < 0,05$, Konfidenzintervall: 95% Durchschnittswerte des gesamten FSFI vor Intervention kein signifikanter Unterschied $p = 0,722$. Nach Intervention signifikanter Unterschied im Gesamtwert	Durch die Aufklärungsgespräche zur sexuellen Gesundheit kam es zu einer Verbesserung der sexuellen Funktion.

resumption of sexual intercourse after childbirth in primiparous women" (Sheikhi et al., 2020)	sexuelle Funktion und Zeitpunkt der Wiederaufnahme des Geschlechtsverkehrs (GV) bei Erstgebärenden im Iran im Zeitraum der postpartalen Periode	physiologische Schwangerschaft und Wochenbettzeit, keine Analphabetin Interventionsgruppe (n=47) vorgefertigtes Sexuaufklärungsprogramm: 3 Sitzungen, 3-5.T postpartum (pp.), 10-14. T. pp., 30-45 Tag pp., zw. 20-60min Kontrollgruppe (n=47): 3 Sitzungen, reguläre postpartale Gesundheitsversorgung	→ Vor und 8 Wochen nach der Intervention ausgefüllt		des FSFI und der sexuellen Funktion p: 0,001 Ergebnisse der einzelnen Kategorien des FSFI nach Intervention: sexuelles Verlangen (p=0.001), sexuelle Erregung (p=0.001), Lubrikation (p=0.001), Orgasmus (p=0.001), sexuelle Befriedigung (0.001), Dyspareunie (p=0.020) Kein signifikanter Unterschied in Wiederaufnahme von GV (p=0,879)	Dieses Programm sollte in die Routineversorgung implementiert werden.
III. „The effect of counseling based on ex-PLISSIT model on sexual function and marital satisfaction of postpartum women: A randomized	RCT Wirksamkeit der Beratung basierend auf dem ex-PLISSIT Modell (P=Permission, LI=limited information, SS=specific suggestions, IT=intensive therapy), auf die Sexualfunktion und Zufriedenheit der Ehe bei Frauen postpartal	P: (n=68) Frauen 3-6 M. pp., <28 Punkte beim Female Sexual Function Index (FSFI), stillt, keine Vorerkrankungen, keine Medikamente, die Einfluss auf das Sexleben haben, kein Früh- oder Totgeborenes, keine Trennung, Suchterkrankungen oder vorbestehende sexuelle Dysfunktion bei beiden Elternteilen Interventionsgruppe	<i>Demographischer und geburtshilflicher Fragebogen</i> <i>Female Sexual Function Index (FSFI)</i> <i>ENRICH Marital Satisfaction (EMS) Scale</i> → beide vor und 4 u. 8 W. nach der Intervention durchgeführt	O: ★★★ R: ★★★ V: ★★★	Signifikanzniveau: p<0,05, Konfidenzintervall: 95% Kein signifikanter Unterschied zwischen Interventions- und Kontrollgruppe beim Durchschnittswert des FSFI vor Intervention (p=0.381), aber signifikanter Unterschied 8 W. n. Intervention (p<0.001). In den Kategorien des FSFI (sexuelles Verlangen, Erregung, Lubrikation, Befriedigung, Dyspareunie) vor Intervention kein signifikanter Unterschied (p=0.847, p=0.391, p=0.768, p=0.466, p=0.313, p=0.636), 8 W. nach Intervention	Das Ergebnis dieser Studie legt nahe, dass Sexualberatung basierend auf dem ex-PLISSIT Modell die Sexualfunktion und auch die Zufriedenheit der Ehe verbessern kann. Mitarbeitenden des Gesundheitswesens wird empfohlen Sexualberatung basierend auf ex-PLISSIT

controlled clinical trial" (Malakouti et al., 2020)		(n=34): eine Beratungssitzung basierend auf dem ex-PLISSIT Modell 60-90min Kontrollgruppe (n=34): normales Beratungsgespräch			signifikanter Unterschied (alle Kategorien $p < 0.001$). Eheliche Zufriedenheit vor Intervention kein signifikanter Unterschied ($p = 0.443$), 8 W. n. Intervention $p < 0.001$).	durchzuführen.
IV. „Effectiveness of postpartum sexual health education programme structured according to Levine’s conservation model: An interventional study” (Evcili et al., 2020)	Interventionsstudie Überprüfen der Auswirkung des postpartalen Aufklärungsprogramms zur sexuellen Gesundheit (PSHEP) nach dem Levine’s Conservation Model (LCM) bei Frauen postpartal LCM: Pflegemodell, was mit den Konzepten Anpassung, Erhaltung und Integrität arbeitet	P: n=67 Gesunde Frauen, die im selben Zeitraum entbunden haben, keine Sprachbarriere oder Kommunikationseinschränkungen, gesundes Neugeborenes Interventionsgruppe (n=32) erhält in den ersten 6 W. postpartal 5 Gespräche (PSHEP) auf Basis des LCM. Nach 6 W. midtest. Studienprotokoll sieht 7 Sitzungen zwischen 40-60min. vor, anschließend posttest. Kontrollgruppe (n=35) erhält Standardnachsorge und absolviert ebenfalls pre-, mid- und posttest	<i>Soziodemographischer Fragebogen</i> <i>Index of Female Sexual Function (IFSF)</i> -> untersucht sexuelle Gesundheit <i>Arizona Sexual Experience Scale (ASEX)</i> -> untersucht sexuelle Funktion <i>Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS)</i> : untersucht Qualität von Sex und mögliche sexuelle Dysfunktion	O: ★★★ R: ★★ V: ★★☆	Signifikanzniveau: $p < 0,05$, kein Konfidenzintervall angegeben IFSF, ASEX, GRISS: vor Intervention kein signifikanter Unterschied im Durchschnittswert, nach Intervention statistisch signifikanter Unterschied bei Interventionsgruppe ($p = 0.048$, $p = 0.042$, $p = 0.006$), in der Kontrollgruppe kein statistisch signifikanter Unterschied ($p = 0.146$, $p = 0.128$, $p = 0.186$). Nach Intervention statistisch signifikante Unterschiede zwischen der mittleren IFSF-, ASEX- und GRISS Gesamtwerte bzgl. einiger demographischer Angaben (s. Fließtext).	Es wird festgestellt, dass PSHEP nach LCM wirksam auf die Steigerung der sexuellen Funktion und Zufriedenheit bei Frauen postpartal war. Dieses Modell wird als nützlich und möglicher Leitfaden zur Orientierung für Beratung zur sexuellen Gesundheit empfohlen.
V. “Consultation	Kohortenstudie	P: n=1.507 Erstgebärende,	<i>Fragebögen, von einer Studie</i>	O: ★★★ R: ★★	Konfidenzintervall 95% 89% der Frauen berichten über	Angesichts der hohen Prävalenz

<p>about Sexual Health Issues in the Year after Childbirth: A Cohort Study” (McDonald et al., 2015a)</p>	<p>Untersuchung der Prävalenz von Fragen zur sexuellen Gesundheit pp. und des Ausmaßes, in dem sich Ärzt:innen zur sexuellen Gesundheit erkundigen</p>	<p>rekrutiert und zur sexuellen Gesundheit befragt in Frühschwangerschaft und nach 3, 6 und 12 Monaten pp.</p>	<p>von Barrett & Kollegen → untersucht sexuelle Gesundheit</p> <p><i>Eigenentwickelter Fragebogen</i> → zu Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten und Gesprächen zur sexuellen Gesundheit</p>	<p>V: ★★</p>	<p>Probleme der sexuellen Gesundheit nach 3 M. pp. Nach 12 M. pp. gaben 51% weiterhin ein verringertes Interesse an Sex und 30% persistierende Schmerzen an. Nach 3 M. pp. gaben 53,2% der Frauen an mehr als drei Anliegen zur sexuellen Gesundheit zu haben, nach 12 M. waren es 32,9%. Insbesondere Frauen mit Episiotomie (OR: 1.81, CI: 1.2-2.7), Vakuumextraktion (OR:1.58, CI: 1.0-2.5) und Sectio (OR:1.57, CI: 1.0-2.4) hatten nach 12 M. weiterhin mit 3 oder mehr Problemen zu kämpfen. 87% der Frauen hatten in den ersten 3 M. Kontakt zu Ärzt:innen etc., aber nur 24% konnten sich an Fragen zur sexuellen Gesundheit von Ärzt:innen und 14% von Krankenschwestern erinnern. Bei Frauen mit einer Sectio war die Wahrscheinlichkeit geringer, dass sie nach sexuellen Problemen gefragt wurden (OR 0.58, CI: 0.4-0.9).</p>	<p>sexueller Gesundheitsprobleme, sollten Fragen zur sexuellen Gesundheit in die Routineversorgung implementiert werden. Das Thema sollte sowohl bei Frauen mit vaginaler Geburt als auch mit Sectio angesprochen werden.</p>
<p>VI. “What to Expect When You’re Expecting:</p>	<p>Querschnittsstudie</p> <p>Vier Ziele: 1) Quantität,</p>	<p>P: n=204 Schwangere Paare (8.-40. Schwangerschaftswoche (SSW)) (n=102) und Paare</p>	<p><i>Soziodemographischer Fragebogen</i></p>	<p>O: ★★★ R: ★★ V: ★☆</p>	<p>Signifikanzniveau $p < 0.05$ und KI 95%. 1+2) 67% der Schwangeren, 44% der Partner:innen, 78% der Mütter und 63% der</p>	<p>Die Studie zeigt auf, dass die Menge der erhaltenen Gespräche positive</p>

<p>Perinatal Sexual Education Is Linked with Couples' Sexual Well-Being in Pregnancy and the Postpartum" (Fitzpatrick et al., 2023)</p>	<p>Inhalt u. Quellen von sexuellen Gesundheitsinformationen, die Paare in der Schwangerschaft u. pp. erhalten 2) Lücken zwischen empfangenen und gewünschten Informationen 3) Barriere des Zugangs und Leichtigkeit über Sexualität mit Expert:innen zu sprechen, zu untersuchen 4) Verbindungen zwischen Menge der Informationen und sexueller Zufriedenheit</p>	<p>postpartum (n=102) bis zu 12 M. pp. Einschlusskriterien: >18J., fließendes Englisch, persönlicher E-Mail-Account, >6 M. mit Partner:in zusammen, keine Mehrlinge Ausschlusskriterien: keine Erkrankungen, keine Schwangerschaft pp.</p>	<p><i>Eigenentwickelter Fragebogen</i>, für Quantität, Inhalt, Lücken und Barrieren der sexuellen Gesundheitsinformationen <i>7-Punkte-Likert-Skala</i>, um Frequenz der sexuellen Interaktion zu messen <i>Global Measure of Sexual Satisfaction (GMSEX)</i> <i>Sexual Desire Inventory (SDI)</i> <i>Sexual Distress Scale-Revised (SDS)</i></p>		<p>Partner:innen pp. erhielten keine bis wenig Informationen über Sexualität 3) Weder Paare in der Schwangerschaft noch pp. fühlten sich unwohl oder wohl während der Gespräche mit Expert:innen (M=3.01-3.39, SD=1.07-1.36) 4) Schwangere und Frauen pp. gaben an: je mehr Informationen sie über Veränderungen der Sexualität erhielten, desto regelm. kam es zu Sex (p=0.041, p=0.047), zu höherer sexueller Zufriedenheit (p=0.011, p=0.033), Frauen pp. gaben auch ein erhöhtes sexuelles Verlangen an (p=0.017). Bei den Partner:innen waren diese Ergebnisse statistisch nicht signifikant (p=0.249, p=0.107, p=0.066), wobei die Partner:innen pp. ebenfalls eine erhöhte sexuelle Zufriedenheit und partnerorientiertes sexuelles Verhalten aufzeigten (p=0.012, p=0.009)</p>	<p>Auswirkungen auf die sexuelle Gesundheit haben kann. Die aktuelle Lücke der erhaltenen Infos könnte mit umfassenderen Gesprächen zum Umgang mit Veränderung der Sexualität seitens Mitarbeitenden des Gesundheitswesens, verkleinert werden</p>
<p>VII. „Medical and midwifery students need increased</p>	<p>Querschnittsstudie Ziel: Auswertung der Angaben von Medizin- und</p>	<p>P: n=364 Medizin- (n=233) und Hebammenstudierende (n=131), die zwischen Dezember 2018 und Mai 2019 in</p>	<p><i>Online-Fragebogen mit 17 Fragen</i></p>	<p>O: ★★★ R: ★★☆ V: ★★</p>	<p>Signifikanzniveau p<0.05, Konfidenzintervall 95% 1) Alle Studierende berichteten über eine gute Kompetenz bei der Beantwortung der Fragen. Beide Gruppen hielten sich</p>	<p>Beide Gruppen gaben an Schwierigkeiten im Umgang mit sexueller Gesundheit zu</p>

<p>sexual medicine education to overcome barriers hindering bringing up sexual health issues – A national study of final-year medical and midwifery students in Finland” (Manninen et al., 2022)</p>	<p>Hebammenstudierenden zu: 1) eingeschätzte Selbstkompetenz bei Fragen und Behandlung sexueller Gesundheit 2) mögl. Barrieren beim Ansprechen 3) Bedarf an Aufklärung von Sexualmedizin im Studium</p>	<p>Finnland ihren Abschluss gemacht haben</p>		<p>mehrheitlich nicht in der Lage sexuelle Probleme zu beurteilen und festzustellen, ob eine Überweisung an den Facharzt erforderlich ist (67,8% u. 51,2%, OR: 2,95%, p=0.006). 2) Mediziner:innen und Hebammen gaben als häufigste Barrieren: zu wenig Erfahrungen mit Sexualmedizin (88,1% u. 73,3%, OR: 3.91, p<0.001) und Wissen (82,1% u. 62,5%, OR: 3.75, p<0.001) an. Hebammen gaben Angst, auf Probleme der Patient:innen nicht eingehen zu können (64,9%) und Mediziner:innen zu wenig Zeit zu haben (89,2%) an. 3) 96,2% der Hebammen und 55,4% der Mediziner:innen gaben Interesse an Sexualmedizinischer Aufklärung an (OR: 13,89, p<0.001). 76,5% der Mediziner:innen und 45,0% der Hebammen sagten, zu wenig sexualmedizinische Ausbildung zu erhalten (OR: 7,30, p<0.001)</p>	<p>haben, aus der Studie geht hervor, dass die Ausbildung im Bereich der Sexualmedizin im Lehrplan verbessert werden muss.</p>
--	---	---	--	--	--

Tabelle 5: Merkmale, Bewertung und Ergebnisse der qualitativen Studien (eigene Darstellung)

Titel/ Jahr/ Autoren	Ziel der Studie	Population und Merkmale	Messinstrumente/ Fragebögen	Prozedurale Reliabilität/ Validität/ Triangulation/ Analytische Induktion (Flick, 2019)	Ergebnisse	Zusammenfassung und klinische Relevanz
VIII. „How do new mothers describe their postpartum sexual quality of life? A qualitative study“ (Rahmani et al., 2023)	Untersuchung der sexuellen Lebensqualität nach der Geburt von Müttern im Iran und in der Schweiz	P: (n=36) Iraner:innen (n=23) und Schweizer:innen (n=13) , bis 4 M. pp. Erstgebärende, >18 J., verheiratet/ mit Partner:in zusammenlebend, physiologische Schwangerschaft und unkomplizierte Geburt. Keine Traumata in den letzten 6 M., keine psychologischen Probleme	<i>Demographischer Fragebogen</i> <i>Fokusgruppen (FGDs) (2 Stück)</i> <i>Halbstrukturiert-ausführliche Interviews (IDs) (mit 15 Iraner:innen und 13 Schweizer:innen)</i>	Prozedurale Reliabilität: ★★☆ Validität: ★★ Triangulation: ★★☆ Analytische Induktion: ★★★	Drei Themen (a-c) für die sexuelle Lebensqualität wurden herausgearbeitet: a) sexuelle Weltanschauung b) zwischenmenschliche Beziehung c) Sexsturm nach der Geburt Unterschiede zwischen den beiden Kulturen wurden in Unterkategorien eingeordnet, wie „sexuelle Interessen“, „vergleichbar mit ersten GV im Leben“, „negatives Sexualverhalten der Männer“, „positives Sexualverhalten von Müttern“, „Hilfe bei der Kinderbetreuung“ und „emotionale Unterstützung“.	Es sollten Bildungsprogramme erarbeitet werden, um Eltern während der Veränderungen pp. zu unterstützen und sie zu normalisieren. Aufklärung über sexuelle Gesundheit, psychosoziale Intervention etc. sollten bereitgestellt werden.
IX. „Assessing	Beschreibung der	Antworten zum Fragebogen: n=140	<i>Fokusgruppendifkussionen</i>	Prozedurale Reliabilität: ★★	Zwei Oberthemen (a-b) wurden	Mangel an Zeit und Wissen

<p>women's sexual life after childbirth: the role of the postnatal check" (Olsson et al., 2011)</p>	<p>Überlegungen von Hebammen zur Beratung von Frauen in der Nachsorge, mit besonderem Fokus auf die Beziehung und das Sexualleben pp.</p>	<p>Fokusgruppen: n=32 → Thema: Diskussion über postpartale Beratung mit besonderem Schwerpunkt auf Sexualität und Leben nach der Geburt</p> <p>Teilnehmer:innen: Hebammen, die in den Geburtskliniken rund um Stockholm arbeiten</p>	<p>(FGD) 5 Stück</p> <p><i>Fragebogen auf der Einladung</i> (Berufliche Daten, 2 Aussagen bzgl. Einstellung zum Gespräch zur Sexualität)</p>	<p>Validität: ★★</p> <p>Triangulation: ★★☆</p> <p>Analytische Induktion: ★★★</p>	<p>herausgearbeitet:</p> <p>a) Balance zwischen persönlicher Wahrnehmung der Bedürfnisse der Frau und Einschränkung des Gesundheitssystems → Individualität der Patient:in, kulturelle/ religiöse Unterschiede, Art der Partnerschaft/ Ehe, mangelndes Wissen und Zeit</p> <p>b) Strategien zur Beratung des Sexuallebens pp. → Aufgabenorientierter Beratungsansatz: Aufgaben u. Fragen, gehen auf die offensichtlichsten und konkretesten Bedürfnisse ein (insbes. Bei Sprachbarriere) → Themenorientierter Ansatz: sich auf die Frau „einstimmen“, Zuhören, Frau ermutigen sich aktiv an Entscheidungen zu beteiligen, Versichern, dass sexuelles Verlangen wiederkäme Mangel an Zeit und Wissen stellt größte Barriere dar</p>	<p>schränken die Beratungsmöglichkeiten ein. Die aufgabenorientierte Strategie ist insbesondere bei sprachlichen Barrieren hilfreich, eine Kombination beider Strategien würde die Qualität der Beratung jedoch erhöhen.</p>
---	---	--	---	--	--	--

<p>X. „The meaning of postpartum sexual health for women living in Spain: a phenomenological inquiry” (Pardell-Dominguez et al., 2021)</p>	<p>Beschreibung der gelebten Erfahrungen postpartaler sexueller Gesundheit von Frauen in Katalonien</p>	<p>P: n=10 Erstgebärende, >18 J., keine Mehrlinge, bis zu ein Jahr pp., fließend Spanisch/ Katalan, keine kognitive Beeinträchtigung</p>	<p><i>Demographische Daten</i> <i>Halbstrukturierte Interviews</i></p>	<p>Prozedurale Reliabilität: ★★ Validität: ★★☆ Triangulation: ★★ Analytische Induktion: ★★</p>	<p>Fünf Oberthemen (a-e) gingen hervor: a) sich nicht bereit fühlen, b) hemmende Faktoren, c) neue Realität zu Hause, d) soziokulturelle Faktoren, e) Unterstützung durch das Gesundheitssystem.</p> <p>Frauen gaben an durch Versuche und Irrwege ihren Weg zur sexuellen Gesundheit bestritten zu haben. Verminderte Libido, verändertes Körperbild, Müdigkeit, Überlastung durch das Baby wurden als hemmende Faktoren genannt. Unterstützung des Partners als essentiell für eine funktionierende Beziehung und das Gespräch über sexuelle Gesundheit mit Ärzt:innen als Tabu.</p>	<p>Sexuelle Gesundheit ist vielschichtig und wird postpartal von vielen Faktoren beeinflusst. Wenn verstanden wird, wie Frauen sexuelle Gesundheit nach der Geburt erleben, wird ein breites Spektrum an Möglichkeiten zur Unterstützung eröffnet.</p>
--	---	---	--	--	--	--

3.1 Zusammenführung der Ergebnisse

Die Studien werden in drei thematisch übergeordnete Kategorien eingeordnet: a) Arten der Sexuaufklärung/-intervention und ihre Auswirkung, b) den Umfang der peri- und postnatal erhaltenen Informationen und Ist-Zustand der Frauen/ Eltern c) die Bedürfnisse, aktueller Ist-Zustand und Gedanken zur Sexuaufklärung von Seiten des Gesundheitspersonals (in den Tabellen sind die Studien anhand römischer Zahlen nummeriert, um Leser:innen die Möglichkeit zu geben, zitierte Studien leichter in den Tabellen 4 (S. 14) und 5 (S. 20) wiederzufinden).

a) Arten der Sexuaufklärung/-intervention und ihre Auswirkung

Zamani et al. (2019) (I) und Evcili et al. (2020) (IV) zeigen auf, dass nach Durchführung des „Women’s Postpartum Sexual Health Program“ (WPSHP) und des „Postpartum Sexual Health Education Program“ (PSHEP) die sexuelle Zufriedenheit der Frauen signifikant höher ist als vor der Intervention. Das WPSHP wurde von McBride et al. (2017) entwickelt und beinhaltet vier Sitzungen. Dort wird den Frauen und Partner:innen eine Einführung in den Zyklus der weiblichen Sexualität, in die postpartale Periode, in biopsychosoziale Einflussfaktoren, Kommunikation und den Einfluss der Beziehung auf die Sexualität gegeben (I. Zamani et al., 2019, S. 45). In der Interventionsgruppe werden zudem signifikant geringere Werte in den Kategorien Stress, Angst und Depression als in der Kontrollgruppe verzeichnet. Die Interventionsstudie von Evcili et al. (2020) (IV) betont, dass insbesondere nichtstillende Frauen, Frauen, die 1-3x/ Woche Sex haben und mit Gesundheitspersonal über dieses Thema sprechen können, statistisch signifikant höhere Werte bei der sexuellen Zufriedenheit und Funktion haben. Das PSHEP beinhaltet sieben Sitzungen, in denen anatomische, physiologische, hormonelle und sexuelle Grundlagen, Veränderungen und der Einfluss des Stillens diskutiert werden, wobei hier alles in Zusammenhang mit den drei Säulen des Levine’s conservation models (LCM): *Anpassung, Erhaltung und Integrität* gesetzt wird. Zudem werden noch der Einfluss der türkischen Kultur und des Glaubens diskutiert und Beckenbodenübungen gezeigt. Nach Durchführung der Intervention ist es zu einer statistisch signifikanten Verbesserung der Werte in den Bereichen sexuelle Funktion, sexuelle Gesundheit und der Qualität der sexuellen Aktivität gekommen (IV. Evcili et al., 2020, S. 5-8). Sheikhi et al. (2020) (II) und Malakouti et al. (2020) (III) bekräftigen dieses Ergebnis anhand ihrer durchgeführten Interventionen, dem sexuellen Gesundheitsaufklärungsprogramm und dem ex-PLISSIT Modell. PLISSIT steht für P=permission, LI: limited information, SS: specific suggestions, IT: intensive therapy (III. Malakouti et al., 2020, S. 2). Beide Beratungsmodelle führen zu einer signifikanten Verbesserung der sexuellen Funktion der Studienteilnehmer:innen (II. Sheikhi et al., 2020, S. 4, III. Malakouti et al., 2020, S. 3). Die Sitzungen des ex-PLISSIT Modells starten immer mit einer Fragerunde, die von der

Hebamme initiiert wird, sodass die Teilnehmer:innen offen über ihre sexuellen Probleme sprechen können. Hauptprobleme, unzureichende Informationen oder auch Irrglauben werden so von der Forscher:in ermittelt und im nächsten Schritt erhalten die Teilnehmer:innen einen Einblick in die weibliche Anatomie, Physiologie und Veränderungen der Sexualität als auch physio-/ psychologische Aspekte der sexuellen Beziehung.(III. Malakouti et al., 2020, S. 3). Das sexuelle Gesundheitsaufklärungsprogramm nach Sheikhi et al. (2020) (II) beinhaltet drei Sitzungen, in denen die Anatomie, Physiologie und Veränderungen der sexuellen Aktivität als auch psycho- und physiologische Einflüsse auf die Sexualität besprochen werden. Sorgen und Lehrinhalte werden auf interaktive Weise wiederholt und die Teilnehmer:innen können Fragen stellen, sodass Ängste oder Bedenken aufgefangen werden können. Sheikhi et al. (2020) (II) und Malakouti et al. (2020) (III) arbeiten mit dem FSFI und führen auf, dass es in allen Subkategorien des FSFI (s. Tab. 4. S. 14) zu signifikanten Verbesserungen in den Interventionsgruppen kommt. Einen Einfluss auf den Zeitpunkt der Wiederaufnahme des Geschlechtsverkehrs kann jedoch nicht verzeichnet werden (II. Sheikhi et al., 2020, S. 4).

b) Umfang der peri- und postnatal erhaltenden Informationen und Ist-Zustand der Frauen/ Eltern

Die Querschnittsstudie von Fitzpatrick et al. (2023) (VI) zeigt auf, dass sowohl Paare in der Schwangerschaft als auch postpartal kaum bis wenig Informationen zur Sexualität erhalten. Wenn das Thema angesprochen wird, sind die häufigsten Inhalte Wiederaufnahme der sexuellen Aktivität, Verhütung und Veränderungen der Sexualität, wobei nicht über den Umgang mit diesen Veränderungen gesprochen wird (VI. Fitzpatrick et al., 2023, S. 7). Die Kohortenstudie von McDonald et al. (2015) (V) unterstreicht die mangelnde Thematisierung dieses Themas von Seiten des Gesundheitspersonals. Die australische Studie kommt zu dem Ergebnis, dass lediglich 24% der Frauen von Seiten ihrer Ärzt:innen und 14% von Seiten der Pflegekräfte Informationen zur Sexualität in den ersten drei Monaten postpartal erhalten haben. Dabei ist die Prävalenz sexueller Gesundheitsprobleme zu diesem Zeitpunkt hoch, insbesondere ein verringertes Interesse an Sex (61,3%), mangelnde Lubrikation (57,2%), Schmerzen beim Sex (44,5%) und vaginale Enge (41,3%) werden aufgeführt. (V. McDonald et al., 2015, S. 357-358). Die qualitative Studie von Pardell-Dominguez et al. (2021) (X) betont, dass Frauen sich von Seiten ihrer Ärzt:innen offene und ehrliche Gespräche zur Sexualität wünschen, dieses Thema jedoch als Tabu wahrnehmen. So wird eher das Internet als Primärinformationsquelle genutzt (X. Pardell-Dominguez et al., 2021, S. 8). Dabei können postpartale Informationsgespräche zu regelmäßigeren sexuellen Aktivitäten, einem ausgeprägteren sexuellen Verlangen und höherer sexueller Zufriedenheit führen (VI. Fitzpatrick et al., 2023, S. 8). Neben der allgemeinen Verunsicherung geben Mütter in einer

spanischen qualitativen Studie an, in ihrer neuen Rolle als Mutter, durch soziokulturelle Normen unter Druck gesetzt zu werden. Zudem beeinflussen kulturelle Bräuche wie „la cuarentena“, in der die ersten 40 Tagen postpartum keine sexuellen Aktivitäten für die Eltern vorgesehen sind, den Umgang mit der Sexualität (X. Pardell-Dominguez et al., 2021, S. 5). Die qualitative Studie von Rahmani et al. (2023) (VIII) bestärkt die Beobachtung, dass sich der Umgang mit Sex und sexueller Gesundheit postpartal kulturell unterscheidet. So bewerten einige Mütter aus dem Iran es als positives sexuelles Verhalten, sich den Wünschen ihres Mannes hinzugeben, auch wenn sie selber kein Verlangen nach Sex haben, während die Mütter aus der Schweiz angeben, dass die schweizer Kultur dieses Verhalten nicht als positiv bewerten würde (VIII. Rahmani et al., 2023, S. 5). Beide qualitative Studien erwähnen, dass Müdigkeit, Stillen, Haushaltspflichten und ein verändertes Körperbild sich auf das sexuelle Verlangen und die Libido auswirkten und Unterstützung vom Partner im Haushalt und mit dem Baby als besonders relevant erachtet werden (X. Pardell-Dominguez et al., 2021, S. 5; VIII. Rahmani et al., 2023, S. 7).

c) Bedürfnisse, aktueller Ist-Zustand und Gedanken zur Sexualaufklärung von Seiten des Gesundheitspersonals.

Angehende finnische Mediziner:innen und Hebammen geben im Rahmen einer Querschnittsstudie an, sich zwar sicher im Gespräch über sexuelle Gesundheit zu fühlen, ihnen jedoch das Ansprechen des Themas schwerfiele und sie deutliche Probleme in der Einschätzung und Behandlung sexueller Gesundheitsprobleme haben. Letzteres wird insbesondere von den Medizinstudierenden angegeben (VII. Manninen et al., 2022, S. 114). Sowohl Zeit-, Erfahrungs- und Wissensmangel und Angst, auf die sexuellen Probleme nicht eingehen zu können, als auch die Priorisierung anderer Themen werden als häufigste Barrieren aufgeführt. (VII. Manninen et al., 2022, S. 114). Weibliche Studierende geben eher die Angst an, nicht auf die sexuellen Gesundheitsprobleme eingehen zu können, wohingegen die männlichen Studierenden eher die Priorisierung anderer Gesundheitsthemen benennen (VII. Manninen et al., 2022, S. 114). In einer qualitativen Studie aus Schweden betonen die Hebammen, dass sie vor jedem Wochenbettbesuch versuchen, sich ein Bild von der Frau und ihren Bedürfnissen zu machen. So geben die Hebammen an, dass es vier verschiedene Gruppen an Frauen postpartal gibt. Zum einen die gesunden Frauen mit einer unkomplizierten Schwangerschaft und Geburt und die Frauen, die nach geburtshilflicher oder pädiatrischer Sicht eine komplizierte oder traumatische Geburt erlebt haben. Zum anderen gibt es Frauen mit Partnerproblemen, Unstimmigkeiten im sexuellen Verlangen oder Problemen im Transitionsprozess zum Mutterwerden. Als vierte Gruppe werden noch Frauen genannt, mit denen es aufgrund von Migration oft zu Kommunikationsproblemen kommt. (IX. Olsson et al., 2011, S. 198). Insbesondere bei sprachlichen Barrieren,

traumatischen Geburten als auch partnerschaftlichen Problemen fühlen sich viele Hebammen nicht ausreichend ausgebildet, um Themen der sexuellen Gesundheit anzusprechen. Zudem geben sie Unsicherheiten zur sexuellen Beratung mit Frauen an, die einer anderen Kultur oder Glaubensgemeinschaft angehören. (IX. Olsson et al., 2011, S. 197–198). Je nachdem mit welchen Frauen die Hebammen arbeiten, beschränkt sich die Beratung auf praktische und praxisbezogene Tipps oder aber sie versuchen sich auf die Frauen „einzu-stimmen“ und sie in ihrem Selbstwertgefühl durch Zuhören zu stärken. Insgesamt wird jedoch Zeitmangel auch hier als Barriere der Beratung beschrieben (IX. Olsson et al., 2011, S. 199). Das Interesse an Sexualmedizin ist laut der finnischen Querschnittsstudie vorhanden, wobei ein höherer Prozentsatz der Hebammen (96,2%) und mehr weibliche Studierende ihr Interesse bekunden. Aktuell wird die Ausbildung in Sexualmedizin von 76,5% der Mediziner:innen und 45,0% der Hebammen als zu wenig beschrieben (VII. Manninen et al., 2022, S. 114).

3.2 Qualitative Bewertung der Studien

Die untersuchten RCTs von Zamani et al. (2019) (I), Malakouti et al. (2020) (III) und Sheikhi et al. (2020) (II) werden mit Hilfe der CASP-Bewertungscheckliste für RCTs beurteilt. Insgesamt können einige methodische Ähnlichkeiten genannt werden. Alle drei Studien wurden im Iran durchgeführt, haben jeweils ein Sexualberatungsmodell postpartum angewandt und dessen Effektivität anhand von Interventions- und Kontrollgruppen getestet. Die Randomisierungsprozesse werden transparent aufgeführt, sodass davon auszugehen ist, dass alle Beteiligten bezüglich der Intervention „verblindet“ sind. Die Stichprobengröße ist in allen Studien anhand einer Sample-Size-Calculation berechnet worden, wobei bei Malakouti et al. (2020) (III) die berechnete Power nicht angegeben wird. Zamani et al. (2019) (I) arbeiten mit einer Power von 80% und Sheikhi et al. (2020) (II) mit einer Power von 95%. Insgesamt definieren alle drei RCTs Ein- und Ausschlusskriterien, nach denen die Studienteilnehmer:innen ausgewählt werden. Die Resultate lassen sich zwar auf die Zielpopulation übertragen, wobei die Ergebnisse insgesamt nur bedingt repräsentativ sind. Das führt zu Abzügen bei dem Punkt externe Validität. Die Studien führen die Drop-Outs entweder im Fließtext oder anhand eines Prismas auf, wobei lediglich Malakouti et al. (2020) (III) Angaben bzgl. „intention-to-treat“ machen und somit bei Zamani et al. (2019) (I) und Sheikhi et al. (2020) (II) ein möglicher Attrition-Bias nicht ausgeschlossen werden kann. Ansonsten können keine Anhaltspunkte für systematische Bias gefunden werden. Alle drei Studien überprüfen ihre Messinstrumente auf die Reliabilität und Validität, was als positiv zu bewerten ist. Allerdings geben Malakouti et al. (2020) (III) nicht die Werte der Reliabilität der Messinstrumente an, sodass nicht ersichtlich ist, wie reliabel diese sind. Die analytische Auswertung ist bei allen drei RCTs ausführlich erklärt und die Ergebnisse sind jeweils im Fließtext

als auch tabellarisch aufgeführt. Die Ergebnisse sind als arithmetische Mittelwerte, davon die Standardabweichung und als p-Werte angegeben. Das Signifikanzniveau liegt immer bei $p < 0,05$, der Konfidenzintervall bei 95% und die Ergebnisse aus dem Fließtext stimmen mit den Werten in den Tabellen überein. Insgesamt wählen alle drei Studien das passende Studiendesign für ihre Fragestellung und Zielsetzung und kommen zu einer Antwort. Die Autoren führen in allen Studien Limitationen ihrer Ergebnisse auf und es werden keine Interessenskonflikte oder externe finanzielle Unterstützungen angegeben. Die Studien wurden in allen drei Fällen von der Ethikkommission genehmigt. Die Bewertung der Objektivität, Reliabilität und Validität der einzelnen Studien befindet sich in der Tab. 4 (S. 14). Die Interventionsstudie von Evcili et al. (2020) (IV) wird ebenfalls nach der CASP-Checkliste für RCTs bewertet, hier werden insbesondere Punkte bei der Reliabilität und Validität abgezogen. Zum einen arbeitet die Studie ohne ein Konfidenzintervall, sodass nicht beurteilt werden kann, in welchem Wertebereich die gemessenen Ergebnisse bei wiederholter Durchführung der Studie liegen würden. Zum anderen liegt die Stichprobengröße knapp unter der berechneten Sample-Size-Calculation und auch hier gibt es keine Angaben, wie und ob die Ergebnisse der Drop-Outs mitbewertet werden. Ein möglicher Attrition-Bias ist somit nicht auszuschließen. Außerdem sind auch bei dieser Studie die Ergebnisse nur bedingt repräsentativ, sodass insgesamt eine Übertragung der Resultate auf die klinische Relevanz eingeschränkt ist. Diese Studie wird als im hohen Maße objektiv und als angemessen reliabel und valide bewertet. Die Kohortenstudie von McDonald et al. (2015) (V) arbeitet mit einer Stichprobengröße von 1.507 Frauen in Australien. Die Power-Kalkulation entspricht nach Berechnung 80% und die Autoren bewerten diese Größe als angemessen. Zwar sind Ein- und Ausschlusskriterien aufgeführt, allerdings gibt es keine Aufführung von anamnestischen Daten, sodass mögliche Confoundings nicht ausgeschlossen werden können. Da es sich um eine retrospektive Studie handelt, ist auch ein Recall-Bias nicht unwahrscheinlich und auch in dieser Studie wird die Übertragbarkeit der Ergebnisse als eingeschränkt bewertet. Die Angaben zur Reliabilität und Validität der Fragebögen fehlen, dasselbe gilt für die Querschnittsstudie von Fitzpatrick et al. (2023) (VI). Auch hier fehlen Angaben zur Reliabilität der Messinstrumente oder bzgl. einer vorherigen Nutzung dieser im Rahmen einer Pilotstudie. Die Querschnittsstudie von Manninen et al. (2022) (VII) hat bspw. ihren Fragebogen zuvor im Rahmen einer Pilotstudie angewandt und die Kritik an den Fragen von den Teilnehmer:innen verbessert. Weder Manninen et al. (2022) (VII) noch Fitzpatrick et al. (2023) (VI) führen eine Sample-Size-Calculation durch, sodass die Aussagekraft der Stichprobengröße nicht ersichtlich ist. Zudem fehlen bei beiden Studien Angaben zu non-responders und auch die Rekrutierung der Teilnehmer:innen ist zu kritisieren. Entweder wird nicht transparent aufgeführt, auf welchen Webseiten/ Social Media Accounts rekrutiert wurde oder inwiefern persönliche Zu- oder Abneigungen die Entscheidung zur Studienteilnahme

beeinflusst haben. Verzerrungen der Ergebnisse können dadurch nicht ausgeschlossen werden, genauso wie ein möglicher Recall-Bias oder Confoundings. Beide Studien arbeiten mit einem Signifikanzniveau von $p < 0,05\%$ und einem Konfidenzintervall von 95% und werden nach der AXIS-Bewertungscheckliste für Querschnittsstudien bewertet (Downes et al., 2016). Die Kohortenstudie von McDonald et al. (2015) (V) gibt ihre Ergebnisse als $n(\%)$, KI 95% und Odds Ratio (OR) an. Die Bewertung der Objektivität, Reliabilität und Validität befindet sich in der Tab. 4 (S. 14).

Die drei qualitativen Studien werden nach der CASP-Bewertungscheckliste für qualitative Studien bewertet. Olsson et al. (2011) (IX) und Rahmani et al. (2023) (VIII) arbeiten mit Fokusgruppendifkussionen, wobei Rahmani et al. (2023) (VIII) zudem noch Halbstrukturierte Interviews nutzen, genauso wie Pardell-Dominguez et al. (2021) (X). In allen drei Studien erfolgt eine klare Trennung zwischen Daten und Interpretation, zudem gibt es deutliche Transkriptionsregeln und eine transparente Aufführung der Interviewführung oder Durchführung der Fokusgruppen. Lediglich Rahmani et al. (2023) (VIII) erwähnen explizit, dass die Forscher:innen eine Aus- bzw. Weiterbildung in qualitativer Forschung haben und die Interviewfragen zuvor geprüft und überarbeitet wurden. Stärken und Limitationen der Studien werden in allen Fällen aufgeführt, wobei hier kritische Angaben zu möglichen Bias fehlen. Außerdem werden keine Angaben zum Verhältnis zwischen den Interviewer:innen/ Forscher:innen und den Teilnehmer:innen gemacht. Rahmani et al. (2023) (VIII) und Pardell-Dominguez et al. (2021) (X) berechnen die Authentizität der Analyse der Interviewsituation und stellen diese durch die Bearbeitung verschiedener Mitarbeiter:innen, einem Peer-Check und Mitgliedercheck sicher. Bei der Studie von Olsson et al. (2011) (IX) fehlen Angaben zum Peer- und Mitgliedercheck, hier wird lediglich die Analyse durch drei verschiedene Kodierer:innen sichergestellt, wobei dies auch bei den anderen beiden Studien erfolgt ist. Bei Olsson et al. (2011) (IX) und Rahmani et al. (2023) (VIII) kommt es zu einem halben Punkt Abzug bei der Triangulation, da in beiden Fällen die Arbeit mit der Fokusgruppendifkussion nur zum Teil möglich war. Rahmani et al. (2023) (VIII) berichten von einer geringen Partizipation und Olsson et al. (2011) (IX) kritisieren, dass die Tiefe der Gespräche bei Einzelinterviews besser gegeben sei. Alle drei Studien überprüfen ihre Hypothese fortlaufend anhand von Einzelfällen und für die Zusammenfassung der Ergebnisse werden Kategorien gegründet, um eine allgemeingültige Beziehung zu finden. Die Bewertungen der Gütekriterien befinden sich in der Tab. 5 (S. 20).

Dieser Abschnitt verdeutlicht die Heterogenität der ausgewählten Studien, wobei aufgrund der aufgeführten Limitationen und methodischen Unterschiede die Herausforderung der qualitativen Einordnung verdeutlicht wird. Insgesamt sind die Studien als überwiegend aussagekräftig und glaubhaft einzuordnen.

4. Diskussion

Die Haupteckkenntnisse der zehn Studien werden im folgenden Kapitel in den Kategorien: Positiver Einfluss von Sexuaufklärung/ -beratung, mangelhafte Ausbildung in Sexualmedizin und alternative Weiterbildungsmöglichkeiten und Implikationen für den Hebammenberuf dargestellt und diskutiert. Die Forschungsfrage lässt sich in zwei Fragen unterteilen, wobei die ersten beiden Kategorien sich auf den ersten Teil der Forschungsfrage und die Implikationen für die Hebammen sich auf den zweiten Teil beziehen.

4.1 Positiver Einfluss von Sexuaufklärung/ -beratung

Wie bereits im Hintergrund aufgeführt, untersuchen einige Studien das Thema Sexualität und sexuelle Gesundheit postpartal und sprechen die Empfehlung für Sexualberatung und -aufklärung aus. Die Annahme, dass Sexualberatungs- und Aufklärungsprogramme einen positiven Einfluss auf die sexuelle Gesundheit haben, wird anhand der im Ergebnisteil aufgeführten Studien bestätigt. So können insbesondere positive Entwicklungen bezüglich der sexuellen Zufriedenheit (I. Zamani et al., 2019, S. 45; IV. Evcili et al., 2020, S. 8) und Funktion festgestellt werden (III. Malakouti et al., 2020, S. 3; II. Sheikhi et al., 2020, S. 5). Allerdings arbeiten diese vier Studien mit einer homogenen Stichprobe, weshalb die Ergebnisse nur eingeschränkt und für eine gewisse Zielgruppe übertragbar sind. Zamani et al. (2019) (I), Sheikhi et al. (2020) (II) und Evcili et al. (2020) (IV) arbeiten ausschließlich mit gesunden Frauen, die weder physische, psychische noch chronische Erkrankungen haben. Ob strukturelle Beratungs- und Aufklärungsprogramme auch bei vorerkrankten Patient:innen unterstützend wirken, lässt sich anhand dieser Ergebnisse nicht beantworten. Sheikhi et al. (2020) (II) schließen Frauen mit höhergradigen Dammverletzungen (III-IV°) aus und nehmen nur Erstgebärende in die Stichprobe auf. Da jedoch andere Studien ausdrücklich betonen, dass Episiotomien und Dammverletzungen mit Sphinkterbeteiligung die Entwicklung einer Dyspareunie positiv begünstigen, gilt es zu untersuchen, ob Sexuaufklärung / -beratung auch bei Risikopatient:innen eine positive Auswirkung hat (Cattani et al., 2022, S. 1020). Eine weitere Beobachtung ist, dass die drei RCTs im Iran und die Interventionsstudie in der Türkei durchgeführt wurden. So ist es nicht unwahrscheinlich, dass die Teilnehmer:innen durch ihren religiösen und kulturellen Hintergrund einen anderen Umgang mit Sexualität haben, als Frauen in anderen Ländern oder Glaubensgemeinschaften. Sheikhi et al. (2020) (II) betonen, dass all ihre Studienteilnehmer:innen muslimisch und mit der islamischen Glaubenslehre aufgewachsen sind. Sie vermuten, dass die Wiederaufnahme von sexuellen Aktivitäten durch religiöse und kulturelle Faktoren beeinflusst werden könnte (II. Sheikhi et al., 2020, S. 7). Somit stellt die Durchführung von Studien, die den Einfluss von Sexualberatung/ -aufklärung in weiteren Ländern untersuchen, um religiöse und kulturelle Einflüsse besser zu verstehen, einen wichtigen Forschungsansatz für die Zukunft dar. Trotz

dieser hier aufgeführten Limitationen sollte hervorgehoben werden, dass Zamani et al. (2019) (I) und Sheikhi et al. (2020) (II) mit validierten Messinstrumenten und Verfahren zur Datenanalyse arbeiten, mögliche Störfaktoren berücksichtigen und daher als qualitativ hochwertig angesehen werden. Allerdings lassen sich aufgrund fehlender Angaben zum „intention-to-treat“ bei diesen beiden Studien ein möglicher Attrition-Bias nicht ausschließen, sodass die Studienergebnisse dadurch verzerrt sein können. Dieser Bias lässt sich bei Malakouti et al. (2020) (III) ausschließen, allerdings fehlen hier transparente Angaben zur Validität und Reliabilität der Messinstrumente. Dies gilt es als Limitation anzuerkennen. Da die Studie jedoch ansonsten methodisch keine weiteren Limitationen oder Bias aufweist, werden die Ergebnisse als glaubhaft angesehen. Sowohl Zamani et al. (2019) (I), Sheikhi et al. (2020) (II) als auch Malakouti et al. (2020) (III) kommen zu statistisch signifikanten Ergebnissen, welche unter Berücksichtigung der qualitativen Mängel und Limitationen trotzdem als aussagekräftig zu bewerten sind. Auch die Studie von Evcili et al. (2020) (IV) führt statistisch signifikante positive Entwicklungen bezüglich der sexuellen Zufriedenheit auf. Diese Ergebnisse sind allerdings aufgrund des fehlenden Konfidenzintervalls, einer geringen Stichprobengröße und möglichen Bias limitiert übertragbar und eingeschränkt glaubhaft. Insgesamt können statistisch signifikant positive Effekte durch die Sexualberatung / -aufklärung für eine ausgewählte Zielgruppe festgestellt werden, wobei in diesem Kontext insbesondere die Ergebnisse der RCTs von Zamani et al. (2019) (I), Sheikhi et al. (2020) (II) und Malakouti et al. (III) berücksichtigt werden. Weitere Studien bestätigen die positive Auswirkung sexueller Beratungsgespräche. Im Rahmen eines RCT in Taiwan wird ein interaktives Aufklärungsprogramm zu sexueller Gesundheit für Frauen in der postpartalen Phase durchgeführt, welches auf dem Trans-Theoretischen-Modell (TTM) basiert. TTM ist ein sechststufiges Modell der Verhaltensveränderung, in dessen Zentrum die Bereitschaft zur Veränderung von (Risiko-)Verhalten steht. Das Modell wurde von DiClemente und Prochaska (1983) entwickelt. Ergebnisse der Interventionsgruppe sind eine höhere sexuelle Selbstwirksamkeit und insgesamt mehr Wissen über Sexualität und sexuelle Gesundheit (Lee & Yen, 2007, S. 398). Ein weiterer RCT aus dem Iran, der Sexualberatung auf Grundlage des WPSHP untersucht, kann eine präventive Wirkung auf die Entwicklung von Stress, Angst und Depressionen in der postpartalen Phase verzeichnen (Zamani et al., 2017, S. 23). Diese Erkenntnis stimmt mit den Ergebnissen der Studie von Zamani et al. (2019) (I) überein, in der ebenfalls dieser positive Effekt beobachtet werden kann, nachdem mit dem Beratungsmodell des WPSHP gearbeitet wurde. In diesem Zusammenhang sollten auch die Unterschiede der Beratungsmodelle beleuchtet werden. Die Sexualberatungs- und Aufklärungsprogramme variieren zwischen zwei bis sieben Sitzungen und werden entweder in Einzel-, Gruppen-, oder Paargesprächen durchgeführt. Lediglich das WPSHP beinhaltet Paargespräche, so wird in dieser Studie ein positiver Effekt auf das Wissen um Sexualität

der Partner:innen und der ehelichen Empathie verzeichnet (I. Zamani et al., 2019, S. 45). Dieses Ergebnis lässt darauf schließen, dass das Einbinden der Partner:innen sich positiv auf den Umgang mit sexuellen Aktivitäten postpartal auswirken könnte. Außerdem stellt sich die Frage, wieso die Partner:innen nicht aktiver in die Sexualberatung eingebunden werden, obwohl der Wunsch nach Aufklärung auch von den Partner:innen verzeichnet wird (Olsson et al., 2010, S. 721). Dementsprechend sollte die Rolle der Partner:innen in der Sexualberatung mehr bedacht werden und in Zukunft von Studien näher beleuchtet werden.

Allgemein verdeutlichen diese Ergebnisse die Fülle und Vielfalt verschiedener Beratungs- und Aufklärungsprogramme und dessen positiven Einfluss auf den Umgang und das Erleben von Sexualität postpartal. Es ist bemerkenswert, dass sich die verschiedenen Aufklärungs- und Beratungsmodelle in der Struktur, vom Aufbau und der zeitlichen Durchführung unterscheiden, inhaltlich jedoch überwiegend die gleichen Themen diskutiert werden. Diese Erkenntnis führt zu der Annahme, dass grundsätzlich das Reden über Sexualität, Verhaltensanweisungen/ Hilfestellungen und die Normalisierung sexueller Veränderungen eine wichtige Hilfe darstellen. Darooneh et al. (2022) bestärken diese Schlussfolgerung, indem sie betonen, dass jedes Beratungsprogramm auf eigene Art und Weise die sexuelle Gesundheit beeinflusst und somit eine strukturierte und modellbasierte Methode der beste Weg zur Förderung der sexuellen Gesundheit zu sein scheint. So könnten die Programme schwerpunktbezogen in die Praxis implementiert werden und je nach gewünschtem Einfluss angewendet werden.

Wie eine tatsächliche Umsetzung solcher Beratungsprogramme in die Praxis aussehen könnte, lässt sich jedoch aus den Studien nicht ableiten. Es wird angegeben, dass die Beratungen von Hebammen oder Pflegepersonal durchgeführt wird, wobei teilweise auch ein/e Sexualtherapeut:in oder Psycholog:in mit anwesend ist (I. Zamani et al., 2019, S. 45). Allerdings fehlen transparente Angaben zu den erforderlichen Weiterbildungen, die das Personal vorweisen muss, um Sexualberatung durchzuführen. Lediglich Malakouti et al. (2020) (III) erklären, dass die Hebamme an einem Fortbildungsseminar zum Umgang mit sexuellen Problemen teilnahm, dass auf dem ex-PLISSIT-Modell basierte und von einer Sexualwissenschaftler:in geleitet wurde. Alle Forscher:innen sprechen abschließend die Empfehlung der Nutzung der Programme in der Klinik aus, allerdings fehlen strukturelle und praktische Faktoren, wie eine Kosten-Nutzen-Analyse, erforderliches Personal oder Leitfäden zum inhaltlichen Aufbau. Insofern leitet sich anhand der Ergebnisse die Frage ab, inwiefern und auf welche Art und Weise die Implementierung solcher Beratungsprogramme in den Berufsalltag von Hebammen, Pflegepersonal und Ärzt:innen möglich ist. Von der Autorin angedachte Optionen wären, dass Gesundheitszentren, Beratungsstellen wie ProFamilia oder Praxen, Beratungsprogramme explizit für Frauen und Paare in der postpartalen Phase

anbieten. So würde das Angebot bestehen und Interessenten hätten die Möglichkeit an den Beratungsprogrammen teilzunehmen. Ob eine solche Umsetzung realistisch ist und welche Ressourcen dafür benötigt werden, muss jedoch intensiver erforscht werden.

4.2 Mangelhafte Ausbildung in Sexualmedizin und alternative Weiterbildungsmöglichkeiten

Wissen und Informationen im Rahmen von sexuellen Beratungs- und Aufklärungsprogrammen sind von entscheidender Bedeutung, wenn es um sexuelle Gesundheit geht (WHO, 2010, S. 8). Diese Ausarbeitung verdeutlicht jedoch, dass die Verbreitung von sexuellen Beratungsgesprächen oder Fragen zur sexuellen Gesundheit im ersten Jahr postpartum von Seiten der Gesundheitsversorgung zu gering ist (V. McDonald et al., 2015, S. 357). In der Stichprobe der Kohortenstudie von McDonald et al. (2015) (V) befinden sich allerdings ausschließlich Erstgebärende und Frauen, die zwischen 18-24 Jahre alt sind. Zudem gelten Frauen, die im Ausland geboren sind und mangelhafte Englischkenntnisse haben als unterrepräsentiert, was die eingeschränkte Übertragbarkeit der Ergebnisse verdeutlicht. Aufgrund des Studiendesigns, der Rekrutierung der Teilnehmer:innen und den Ein- und Ausschlusskriterien können weder ein Recall-, Healthier-User-Bias noch weitere Confoundings ausgeschlossen werden. Somit können die Zusammenhänge zwischen den erhobenen Ergebnissen nicht zwingend als kausal beschrieben werden. Trotz dieser Limitationen können die Studienergebnisse aufgrund der geringen Drop-Out Rate, der Nutzung validierter Messinstrumente und Verfahren der Datenanalyse als aussagekräftig für eine homogene Gruppe beschrieben werden. Die Ergebnisse der Querschnittsstudie von Fitzpatrick et al. (2023) (VI) unterstreichen die mangelhafte Verbreitung der Sexualaufklärungsgespräche. Außerdem haben sie statistisch signifikante Verbesserungen im Bereich der sexuellen Zufriedenheit und des sexuellen Verlangens festgestellt, wenn die Teilnehmer:innen über Sexualität postpartal beraten wurden (VI Fitzpatrick et al., 2023, S. 8). Allerdings können auch in dieser Studie weder ein Recall-Bias noch weitere Confoundings ausgeschlossen werden, zumal eine Sample-Size-Calculation fehlt und somit die Ergebnisse nur bedingt übertragbar sind. Des Weiteren werden nicht alle Messinstrumente auf ihre Validität und Reliabilität überprüft, sodass die Ergebnisse in ihrer Aussagekraft und Glaubwürdigkeit eingeschränkt sind. Nichtsdestotrotz kommen weitere Studien zu ähnlichen Ergebnissen. Eine Querschnittsstudie aus den USA betont, dass insbesondere Gesundheitsinformationslücken im Bereich der sexuellen und psychischen Gesundheit postpartal verzeichnet werden. Allerdings besteht die Stichprobe in dieser Studie nur aus weißen Frauen mit einem höheren Bildungsabschluss, sodass auch hier die Ergebnisse nur eingeschränkt übertragbar sind, da nicht die gesellschaftliche Vielfalt widerspiegelt wird (Guerra-Reyes et al., 2017, S. 170–171). Dennoch führen diese Ergebnisse zu der Annahme, dass es bestimmte

Ursachen für den unzureichenden Informationserhalt zu sexueller Gesundheit geben muss. Eine Erklärung könnte die als mangelhaft empfundene Ausbildung in der Sexualmedizin sein. Studierende betonen insbesondere Schwierigkeiten beim Ansprechen des Themas Sexualität zu haben, wohingegen Eltern den Wunsch äußern von Seiten der Gesundheitsfachkräfte diesbezüglich angesprochen zu werden (VII. Manninen et al., 2022, S. 114; X. Pardell-Dominguez et al., 2021, S. 8). So ist es nicht verwunderlich, dass ein Teufelskreislauf entsteht und das Thema immer weiter in den Hintergrund rückt. Zumal Zeit-, Wissens-, und Erfahrungsmangel zu mehr Unsicherheit der angehenden Mediziner:innen und Hebammen führen und als zusätzliche Barriere wahrgenommen wird (VII. Manninen et al., 2022, S. 114). In diesem Zusammenhang sollte betont werden, dass dies Ergebnisse einer finnischen Querschnittsstudie sind, die nicht repräsentativ für alle europäischen Länder ist, da der Aufbau der Medizin- und Hebammenstudiengänge sich überall unterscheidet. Möglicherweise wird die Ausbildung in Sexualmedizin in anderen Ländern als vollumfassender und lehrreicher wahrgenommen. Insgesamt werden jedoch die Ergebnisse der Querschnittsstudie von Manninen et al. (2022) (VII) als repräsentativ für ihre Zielpopulation bewertet. Nichtsdestotrotz gilt es hier zu bemängeln, dass keine Angaben zum Umgang mit non-responders gemacht werden und zudem die Rekrutierung der Studierenden durch mögliche Confounders beeinflusst sein könnte. Eine mögliche Verzerrung der Daten ist somit nicht gänzlich auszuschließen. Zudem wird auch hier keine Power-Kalkulation durchgeführt, zwar werden die Stichprobengrößen als ausreichend beschrieben, wobei die Rücklaufquote im mittleren Maß liegt. Trotz dieser Limitationen werden die Studienergebnisse aufgrund der Nutzung valider Messinstrumente und Verfahren der Datenanalyse als aussagekräftig für die Zielpopulation bewertet. Zudem verzeichnen einige Studien ähnliche Ergebnisse auch in anderen Ländern. So geben Hebammen in einer schwedischen qualitativen Studie an, in ihrem Studium zu wenig in Sexualmedizin und -wissenschaften gelernt zu haben, als dass sie über ausreichend Wissen verfügen. Die Hebammen greifen deshalb auf eigene persönliche sexuelle Wahrnehmungen und Erfahrungen in der Beratung zurück, was zu einer Vermittlung nicht evidenzbasierten Wissens führt (Percat & Elmerstig, 2017, S. 88). Diese Ergebnisse werden von einer britischen Studie, mit einem gemischten Methodendesign bestätigt, wobei hier die Studierenden insbesondere zum Thema Verhütung befragt werden. Nichtsdestotrotz betonen alle Studierenden, dass das Thema Sexualmedizin und Verhütung gesondert im Curriculum aufgegriffen werden muss, da sich die Studierenden nicht ausreichend ausgebildet fühlen (Walker & Davis, 2014, S. 173). Es werden keine Studien gefunden, die im deutschsprachigen Raum durchgeführt werden und in denen mit Studierenden über ihr Wissen zur Sexualität postpartum gesprochen wird. So kann keine Aussage zum aktuellen Befinden der deutschen Hebammenstudierenden getroffen werden. Doch insbesondere in Deutschland könnte die Akademisierung eine Chance darstellen, das

Curriculum zu erweitern und Sexualmedizin intensiver zu beleuchten. Somit stellen Studien zu dieser Thematik einen wichtigen Ansatz zukünftiger Forschung dar. Anhand weiterer Forschungsergebnisse könnte so das Curriculum der Hebammenstudierenden stetig angepasst und erweitert werden.

Allgemein legen die Ergebnisse der hier aufgeführten Studien die Schlussfolgerung nahe, dass Sexualmedizin einen anderen Stellenwert im Medizin- und Hebammenstudium braucht, um der Gesundheitsinformationslücke im Bereich der sexuellen Gesundheit entgegen wirken zu können. Zudem wird die Notwendigkeit an Weiterbildung oder alternativen Wissensquellen verdeutlicht. Hebammen in einer qualitativen Studie sprechen die Empfehlung aus im Rahmen von Weiterbildung ihr Wissen zu erweitern, um evidenzbasiert zu sexueller und reproduktiver Gesundheit aufklären zu können (Bradfield et al., 2022, S. 364). Eine kanadische Initiative mit dem Namen #postbabyhankypanky erkennt die Probleme des Informations-, Zeit- und Kommunikationsmangels zwischen Mitarbeitenden der Gesundheitsversorgung und Eltern. So wurden im Rahmen mehrerer Studien fünf YouTube-Videos entwickelt, die evidenzbasiert, leicht verständlich und niedrigschwellig Themen der sexuellen- und Beziehungszufriedenheit als auch relevante Themen der sexuellen Gesundheit im Übergang zur Elternschaft erklären. Diese Videos wurden sowohl für Eltern als auch Praktiker:innen konzipiert. Aufschlussreich ist hier die Resonanz der Mitarbeiter:innen der Gesundheitsversorgung. Diese geben an, die Videos mit ihren Patient:innen zu teilen und mit ihnen über die sexuellen Veränderungen sprechen zu wollen. Außerdem berichten die Praktiker:innen, dass es ihnen nun leichter fiel diese Thematik anzusprechen (Rosen et al., 2021, S. 47–50). Ein weiterer Ansatz zur Weiterbildung könnten Online-Schulungen sein, wie eine kanadische Studie untersucht und bestätigt. Die Ergebnisse der Studie sind vielversprechend, denn nach der Schulung wird ein signifikanter Anstieg des Wissens und der Einstellung bezüglich perinataler sexueller Veränderungen verzeichnet. Die Hebammen und Doulas geben mehr Flexibilität, Offenheit und Positivität hinsichtlich ihrer Gefühle zu dieser Thematik an, gefolgt von mehr Sicherheit und weniger Unbehagen im Gespräch mit den Paaren (de Pierrepont et al., 2021, S. 222). Diese Erkenntnisse bestärken die Annahme, dass Fort- und Weiterbildungen genutzt werden sollten, da diese zu einer positiven Entwicklung der Beratung zur Sexualität postpartum führen könnten.

4.3 Implikationen für den Hebammenberuf

Der zweite Teil der Forschungsfrage beschäftigt sich mit den Implikationen, die sich für die Hebammenarbeit aus den Ergebnissen ableiten lassen. Hier können zum einen Themen für Mütter und Paare und zum anderen auch Themen für Hebammen herausgearbeitet werden. Die Ergebnisse der untersuchten qualitativen Studien beschreiben insbesondere die Bedürfnisse, Wünsche und den Ist-Zustand der Mütter. Es geht deutlich hervor, dass

Sexualität und sexuelle Gesundheit postpartal von physischen, psychologischen und emotionalen als auch von soziokulturellen Faktoren beeinflusst wird (VIII. Rahmani et al., 2023, S. 7; X. Pardell-Dominguez et al., 2021, S. 5). Diese Erkenntnis impliziert, dass das Ansprechen dieses Themas bei jeder Frau und jedem Paar besonderes Feingefühl und eine genaue Betrachtung der individuellen Aspekte voraussetzt. Allgemein wünschen sich Frauen zur vorherigen Normalität zurückzukehren, doch insbesondere das geringe sexuelle Verlangen, körperliche Veränderungen und Angst vor Schmerzen werden als Barriere beschrieben (X. Pardell-Dominguez et al., 2021, S. 5). Insbesondere Frauen mit höhergradigen Dammverletzungen oder traumatischen Geburtserlebnissen benötigen eine intensive Betreuung und einen sensiblen Umgang mit diesen Erlebnissen (IX. Olsson et al., 2011, S. 198). Rahmani et al. (2023) (VIII) unterstreichen, dass die sexuelle Lebensqualität durch körperliche Veränderungen maßgeblich negativ beeinflusst wird. Olsson et al. (2011) (IX) betonen, dass Frauen Gewissheit und Absicherung brauchen. Im Kontext von Geburtsverletzungen könnte es helfen, sie dazu zu ermuntern, sich mit einem Spiegel die Vulva und die Nähte anzuschauen, da Reden und Verstehen im Umgang mit Geburtsverletzungen sehr wichtig sind (IX. Olsson et al., 2011, S. 199). Neben den Geburtsverletzungen werden die Lochialblutungen, geringe Lubrikation und verminderte Libido als auch Desinteresse an Sex als Hindernisse in der Wiederaufnahme von sexuellen Aktivitäten beschrieben (Pardell-Dominguez et al., 2021, S. 5). Ein Systematic Review bestätigt diese Erkenntnis und betont, dass Faktoren wie Schlafmangel, Haushalt, Stress und Stillen, die eine Dyspareunie, geringe Lubrikation und herabgesetzte Libido begünstigen, benannt werden sollten (Serrano Drozdowskyj et al., 2020, S. 43). Auf diese Art und Weise würde die Frau die Versicherung haben, dass diese Veränderungen durchaus auftreten können und zunächst nicht besorgniserregend sind. Außerdem sollten praktische Tipps, wie die Nutzung von Gleitmittel und das Einnehmen von angenehmen Sexstellungen empfohlen werden, wenn die Frau Probleme äußert (IX. Olsson et al., 2011, S. 199). Die Frauen in der Studie von Pardell-Dominguez et al. (2021) (X) beschreiben zudem, dass aufgrund von Zeitmangel Sex oft ohne Vorspiel initiiert werde und sich das negativ auf ihr sexuelles Verlangen auswirken würde. Paare können zu alternativen Praktiken, wie Oralverkehr oder auch zunächst manueller Befriedigung ermutigt werden (IX. Olsson et al., 2011, S. 199). Ein weitere Studie befürwortet diese Herangehensweise, da Frauen insbesondere im Rahmen von penetrativen Geschlechtsverkehr Schmerzen angeben (Delgado-Pérez et al., 2022, S. 6). Die Frauen in der Studie von Rahmani et al. (2023) (VIII) beschreiben, dass sie bei Dyspareunie unter anderem mit Sexspielzeugen experimentierten oder auch Analverkehr ausprobierten, wobei dieser oft besonders schmerzhaft gewesen sei. Ob Analverkehr als alternative sexuelle Praktik zu empfehlen ist, lässt sich anhand dieser Ergebnisse nicht beantworten. Nichtsdestotrotz kann das Gespräch in die Richtung eröffnet werden, insofern Interesse besteht. Des

Weiteren sollten Frauen über die hormonellen Veränderungen durch das Stillen und deren möglicher Einfluss auf das sexuelle Verlangen informiert werden (IX Olsson et al., 2011, S. 199). In der Studie von Pardell-Dominguez et al. (2021) (X) beschreiben die Frauen ihre Brüste als früheres Symbol der Weiblichkeit, welches jetzt zu einer „Fütterungsmaschine“ geworden sei. Diese Beschreibung verdeutlicht, wie herausfordernd für viele Frauen die Veränderung ihrer Brüste ist, weshalb das Sprechen über diese Veränderungen einen hohen Stellenwert hat. Eine weitere wichtige Erkenntnis dieser Arbeit ist das Einbinden der Partner:innen und die Förderung einer effektiven Paarkommunikation, da Frauen in dieser Situation Verständnis von ihren Partner:innen erwarten (VIII Rahmani et al., 2023, S. 6). Hebammen sollten also beide Elternteile in die Gespräche involvieren, um eine gute Kommunikation zu fördern. Die Unterstützung des Partners im Haushalt als auch eine gerechte Aufgabenverteilung im Haushalt werden als relevant erachtet und hilfreich für die Beziehungsqualität angesehen. Pardell-Dominguez et al. (2021) (X) betonen, dass nur so beide Elternteile auch Zeit für sich und zum Ausruhen hätten. Abschließend sollte jedoch der Fokus in jeder Beratung daraufgelegt werden, keinen Druck aufzubauen und das Paar dazu zu ermuntern, sich die Zeit zu nehmen die es benötigt. Olsson et al. (2011) (IX) betonen, dass aufmerksames Zuhören und Beruhigen an erster Stelle stehen. Nichtsdestotrotz ist beim Auftreten sexueller Dysfunktionen die Weiterleitung an eine Ärzt:in erforderlich (Serrano Drozdowskyj et al., 2020, S. 43).

Da insbesondere das Ansprechen der sexuellen Gesundheit als schwierig beschrieben wird, könnte die Entwicklung eines Informationsflyers oder einer Website, auf die die Paare mit einem QR-Code zugreifen können, eine sinnvolle Stütze sein. Dort könnten evidenzbasierte Informationen in leicht verständlicher Sprache verfasst werden, die sexuelle Veränderungen und mögliche Einflussfaktoren aufführen. Gleichzeitig können praktische Tipps genannt und Adressen von Ärzt:innen, Sexualtherapeut:innen und Physiotherapeut:in aufgelistet werden. Hebammen können dieses Hilfsmittel als Leitfaden beim Gespräch über Sexualität nutzen und die Frauen oder Paare hätten die Möglichkeiten sich allein die Informationen durchzulesen und bei Bedarf das Gespräch erneut zu suchen. Ob ein solches Hilfsmittel genutzt werden würde und tatsächlich einen positiven Einfluss hätte, müsste anhand von Studien überprüft werden.

Es gibt noch ein weiteres Feld, aus dem sich Implikationen für die Hebammenarbeit ableiten lassen. Hierbei handelt es sich um die Unsicherheit, die Hebammen im Gespräch über Sexualität verspüren, wenn sie Frauen mit verschiedenen kulturellen und religiösen Hintergründen begleiten oder eine Sprachbarriere vorliegt (IX. Olsson et al., 2011, S. 197–198). Diese Thematik ist vor dem Hintergrund globaler Migration und Immigration, sowie Flüchtlingskrisen und Kriege aktueller denn je. In Deutschland wurden allein im Zeitraum Januar

bis April 2023 101.981 Asylanträge eingereicht, die Tendenz wird als steigend bezeichnet, was die Dringlichkeit dieser Thematik verdeutlicht (BAMF, 2023). Der Einfluss von Religion und Kultur wird bereits im Ergebnisteil benannt und wird auch von weiteren Studien bestätigt. Schwedische Hebammen benennen im Rahmen einer qualitativen Studie die Herausforderung, das Thema der sexuellen Gesundheit mit Frauen, die einen anderen kulturellen Hintergrund haben, zu besprechen. Insbesondere die Sprachbarriere stellt hier ein Hindernis dar, wobei auch die Arbeit mit Dolmetscher:innen nicht als Erleichterung angesehen wird (Percat & Elmerstig, 2017, S. 88). Gleichzeitig beschreiben Hebammen, die überwiegend mit immigrierten oder geflüchteten Frauen arbeiten, dass sie sich Gedanken über die Auswirkungen fehlender sozialer Netzwerke auf das Sexualleben dieser Familien machen (IX Olsson et al., 2011, S. 198). Nichtsdestotrotz betonen weitere Studien, dass Unsicherheit und Unwissenheit von Mitarbeitenden der Gesundheitsversorgung bezüglich geschlechtsspezifischer und kultureller sexueller Gesundheitsthemen zu einer Behinderung von Gesprächen über Sexualität führen. Menschen mit Migrationshintergrund oder einer nicht heteronormativen sexuellen Orientierung werden so zusätzlich benachteiligt (Hinchliff et al., 2005, S. 348; Gott et al., 2004, S. 532). Kommunikationsschwierigkeiten, mangelnde Kenntnisse über kulturelle Vielfalt und Beratungsmöglichkeiten zum Sexualleben schränken die Sexualberatung bei Frauen, die im Ausland geboren sind also erheblich ein (IX Olsson et al., 2011, S. 198). Diese Erkenntnisse implizieren, dass sich Hebammen intensiver mit dem Umgang von Sexualaufklärung und -beratung im Kontext kultureller, religiöser und sprachlicher Vielfalt auseinandersetzen müssen. Weiterbildungen und Hilfsmittel, die im Umgang mit Sprachbarrieren und kulturellen Unterschieden unterstützend wirken, sollten mehr in den Berufsalltag integriert werden. Ein Beispiel ist das Projekt „Zanzu“, welches die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) entwickelt hat und u.a. Informationen zur Sexualität auf diversen Sprachen, leicht verständlich und visualisiert darstellt (BZgA, 2023). Das Arbeiten mit Informationsseiten dieser Art könnte sowohl für die Hebammen als auch Paare hilfreich sein. Zudem sollten Hebammen ihr kollegiales Netzwerk nutzen und mit Kolleg:innen in den Austausch treten, die einer anderen Religion angehören als die Hebamme selbst, um offene Fragen oder Unsicherheiten anzusprechen.

4.4 Stärken und Limitationen der Arbeit

Als Stärke dieser Arbeit kann die Heterogenität der einbezogenen Literatur gezählt werden, die zu einem realistischen Einblick in den aktuellen Forschungsstand beigetragen hat. Des Weiteren eignet sich das Format des Reviews, um zunächst einen Überblick in das gewählte Thema zu erhalten und so die Forschungsfrage zu beantworten. So lassen sich aus den Erkenntnissen und Grenzen dieser Arbeit Lücken in der Forschung herausarbeiten. Zudem hat sich diese Arbeit intensiv mit der Qualität der untersuchten Studien beschäftigt,

sodass die Erkenntnisse dieser Ausarbeitung auf Basis aussagekräftiger und glaubwürdiger Studien entstanden sind.

Zu den Limitationen dieser Ausarbeitung gehören die Ein- und Ausschlusskriterien bei der Auswahl der genutzten Literatur. So betrachtet diese Arbeit isoliert den Zeitraum des Puerperiums bis zum ersten Jahr nach Kindsgeburt und klammert den perinatalen Zeitraum gänzlich aus. Dabei können Schwangerschaft, Wochenbett und das erste Jahr postpartal nicht separat betrachtet werden, sodass die Ergebnisse dieser Arbeit dadurch beeinflusst sein können. Des Weiteren werden keine Studien genutzt, in denen die Frauen vorbestehende sexuelle Dysfunktionen haben. Wie bereits im Abschnitt 4.1. erwähnt, forschen die RCTs überwiegend mit einer homogenen Gruppe an Teilnehmer:innen. Die Ergebnisse der Studien und auch dieser Ausarbeitung sind dementsprechend nur eingeschränkt übertragbar. In zukünftigen Arbeiten wäre es von Interesse sich auf 1-2 Beratungsmodelle und dessen Wirkung und Durchführung zu konzentrieren. So könnten Strategien der Implementierung solcher Beratungs-/ Aufklärungsprogramme entwickelt werden, wodurch ein realistischer Ausblick in den Theorie-Praxis-Transfer gegeben werden könnte.

5. Fazit

Ziel der vorliegenden Bachelorarbeit ist es, anhand einer Übersichtsarbeit den aktuellen Forschungsstand zu Sexualaufklärung von Eltern im ersten Jahr nach der Geburt zu untersuchen und daraus Implikationen für die Hebammenarbeit abzuleiten. Die Ergebnisse der untersuchten Studien zeigen, dass Sexualaufklärung und -beratung insbesondere auf Basis strukturierter Programme, einen positiven Einfluss auf die sexuelle Gesundheit der Frauen haben. Es können signifikante Verbesserungen im Bereich der sexuellen Zufriedenheit und Funktion, der sexuellen Selbstwirksamkeit und im Bereich des Wissens um Sexualität postpartal verzeichnet werden. Auch eine präventive Wirkung auf die Entwicklung von Depressionen, Angst und Stress werden im Rahmen einer Studie aufgeführt. Nichtsdestotrotz braucht es in Zukunft weitere Studien, die die Sexualaufklärung in der postpartalen Phase beleuchten. Insbesondere die Rolle der Partner:innen, der Einfluss verschiedener kultureller und religiöser Hintergründe und die Durchführung von Sexualaufklärung bei Risikopatient:innen sollten in Zukunft näher untersucht werden. Ein weiteres Ergebnis der untersuchten Studien ist, dass trotz des positiven Einflusses strukturierter Sexualberatung und -aufklärung, eine Umsetzung in die Praxis wenig bis kaum vorhanden ist. Die wenigsten Eltern geben an, sich von Seiten der Gesundheitsversorgung ausreichend über den Umgang mit den Veränderungen der Sexualität aufgeklärt zu fühlen. Hauptursachen für die unzureichende Thematisierung sind Zeit-, Wissens-, und Erfahrungsmangel. Insbesondere die mangelhafte Ausbildung in der Sexualmedizin im Rahmen des Medizin- und Hebammenstudiums werden aufgeführt. Aus diesem Ergebnis lässt sich der Stellenwert an Fort-

und Weiterbildung im Bereich der Sexualmedizin darstellen, um so der Gesundheitsinformationslücke der sexuellen Gesundheit entgegenzuwirken. Sowohl Hilfsmittel wie kurze Aufklärungsvideos auf YouTube als auch Online-Weiterbildungsprogramme haben Mitarbeitenden der Gesundheitsversorgung in ihrer Kompetenz zur Sexualberatung bestärkt. Inwiefern die Nutzung solcher Weiterbildungsstrategien und Hilfsmittel tatsächlich zu mehr Beratung zur sexuellen Gesundheit postpartal führen, lässt sich in dieser Ausarbeitung nicht beantworten. Dies stellt jedoch einen bedeutenden Ansatz zukünftiger Forschung dar. Anhand der Studienergebnisse können außerdem Implikationen für den Hebammenberuf herausgearbeitet werden. Hebammen sind in ihrer Arbeit nah an den Frauen und Familien und betreuen sie häufig über einen längeren Zeitraum, sodass ein Vertrauensverhältnis entstehen kann. Studienergebnisse führen zu der Erkenntnis, dass Sexualität und sexuelle Gesundheit sowohl physische, psychische als auch soziokulturelle Aspekte umfasst. Insbesondere religiöse, kulturelle als auch sprachliche Einflussfaktoren werden als herausfordernd beschrieben. Sie begünstigen zudem, dass das Thema der sexuellen Gesundheit gänzlich ausgeklammert wird, da neben den allgemeinen Wissenslücken in Sexualmedizin, Sprachbarrieren oder kulturelle/ religiöse Vielfalt zu noch mehr Unsicherheit bei den Hebammen führen. Dementsprechend ist eine Auseinandersetzung mit diesen Themen erforderlich, um das Wissen der Hebammen zu erweitern und zudem der Diskriminierung verschiedener Paare entgegenzuwirken. Auch hier müssen Fort- und Weiterbildungen, Hilfsmittel als auch das kollegiale Netzwerk genutzt werden, um das eigene Wissen bezüglich Sexualität im interreligiösen und -kulturellen Kontext zu erweitern.

Ansonsten verdeutlichen die Bedürfnisse der Frauen, dass praktische Tipps, das Einbinden der Partner:innen und eine Normalisierung der sexuellen Veränderungen als hilfreich angesehen werden und in der Akzeptanz der aktuellen Lebenssituation helfen können. Auch der positive Einfluss effektiver Kommunikation zwischen den Paaren wird aufgeführt, sodass eine weitere Implikation die Förderung der Paarkommunikation ist. Abschließend sollte jedoch die allgemeine Gesundheitsförderung der Eltern im Vordergrund stehen, weshalb die Sexualberatung insbesondere dafür genutzt werden sollte, um den Druck, den insbesondere Frauen verspüren, zu nehmen. Soziokulturelle und gesellschaftliche Einflüsse und Erwartungen bezüglich des Mutterseins und der Sexualität postpartal werden oft als belastend angesehen, weshalb Sexualberatung entlastend wirken sollte.

Der Forschungsstand zu Sexualberatung postpartal bei Eltern im ersten Lebensjahr zeigt einige Erkenntnisse, aber auch Lücken im Forschungsbereich und in der Umsetzung auf. Die Relevanz einer konsequenten Durchführung von Sexualberatung in der postpartalen Phase wird anhand dieser Ausarbeitung betont, da die Transition zum Elternwerden einen großen Einfluss auf die sexuelle Gesundheit und sexuelle Aktivität haben kann. Die Umsetzung der aufgeführten Implikationen, der Einfluss von Fort- und

Weiterbildungsmöglichkeiten auf die Prävalenz von Gesundheitsinformationen zu sexueller Gesundheit und die Implementierung strukturierter Beratungsprogramme in die Praxis müssen anhand weiterer Forschung untersucht werden. In diesem Zusammenhang wäre es von Bedeutung, in zukünftiger Forschung mehr die Rolle der Hebamme in Sexualaufklärung zu untersuchen. Insbesondere der deutschsprachige Forschungsbereich ist unzureichend, weshalb die Ergebnisse nicht zwingend repräsentativ für Hebammen in Deutschland, Österreich und der Schweiz sind. Durch die Akademisierung des Hebammenberufes könnte sich dies in Zukunft ändern.

So lässt sich abschließend zusammenfassen, dass diese Ausarbeitungen einige Grundlagen für zukünftige Forschung im Bereich der Sexualaufklärung von Paaren in der postpartalen Phase und im Kontext der Hebammenarbeit aufführt.

IV. Literaturverzeichnis

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. (Juni 2023). Asylgeschäftsstatistik Juni 2023. <https://www.bamf.de/SharedDocs/Meldungen/DE/2023/230707-asylgeschaeftsstatistik-juni-2023.html?nn=284830> abgerufen am (08.11.2023)

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und Sensoa. (2023). Zanzu. Mein Körper in Wort und Bild. <https://www.zanzu.de/de/> (abgerufen am 09.11.2023).

Bradfield, Z., Officer, K., Barnes, C., Mignacca, E., Butt, J., & Hauck, Y. (2022). Sexual and reproductive health education: Midwives' confidence and practices. *Women and Birth*, 35(4), 360–366. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.09.005>

CASP Referencing & Creative Commons Licence. (o. J.). CASP - Critical Appraisal Skills Programme. Abgerufen 5. Oktober 2023, von <https://casp-uk.net/referencing/>

Cattani, L., De Maeyer, L., Verbakel, J. Y., Bosteels, J., & Deprest, J. (2022). Predictors for sexual dysfunction in the first year postpartum: A systematic review and meta-analysis. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 129(7), 1017–1028. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.16934>

Darooneh, T., Ozgoli, G., Keshavarz, Z., & Nasiri, M. (2022). Educational programs and counseling models for improving postpartum sexual health: A narrative review. *Sexual and Relationship Therapy*, 0(0), 1–17. <https://doi.org/10.1080/14681994.2022.2085250>

de Pierrepont, C., Brassard, A., Lessard, I., Gingras, A.-S., & Péloquin, K. (2021a). Testing an Online Training Session on Couples' Perinatal Sexual Changes Among Health Care Professionals and Paraprofessionals. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 66(2), 218–226. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13206>

Delgado-Pérez, E., Rodríguez-Costa, I., Vergara-Pérez, F., Blanco-Morales, M., & Torres-Lacomba, M. (2022). Recovering Sexuality after Childbirth. What Strategies Do Women Adopt? A Qualitative Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(2), 950. <https://doi.org/10.3390/ijerph19020950>

Downes, M. J., Brennan, M. L., Williams, H. C., & Dean, R. S. (2016). Development of a critical appraisal tool to assess the quality of cross-sectional studies (AXIS). *BMJ Open*,

6(12), e011458. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011458>

Escasa-Dorne, M. J. (2015). Sexual Functioning and Commitment to Their Current Relationship among Breastfeeding and Regularly Cycling Women in Manila, Philippines. *Human Nature*, 26(1), 89–101. <https://doi.org/10.1007/s12110-015-9223-x>

Evcili, F., Demirel, G., Bekar, M., & Guler, H. (2020). Effectiveness of postpartum sexual health education programme structured according to Levine's conservation model: An interventional study. *International Journal of Nursing Practice*, 26(3), e12855. <https://doi.org/10.1111/ijn.12855>

Fitzpatrick, E. T., Rosen, N. O., & Dawson, S. J. (2023). What to Expect When You're Expecting: Perinatal Sexual Education Is Linked with Couples' Sexual Well-Being in Pregnancy and the Postpartum. *The Journal of Sex Research*, 0(0), 1–14. <https://doi.org/10.1080/00224499.2023.2193570>

Flick, U. (2019). Gütekriterien qualitativer Sozialforschung. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 473–488). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-21308-4_33

Gott, M., Galena, E., Hinchliff, S., & Elford, H. (2004). "Opening a can of worms": GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care. *Family Practice*, 21(5), 528–536. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmh509>

Grussu, P., Vicini, B., & Quatraro, R. M. (2021). Sexuality in the perinatal period: A systematic review of reviews and recommendations for practice. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 30, 100668. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2021.100668>

Guerra-Reyes, L., Christie, V. M., Prabhakar, A., & Siek, K. A. (2017). Mind the Gap: Assessing the Disconnect Between Postpartum Health Information Desired and Health Information Received. *Women's Health Issues*, 27(2), 167–173. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2016.11.004>

Hidalgo-Lopezosa, P., Pérez-Marín, S., Jiménez-Ruz, A., López-Carrasco, J. de la C., Cubero-Luna, A. M., García-Fernández, R., Rodríguez-Borrego, M. A., Liébana-Presa, C., & López-Soto, P. J. (2022). Factors Associated with Postpartum Sexual Dysfunction in Spanish Women: A Cross-Sectional Study. *Journal of Personalized Medicine*, 12(6), 926.

<https://doi.org/10.3390/jpm12060926>

Hinchliff, S., Gott, M., & Galena, E. (2005). 'I daresay I might find it embarrassing': General practitioners' perspectives on discussing sexual health issues with lesbian and gay patients. *Health & Social Care in the Community*, 13(4), 345–353. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2005.00566.x>

Khorasani, F., Iranifard, E., Latifnejad Roudsari, R., & Mirzaii Najmabadi, K. (2022). The Role of Midwives in Women's Empowerment: A Narrative Review. *Journal of Midwifery and Reproductive Health, Online First*. <https://doi.org/10.22038/jmrh.2022.68761.2016>

Korda, J.B. (2008). Weibliche sexuelle Dysfunktion. *Der Gynäkologe*, 41(12), 1005–1019. <https://doi.org/10.1007/s00129-008-2281-y>

Lee, J. T., & Yen, H.-W. (2007). Randomized controlled evaluation of a theory-based postpartum sexual health education programme. *Journal of Advanced Nursing*, 60(4), 389–401. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04395.x>

Malakouti, J., Golizadeh, R., Mirghafourvand, M., & Farshbaf-Khalili, A. (2020). The effect of counseling based on ex-PLISSIT model on sexual function and marital satisfaction of postpartum women: A randomized controlled clinical trial. *Journal of Education and Health Promotion*, 9, 284. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_168_20

Manninen, S.-M., Kero, K., Riskumäki, M., Vahlberg, T., & Polo-Kantola, P. (2022). Medical and midwifery students need increased sexual medicine education to overcome barriers hindering bringing up sexual health issues – A national study of final-year medical and midwifery students in Finland. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 279, 112–117. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2022.10.021>

Martínez-Martínez, A., Arnau, J., Salmerón, J. A., Velandrino, A. P., & Martínez, M. E. (2017). The sexual function of women during puerperium: A qualitative study. *Sexual and Relationship Therapy*, 32(2), 181–194. <https://doi.org/10.1080/14681994.2016.1263389>

McBride, H. L., Olson, S., Kwee, J., Klein, C., & Smith, K. (2017). Women's Postpartum Sexual Health Program: A Collaborative and Integrated Approach to Restoring Sexual Health in the Postpartum Period. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 43(2), 147–158. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2016.1141818>

McDonald, E., Woolhouse, H., & Brown, S. J. (2015). Consultation about Sexual Health Issues in the Year after Childbirth: A Cohort Study. *Birth*, 42(4), 354–361. <https://doi.org/10.1111/birt.12193>

Olsson, A., Lundqvist, M., Faxelid, E., & Nissen, E. (2005). Women's thoughts about sexual life after childbirth: Focus group discussions with women after childbirth. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19(4), 381–387. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2005.00357.x>

Olsson, A., Robertson, E., Björklund, A., & Nissen, E. (2010). Fatherhood in focus, sexual activity can wait: New fathers' experience about sexual life after childbirth. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(4), 716–725. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2009.00768.x>

Olsson, A., Robertson, E., Falk, K., & Nissen, E. (2011). Assessing women's sexual life after childbirth: The role of the postnatal check. *Midwifery*, 27(2), 195–202. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2009.04.003>

O'Malley, D., Higgins, A., Begley, C., Daly, D., & Smith, V. (2018). Prevalence of and risk factors associated with sexual health issues in primiparous women at 6 and 12 months postpartum; a longitudinal prospective cohort study (the MAMMI study). *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 196. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1838-6>

Pardell-Dominguez, L., Palmieri, P. A., Dominguez-Cancino, K. A., Camacho-Rodriguez, D. E., Edwards, J. E., Watson, J., & Leyva-Moral, J. M. (2021). The meaning of postpartum sexual health for women living in Spain: A phenomenological inquiry. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), 92. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03578-y>

Percat, A., & Elmerstig, E. (2017). "We should be experts, but we're not": Sexual counselling at the antenatal care clinic. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 14, 85–90. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2017.10.001>

Prochaska, JO, & DiClemente, CC (1983). Phasen und Prozesse der Selbstveränderung des Rauchens: Auf dem Weg zu einem integrativen Veränderungsmodell. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51 (3), 390–395. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.51.3.390>

Rahmani, A., Fallahi, A., Allahqoli, L., Grylka-Baesclin, S., & Alkatout, I. (2023). How do new mothers describe their postpartum sexual quality of life? A qualitative study. *BMC Women's Health*, 23(1), 477. <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02619-2>

Rosen, N. O., Muise, M. D., Vannier, S. A., Chambers, C. T., & Scott, H. (2021). #postbamyhankypanky: An Empirically Based Knowledge Sharing Initiative About Sex and the Transition to Parenthood. *Archives of Sexual Behavior*, 50(1), 45–55. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01734-7>

Serrano Drozdowskyj, E., Gimeno Castro, E., Trigo López, E., Bárcenas Taland, I., & Chiclana Actis, C. (2020). Factors Influencing Couples' Sexuality in the Puerperium: A Systematic Review. *Sexual Medicine Reviews*, 8(1), 38–47. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2019.07.002>

Sheikhi, Z. P., Navidian, A., & Rigi, M. (2020). Effect of sexual health education on sexual function and resumption of sexual intercourse after childbirth in primiparous women. *Journal of Education and Health Promotion*, 9, 87. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_591_19

Stavdal, M. N., Skjævestad, M. L. L., & Dahl, B. (2019). First-time parents' experiences of proximity and intimacy after childbirth – A qualitative study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 20, 66–71. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2019.03.003>

Stiefel, A., Brendel, K., Bauer, N. H., & Harder, U. (Hrsg.). (2020). *Hebammenkunde: Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf* (6., aktualisierte und erweiterte Auflage). Georg Thieme Verlag. <https://doi.org/10.1055/b-006-163368>

Walker, S. H., & Davis, G. (2014). Knowledge and reported confidence of final year midwifery students regarding giving advice on contraception and sexual health. *Midwifery*, 30(5), e169–e176. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.02.002>

World Health Organization. (2006). Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health 28-31 January 2002, Geneva. <https://www.cesas.lu/perch/resources/whodefiningsexualhealth.pdf> (abgerufen am 28.09.2023)

World Health Organization. (2010). Developing sexual health programmes [PDF-Dokument]. Heruntergeladen von <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-HRP-10.22> (am 28.09.2023)

Weltgesundheitsorganisation. (2022). ICD-11: Internationale Klassifikation von Krankheiten (11. Revision). <https://icd.who.int/> (abgerufen am 15.11.2023)

Williamson, M., McVeigh, C., & Baafi, M. (2008). An Australian perspective of fatherhood and sexuality. *Midwifery*, 24(1), 99–107. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2006.07.010>

Zahra Pahlavani Sheikhi, Navidian, A., & Rigi, M. (2020). Effect of sexual health education on sexual function and resumption of sexual intercourse after childbirth in primiparous women. *Journal of Education and Health Promotion*, 9, 87. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_591_19

Zamani, M., Latifnejad Roudsari, R., Moradi, M., & Esmaily, H. (2017). Effect of Sexual Counseling on Stress, Anxiety, and Depression in Women during Postpartum Period. *Evidence Based Care*, 7(2), 17–26. <https://doi.org/10.22038/ebcj.2017.24244.1525>

Zamani, M., Latifnejad Roudsari, R., Moradi, M., & Esmaily, H. (2019). The effect of sexual health counseling on women's sexual satisfaction in postpartum period: A randomized clinical trial. *International Journal of Reproductive Biomedicine*, 17(1), 41–50. <https://doi.org/10.18502/ijrm.v17i1.3819>

..

V. Anhang

CASP-Checkliste für Randomized controlled trial (RCT)

Anhang V.I Bewertung der Studie von Zamani et al. (2019)

“The effect of sexual health counseling on women’s sexual satisfaction in postpartum period: randomized clinical trial”

Section A: Is the basic study design valid for a randomised controlled trial?			
<p>1. Did the study address a clearly focused research question? <i>CONSIDER:</i> Was the study designed to assess the outcomes of an intervention? Is the research question ‘focused’ in terms of:</p> <ul style="list-style-type: none"> Population studied Intervention given Comparator chosen Outcomes measured? 	Yes <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Can’t tell <input type="checkbox"/>
<p>Ja: Intervention: WPSHP Counseling Interventions- und Kontrollgruppe Im Vergleich: Ergebnisse der Kontrollgruppe Vor und nach Intervention Ergebnisse anhand des Larson Sexual Satisfaction Questionnaire erhoben</p>			
<p>2. Was the assignment of participants to interventions randomised? <i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> How was randomisation carried out? Was the method appropriate? Was randomisation sufficient to eliminate systematic bias? Was the allocation sequence concealed from investigators and participants? 	Yes <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Can’t tell <input type="checkbox"/>
<p>Randomisiert, einfach verblindet. Vorgang: von Jan.-Juli 2016 mehrstufige Cluster-Zufallsstichprobe. Kliniken und Probandinnen randomisiert ausgewählt;</p>			
<p>3. Were all participants who entered the study accounted for at its conclusion? <i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Were losses to follow-up and exclusions after randomisation accounted for? Were participants analysed in the study groups to which they were randomised (intention-to-treat analysis)? Was the study stopped early? If so, what was the reason? 	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Can’t tell <input checked="" type="checkbox"/>
<p>Anfangs beide Gruppen (n=40), am Ende Intervention- (n=35), Kontrollgruppe (n=40). Die minimale "Sample-size-calculation" war 32, wurde auf 40 gelegt, wegen mögl. Abgänger:innen. "Drop-Out" im Flussdiagramm dargestellt allerdings gibt es keine Angaben bzgl. "Intention-to-treat", was auf einen möglichen Attrition-Bias schließen könnte</p>			
Section B: Was the study methodologically sound?			
<p>4.</p> <ul style="list-style-type: none"> Were the participants ‘blind’ to intervention they were given? Were the investigators ‘blind’ to the intervention they were giving to participants? Were the people assessing/analysing outcome/s ‘blinded’? 	Yes <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Can’t tell <input type="checkbox"/>
<p>5. Were the study groups similar at the start of the randomised controlled trial? <i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Were the baseline characteristics of each study group (e.g. age, sex, socio-economic group) clearly set out? Were there any differences between the study groups that could affect the outcome/s? 	Yes <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Can’t tell <input type="checkbox"/>
<p>kein signifikanter Unterschied bei den soziodemographischen Daten. 18-35 J., High School Abschluss, verheiratet, wohnt mit Mann zusammen. Gesundes, reifes Neugeborenes (Ngb), Einling, geringer Larson Sexual Satisfaction Score. Keine auffällige Anamnese bzgl. Suchterkrankungen, psychischen Erkrankungen, keine Medikamenteneinnahme, die Auswirkungen auf die Sexualität haben könnten. Ausschlusskriterien: erneute Schwangerschaft, Sexualberatung von extern, stressvolles Ereignis wie Todesfall in der Familie</p>			

<p>6. Apart from the experimental intervention, did each study group receive the same level of care (that is, were they treated equally)?</p> <p>CONSIDER:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Was there a clearly defined study protocol? • If any additional interventions were given (e.g. tests or treatments), were they similar between the study groups? • Were the follow-up intervals the same for each study group? 	<p>Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't tell <input type="checkbox"/></p> <p>Es wird angegeben, dass die Interventions- und Kontrollgruppe jeweils die routinemäßige Gesundheitsversorgung erhielten und die Interventionsgruppe das WPSHP-Programm. (Reliabilität)</p>
--	--

Section C: What are the results?

<p>7. Were the effects of intervention reported comprehensively?</p> <p>CONSIDER:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Was a power calculation undertaken? • What outcomes were measured, and were they clearly specified? • How were the results expressed? For binary outcomes, were relative and absolute effects reported? • Were the results reported for each outcome in each study group at each follow-up interval? • Was there any missing or incomplete data? • Was there differential drop-out between the study groups that could affect the results? • Were potential sources of bias identified? • Which statistical tests were used? • Were p values reported? 	<p>Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't tell <input type="checkbox"/></p> <p>Stichprobengröße: Power von 80% Outcomes: Demographische Daten (keine signifikante Relevanz), Sexual Satisfaction Score vor und nach Intervention, Scores of stress, anxiety, depression Resultate: tabellarisch und im Fließtext aufgeführt: als arithmetischer Mittelwert und davon SD (Standardabweichung) oder als n(%) und mit p-Wert: Signifikanzniveau: p:<0,05 keine binären Outcomes erwähnt Resultate für beide Gruppen nach Durchführung des Fragebogens bzw. vor und nach Intervention aufgeführt Die minimale "Sample-size-calculation" war 32, wurde auf 40 gelegt, wegen mögl. Abgänger:innen. "Drop-Out" im Flussdiagramm dargestellt-> wurde nicht mit eingerechnet, keine Angaben bzgl. "Intent-to-treat" mgl. Attrition-Bias-> keine Angaben zu mgl. Bias SPSS, Kolmogorov-Smirnov, Mann-Whitney U test, independent T-test, paires T-test, Chi-Square, Fisher Test p-Werte wurden angegeben (Reliabilität+Validität)</p>
<p>8. Was the precision of the estimate of the intervention or treatment effect reported?</p> <p>CONSIDER:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Were confidence intervals (CIs) reported? 	<p>Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't tell <input type="checkbox"/></p>
<p>9. Do the benefits of the experimental intervention outweigh the harms and costs?</p> <p>CONSIDER:</p> <ul style="list-style-type: none"> • What was the size of the intervention or treatment effect? • Were harms or unintended effects reported for each study group? • Was a cost-effectiveness analysis undertaken? (Cost-effectiveness analysis allows a comparison to be made between different interventions used in the care of the same condition or problem.) 	<p>Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't tell <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Auf Basis dieser Studie nicht zu beurteilen; Stichprobe von n=35 Personen und keine Aufführung wie teuer und aufwendig die Durchführung des Programms ist</p>

Section D: Will the results help locally?

<p>10. Can the results be applied to your local population/In your context?</p> <p><i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Are the study participants similar to the people in your care? • Would any differences between your population and the study participants alter the outcomes reported in the study? • Are the outcomes important to your population? • Are there any outcomes you would have wanted information on that have not been studied or reported? • Are there any limitations of the study that would affect your decision? 	<p>Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't tell <input type="checkbox"/></p> <p>zwar Durchführung im Iran aber trotzdem auf meine Population übertragbar, außerdem kann WPSHP von Hebammen durchgeführt werden, was als positiv bewertet wird</p>
<p>11. Would the experimental intervention provide greater value to the people in your care than any of the existing interventions?</p> <p><i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • What resources are needed to introduce this intervention taking into account time, finances, and skills development or training needs? • Are you able to disinvest resources in one or more existing interventions in order to be able to re-invest in the new intervention? 	<p>Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't tell <input type="checkbox"/></p> <p>Es braucht eine Ausbildung von Hebammen im Bereich des WPSHP, Orte der Durchführung, Rekrutierung von Frauen, finanzielle Mittel, dennoch sollte dieses Programm intensiver verfolgt werden, da es für Paare/ Frauen in der postpartalen Phasen zugeschnitten ist. Es braucht insgesamt mehr Studien</p>

APPRAISAL SUMMARY: Record key points from your critical appraisal in this box. What is your conclusion about the paper? Would you use it to change your practice or to recommend changes to care/interventions used by your organisation? Could you judiciously implement this intervention without delay?

Ziel der Studie deutlich: keine Fragestellung und keine Hypothese, aber Verfahren nach PICO
 Randomisierung bzgl. der Gesundheitszentren und Intervention- und Kontrollgruppe (5 Zentren)
 Intervention wird beschrieben und dass beide Gruppen die allgemeine Gesundheitsversorgung erhielten, mögliche externe Einflüsse werden bei Limitationen aufgeführt
 Fragebögen: Demographischer Fragebogen, Larson Sexual Satisfaction Questionnaire und DASS-21: alle drei wurden auf ihre Reliabilität und Validität überprüft und Einschluss begründet
 Stichprobengröße gering, aber angemessen bzgl. der Sample-Size-Calculation, Drop-Outs sind im Prisma aufgeführt, Stichprobe entspricht einer Power von 80%, nicht deutlich ob Drop-Outs Ergebnisse beeinflussen (mögl. Attrition-Bias)
 Outcomes wurden ersichtlich im Fließtext und tabellarisch mit arithmetischem Mittelwert und davon die SD (Standardabweichung) oder als n(%) und mit p-Wert dargestellt: Signifikanzniveau: $p < 0,05$. Die signifikanten/ nicht signifikanten Unterschiede aus dem Fließtext entsprechen den Ergebnissen aus der Tabelle, Konfidenzintervall 95%
 Ziel und Fragestellung der Studie wurde verfolgt, Design der Studie angemessen, Frage wurde beantwortet:
 Keine Interessenskonflikte, Ethikkommission hat Studie genehmigt, Randomisierung von allen Beteiligten erfolgt, abgesehen vom mögl. Attrition Bias keine Annahme, dass es zu Bias gekommen ist
 Studie im hohen Maße objektiv und reliabel und im zufriedenstellenden Maße valide, insbesondere die externe Validität ist eingeschränkt, da die Ein- und Ausschlusskriterien sehr streng sind und sich die Studie nur mit gesunden, verheirateten Frauen, zw. 18-35 J. etc. beschäftigt hat und die Ergebnisse nicht auf die Gesamtbevölkerung übertragen werden können

CASP-Checkliste für Randomized controlled trial (RCT)

Anhang V.II Bewertung der Studie von Sheikhi et al. (2020)

“Effect of sexual health education on sexual function and resumption of sexual intercourse after childbirth in primiparous women”.

Section A: Is the basic study design valid for a randomised controlled trial?			
<p>1. Did the study address a clearly focused research question? <i>CONSIDER:</i> Was the study designed to assess the outcomes of an intervention? Is the research question ‘focused’ in terms of:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Population studied • Intervention given • Comparator chosen • Outcomes measured? 	Yes <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Can’t tell <input type="checkbox"/> Keine Fragestellung oder Hypothese, aber klare Formulierung des Ziels der Studie P: n=94, Kontroll- und Interventionsgruppe Intervention: vorgefertigtes Aufklärungsprogramm über sexuelle Gesundheit, 3x: 3-5, 10-14 u. 30-45 Tage pp. zw. 20-60min, Kontrolle: reguläre postpartale Gesundheitsversorgung
<p>2. Was the assignment of participants to interventions randomised? <i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • How was randomisation carried out? Was the method appropriate? • Was randomisation sufficient to eliminate systematic bias? • Was the allocation sequence concealed from investigators and participants? 	Yes <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Can’t tell <input type="checkbox"/> Randomisierungsprozess wird transparent aufgeführt, keine Anhaltspunkte für systematische Bias gegeben Alle Beteiligten wurden "verblindet"
<p>3. Were all participants who entered the study accounted for at its conclusion? <i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Were losses to follow-up and exclusions after randomisation accounted for? • Were participants analysed in the study groups to which they were randomised (intention-to-treat analysis)? • Was the study stopped early? If so, what was the reason? 	Yes <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Can’t tell <input type="checkbox"/> Von 100 ausgewählten Frauen haben 94 die Studie beendet: Interventions-(n=47) und Kontrollgruppe (n=47), keine Angaben wie die Drop-Outs in die Bewertung involviert wurden
Section B: Was the study methodologically sound?			
<p>4.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Were the participants ‘blind’ to intervention they were given? • Were the investigators ‘blind’ to the intervention they were giving to participants? • Were the people assessing/analysing outcome/s ‘blinded’? 	Yes <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Can’t tell <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>5. Were the study groups similar at the start of the randomised controlled trial? <i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Were the baseline characteristics of each study group (e.g. age, sex, socio-economic group) clearly set out? • Were there any differences between the study groups that could affect the outcome/s? 	Yes <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Can’t tell <input type="checkbox"/> Kein signifikanter Unterschied bei den soziodemographischen Daten Deutliche Definition von Ein- und Ausschlusskriterien, keine Unterschiede zw. 20-35J., Erstgebärende, keine DR III-IV*, gesundes Neugeborenes (Einling), keine psychischen oder physischen Erkrankungen, lebt mit Partner zusammen, physiologische Schwangerschaft und Wochenbettszeit, kein Stress, keine Analphabetin

<p>6. Apart from the experimental intervention, did each study group receive the same level of care (that is, were they treated equally)?</p> <p><i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Was there a clearly defined study protocol? • If any additional interventions were given (e.g. tests or treatments), were they similar between the study groups? • Were the follow-up intervals the same for each study group? 	<p>Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't tell <input type="checkbox"/></p> <p>Interventionsgruppe: 3 Termine mit dem vorgefertigten Sexualaufklärungsprogramm Kontrollgruppe: 3 Termine (in den selben Zeiträumen)</p>
---	--

Section C: What are the results?

<p>7. Were the effects of Intervention reported comprehensively?</p> <p><i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Was a power calculation undertaken? • What outcomes were measured, and were they clearly specified? • How were the results expressed? For binary outcomes, were relative and absolute effects reported? • Were the results reported for each outcome in each study group at each follow-up interval? • Was there any missing or incomplete data? • Was there differential drop-out between the study groups that could affect the results? • Were potential sources of bias identified? • Which statistical tests were used? • Were p values reported? 	<p>Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't tell <input type="checkbox"/></p> <p>Power-Kalkulation: 95%, um Validität sicherzustellen, Stichprobengröße auf 50 erhöht Outcomes: Demographischer Fragebogen und Female Sexual Function Index (FSFI)- Validität und Reliabilität überprüft: r=0,92. Ergebnisse tabellarisch und im Fließtext aufgeführt in Form des arithmetischen Mittelwerts, davon die Standardabweichung und den p-Wert. Vom FSFI Ergebnisse des pre- und posttest aufgeführt. Keine binären Outcomes, keine RR/OR, keine fehlenden oder unvollständigen Daten</p>
<p>8. Was the precision of the estimate of the intervention or treatment effect reported?</p> <p><i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Were confidence intervals (CIs) reported? 	<p>Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't tell <input type="checkbox"/></p> <p>Konfidenzintervall: 95%</p>
<p>9. Do the benefits of the experimental intervention outweigh the harms and costs?</p> <p><i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • What was the size of the intervention or treatment effect? • Were harms or unintended effects reported for each study group? • Was a cost-effectiveness analysis undertaken? (Cost-effectiveness analysis allows a comparison to be made between different interventions used in the care of the same condition or problem.) 	<p>Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't tell <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Kosten-Nutzen aufgrund dieser Studie nicht klar zu bestimmen: keine deutliche Aufführung welche Kosten und organisatorische Aspekte auffallen würden, auch wenn die Intervention zu einem signifikanten Unterschied geführt hat</p>

Section D: Will the results help locally?

<p>10. Can the results be applied to your local population/In your context?</p> <p>CONSIDER:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Are the study participants similar to the people in your care? • Would any differences between your population and the study participants alter the outcomes reported in the study? • Are the outcomes important to your population? • Are there any outcomes you would have wanted information on that have not been studied or reported? • Are there any limitations of the study that would affect your decision? 	<p>Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't tell <input type="checkbox"/></p> <p>Alle Teilnehmerinnen sind muslimisch, was sich aber auch auf das Arbeit in Deutschland übertragen lässt, da viele muslimische Familien hier leben. Es sollte aber auch eine vergleichbare Studie mit Teilnehmerinnen mit einer anderen oder keinen Konfession durchgeführt werden-> da könnte es Unterschiede in den Ergebnisse geben Limitationen (kulturelle, religiöse) werden aufgeführt</p>
<p>11. Would the experimental intervention provide greater value to the people in your care than any of the existing interventions?</p> <p>CONSIDER:</p> <ul style="list-style-type: none"> • What resources are needed to introduce this intervention taking into account time, finances, and skills development or training needs? • Are you able to disinvest resources in one or more existing interventions in order to be able to re-invest in the new intervention? 	<p>Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't tell <input type="checkbox"/></p> <p>Es bräuchte auch hier eine Aufführung der anfallenden Kosten, welche Ausbildung benötigt werden, wie die Rekrutierung etc. aussehen sollte. Trotzdem vielversprechendes Programm, welches übertragen werden könnte</p>

APPRAISAL SUMMARY: Record key points from your critical appraisal in this box. What is your conclusion about the paper? Would you use it to change your practice or to recommend changes to care/interventions used by your organisation? Could you judiciously implement this intervention without delay?

Ziel der Studie ist deutlich, es wurde ein passendes Studiendesign gewählt, Randomisierung ohne Mängel erfolgt und transparent dargestellt, keine Anhaltspunkte für systematische Bias. Konfidenzintervall 95%

Stichprobe: Power Calculation 95%, insgesamt n=94, Kontroll- und Interventionsgruppe jeweils n=47, alle Probandinnen weisen gleiche Merkmale auf (s. Ein- und Ausschlusskriterien). Drop-Outs (6) wurden erwähnt, allerdings keine Angaben bzgl. "intention-to-treat", was auf einen mögl. Attrition-Bias schließen könnte

Ergebnisse: Demographischer Fragebogen und FSFI, der wurde auf Validität und Reliabilität überprüft (r=0,92), Darstellung der Ergebnisse tabellarisch und im Fließtext, Ergebnisse stimmen überein, Signifikanzniveau: p<0,05, Datenanalyse ersichtlich

Ziel der Studie wurde verfolgt, es gibt eine deutliche Antwort. Autoren führen mögl. Limitation oder Einflüsse wie Religion und kulturelle Lebensumstände auf. Insgesamt sind die Ergebnisse nicht generell übertragbar, da ausschließlich muslimische Frauen partizipierten. Insgesamt ist die Studie im hohen Maße objektiv, reliabel und im zufriedenstellenden Maße valide. Neben den möglich genannten Bias ist außerdem die externe Validität etwas eingeschränkt, da sich die Untersuchung nur mit gesunden Frauen beschäftigt hat.

CASP-Checkliste für Randomized controlled trial (RCT)

Anhang V.III Bewertung der Studie von Malakouti et al. (2020)

„The effect of counseling based on ex-PLISSIT model on sexual function and marital satisfaction of postpartum women: A randomized controlled clinical trial“.

Section A: Is the basic study design valid for a randomised controlled trial?			
<p>1. Did the study address a clearly focused research question? <i>CONSIDER:</i> Was the study designed to assess the outcomes of an intervention? Is the research question 'focused' in terms of:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Population studied • Intervention given • Comparator chosen • Outcomes measured? 	Yes <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Can't tell <input type="checkbox"/>
Ziel der Studie deutlich formuliert Population (n=68): Frauen 3-6M. postpartum Intervention: Sexualberatung basierend auf dem ex-PLISSIT Modell, Kontrollgruppe normale postpartale Begleitung Durchführung: August 2018-Januar 2019			
<p>2. Was the assignment of participants to interventions randomised? <i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • How was randomisation carried out? Was the method appropriate? • Was randomisation sufficient to eliminate systematic bias? • Was the allocation sequence concealed from investigators and participants? 	Yes <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Can't tell <input type="checkbox"/>
Randomisierungsprozess nachvollziehbar aufgeführt, keine Anhaltspunkte für systematische Bias Zuteilung war zufällig und wurde von jemanden, der nicht an der Datenerhebung beteiligt war durchgeführt Interventionsgruppe (n=34) und Kontrollgruppe (n=34)			
<p>3. Were all participants who entered the study accounted for at its conclusion? <i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Were losses to follow-up and exclusions after randomisation accounted for? • Were participants analysed in the study groups to which they were randomised (intention-to-treat analysis)? • Was the study stopped early? If so, what was the reason? 	Yes <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Can't tell <input type="checkbox"/>
Alle statistischen Analysen wurden auf Grundlage von "intention-to-treat" durchgeführt PRISMA aufgeführt: keine Drop-Outs Studie wurde nicht abgebrochen			
Section B: Was the study methodologically sound?			
<p>4.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Were the participants 'blind' to intervention they were given? • Were the investigators 'blind' to the intervention they were giving to participants? • Were the people assessing/analysing outcome/s 'blinded'? 	Yes <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Can't tell <input type="checkbox"/>
<p>5. Were the study groups similar at the start of the randomised controlled trial? <i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Were the baseline characteristics of each study group (e.g. age, sex, socio-economic group) clearly set out? • Were there any differences between the study groups that could affect the outcome/s? 	Yes <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Can't tell <input type="checkbox"/>
Einschlusskriterien: <28 Punkte bei FSFI, stillt nur ein Kind, 3-6M. nach Geburt Ausschlusskriterien: Stress, Depressionen, chronische physische oder psychische Erkrankungen, Medikamente, die Einfluss auf das Sexualleben haben, Frühgeborenes, Trennung, Totgeborenes, Suchterkrankungen und vorbestehende sexuelle Dysfunktion bei Mutter und Vater			

<p>6. Apart from the experimental intervention, did each study group receive the same level of care (that is, were they treated equally)?</p> <p><i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Was there a clearly defined study protocol? • If any additional interventions were given (e.g. tests or treatments), were they similar between the study groups? • Were the follow-up intervals the same for each study group? 	<p>Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't tell <input type="checkbox"/></p> <p>Ja, beide Gruppen erhielten im gleichen Gebäude und im selben Maße ihre Gespräche (individuell). Interventionsgruppe basierend auf dem ex-PLISSIT Modell und die Kontrollgruppe die Routineversorgung</p>
---	---

Section C: What are the results?

<p>7. Were the effects of Intervention reported comprehensively?</p> <p><i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Was a power calculation undertaken? • What outcomes were measured, and were they clearly specified? • How were the results expressed? For binary outcomes, were relative and absolute effects reported? • Were the results reported for each outcome in each study group at each follow-up interval? • Was there any missing or incomplete data? • Was there differential drop-out between the study groups that could affect the results? • Were potential sources of bias identified? • Which statistical tests were used? • Were p values reported? 	<p>Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't tell <input type="checkbox"/></p> <p>Stichprobenumfang wurde mit der G-Software und auch Grundlage einer Studie sowohl für die Ergebnisse des FSFI als auch des EMS berechnet. Orientiert wurde sich an der Stichprobengröße der sexuellen Zufriedenheit, da diese größer war Ergebnisse: Demographischer Fragebogen, FSFI und ENRICH Marital Satisfaction (EMS) Scale: beides reliabel und valide; vor und 4/8. W. n. Intervention Darstellung im Fließtext und tabellarisch als arithmetischer Mittelwert, davon die Standardabweichung und p-Wert Keine Angaben bzgl. binären Outcomes, keine OD/RR Alle Ergebnisse zu jeder Untersuchung und zu jedem untersuchten Zeitraum wurde angegeben Keine fehlenden Daten, keine Drop-Outs, keine Angaben bzgl. potenziellen Bias Statistische Test: SPSS 23, Chi-Square test, Fisher's Test, independent t-test, ANOVA, rounded Chi-square p-Werte wurden angegeben, Signifikanzniveau: p<0,05</p>
<p>8. Was the precision of the estimate of the intervention or treatment effect reported?</p> <p><i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Were confidence intervals (CIs) reported? 	<p>Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't tell <input type="checkbox"/></p> <p>95%</p>
<p>9. Do the benefits of the experimental intervention outweigh the harms and costs?</p> <p><i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • What was the size of the intervention or treatment effect? • Were harms or unintended effects reported for each study group? • Was a cost-effectiveness analysis undertaken? (Cost-effectiveness analysis allows a comparison to be made between different interventions used in the care of the same condition or problem.) 	<p>Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't tell <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Keine Kosten-Nutzen Analyse und nicht ersichtlich, was man für eine Implementierung dieses Programmes bräuchte (Kosten, Ausbildung, Räume, Rekrutierung der Patient:innen)</p>

Section D: Will the results help locally?

<p>10. Can the results be applied to your local population/in your context?</p> <p>CONSIDER:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Are the study participants similar to the people in your care? • Would any differences between your population and the study participants alter the outcomes reported in the study? • Are the outcomes important to your population? • Are there any outcomes you would have wanted information on that have not been studied or reported? • Are there any limitations of the study that would affect your decision? 	<p>Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't tell <input type="checkbox"/></p> <p>Ergebnisse der Studie eingeschränkt übertragbar, wobei es kulturelle Unterschiede geben könnte, die eventuell das Eheleben oder auch die Sexualität beeinflussen können</p> <p>Ergebnisse: erachte ich als relevant auch für Frauen pp. in Deutschland</p> <p>Studie führt Limitationen auf, was als positiv bewertet wird. So könnte man bei der nächsten Studie daran etwas verändern</p>
<p>11. Would the experimental intervention provide greater value to the people in your care than any of the existing interventions?</p> <p>CONSIDER:</p> <ul style="list-style-type: none"> • What resources are needed to introduce this intervention taking into account time, finances, and skills development or training needs? • Are you able to disinvest resources in one or more existing interventions in order to be able to re-invest in the new intervention? 	<p>Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't tell <input type="checkbox"/></p> <p>Aktuell lediglich "standardisierte" Wochenbettbetreuung, in der wenig über Sexualität gesprochen wird. Deshalb wäre ein solches Beratungsgespräch sehr wertvoll</p> <p>Allerdings: bräuchte es vorher Angaben, bzgl. Kosten der Ausbildung, Arten der Umsetzungen, Interessierte Mitarbeiter, die sich das Beratungsmodell aneignen etc.</p>

APPRAISAL SUMMARY: Record key points from your critical appraisal in this box. What is your conclusion about the paper? Would you use it to change your practice or to recommend changes to care/interventions used by your organisation? Could you judiciously implement this intervention without delay?

Ziel der Studie ist deutlich, es wurde ein passendes Studiendesign gewählt mit einer genauen Population, die miteinander vergleichbar ist. Randomisierungsprozess ist transparent erfolgt, keine Anhaltspunkte für systematische Bias. Stichprobengröße berechnet und als angemessen erachtet. Keine Drop-Outs, Kontroll- und Interventionsgröße sind gleich groß, statistische Analyse auf Grundlage von "Intention-to-treat". Fragebögen wurden auf Validität und Reliabilität geprüft, allerdings keine Angaben bzgl. des Wertes der Reliabilität. Ergebnisse im Fließtext und tabellarisch zu jeder Untersuchung und jedem untersuchten Zeitraum, wobei bei dem Test nach 4 W. nicht die p-Werten angegeben werden. Angaben als arithmetischer Mittelwert und davon die SD, p-Wert (Signifikanzniveau: $p < 0,05$) und Konfidenzintervall 95%. Studienergebnisse sind kongruent mit anderen Studienergebnissen, die das PLISSIT Modell untersucht haben. Limitationen werden aufgeführt, als auch Punkte an denen zukünftig gearbeitet werden sollte.

Studie wurde vom Ethikrat genehmigt und es gibt keine Interessenskonflikte, Studie wurde von der Tabriz Universität finanziert, diese hatte jedoch keinen Einfluss auf den Aufbau und die Durchführung der Studie. Studie wird als zufriedenstellen objektiv und valide und im hohen Maße reliabel eingeschätzt. Die externe Validität ist etwas eingeschränkt, da sich die Untersuchung nur mit gesunden Frauen beschäftigt hat.

CASP-Checkliste für Randomized controlled trial (RCT)

Anhang V.IV Bewertung der Studie von Evcili et al. (2020)

“The effectiveness of postpartum sexual health education programme structured according to Levine’s conservation model: An interventional study”.

Section A: Is the basic study design valid for a randomised controlled trial?			
<p>1. Did the study address a clearly focused research question? <i>CONSIDER:</i> Was the study designed to assess the outcomes of an intervention? Is the research question ‘focused’ in terms of:</p> <ul style="list-style-type: none"> Population studied Intervention given Comparator chosen Outcomes measured? 	Yes <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Can’t tell <input type="checkbox"/>
<p>Studie untersucht den Effekt des "postpartum sexual health education programme (PSHEP)" basierend auf dem Levine’s conservation model (LCM) bei Frauen postpartal Test vor und nach der Intervention bei Interventions- und Kontrollgruppe</p>			
<p>2. Was the assignment of participants to interventions randomised? <i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> How was randomisation carried out? Was the method appropriate? Was randomisation sufficient to eliminate systematic bias? Was the allocation sequence concealed from investigators and participants? 	Yes <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Can’t tell <input type="checkbox"/>
<p>Population: Frauen postpartum, die in dem Sivas City State Hospital (Türkei) stationiert waren; 82 Frauen wurden, wenn sie den Einschlusskriterien entsprachen, nach dem Zufallsstichproben verfahren ausgewählt (um Risikoabbrecher zu kompensieren). Intervention- und Kontrollgruppe wurden nach dem einfachen Zufallsstichprobenverfahren ausgewählt.</p>			
<p>3. Were all participants who entered the study accounted for at its conclusion? <i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Were losses to follow-up and exclusions after randomisation accounted for? Were participants analysed in the study groups to which they were randomised (intention-to-treat analysis)? Was the study stopped early? If so, what was the reason? 	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Can’t tell <input checked="" type="checkbox"/>
<p>Drop-Outs wurden transparent aufgeführt, allerdings fehlen Angaben, ob die Ergebnisse der Drop-Outs mitberechnet wurden—> Mögl. Attrition-Bias</p>			
Section B: Was the study methodologically sound?			
<p>4.</p> <ul style="list-style-type: none"> Were the participants ‘blind’ to intervention they were given? Were the investigators ‘blind’ to the intervention they were giving to participants? Were the people assessing/analysing outcome/s ‘blinded’? 	Yes <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Can’t tell <input type="checkbox"/>
<p>5. Were the study groups similar at the start of the randomised controlled trial? <i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Were the baseline characteristics of each study group (e.g. age, sex, socio-economic group) clearly set out? Were there any differences between the study groups that could affect the outcome/s? 	Yes <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Can’t tell <input type="checkbox"/>
<p>Intervention-(n=32) und Kontrollgruppe (n=35) Einschlusskriterien: Zeitpunkt der Geburt, Ausschluss jeglicher physischer und psychischer Probleme, keine Probleme in der Kommunikation (Sprachbarriere etc.), gesundes Neugeborenes und Einverständnis zur Teilnahme an der Studie Demographische Daten: keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen, kein Anhaltspunkt für mögl. Bias</p>			

<p>6. Apart from the experimental intervention, did each study group receive the same level of care (that is, were they treated equally)?</p> <p>CONSIDER:</p> <ul style="list-style-type: none"> Was there a clearly defined study protocol? If any additional interventions were given (e.g. tests or treatments), were they similar between the study groups? Were the follow-up intervals the same for each study group? 	<p>Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't tell <input type="checkbox"/></p> <p>Klares Studienprotokoll; Figure 1: Inhalt der Beratungsinhalte pro Sitzung aufgeführt--> Interventionsgruppe Kontrollgruppe: erhält Routineversorgung und -beratung Die Zeiträume der Umfragen waren die gleichen, allerdings nicht ersichtlich, wann der post-test durchgeführt wurde (nach wie vielen Wochen)</p>
--	--

Section C: What are the results?

<p>7. Were the effects of intervention reported comprehensively?</p> <p>CONSIDER:</p> <ul style="list-style-type: none"> Was a power calculation undertaken? What outcomes were measured, and were they clearly specified? How were the results expressed? For binary outcomes, were relative and absolute effects reported? Were the results reported for each outcome in each study group at each follow-up interval? Was there any missing or incomplete data? Was there differential drop-out between the study groups that could affect the results? Were potential sources of bias identified? Which statistical tests were used? Were p values reported? 	<p>Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't tell <input type="checkbox"/></p> <p>Power-Kalkulation von 80% Outcomes: 4 Fragebögen: Demographischer Fragebogen, IFSF (r=0.80), ASEX (r=0.82), GRISS (r=0.88), Fragebögen wurden erklärt und Ergebnisse transparent im Fließtext und tabellarisch aufgeführt Keine Angaben bzgl. binären Outcomes, keine RR; OR Ergebnisse wurden als n(%), arithmetischer Mittelwert, davon die SD und p-Wert angegeben: Signifikanzniveau (p<0.05), Ergebnisse wurden zu jedem Zeitraum aufgeführt (pre-mid-post-test). Im Fließtext jedoch nur p<0.05 und der genaue Wert steht in der Tabelle Keine fehlenden Daten. Drop-Outs verzeichnet, Stichprobengröße liegt knapp unter der kalkulierten Sample-Size (36/ K: 35, I: 32), keine Angaben bzgl. "intention-to-treat", mögl. Attrition-Bias Statistische Test: SPSS 22.0; Pearson's chi-squared test, product-moment correlation coefficient, t-test, repeated-measures of variance (ANOVA) und Bonferroni correctopn test p-Werte wurden dargestellt</p>
<p>8. Was the precision of the estimate of the intervention or treatment effect reported?</p> <p>CONSIDER:</p> <ul style="list-style-type: none"> Were confidence intervals (CIs) reported? 	<p>Yes <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Can't tell <input type="checkbox"/></p> <p>es wird kein Konfidenzintervall angegeben</p>
<p>9. Do the benefits of the experimental intervention outweigh the harms and costs?</p> <p>CONSIDER:</p> <ul style="list-style-type: none"> What was the size of the intervention or treatment effect? Were harms or unintended effects reported for each study group? Was a cost-effectiveness analysis undertaken? (Cost-effectiveness analysis allows a comparison to be made between different interventions used in the care of the same condition or problem.) 	<p>Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't tell <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Insgesamt hat die Interventionsgruppe ein statistisch signifikant bessere Outcomes als die Kontrollgruppe, wobei aufgrund des fehlenden KI der Bezugsrahmen der Werte nicht gegeben ist. Durch die Studie kam es nicht zu ungewollten Ergebnissen oder Nebeneffekten Es gibt keine Kosten-Nutzen Analyse oder Vergleiche mit anderen Beratungsmodellen</p>

Section D: Will the results help locally?

<p>10. Can the results be applied to your local population/In your context?</p> <p>CONSIDER:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Are the study participants similar to the people in your care? • Would any differences between your population and the study participants alter the outcomes reported in the study? • Are the outcomes important to your population? • Are there any outcomes you would have wanted information on that have not been studied or reported? • Are there any limitations of the study that would affect your decision? 	<p>Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't tell <input type="checkbox"/></p> <p>Sofern es die demographischen Daten hergeben, ist die Population vergleichbar-> es wird jedoch explizit aufgeführt, dass Sexualität in der Türkei ein Tabu-Thema ist, hier ist es nicht klar inwiefern sich der Umgang mit Sexualität in Deutschland und der Türkei unterscheidet</p> <p>Ergebnisse erachte ich als relevant für alle Frauen postpartum, da das Tool jedenfalls statistisch signifikanten Einfluss auf Sexualität hat-> Übertragbarkeit eingeschränkt, da kleine Zielgruppe und kein KI angegeben ist</p> <p>Limitationen werden aufgeführt, diese haben keinen Einfluss auf meine Einschätzung</p>
<p>11. Would the experimental intervention provide greater value to the people in your care than any of the existing interventions?</p> <p>CONSIDER:</p> <ul style="list-style-type: none"> • What resources are needed to introduce this intervention taking into account time, finances, and skills development or training needs? • Are you able to disinvest resources in one or more existing interventions in order to be able to re-invest in the new intervention? 	<p>Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't tell <input type="checkbox"/></p> <p>Es ist ein sinnvolle Interventionsprogramm, was ebenfalls von Pflegepersonal oder Hebammen durchgeführt werden kann.</p> <p>Allerdings keine Angaben bzgl. anfallende Kosten, welche Art der Ausbildung benötigt wird, wie die Frauen am besten rekrutiert werden können. Trotzdem ein vielversprechendes Tool, welches ausprobiert werden sollte</p>

APPRAISAL SUMMARY: Record key points from your critical appraisal in this box. What is your conclusion about the paper? Would you use it to change your practice or to recommend changes to care/interventions used by your organisation? Could you judiciously implement this intervention without delay?

Ziel der Studie und Interventionsprogramm und die einzelnen Sitzungen sind transparent aufgeführt. Interventionsstudie mit Einteilung der Teilnehmerinnen nach dem Zufallsprobenprinzip, Studiendesign wird als passend erachtet. Sample-Size Kalkulation 80%, Drop-Outs werden im Prisma transparent aufgeführt, jedoch werden keine Angaben bzgl. "intention-to-treat" gemacht, was auf einen mögl. Attrition-Bias schließen kann. Signifikanzniveau wird auch $p < 0,05$ gelegt. Ergebnisse sind im Fließtext als $>/<p$ angegeben, tabellarisch sind die genauen p-Werte angegeben. Ansonsten sind die arithmetischen Mittelwerte und davon die SD und manchmal n(%) aufgeführt. Fragebögen wurden auf Validität und Reliabilität geprüft und die Werte des Chronbach Alpha wurden angegeben.

Das Ziel der Studie wird beantwortet und die Ergebnisse diskutiert, die Ethikkommission hat die Studie genehmigt und es werden keine Interessenskonflikte oder externen Finanzierungen angegeben. Objektivität im hohen Maße und Validität und Reliabilität angemessen. Abzug bei Validität und Reliabilität, da möglicher Attrition-Bias, Stichprobengröße aufgrund der Drop-Outs knapp unter der berechneten Sample-Size Calculation liegt und kein Konfidenzintervall angegeben wird und somit nicht beurteilt werden kann, in welchem Wertebereich die gemessenen Ergebnisse bei wiederholter Durchführung der Studie liegen würden. Außerdem ist die externe Validität etwas eingeschränkt, da sich die Untersuchung nur mit gesunden Frauen beschäftigt hat. Somit haben wir zwar eine statistische Signifikanz bei den Ergebnissen, aber die Übertragung auf die klinische Relevanz ist eingeschränkt.

CASP-Checkliste für Kohortenstudien

Anhang V.V Bewertung der Studie von McDonald et al. (2015)

“Consultation about Sexual Health Issues in the Year after Childbirth: A Cohort Study”.

Section A: Are the results of the study valid?

1. Did the study address a clearly focused issue?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: A question can be 'focused' in terms of

- the population studied
- the risk factors studied
- is it clear whether the study tried to detect a beneficial or harmful effect
- the outcomes considered

Comments: Klar formulierte Zielsetzung: Stichprobenrahmen entspricht der Zielpopulation, Auf der Grundlage der im Rahmen der Maternal Health Study gesammelten Daten werden in diesem Beitrag folgende Ziele verfolgt 1) Prävalenz häufiger sexueller Gesundheitsprobleme in der Schwangerschaft u. 3,6,12 M. pp., 2) Zusammenhang zw. sexuellen Gesundheitsproblemen, den Geburtsmodus und Geburtsverletzungen, 3) Ausmaß der Primärversorgung und direkten Fragen zur sexuellen Gesundheit durch Ärzt:innen/ Krankenschwestern 3 M. pp., 4) Ausmaß, in dem Frauen mit Problemen in den ersten 12 M. diese dem Gesundheitspersonal offenbaren und ob dies mit der routinemäßigen Befragung des Personals zusammenhängt

2. Was the cohort recruited in an acceptable way?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input checked="" type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Look for selection bias which might compromise the generalisability of the findings:

- was the cohort representative of a defined population
- was there something special about the cohort
- was everybody included who should have been

Comments: Teilnehmende wurden von 6 staatlichen Krankenhäusern in Melbourne rekrutiert, die mit niedrig- und hochrisiko Patient:innen arbeiten, Teilnahme freiwillig
Ein- und Ausschlusskriterien: Nullipara, ab 18 J., bis 24. SSW, ausreichende Englischkenntnisse, hat Selbstauskunft und Telefon-Interviews gemacht.
Ausschlusskriterien: wenn Frauen nach 6, 12 M. wieder schwanger waren
Selection-Bias nicht auszuschließen
n=1,507, (28 wurden exkludiert): Antwortrate n. 3 M. 95%, 6 M. 93% u. 12 M. 92% (n=1,387)

Is it worth continuing?

3. Was the exposure accurately measured to minimise bias?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Look for measurement or classification bias:

- did they use subjective or objective measurements
- do the measurements truly reflect what you want them to (have they been validated)
- were all the subjects classified into exposure groups using the same procedure

Comments: **Alle Teilnehmenden erhielten die gleichen Fragebögen, die sich auf die zu untersuchenden Inhalte beziehen. Fragebögen beziehen sich nach 3, 6, 12M. auf die jeweils letzten 3-6M., sodass ein Recall-Bias nicht gänzlich auszuschließen ist**

4. Was the outcome accurately measured to minimise bias?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Look for measurement or classification bias:

- did they use subjective or objective measurements
- do the measurements truly reflect what you want them to (have they been validated)
 - has a reliable system been established for detecting all the cases (for measuring disease occurrence)
 - were the measurement methods similar in the different groups
 - were the subjects and/or the outcome assessor blinded to exposure (does this matter)

Comments: **Alle Ergebnisse wurden auf die gleiche Art und Weise ausgewertet. Es wurde mit zuvor genutzten Fragebögen (von Barrett & Kollegen entwickelt) und einem für das australische Umfeld ausgelegte Fragebogen gearbeitet, dieser wurde zuvor in einer Pilotstudie ausgetestet. Teilnehmende wurden nicht verblindet, da sie keine Intervention o.ä. erhielten, sondern lediglich von ihrer eigenen Verfassung und ihren Erfahrungen berichteten**

5. (a) Have the authors identified all important confounding factors?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input checked="" type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT:
 • list the ones you think might be important, and ones the author missed

Comments: Recall Bias, Selection-Bias --> Kohorte teilweise repräsentativ, allerdings nicht für Mehrgebärende und somit nicht allgemein übertragbar: Frauen zw. 18-24J., u. Migrant:innen waren unterrepräsentiert (Autoren erwähnen dies).
 Limitation der Studie: geringe Teilnahme im Verhältnis zu andere Studien, Teilnahme freiwillig. Außerdem kann nicht ausgeschlossen werden, dass Frauen sich schon vor der Schwangerschaft intensiv mit dem Thema sexuelle Gesundheit auseinandergesetzt haben und somit nun bessere Outcomes haben (healthier-user-bias). Confoundings können nicht ausgeschlossen werden, da es relativ wenig s Einblicke in evtl. Vorerkrankungen, Medikamenteneinnahme gibt, die ebenfalls Einfluss auf die sexuelle Gesundheit haben könnten

5. (b) Have they taken account of the confounding factors in the design and/or analysis?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input checked="" type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT:
 • look for restriction in design, and techniques e.g. modelling, stratified-, regression-, or sensitivity analysis to correct, control or adjust for confounding factors

Comments: Mittels univariabler und multivariabler logistischer Regression wurde der Zusammenhang zwischen Art der Geburt und der Angabe von drei oder mehreren Problemen der sexuellen Gesundheit zu jedem Zeitraum untersucht. Mittels multivariabler logistischer Regression wurde der Zusammenhang zwischen der Art der Geburt und der Befragung von Ärzt:innen, Pflegepersonal zu Problemen der sexuellen Gesundheit und der Zusammenhang zw. Frage nach der sexuellen Gesundheit durch den Hausarzt und der Erörterung sexueller Gesundheitsprobleme bei Kontakten mit dem Hausarzt in den ersten 3 M. bewertet.

6. (a) Was the follow up of subjects complete enough?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- the good or bad effects should have had long enough to reveal themselves
- the persons that are lost to follow-up may have different outcomes than those available for assessment
- in an open or dynamic cohort, was there anything special about the outcome of the people leaving, or the exposure of the people entering the cohort

6. (b) Was the follow up of subjects long enough?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

Comments: Es handelt sich zwar insgesamt um eine, im Verhältnis zu anderen Kohortenstudien, geringe Anzahl von Teilnehmenden, aber die Drop-Outs in den folgenden Monaten war gering (95, 93, 92% Antwortrate). Zeiträume zwischen den Fragebögen waren kurz (3-6M.), sodass ein mgl. Recall-Bias unwahrscheinlich ist. Frauen, die n. 6 o. 12 M. wieder schwanger waren, wurden von der Analyse zu dem Zeitpunkt ausgeschlossen, die vorherigen Ergebnisse sind in die Bewertung mit eingeflossen

Section B: What are the results?

7. What are the results of this study?

HINT: Consider

- what are the bottom line results
- have they reported the rate or the proportion between the exposed/unexposed, the ratio/rate difference
- how strong is the association between exposure and outcome (RR)
- what is the absolute risk reduction (ARR)

Comments: Ergebnisse werden im Fließtext (wichtige Eckpunkte), tabellarisch und in einer Graphik aufgeführt. Ergebnisse sind in n(%) und bei Untersuchung von Zusammenhängen als OR mit einem Konfidenzintervall von 95% aufgeführt. Keine Angaben von RR oder ARR, allerdings gibt es auch nicht im herkömmlichen Sinne eine Gruppe an Exponierten/ Nichtexponierten, sondern es wurden Zusammenhänge von bspw. Art der Geburt und Fragen zur sexuellen Gesundheit von Ärzt:innen etc. untersucht.

8. How precise are the results?

HINT:

- look for the range of the confidence intervals, if given

Comments: Bei den Fragen zu Frauen, die nach 3,6 u. 12M. über drei oder mehr Probleme zur sexuellen Gesundheit berichten und über sexuelle Gesundheitsprobleme in den ersten 3 Monaten, beide im Zusammenhang des Geburtsmodus waren die Ergebnisse relativ genau und der KI hatte eine geringe Spannweite (max. 1.2-2.7). Bei der Frage, ob die Krankenschwester pp. direkt nach Problemen zur sexuellen Gesundheit gefragt hat war die Spannweite größer (6.9-23.0).

9. Do you believe the results?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- big effect is hard to ignore
- can it be due to bias, chance or confounding
- are the design and methods of this study sufficiently flawed to make the results unreliable
- Bradford Hills criteria (e.g. time sequence, dose-response gradient, biological plausibility, consistency)

Comments: Trotz der mögl. Bias und Einflussfaktoren der Confounders, gibt die Studie einen übersichtlichen Einblick bzgl. der sexuellen Gesundheit und den Kontakt zu Gesundheitspersonal bei Erstgebärenden in Australien. Nichtsdestotrotz sollten die Mängel der Studie beim Umgang mit den Ergebnissen berücksichtigt werden, zumal die Angaben zur Rekrutierung, Stichprobengröße etc. in diesem Paper nicht transparent aufgeführt wird, sondern auf ein weiteres Paper der Autoren im Rahmen der Maternal Health Studie verwiesen wird.

Section C: Will the results help locally?

10. Can the results be applied to the local population?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider whether

- a cohort study was the appropriate method to answer this question
- the subjects covered in this study could be sufficiently different from your population to cause concern
- your local setting is likely to differ much from that of the study
- you can quantify the local benefits and harms

Comments: **Wie bereits erwähnt, Ergebnisse sind eingeschränkt übertragbar.**

11. Do the results of this study fit with other available evidence?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

Comments:

12. What are the implications of this study for practice?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input checked="" type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider
- one observational study rarely provides sufficiently robust evidence to recommend changes to clinical practice or within health policy decision making
 - for certain questions, observational studies provide the only evidence
 - recommendations from observational studies are always stronger when supported by other evidence

Comments: Die Ergebnisse werden zwar nur teils in der Diskussion von anderen Studien bestätigt, aber insbesondere zu der Untersuchung, dass kaum bis wenig über sexuelle Probleme von Seitens des Gesundheitspersonals gesprochen wird, gibt es weitere Studien die das bestätigen. Die Empfehlungen der Studie entsprechen den Ergebnissen und bauen auch auf weitere Studien auf.

Zusammenfassung Kohortenstudie McDonald et al. (2015) (V)

Insgesamt ist die Kohortenstudie von (McDonald et al., 2015) als passendes Studiendesign zu der Fragestellung und Zielsetzung zu bewerten. Die Studie ist Teil der Maternal Health Study in Australien, weshalb einige Daten wie bspw. der genaue Rekrutierungsprozess und Soziodemographische Daten nicht in diesem Paper aufgeführt werden, sondern in den anderen Studienergebnissen der Autor:innen. So ist die Power-Kalkulation nicht in diesem Paper aufgeführt, sodass es nicht direkt ersichtlich ist, wie aussagekräftig der Stichprobenumfang ist. Jedoch verweisen die Autoren auf ein weiteres Paper, in dem eine Powerkalkulation von 80% aufgeführt ist. Insgesamt haben $n=1.507$ Schwangere sich bei der Studie angemeldet. Die Stichprobe wird von den Autoren als nicht sonderlich groß, aber angemessen bewertet. Die Antwortrate war nach 3 Monaten pp. 95%, nach 6 Monaten 93% und nach 12 Monaten 92%, was als positiv zu bewerten ist. Ein- und Ausschlusskriterien werden aufgeführt, sodass der Stichprobenrahmen möglichst repräsentativ für die Zielpopulation ist. Insgesamt sind jedoch Selectionbias und mögliche Confoundings nicht auszuschließen. Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig, die Rekrutierung erfolgte zwar über 6 verschiedene Kliniken, sodass möglichst viele Schwangere die Möglichkeit hatten, sich anzumelden. Nichtsdestotrotz ist es nicht auszuschließen, dass sich insbesondere Schwangere beteiligt haben, die ein gesondertes Interesse an dem Thema haben. Außerdem gibt es keine Einblicke in bspw. Vorerkrankungen, Medikamenteneinnahme etc., sodass die sexuellen Probleme, die von den Studienteilnehmenden aufgeführt werden, eventuell auch durch externe Einflüsse entstanden sind. Die Autoren beziehen sich zudem auf einem möglichen Recall-Bias, dieser ist zwar durch die kurzen Zeiträume, in denen die Teilnehmende befragt wurden, eher unwahrscheinlich, aber nicht komplett auszuschließen. Die Ergebnisse können durch die Bias und Confoundings verfälscht worden sein. Außerdem ist die allgemeine Übertragbarkeit der Ergebnisse nur zum Teil möglich, da die Studie ausschließlich mit Erstgebärenden gearbeitet hat und zudem jüngere Frauen (zw. 18-24J.) und Frauen, die im Ausland geboren sind und keine guten Englischkenntnisse haben, unterrepräsentiert sind. Die Autoren führen dies als Limitation auf.

Die Fragebögen zur Bewertung sind von einer Studie von Barrett & Kollegen übernommen und angepasst worden, eine Aufführung zur Validität und Reliabilität der Fragebögen fehlt. Zur Befragung der Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten und Gesprächen über die sexuelle Gesundheit wurde ein eigenentwickelter Fragebogen verwendet. Dieser wurde zuvor in einer Pilotstudie getestet und angepasst, was als positiv zu bewerten ist. Ansonsten wurde mittels univariabler und multivariabler logistischer Regression der Zusammenhang zwischen der Art der Geburt und der Angabe von drei oder mehreren Problemen der sexuellen Gesundheit zu jedem Zeitraum untersucht.

Mittels multivariabler logistischer Regression wurde der Zusammenhang zwischen der Art der Geburt und der Befragung von Ärzt:innen, Pflegepersonal zu Problemen der sexuellen Gesundheit und der Zusammenhang zwischen Fragen nach der sexuellen Gesundheit durch den Hausarzt und der Erörterung sexueller Gesundheitsprobleme bei Kontakten mit dem Hausarzt in den ersten 3 M. bewertet. Die Daten wurden mit dem Stata versions 13 analysiert.

Die Ergebnisse wurden im Fließtext, tabellarisch und graphisch übersichtlich aufgeführt und in n(%), KI 95% und Odds Ratio (OR) angegeben.

Die Autoren führen Limitationen und Stärken der Studie auf, die Ethikkommission hat die Studie genehmigt, es gibt keine Interessenskonflikte und die Studie wurde nicht durch finanzielle Partner inhaltlich beeinflusst.

Aufgrund der oben genannten Bias/ Confoundings, die eingeschränkte Übertragbarkeit der Ergebnisse und einer nicht übersichtlichen Aufführung der Fragebögen und dessen Reliabilität, wird die Studie als im hohen Maße objektiv und im angemessenen Maße reliabel und valide bewertet.

AXIS-Checkliste für Querschnittsstudien

Anhang V.VI Bewertung der Studie von Fitzpatrick et al. (2023)

“What to Expect When You’re Expecting: Perinatal Sexual Education Is Linked with Couples’ Sexual Well-Being in Pregnancy and the Postpartum”.

Studie: „What to Expect When you´re Expecting: Perinatal Sexual Education Is Linked with Couples´Sexual Well-Being in Pregnancy and the Postpartum” Erin T. Fitzpatrick, Natalie O. Rosen & Samantha J. Dawson				
	Questions	Yes	No	Don't know/ Comment
Introduction				
1	Were the aims/objectives of the study clear?	X		Fragestellung, Ziele und Hintergründe werden erläutert
Methods				
2	Was the study design appropriate for the stated aim(s)?	X		Studiendesign wird als passend für die Fragestellung erachtet
3	Was the sample size justified?		X	Es gibt keine Begründung für den Stichprobenumfang und diesbezüglich keine Angaben im Text
4	Was the target/reference population clearly defined? (Is it clear who the research was about?)	X		Schwangere Paare und Paare postpartum; Zielpopulation ist definiert
5	Was the sample frame taken from an appropriate population base so that it closely represented the target/reference population under investigation?			X Studie hat versucht eine möglichst diverse Stichprobe zu rekrutieren, führt Mängel auch bei Limitationen auf
6	Was the selection process likely to select subjects/participants that were representative of the target/reference population under investigation?	X		Teilnahmeberechtigung wurde mittels einer Online-Screening Umfrage ermittelt, erst wenn sie als teilnahmeberechtigt eingestuft wurden erhielten sie den Link zur Umfrage Ein-und Ausschlusskriterien sind definiert
7	Were measures undertaken to address and categorise non-responders?	X		Wenn Paare die Umfrage nicht ausfüllten, wurden sie insgesamt 3x freundlich an die Umfrage erinnert, nach 4 W. ist der Link abgelaufen, wenn die Umfrage bis dahin nicht ausgefüllt war, wurde das Paar ausgeschlossen (auch wenn nur eine Person die Umfrage nicht ausgefüllt hat)

8	Were the risk factor and outcome variables measured appropriate to the aims of the study?			X Stichprobengröße wurde nicht errechnet, weshalb nicht ersichtlich ist wie die Power-Kalkulation aussieht. Auch weitere Bias können nicht grundsätzlich ausgeschlossen werden
9	Were the risk factor and outcome variables measured correctly using instruments/measurements that had been trialled, piloted or published previously?			X Es wurden verschiedene Fragebögen genutzt und teilweise eigenentwickelt. Nur drei Fragebögen werden mit Reliabilität angegeben
10	Is it clear what was used to determined statistical significance and/or precision estimates? (e.g., p-values, confidence intervals)	X		Signifikanzniveau $p < 0.05$, Konfidenzintervall 95%
11	Were the methods (including statistical methods) sufficiently described to enable them to be repeated?	X		Fragebögen und dessen Nutzung, Bewertung werden ausführlich beschrieben, genauso wie die statistische Analyse
Results				
12	Were the basic data adequately described?	X		
13	Does the response rate raise concerns about non-response bias?			X Es wurden nur Paare in der Studie berücksichtigt, die die Umfrage ausgefüllt haben-> keine weiteren Angaben zu non-response Bias
14	If appropriate, was information about non-responders described?			X
15	Were the results internally consistent?	X		
16	Were the results presented for all the analyses described in the methods?	X		
Discussion				
17	Were the authors' discussions and conclusions justified by the results?			X Inhaltlich führt der Diskussionsteil alle relevanten Themen auf und vergleicht sie mit den Ergebnissen anderer Studien. Es werden jedoch keine Angaben bzgl. möglicher Bias, Confoundings etc. gegeben
18	Were the limitations of the study discussed?	X		
Other				
19	Were there any funding sources or conflicts of interest that may affect the authors' interpretation of the		X	

	results?			
20	Was ethical approval or consent of participants attained?	X		

Tabelle X: eigene Darstellung nach dem *Appraisal tool for Cross-Sectional Studies (AXIS)* (Downes et al., 2016b)

Zusammenfassung:

Insgesamt wird das Studiendesign als passend für die Fragestellung und das Ziel der Studie erachtet. Es soll ein Überblick über die erhaltenen, erwünschten Informationen zur Sexu-
 aufklärung gegeben werden, sowie Hindernisse, Lücken und den Einfluss der Quantität
 von Informationen auf die sexuelle Gesundheit aufgezeigt werden. Dafür eignet sich eine
 Querschnittsstudie, da sie Prävalenzen und Beobachtungen von zwei verschiedenen Grup-
 pen aufzeigt.

Zu kritisieren ist, dass keine Power-Kalkulation des Stichprobenumfangs gemacht wurde
 und somit nicht einzuschätzen ist, wie aussagekräftig die Stichprobengröße ist. Ansonsten
 werden Ein- und Ausschlusskriterien aufgeführt, sodass Unterschiede in den Gruppen mög-
 lichst vermieden werden können. Trotzdem ist ein möglicher Recall-Bias nicht auszuschlie-
 ßen, genauso wie ein Selection-Bias. Es ist nicht ersichtlich wo, auf welchen Websites oder
 Social Media Accounts Werbung gemacht wurde und in welchen Orten Flyer verteilt wur-
 den. Die Stichprobe kann somit eher einseitig rekrutiert worden sein, sodass das Ergebnis
 nicht unbedingt repräsentativ für alle gesellschaftlichen Schichten ist. Dies führen die Auto-
 ren aber auch als Limitation auf, denn die Stichprobe ist nicht so divers, wie unsere Gesell-
 schaft. Insgesamt sind sowohl in der schwangeren- als auch postpartalen Gruppe n=102
 Paare, Drop-Outs wurden im Fließtext erwähnt, genauso wie Maßnahmen, um die Teilneh-
 mende zu erinnern, an der Umfrage teilzunehmen. Die Messinstrumente/ Fragebögen wur-
 den einzeln erklärt. Um die Quantität und Inhalt der erhaltenen Sexualgesundheitsinforma-
 tionen zu ermitteln wurde ein eigenes Messinstrument entwickelt, welches die Autoren On-
 line zur Verfügung gestellt haben. Von den 6 Fragebögen wurde lediglich bei 3 die Validität
 und Reliabilität angegeben, zudem ist unklar, ob der eigenerstellte Fragebogen zuvor ver-
 wendet wurde, um ggf. vor der Studie noch Anpassungen vorzunehmen. Ansonsten wurde
 die statistische Analyse mit SPSS 28.0 durchgeführt. Es wurde mit multiplen Imputationen
 gearbeitet, um bis zu 10% der fehlenden Daten der Teilnehmer für jede Maßnahme zu er-
 setzen, sofern dies relevant war. In den deskriptiven Analysen wurden N(%) und der arith-
 metische Mittelwert und davon die Standardabweichung angegeben. Für die Untersuchung
 des Zusammenhangs zwischen der Menge an erhaltenen Informationen und dem sexuellen
 Wohlbefinden wurde das Actor Partner Interdependence Model (APIM) verwendet. Die Er-
 gebnisse wurden als p-Werte mit einer Signifikanzniveau von $p < 0.05$ und einem Konfiden-
 zintervall von 95% angegeben. Ansonsten haben die Autoren keine Angaben zu möglichen
 Bias oder Confoundings gemacht, die Studie wurde von der Ethikkommission genehmigt

und es bestehen keine Interessenskonflikte oder finanzielle Unterstützungen, die Einfluss auf die Studieninhalte gehabt haben können. Insgesamt wird die Studie als zufriedenstellend objektiv, angemessen reliabel und mittelmäßig valide bewertet. Neben den oben genannten Bias ist zudem die externe Validität eingeschränkt, da sich die Untersuchung nur mit gesunden Frauen beschäftigt hat.

AXIS-Checkliste für Querschnittsstudien

Anhang V.VII Bewertung der Studie von Manninen et al. (2022)

“Medical and midwifery students need increased sexual medicine education to overcome barriers hindering bringing up sexual health issues – A national study of final-year medical and midwifery students in Finland” Sanna-Mari Manninen, Katja Kero, Markus Riskumäki, Tero Vahlberg, Päivi Polo-Kantola

Studie: Medical and midwifery students need increased sexual medicine education to overcome barriers hindering bringing up sexual health issues – A national study of final-year medical and midwifery students in Finland” Sanna-Mari Manninen, Katja Kero, Markus Riskumäki, Tero Vahlberg, Päivi Polo-Kantola				
	Questions	Yes	No	Don't know/ Comment
Introduction				
1	Were the aims/objectives of the study clear?	X		
Methods				
2	Was the study design appropriate for the stated aim(s)?	X		Ja, Studiendesign ist passend gewählt worden
3	Was the sample size justified?		X	Keine Power-Kalkulation der Stichprobengröße erfolgt: Autoren bezeichnen die Stichprobengröße als ausreichend, auch wenn sie nicht so hoch ist wie in anderen Studien auf dem Gebiet
4	Was the target/reference population clearly defined? (Is it clear who the research was about?)	X		Zielgruppe: Medizin- und Hebammenstudierende-> Stichprobe bestand aus Medizin- und Hebammenstudierenden
5	Was the sample frame taken from an appropriate population base so that it closely represented the target/reference population under investigation?	X		Stichprobenrahmen ist repräsentativ für Zielpopulation
6	Was the selection process likely to select subjects/participants that were representative of the target/reference population under investigation?	X		Voraussetzung; Studierende im Abschlussjahr zu sein. Sonst keine Ausschlusskriterien-> alle 5 Medizin- und alle 8 Hebammenfakultäten partizipierten, Link zur Umfrage erhielten Studierende über Lehrkraft Mögl. Selection Bias sind unwahrscheinlich, können jedoch nicht ausgeschlossen werden
7	Were measures undertaken to address and categorise non-responders?			X Es gibt keine Daten bzgl. Non-responders bzw. den Umgang mit ihnen
8	Were the risk factor and outcome variables measured	X		Fragebögen umfasst

	appropriate to the aims of the study?			die Fragen, die die Studie untersuchen möchte
9	Were the risk factor and outcome variables measured correctly using instruments/measurements that had been trialled, piloted or published previously?	X		Fragebögen; 17 Fragen, übernommen und leicht angepasst von der portugiesischen „SEXOS study“ und einer deutschen Studie, nach Genehmigung der Forschenden. Der Fragebogen wurde in einer vorherigen Studie verwendet und wurde von 27 Medizinstudierenden erprobt, sodass nach Feedback Veränderungen vorgenommen werden konnten. Keine Angaben zur berechneten Reliabilität
10	Is it clear what was used to determined statistical significance and/or precision estimates? (e.g. p-values, confidence intervals)	X		Angaben in odds ratio (OR), Konfidenzintervall 95%, Signifikanzniveau: $p < 0.05$
11	Were the methods (including statistical methods) sufficiently described to enable them to be repeated?	X		
Results				
12	Were the basic data adequately described?	X		
13	Does the response rate raise concerns about non-response bias?			X Antwortquote passend zur Angabe der Teilnehmenden Mediziner (n=233) und Hebammenstudierenden (n=131)
14	If appropriate, was information about non-responders described?		X	
15	Were the results internally consistent?	X		
16	Were the results presented for all the analyses described in the methods?	X		
Discussion				
17	Were the authors' discussions and conclusions justified by the results?	X		Ergebnisse werden diskutiert und mit anderen Studien verglichen. Autoren beziehen sich zudem nochmal auf die Stichprobengröße, Rekrutierung, mögliche Bias und die Übertragbarkeit ihrer Ergebnisse auf andere Länder, welche sie als eingeschränkt einschätzen, da die Studie nur mit

				finnischen Studierenden gearbeitet hat
18	Were the limitations of the study discussed?	X		
Other				
19	Were there any funding sources or conflicts of interest that may affect the authors' interpretation of the results?		X	
20	Was ethical approval or consent of participants attained?	X		

Tabelle X: eigene Darstellung nach dem *Appraisal tool for Cross-Sectional Studies (AXIS)* (Downes et al., 2016)

Zusammenfassung der Studie:

Insgesamt ist das Studiendesign als passend für die Fragestellung und das Ziel der Studie erachtet. Es soll durch die Selbsteinschätzung von Medizin- und Hebammenstudierenden im Abschlussjahr in Finnland eine Auswertung von drei Fragen stattfinden. Zum einen die eingeschätzte Selbstkompetenz zu Fragen und Behandlungen von sexueller Gesundheit, mögliche Barrieren, weshalb das Thema nicht angesprochen wird und zum anderen der Bedarf an Aufklärung von Sexualmedizin im Studium. Dafür eignet sich das Format einer Querschnittsstudie, da so die Prävalenzen, Einschätzungen und Beobachtungen von zwei verschiedenen Gruppen aufgezeigt werden können.

Der Stichprobe ist repräsentativ für die Zielpopulation, es wurden Medizin-(n=233) und Hebammenstudierende (n=131) im Abschlussjahr von allen Universitäten des Landes rekrutiert. Es wurden keine Angaben zum Umgang mit non-responders gemacht oder ob es Drop-Outs gab. Ansonsten wurden keine weiteren Ein- und Ausschlusskriterien aufgeführt. Bias werden als unwahrscheinlich, jedoch nicht komplett auszuschließen eingeschätzt. Die Autoren führen diesen Punkt ebenfalls auf; die Studierenden erhalten den Link zur Umfrage durch ihre Professoren/ Dozierenden an der Universität, was einen Einfluss auf die Entscheidung zur Teilnahme haben kann. Außerdem ist es möglich, dass insbesondere Studierende gewillt sind an der Studie teilzunehmen, wenn sie sich für den Bereich der Sexualmedizin interessieren. Die Autoren schätzen eine mögliche Verzerrung aufgrund dessen gering ein, allerdings ist es nicht komplett auszuschließen. Zu kritisieren ist, dass keine Power-Kalkulation durchgeführt wurde und somit nicht einzuschätzen ist, wie aussagekräftig die Ergebnisse sind. Die Autoren führen dies als Mängel auf, wobei sie die Stichprobengröße als ausreichend, wenn auch nicht so groß wie in zuvor durchgeführten Studien in diesem Bereich, betiteln. Die Rücklaufquote von 41,5% und 51,8% (Medizin- und Hebammenstudierende) werden als mittelmäßig bezeichnet und die Autoren betonen, dass die Quote im Rahmen von früheren Studien liege (12,3-70,0%).

Das Messinstrument wurde erklärt und vor der Studie erprobt, was positiv zu bewerten ist. Ansonsten wurde zur statistischen Analyse mit SAS System for Windows, version 9.4 gearbeitet und die Ergebnisse wurden in Prozent, Odds ratio (OR), einem Signifikanzniveau

von $p < 0.05$ und einem Konfidenzintervall von 95% angegeben. Die Assoziationen zwischen Alter, Geschlecht (bei den Mediziner:innen, da alle Hebammen weiblich waren) der Studierenden und den drei Fragen, wurde mit Hilfe einer multivariablen logistischen Regression analysiert.

Die Autoren haben die Limitationen und Stärken der Studie aufgezeigt, die Ethikkommission hat die Studie genehmigt und es gibt keine Interessenskonflikte oder Angaben von finanzieller Unterstützung externer, die Einfluss auf die Studieninhalte machen könnten. Zudem betonen die Autoren, dass die Übertragbarkeit der Ergebnisse außerhalb Finnlands ggf. eingeschränkt sein könnte, da sich die Studie ausschließlich mit Studierenden Finnlands beschäftigt hat. Insgesamt wird die Studie als im hohen Maße objektiv, zufriedenstellend reliabel und angemessen valide bewertet.

CASP-Checkliste für qualitative Studien

Anhang V.VIII Bewertung der Studie von Rahmani et al. (2023)

“How do new mothers describe their postpartum sexual quality of life? A qualitative study”.

Section A: Are the results valid?

1. Was there a clear statement of the aims of the research?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider
- what was the goal of the research
 - why it was thought important
 - its relevance

Comments: **Ziel der Studie:** Untersuchung, wie Erstgebärende aus der Schweiz und dem Iran in den ersten vier Monaten pp. ihre sexuelle Lebensqualität angeben.
Bisher: diverse Studie bzgl. Veränderungen der Sexualität/ sexuellen Gesundheit etc. und dass diese u.a. mit Unzufriedenheit der Frauen einhergeht. Keine Untersuchung zur Qualität der Sexualität: da Sexualität eine entscheidende Rolle für die Lebensqualität spielt, ein subjektives Konzept und es kulturelle, religiöse Unterschiede gibt, wird diese qualitative Untersuchung als relevant von den Autor:innen erachtet

2. Is a qualitative methodology appropriate?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider
- If the research seeks to interpret or illuminate the actions and/or subjective experiences of research participants
 - Is qualitative research the right methodology for addressing the research goal

Comments: **Qualitative Methode** wird als passend erachtet, da die Autoren betonen, dass Sexualität und sexuelle Lebensqualität ein subjektives Konzept ist und es bislang keine Forschung auf dem Gebiet gibt.

Is it worth continuing?

3. Was the research design appropriate to address the aims of the research?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider
- if the researcher has justified the research design (e.g. have they discussed how they decided which method to use)

Comments: **Qualitativer Ansatz** mittels konventioneller Inhaltsanalyse, da es keine vorgefasste Hypothesen im Bereich der postpartalen sexuellen Lebensqualität gab

4. Was the recruitment strategy appropriate to the aims of the research?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- If the researcher has explained how the participants were selected
- If they explained why the participants they selected were the most appropriate to provide access to the type of knowledge sought by the study
- If there are any discussions around recruitment (e.g. why some people chose not to take part)

Comments: **Studienteilnehmende wurden über Gesundheitszentren rekrutiert, es gibt klare Ein- und Ausschlusskriterien. Aber die Autoren führen als Limitation auf, dass eigentlich mehr Fokusgruppen geplant waren, es hier allerdings Probleme bei der Rekrutierung gab. Deshalb wurden mehr IDIs gemacht, was sich evtl. auf den Datenerhebungsprozess und die Ergebnisse ausgewirkt hat**

5. Was the data collected in a way that addressed the research issue?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- If the setting for the data collection was justified
- If it is clear how data were collected (e.g. focus group, semi-structured interview etc.)
- If the researcher has justified the methods chosen
 - If the researcher has made the methods explicit (e.g. for interview method, is there an indication of how interviews are conducted, or did they use a topic guide)
 - If methods were modified during the study. If so, has the researcher explained how and why
 - If the form of data is clear (e.g. tape recordings, video material, notes etc.)
 - If the researcher has discussed saturation of data

Comments: **Begründung für Datensammlung ist angegeben: es sind Fokusgruppen und semi-strukturierte-tiefgründige Interviews. Die Interviews wurden auf Basis der WHO Definition für sexuelle Gesundheit und den Dimensionen der sexuellen Lebensqualität durchgeführt. Die Interviews wurden wörtlich aufgezeichnet u. transkribiert (waren auf Farsi u. Deutsch verfügbar). Strategien zur Aufzeichnung der nonverbalen Kommunikation etc. wurden angegeben.**

6. Has the relationship between researcher and participants been adequately considered?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input checked="" type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- If the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during (a) formulation of the research questions (b) data collection, including sample recruitment and choice of location
- How the researcher responded to events during the study and whether they considered the implications of any changes in the research design

Comments: **Eingeschränkt erfüllt: die Forscher:innen geben keine Auskünfte zu ihrer eigenen Rolle bzw. hinterfragen das Forscher:innen - Interviewer:innen nicht kritisch. Dementsprechend ist ein Reflexivitäts-Bias und auch Antworter-Bias nicht komplett auszuschließen**

Section B: What are the results?

7. Have ethical issues been taken into consideration?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- If there are sufficient details of how the research was explained to participants for the reader to assess whether ethical standards were maintained
- If the researcher has discussed issues raised by the study (e.g. issues around informed consent or confidentiality or how they have handled the effects of the study on the participants during and after the study)
- If approval has been sought from the ethics committee

Comments: **Studie wurden von den Ethikkommissionen genehmigt, allerdings fehlen Angaben bzgl. wie Teilnehmende evtl. nach der Studie aufgefangen wurden, falls die Interviews/ Fokusgruppen etwas in ihnen ausgelöst habe.**

8. Was the data analysis sufficiently rigorous?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider
- If there is an in-depth description of the analysis process
 - If thematic analysis is used. If so, is it clear how the categories/themes were derived from the data
 - Whether the researcher explains how the data presented were selected from the original sample to demonstrate the analysis process
 - If sufficient data are presented to support the findings
 - To what extent contradictory data are taken into account
 - Whether the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during analysis and selection of data for presentation

Comments: Analyseprozess wird transparent aufgeführt: qualitative Datenanalyse ist auf Grundlage von Graneheim und Lundman erfolgt. Thematische Analyse: Extrahieren von Bedeutungseinheiten der Aussagen, Durchführung von Codierung (auch non-verbal), um Themen zu entwickeln. Wiederholte Diskussion zw. Forscher:innen zur Themenfindung u. Software MAX_QDA 10 u. Atlas.ti 8 zur Datenanalyse. Zwei Kodierer, um Genauigkeit der Studie sicherzustellen + Mitgliedercheck + Peer-Check. Max. Variationsstichprobe verbessert Übertragbarkeit

9. Is there a clear statement of findings?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider whether
- If the findings are explicit
 - If there is adequate discussion of the evidence both for and against the researcher's arguments
 - If the researcher has discussed the credibility of their findings (e.g. triangulation, respondent validation, more than one analyst)
 - If the findings are discussed in relation to the original research question

Comments: Ergebnisse wurden in der Diskussion diskutiert und mit anderen Forschungsergebnissen verglichen. Da die Fragestellung der Forscher:innen offen war, wurde die Frage narrativ beantwortet und nicht befürwortet oder widerlegt. Forscher:innen haben Methoden zur Sicherstellung der Triangulation und Validität angegeben. Ergebnisse wurden von vier Experten im qualitativen Ansatz der Inhaltsanalyse überprüft

Section C: Will the results help locally?

10. How valuable is the research?

HINT: Consider

- If the researcher discusses the contribution the study makes to existing knowledge or understanding (e.g. do they consider the findings in relation to current practice or policy, or relevant research-based literature
- If they identify new areas where research is necessary
- If the researchers have discussed whether or how the findings can be transferred to other populations or considered other ways the research may be used

Comments: **Ergebnisse werden mit vorherigen Studien verglichen, Differenzen und ähnliche Ergebnisse werden aufgezeigt. Studie hat ein neues Thema untersucht, dessen Ergebnisse wurden inhaltlich und graphisch dargestellt. Drei Bereiche der sexuellen Lebensqualität wurden herausgearbeitet. Autoren diskutieren Ergebnisse und vergleichen die interkulturellen Differenzen. Großer Vorteil der Studie, da die Ergebnisse sich auf zwei verschiedene Kulturen beziehen**

Zusammenfassung Rahimi et al. (2023) (VIII)

Prozedurale Reliabilität:

Es erfolgt eine klare Trennung zwischen Daten und Interpretation. Beide Forscher:innen gehen gleich vor und befolgen feste Transkriptionsregeln, zudem sind beide in qualitativer Forschung ausgebildet. Allerdings gibt es keine Angaben, ob die Fragebögen vorher überprüft/ getestet wurden.

★★☆

Validität:

Analyse der Interviewsituation und dessen Grad der Authentizität wurde sichergestellt, durch externe Kodierer und einem Peer-Check.

Kommunikative Validierung ist zum Teil erfolgt, es wurde ein Mitgliedercheck mit 5 Teilnehmer:innen durchgeführt. Allerdings wurden nicht alle Teilnehmer:innen involviert, um Forschungsergebnisse zu besprechen.

Prozedurale Validität: Forscher:innen haben sowohl verbale, als auch non-verbale Kommunikation betrieben und verschriftlicht. Grenzen der Teilnehmer:innen wurden berücksichtigt und respektiert.

Triangulation:

Es wurde mit Interviews und Fokusgruppen gearbeitet, allerdings war die Arbeit mit den Forschungsgruppen nur eingeschränkt möglich, aufgrund geringer Partizipation.

★★☆

Analytische Induktion:

Die Hypothese wird fortlaufend anhand von Einzelfällen überprüft. Um die verschiedenen Ergebnisse zusammenfassen zu können, wurden Kategorien gegründet, um eine allgemeingültige Beziehung zu finden

★★★

CASP-Checkliste für qualitative Studien

Anhang V.IX Bewertung der Studie von Olsson et al. (2011)

“Assessing women’s sexual life after childbirth: the role of postnatal check”.

Section A: Are the results valid?

1. Was there a clear statement of the aims of the research?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- what was the goal of the research
- why it was thought important
- its relevance

Comments: Ziel der Studie: Untersuchung, wie Erstgebärende aus der Schweiz und dem Iran in den ersten vier Monaten pp. ihre sexuelle Lebensqualität angeben.
Bisher: diverse Studie bzgl. Veränderungen der Sexualität/ sexuellen Gesundheit etc. und dass diese u.a. mit Unzufriedenheit der Frauen einhergeht. Keine Untersuchung zur Qualität der Sexualität: da Sexualität eine entscheidende Rolle für die Lebensqualität spielt, ein subjektives Konzept und es kulturelle, religiöse Unterschiede gibt, wird diese qualitative Untersuchung als relevant von den Autor:innen erachtet

2. Is a qualitative methodology appropriate?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- If the research seeks to interpret or illuminate the actions and/or subjective experiences of research participants
- Is qualitative research the right methodology for addressing the research goal

Comments: Qualitative Methode wird als passend erachtet, da die Autoren betonen, dass Sexualität und sexuelle Lebensqualität ein subjektives Konzept ist und es bislang keine Forschung auf dem Gebiet gibt.

Is it worth continuing?

3. Was the research design appropriate to address the aims of the research?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- if the researcher has justified the research design (e.g. have they discussed how they decided which method to use)

Comments: Qualitativer Ansatz mittels konventioneller Inhaltsanalyse, da es keine vorgefasste Hypothesen im Bereich der postpartalen sexuellen Lebensqualität gab

4. Was the recruitment strategy appropriate to the aims of the research?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- If the researcher has explained how the participants were selected
- If they explained why the participants they selected were the most appropriate to provide access to the type of knowledge sought by the study
- If there are any discussions around recruitment (e.g. why some people chose not to take part)

Comments: **Studienteilnehmende wurden über Gesundheitszentren rekrutiert, es gibt klare Ein- und Ausschlusskriterien. Aber die Autoren führen als Limitation auf, dass eigentlich mehr Fokusgruppen geplant waren, es hier allerdings Probleme bei der Rekrutierung gab. Deshalb wurden mehr IDIs gemacht, was sich evtl. auf den Datenerhebungsprozess und die Ergebnisse ausgewirkt hat**

5. Was the data collected in a way that addressed the research issue?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- If the setting for the data collection was justified
- If it is clear how data were collected (e.g. focus group, semi-structured interview etc.)
- If the researcher has justified the methods chosen
- If the researcher has made the methods explicit (e.g. for interview method, is there an indication of how interviews are conducted, or did they use a topic guide)
- If methods were modified during the study. If so, has the researcher explained how and why
- If the form of data is clear (e.g. tape recordings, video material, notes etc.)
 - If the researcher has discussed saturation of data

Comments: **Begründung für Datensammlung ist angegeben: es sind Fokusgruppen und semi-strukturierte-tiefgründige Interviews. Die Interviews wurden auf Basis der WHO Definition für sexuelle Gesundheit und den Dimensionen der sexuellen Lebensqualität durchgeführt. Die Interviews wurden wörtlich aufgezeichnet u. transkribiert (waren auf Farsi u. Deutsch verfügbar). Strategien zur Aufzeichnung der nonverbalen Kommunikation etc. wurden angegeben.**

6. Has the relationship between researcher and participants been adequately considered?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input checked="" type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- If the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during (a) formulation of the research questions (b) data collection, including sample recruitment and choice of location
- How the researcher responded to events during the study and whether they considered the implications of any changes in the research design

Comments: **Eingeschränkt erfüllt: die Forscher:innen geben keine Auskunft zu ihrer eigenen Rolle bzw. hinterfragen das Forscher:innen - Interviewer:innen nicht kritisch. Dementsprechend ist ein Reflexivitäts-Bias und auch Antwort-Bias nicht komplett auszuschließen**

Section B: What are the results?

7. Have ethical issues been taken into consideration?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- If there are sufficient details of how the research was explained to participants for the reader to assess whether ethical standards were maintained
- If the researcher has discussed issues raised by the study (e.g. issues around informed consent or confidentiality or how they have handled the effects of the study on the participants during and after the study)
- If approval has been sought from the ethics committee

Comments: **Studie wurden von den Ethikkommissionen genehmigt, allerdings fehlen Angaben bzgl. wie Teilnehmende evtl. nach der Studie aufgefangen wurden, falls die Interviews/ Fokusgruppen etwas in ihnen ausgelöst habe.**

8. Was the data analysis sufficiently rigorous?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- If there is an in-depth description of the analysis process
- If thematic analysis is used. If so, is it clear how the categories/themes were derived from the data
- Whether the researcher explains how the data presented were selected from the original sample to demonstrate the analysis process
- If sufficient data are presented to support the findings
 - To what extent contradictory data are taken into account
- Whether the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during analysis and selection of data for presentation

Comments: Analyseprozess wird transparent aufgeführt: qualitative Datenanalyse ist auf Grundlage von Graneheim und Lundman erfolgt. Thematische Analyse: Extrahieren von Bedeutungseinheiten der Aussagen, Durchführung von Codierung (auch non-verbal), um Themen zu entwickeln. Wiederholte Diskussion zw. Forscher:innen zur Themenfindung u. Software MAX_QDA 10 u. Atlas.ti 8 zur Datenanalyse. Zwei Kodierer, um Genauigkeit der Studie sicherzustellen + Mitgliedercheck + Peer-Check. Max. Variationsstichprobe verbessert Übertragbarkeit

9. Is there a clear statement of findings?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider whether

- If the findings are explicit
- If there is adequate discussion of the evidence both for and against the researcher's arguments
- If the researcher has discussed the credibility of their findings (e.g. triangulation, respondent validation, more than one analyst)
- If the findings are discussed in relation to the original research question

Comments: Ergebnisse wurden in der Diskussion diskutiert und mit anderen Forschungsergebnissen verglichen. Da die Fragestellung der Forscher:innen offen war, wurde die Frage narrativ beantwortet und nicht befürwortet oder widerlegt. Forscher:innen haben Methoden zur Sicherstellung der Triangulation und Validität angegeben, Ergebnisse wurden von vier Experten im qualitativen Ansatz der Inhaltsanalyse überprüft

Section C: Will the results help locally?

10. How valuable is the research?

HINT: Consider

- If the researcher discusses the contribution the study makes to existing knowledge or understanding (e.g. do they consider the findings in relation to current practice or policy, or relevant research-based literature
- If they identify new areas where research is necessary
- If the researchers have discussed whether or how the findings can be transferred to other populations or considered other ways the research may be used

Comments: **Ergebnisse werden mit vorherigen Studien verglichen, Differenzen und ähnliche Ergebnisse werden aufgezeigt. Studie hat ein neues Thema untersucht, dessen Ergebnisse wurden inhaltlich und graphisch dargestellt. Drei Bereiche der sexuellen Lebensqualität wurden herausgearbeitet. Autoren diskutieren Ergebnisse und vergleichen die interkulturellen Differenzen. Großer Vorteil der Studie, da die Ergebnisse sich auf zwei verschiedene Kulturen beziehen**

Zusammenfassung Olsson et al. (2011) (IX)

Prozedurale Reliabilität:

Autoren zeigen eine klare Trennung zwischen Daten und Interpretation auf. Die Aufzeichnung der Daten ist nach einem standardisierten Schema verlaufen und in allen Fokusgruppen auf dieselbe Art und Weise. Transkriptionsregeln wurden befolgt, allerdings fehlen Angaben zu den Forscher:innen. So bleibt unklar, ob diese in der qualitativen Forschung ausgebildet wurden oder Schulungen etc. erhielten, außerdem ist nicht eindeutig, ob die Fragen aus den Fokusgruppen zuvor geprüft wurden.

★★

Validität:

Analyse der Interviewsituation und dessen Grad der Authentizität wurde zum Teil sichergestellt, durch drei verschiedene Kodierer. Es fehlen Angaben zum Peer-Check und Mitglieder-Check. So ist nicht deutlich, ob die Teilnehmer:innen Einblick in die analysierten Ergebnisse erhielten.

Forscher:innen zeigen Limitationen ihrer Ergebnisse und auch des Designs auf, allerdings fehlen kritische Angaben bzgl. ihrer eigenen Rolle, sodass mögl. Bias nicht auszuschließen sind. Das Verhältnis zwischen Forscher:innen und Teilnehmer:innen ist nicht geklärt.

Die Forscher:innen betonen, dass ihnen die Vertraulichkeit und Anonymisierung sehr wichtig war und alle Teilnehmer:innen dies zuvor unterschreiben mussten. Allerdings fehlen Angaben zur offiziellen Genehmigung der Studie von Seiten der Ethikkommission.

★★

Triangulation:

Insgesamt gab es fünf Fokusgruppen und 140 ausgefüllte Fragebögen. Die analytische Triangulation wurde durch den Kodierungsprozess sichergestellt. Die Autoren betonen jedoch auch, dass die Tiefe in den Gesprächen durch die Fokusgruppen nicht gegeben ist und hier Einzelinterviews den richtigen Rahmen darstellen würden.

★★☆

Analytische Induktion:

Die Hypothese wird fortlaufend anhand von Einzelfällen überprüft. Um die verschiedenen Ergebnisse zusammenfassen zu können, wurden Kategorien gegründet, um eine allgemeingültige Beziehung zu finden

★★★

CASP-Checkliste für qualitative Studien

Anhang V.X Bewertung der Studie von Pardell-Dominguez et al. (2021)

“The meaning of postpartum sexual health for women living in Spain: a phenomenological inquiry”.

Section A: Are the results valid?

1. Was there a clear statement of the aims of the research?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- what was the goal of the research
- why it was thought important
- its relevance

Comments: **Ziel der Studie:** Phänomenologische Untersuchung, um die gelebten Erfahrungen der postpartalen sexuellen Gesundheit von Frauen in Spanien zu beschreiben. Thema der sexuellen Gesundheit ist vielfältig und insbesondere wie Frauen ihr Sexualeben nach der Geburt erleben, sollte intensiver untersucht werden

2. Is a qualitative methodology appropriate?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- If the research seeks to interpret or illuminate the actions and/or subjective experiences of research participants
- Is qualitative research the right methodology for addressing the research goal

Comments: **Es geht in der Studie im subjektive Erfahrungen, Autoren betonen, dass insbesondere qualitative Studien erforderlich sind, da sexuelle Gesundheit nicht isoliert als körperliches Konzept untersucht werden könne.**

Is it worth continuing?

3. Was the research design appropriate to address the aims of the research?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- if the researcher has justified the research design (e.g. have they discussed how they decided which method to use)

Comments: **Phänomenologisch: Was bedeutet sexuelle Gesundheit für Frauen in der Zeit nach der Geburt? --> beschreibende Phänomenologie (eines Phänomens), diese Ansatz wird i.d.R. verwendet, um unzureichend verstandene Aspekte zu untersuchen, wie in dieser Studie. Die Subjektivität der Teilnehmer:innen solle so beleuchtet werden, wie sie erlebt wurde**

4. Was the recruitment strategy appropriate to the aims of the research?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- If the researcher has explained how the participants were selected
- If they explained why the participants they selected were the most appropriate to provide access to the type of knowledge sought by the study
 - If there are any discussions around recruitment (e.g. why some people chose not to take part)

Comments: **Es wurden Ein-und Ausschlusskriterien festgelegt. Rekrutierung erfolgt mit Hilfe einer Hebamme, die potenzielle Teilnehmer:innen über die Studie aufklärte. Teilnahme war freiwillig und Gespräche waren sowohl in Präsenz als auch über Skype möglich**

5. Was the data collected in a way that addressed the research issue?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- If the setting for the data collection was justified
- If it is clear how data were collected (e.g. focus group, semi-structured interview etc.)
- If the researcher has justified the methods chosen
 - If the researcher has made the methods explicit (e.g. for interview method, is there an indication of how interviews are conducted, or did they use a topic guide)
 - If methods were modified during the study. If so, has the researcher explained how and why
 - If the form of data is clear (e.g. tape recordings, video material, notes etc.)
 - If the researcher has discussed saturation of data

Comments: **Halbstrukturierte Interviews nach Rubin&Rubin--> damit die Frauen sich frei ausdrücken können. Interviewleitfaden orientiert sich an 6 Themen, die in der Literatur genannt werden. Als sich neue Bereiche herauskristallisierten, wurden diese ebenfalls miteingebunden. Fragen werden in einer Tabelle aufgeführt. Teilnehmer:innen wurden anonymisiert. Aussagekraft/ Sättigung der Daten wird zwischen 6-15 Teilnehmer:innen erwartet. Es fehlen allerdings explizite Angaben zur Transkription (verbal/ non-verbal etc.)**

6. Has the relationship between researcher and participants been adequately considered?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input checked="" type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- If the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during (a) formulation of the research questions (b) data collection, including sample recruitment and choice of location
- How the researcher responded to events during the study and whether they considered the implications of any changes in the research design

Comments: Stichprobengröße wird kritisch betrachtet, die Autoren führen Limitationen bzgl. des Settings (2 Interviews waren online) u. möglicher Informationsverlust durch die Übersetzung ins Englische. Das wird als positiv bewertet, es fehlen jedoch Angaben bzgl. des Interviewer-Teilnehmer:innen Verhältnisses (Bias nicht komplett auszuschließen)-> Rekrutierung durch Hebamme (Partizipation evtl. durch Sympathie...)

Section B: What are the results?

7. Have ethical issues been taken into consideration?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- If there are sufficient details of how the research was explained to participants for the reader to assess whether ethical standards were maintained
- If the researcher has discussed issues raised by the study (e.g. issues around informed consent or confidentiality or how they have handled the effects of the study on the participants during and after the study)
- If approval has been sought from the ethics committee

Comments: Einverständniserklärung war erforderlich, Anonymität war gegeben, die Teilnehmer:innen konnten jederzeit aussteigen, Ethikkommission hat Studie genehmigt. Es fehlen Angaben, ob/ wie die Teilnehmer:innen evtl. nach Durchführung des Interviews aufgefangen wurden, falls es sehr emotional war

8. Was the data analysis sufficiently rigorous?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- If there is an in-depth description of the analysis process
- If thematic analysis is used. If so, is it clear how the categories/themes were derived from the data
- Whether the researcher explains how the data presented were selected from the original sample to demonstrate the analysis process
- If sufficient data are presented to support the findings
 - To what extent contradictory data are taken into account
- Whether the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during analysis and selection of data for presentation

Comments: Manuell auf Spanisch mit der von Colaizzi beschriebenen siebenstufigen Methode analysiert-> Methode wurde ein achter Schritt hinzugefügt (Übersetzung+Interpretation)--> von Muttersprachler:innen, externe zweisprachige Expertenprüfer wurden ebenfalls für die endgültigen Codes, Kategorien u. Zitate involviert. Vertrauenswürdigkeit wird durch Methodische Strategien gewährleistet (Audit Trail, Bracketing, Codierungsprüfung, Kategorisierung, ständiges Feedback, kontinuierliche Dateninteraktion, Teilnehmerbestätigung, Peer-Debriefing, strukturelle Bestätigung und referenzielle Angemessenheit)

9. Is there a clear statement of findings?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider whether

- If the findings are explicit
- If there is adequate discussion of the evidence both for and against the researcher's arguments
- If the researcher has discussed the credibility of their findings (e.g. triangulation, respondent validation, more than one analyst)
- If the findings are discussed in relation to the original research question

Comments: Ergebnisse wurden im Fließtext aufgeführt und 5 Themen wurden herausgearbeitet. Die Ergebnisse werden in der Diskussion mit anderen Studien verglichen und diskutiert. Die Autoren erwähnen zudem welche Stärken und auch Schwächen/ Limitationen die Studie hat-> bezüglich der Repräsentativität, Aussagekraft etc.

Section C: Will the results help locally?

10. How valuable is the research?

HINT: Consider

- If the researcher discusses the contribution the study makes to existing knowledge or understanding (e.g. do they consider the findings in relation to current practice or policy, or relevant research-based literature
- If they identify new areas where research is necessary
- If the researchers have discussed whether or how the findings can be transferred to other populations or considered other ways the research may be used

Comments: Die Subjektivität wurde in der Studie betont und die Ergebnisse geben einen wertvollen Einblick in die Gefühlslage der Frauen pp., inwiefern die Ergebnisse übertragbar sind müsste überprüft werden. Da kulturelle Unterschiede insbesondere bzgl. Sexualität einen großen Einfluss spielen können. Bspw. gibt es in Spanien die "cuarentena", welche es in DE nicht gibt.

Zusammenfassung Pardell-Dominguez et al. (2023) (X)

Prozedurale Reliabilität:

Die Autoren führen eine deutliche Trennung zwischen Daten und Interpretation auf. Es gibt feste Transkriptionsregeln, die Interviewführung wird transparent aufgeführt und es wurden mehrere Schritte zur Datenanalyse und -übersetzung eingeleitet. Allerdings fehlen Angaben, ob die Forscher:innen eine Ausbildung/ Weiterbildung in qualitativer Forschung haben und ob die Interviewfragen zuvor geprüft und überarbeitet worden sind.

★★

Validität:

Analyse der Interviewsituation und dessen Grad der Authentizität wurde zuvor grob berechnet und durch diverse Mitarbeitende sichergestellt. Strategien der Vertrauenswürdigkeit werden von den Forscher:innen aufgeführt und werden als sehr transparent und ausführlich bewertet.

Limitationen der Studie und Übertragbarkeit der Ergebnisse werden von den Forscher:innen aufgezeigt und kritisch hinterfragt. Allerdings fehlen Angaben zu möglichen Bias und zum Verhältnis zwischen Interviewer:innen und Teilnehmer:innen. So können mögliche Bias nicht ausgeschlossen werden.

Anonymität der Teilnehmer:innen ist gewährleistet und die Ethikkommission hat die Studie genehmigt.

★★☆

Triangulation:

Das Datenmaterial wurde von 3 externen zweisprachigen Expert:innen überprüft und durch den Kodierungsprozess wurde die Triangulation sichergestellt.

★★★

Analytische Induktion:

Die Hypothese wird durch die Interviews anhand der Einzelfälle fortlaufend überprüft. Die Forscher:innen arbeiten anhand von sechs Themen, welche sie durch die Interviews erweitern, um letztendlich Kategorien zu bilden. Diese stellen die Ergebnisse in einer allgemeingültigen Beziehung dar.

★★★

VI. Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, Greta Mahne geboren am 12.02.2000 in Oldenburg, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit mit dem Titel

„Let’s talk about sex, baby?!“

Untersuchung des aktuellen Forschungsstandes von Sexualaufklärung zur Sexualität von Eltern im ersten Jahr postpartum und welche Implikationen sich für Hebammen und ihre Arbeit daraus ableiten lassen

selbstständig und ohne fremde Hilfe, insbesondere ohne entgeltliche Hilfe von Vermittlungs- und Beratungsdiensten sowie ohne die Anwendung von KI-Sprachmodellen wie z.B. Chat-GPT, angefertigt und keine anderen als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Alle wörtlichen oder sinngemäßen Entlehnungen aus anderen Arbeiten sind an den betreffenden Stellen als solche kenntlich gemacht und im entsprechenden Verzeichnis aufgeführt, das gilt insbesondere auch für alle Informationen aus Internetquellen. Ich erkläre zudem, dass ich die an der Medizinischen Fakultät Hamburg geltende „Satzung zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis und zur Vermeidung wissenschaftlichen Fehlverhaltens an der Universität Hamburg“ in der jeweils gültigen Fassung eingehalten habe.

Des Weiteren versichere ich, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit vorher nicht in dieser oder ähnlicher Form in einem anderen Prüfungsverfahren dieser oder einer anderen Fakultät bzw. Hochschule eingereicht habe.

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Bachelorarbeit zum Zweck der Plagiatsprüfung gespeichert und von meiner/-m Erst- und Zweitprüfenden mit einer gängigen Software zur Erkennung von Plagiaten überprüft werden kann.

Ich erkläre mich einverstanden, dass oben genannte Bachelorarbeit oder Teile davon von der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg oder von der HAW Hamburg veröffentlicht werden.

Hamburg, 20.11.2023

Ort, Datum, Unterschrift

