



Die Perspektive von Frauen mit einem Mammakarzinom

BACHELORARBEIT 2

Studierende Winkler Anna - Maria, 0910624038

BetreuerIn FH-Prof. Dipl.-Pflegepäd. Dr. Thomas Boggatz und FH-Prof. Mag.a Babette Grabner

Salzburg, am 01. Juni 2012


Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit eidesstattlich, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst, und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Weiters versichere ich hiermit, dass ich die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungskommission weder im In- noch im Ausland vorgelegt und auch nicht veröffentlicht.

01.06.2012

.....
Datum



.....
Unterschrift

Zusammenfassung

Die folgende Literaturliteraturarbeit fokussiert die Perspektive von Brustkrebspatientinnen. Die Forschungsfragen „Welche Perspektiven haben Patientinnen mit der Diagnose Mammakarzinom?“, „Was bedeutet die Diagnose Mammakarzinom für das Leben der Betroffenen?“ und „Welche pflegerischen Maßnahmen sind für Frauen mit einem Mammakarzinom zentral?“, werden in dieser Arbeit untersucht. Das Mammakarzinom ist mit 28% aller Krebsarten die häufigste maligne Erkrankung bei Frauen in Österreich. Die Diagnose des Mammakarzinoms beeinflusst alle Lebensbereiche.

Zur Literaturbeschaffung wurden die Datenbanken PubMed und Cinahl mit Schlagwörtern durchsucht, sowie die Pflegezeitschriften Pflege und allgemeine Pflegebücher verwendet. Die Resultate der Recherche ergaben, dass sich die Perspektive der Brustkrebspatientinnen einerseits auf das individuelle Krankheitserleben und andererseits auf die Wünsche und Bedürfnisse beziehen. Der Kampf ums Leben sowie die Normalität und die Weiblichkeit zu erhalten, sind beim individuellen Krankheitserleben tragende Themen. Bei den Wünschen und Bedürfnissen stehen die Beratung und Information sowie die Unterstützung auf physischer, psychischer und sozialer Ebene im Vordergrund.

In der Diskussion werden die verwendeten Studien hinsichtlich ihrer Qualität und Unterschiede bewertet und die Ergebnisse bezüglich ihrer Glaubwürdigkeit diskutiert.

Schlussfolgernd ist zu erkennen, dass Mammakarzinompatientinnen eine spezielle Pflegeexpertise und spezielle Beratung benötigt.

Schlüsselwörter: Brustkrebs, Patientinnenperspektive, Mammakarzinom, qualitativ, Erfahrung, Bedürfnisse;

Abstract

The following literature research relates to the research question. “What are the prospects of patients with diagnosed breast cancer?”, “What means the diagnosis of breast cancer for a person’s life?” and “Which care measures become central for women with diagnosed breast cancer?”

Breast cancer is the most common diagnosed carcinoma amongst women in Austria. Women often react to the diagnosis with shock and fear. The breast cancer diagnosis concerns the whole life of the women.

For gathering studies the databases PubMed and Cinahl were searched with key words. Moreover the care magazine "Pflege" and study books, focusing care, were included.

The results of the investigation demonstrate that the women's perspective focuses on the one hand on the individual cancer experience and on the other hand on the desire to support. Fighting for life, receiving normality and femininity are the main themes in cancer experience. With regard to the desire of the breast cancer patients, information and consultations and physical, psychological and social supports are of immediate importance. The discussion assesses the quality and differences of the included studies.

The final results are discussed concerning reliability. Concluding from the results, taking care of patients with breast cancer needs special experts and special consultation options.

Key words: Breast cancer, mamma carcinoma, patient's perspective, qualitative studies;

Danksagung

Mein Dank gilt zunächst meinem Betreuer Herrn FH-Prof. Dipl.-Pflegepäd. Dr. Thomas Boggatz und der Studiengangsleiterin Frau FH-Prof. Mag.a Babette Grabner für die gute Zusammenarbeit und die kontinuierliche, fachliche Betreuung meiner Arbeit.

Weiters möchte ich mich bei meinen Eltern bedanken, da ohne ihre Unterstützung die Absolvierung des Studiums nicht möglich gewesen wäre. Für die emotionale Unterstützung und die gegenseitige Hilfsbereitschaft möchte ich mich speziell bei meinem Freund Markus, meinen Bekannten und Mitstudierenden bedanken.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
2. Klärung zentraler Begriffe	3
2.1. Mammakarzinom	3
2.1.1. Risikofaktoren	4
2.1.2. Symptome	4
2.1.3. Diagnostik	5
2.1.4. Therapie und medikamentöse Behandlung	6
2.1.5. Mastektomie	7
2.2. Psychische Belastung	8
3. Methode der Recherche	9
4. Inhalte und Ergebnisse der Studien	11
4.1. Darstellung der Studien	16
4.2. Darstellung der Ergebnisse	20
5. Diskussion	27
5.1. Bewertung der Studien	27
5.2. Diskussion der Ergebnisse	39
6. Conclusio	42
Tabellenverzeichnis	I
Literaturverzeichnis	II
Literaturverzeichnis von Büchern	II
Literaturverzeichnis von Zeitschriften	II
Literaturverzeichnis von Internetquellen	III

1. Einleitung

In der folgenden literaturbasierten Arbeit wird das Thema „Die Perspektive von Frauen mit einem Mammakarzinom“ behandelt.

Das Mammakarzinom gehört mit 28% aller Krebsarten zur häufigsten gynäkologischen Malignomerkrankung, welche bei Frauen in Österreich auftritt. Laut Statistik Austria wurden im Jahr 2009 insgesamt 5001 Mammakarzinom Neuerkrankungen in Österreich diagnostiziert, wobei von 4955 der Neuerkrankungen, Frauen betroffen waren. (Statistik Austria, 2011)

Der Altersgipfel der Erkrankung liegt zwischen dem 40. und 70. Lebensjahr, wobei eine Zunahme der Brustkrebserkrankungen vor dem 40. Lebensjahr zu erkennen ist. (Heuwinkel- Otter et al., 2007, S. 718)

Die Inzidenz als Frau vor dem 75. Lebensjahr an einem Mammakarzinom zu erkranken, liegt in Österreich bei 7,3%. (Statistik Austria, 2011)

Auf die Diagnose Mammakarzinom reagieren die betroffenen Frauen unterschiedlich. Für Außenstehende und für Pflegepersonen kann die Betreuung dieser Patientinnen eine Herausforderung darstellen. Um eine adäquate Versorgung, Unterstützung und Betreuung zu ermöglichen, ist die Patientinnenperspektive ein wichtigstes Kriterium.

Bei circa 20% aller Mammakarzinomdiagnosen muss therapeutisch eine Mastektomie durchgeführt werden. Die Entfernung einer Brust stellt für die Frauen eine große psychische und physische Herausforderung dar.

Um das Krankheitserleben der betroffenen Frauen zu erfassen, wurden für diese literaturbasierte Arbeit folgende Forschungsfragen gewählt:

Welche Perspektiven haben Patientinnen mit der Diagnose Mammakarzinom?

Was bedeutet die Diagnose Mammakarzinom für das Leben der Betroffenen? und

Welche pflegerischen Maßnahmen sind für Frauen mit einem Mammakarzinom zentral?

Das Ziel der Arbeit ist, die Perspektiven von Frauen mit einem Mammakarzinom aufzuzeigen. Dadurch kann ein tieferes Verständnis für die Bedürfnisse der Patientinnen ermöglicht werden und Pflegende können anhand neuer Anschauungen und Anhaltspunkte eine optimale Versorgung für die Patientinnen planen und sie unterstützen.

Die folgenden Kapitel der Arbeit fokussieren die Definition des Mammakarzinoms, dessen Risikofaktoren, die Entstehung, Symptome, Diagnostik und Behandlungsmöglichkeiten. Auf die therapeutische Methode der Mastektomie wird eingegangen, da diese operative Technik

bei rund 20% der Frauen mit einem Mammakarzinom angewandt wird und der Verlust einer Brust für die Frauen belastend ist. Weiters werden die psychischen Reaktionen der Brustkrebspatientinnen beleuchtet.

Im dritten Kapitel wird der Weg der Literaturrecherche und der Literaturlauswertung beschrieben. In diesem Kapitel ist die Auswahl der Methodik beschrieben.

Anschließend werden im vierten Kapitel die Inhalte und Ergebnisse der Studien angegeben. Diese sind tabellarisch angeführt und werden anschließend im Fließtext erläutert.

Im Kapitel der Diskussion werden die verwendeten Studien hinsichtlich ihrer Qualität untersucht. Mögliche Limitationen der Studien und deren Einfluss auf die Ergebnisse werden diskutiert. Separat werden die aus den Studien gewonnenen Ergebniskategorien hinsichtlich ihrer Glaubwürdigkeit diskutiert.

Abschließend folgt die Conclusio, in der die auf die Forschungsfrage bezogenen Ergebnisse zusammengefasst sind. Weiters werden Ausblicke für die Pflegepraxis gegeben.

2. Klärung zentraler Begriffe

Um einen theoretischen Einblick in das Thema Mammakarzinom zu geben und um das Verständnis zu bessern, wird in den Unterkapiteln ein umfassender Überblick über die Symptome, Ätiologie, Diagnostik, Behandlungsmöglichkeiten und über die therapeutische Methode der Mastektomie, gegeben.

2.1. Mammakarzinom

Das Mammakarzinom ist mit knapp 25% aller Tumorerkrankungen, die häufigste maligne Erkrankung bei Frauen. Der Altersgipfel der Erkrankung liegt zwischen dem 45. und 70. Lebensjahr, wobei die Zahl der Betroffenen unter dem 40. Lebensjahr immer mehr zunimmt. Aufgrund der schnellen Ausbreitung des Tumors ist eine frühzeitige Diagnosestellung wichtig. Hinsichtlich der Mortalitätsrate durch eine Krebserkrankung liegt das Mammakarzinom mit 18% an erster Stelle. (Goerke & Junginger, 2010, S. 65)

Die weibliche Brust ist aus dem Milch produzierenden Drüsengewebe und den Milchgängen, über welche die Milch zu den Brustwarzen gelangt, aufgebaut.

Bei einem Mammakarzinom handelt es sich um eine maligne Veränderung des Brustgewebes. Davon können sowohl das Drüsengewebe, als auch die Milchgänge und die Brustwarze direkt betroffen sein. (Österreichische Krebshilfe, 2010, S. 8)

Hinsichtlich der Lokalisation des Tumors wird die Brust in vier Quadranten eingeteilt. Der häufigste Entstehungsort des Mammakarzinoms ist mit 50% der obere, axilläre Brustbereich. Es folgen der innere, obere Brustbereich mit 15%, und die Brustwarze mit 14%. (Goerke & Junginger, 2010, S. 67)

Je nach Lokalisation und Schweregrad des Tumors sind unterschiedliche Therapien, anzuwenden. Die möglichen Therapiearten werden noch beschrieben. (Österreichische Krebshilfe, 2010, S. 8)

Prinzipiell werden zwei Formen des Mammakarzinoms unterschieden.

- Carcinoma in situ:

Bei einem Carcinoma in situ sind meist die Oberflächenzellen der Milchgänge betroffen und beschränken sich auf dieses Areal. Dabei ist es noch zu keiner Metastasierung gekommen. Wenn das Mammakarzinom im „in situ Stadium“ diagnostiziert wird, haben die betroffenen Frauen eine nahezu 100%ige Chance auf Heilung. (Österreichische Krebshilfe, 2010, S. 9)

- Invasives Mammakarzinom:

Bei einem invasiven Mammakarzinom kann es zu mehreren Krebsherden in der Brust kommen, da die Krebszellen die Milchgänge und das Drüsengewebe durchbrechen können. Die Krebszellen können sich in die Lymphbahnen oder die Blutbahnen absiedeln und dort Metastasen bilden. (Österreichische Krebshilfe, 2010, S. 9)

2.1.1. Risikofaktoren

Die dominierenden ursächlichen Faktoren, warum sich ein Mammakarzinom entwickelt, sind noch nicht erforscht. Es können lediglich Risikofaktoren genannt werden, welche die Wahrscheinlichkeit ein Mammakarzinom zu entwickeln, erhöhen. (Goerke & Junginger, 2010, S. 65)

- „Erste Schwangerschaft nach dem 35. Lebensjahr
- Einsetzen der Menarche vor dem 12. Lebensjahr
- Einsetzen der Menopause nach dem 50. Lebensjahr
- Adipositas und Diabetes mellitus
- Krebserkrankungen des Uterus, der Ovarien, der anderen Brust oder des Darmes
- Kinderlosigkeit, bzw. nach der Geburt der Verzicht auf das Stillen
- Mastopathie mit schweren Zellatypien
- Genetische Disposition
- Vorhandensein der Genmutation BRCA1 oder BRCA2
- Rauchen und Alkoholkonsum“

(Goerke & Junginger, 2010, S. 65)

2.1.2. Symptome

Das häufigste Erstsymptom ist ein nicht druckschmerzhafter, gut tastbarer, derber Knoten in der Brust. Ist der Knoten gegenüber der Haut, dem Drüsengewebe oder dem Muskel nicht verschiebbar, ist das ein Indiz für ein malignes Wachstum. Davon kann bereits die Umgebung des Knotens betroffen sein. (Heuwinkel- Otter et al., 2007, S. 718)

Wenn der Tumor knapp unter der Haut wächst oder fortgeschritten ist, können als weitere Symptome Schmerzen, Druckgefühl oder Rötungen auftreten.

Wenn das Mammakarzinom mit der Haut verwächst, kann es an der betroffenen Stelle zu Einziehungen der Haut oder der Mamille kommen. Durch die Infiltration in die Haut erscheint das Hautbild in Tumornähe ähnlich einer Orangenhaut.

Durch das Mammakarzinom kann es zu einer Formungleichheit und zu einem Größenunterschied der beiden Brüste kommen. Besonders gut ist diese Asymmetrie erkennbar, wenn die Frauen ihre Arme heben und senken.

Ein weiteres Symptom ist die Sekretion aus der Mamille oder im Spätstadium Blutungen aus der Mamille. (Goerke & Junginger, 2010, S. 65)

Zur Spätsymptomatik werden Knochenmetastasen und dadurch entstandene Spontanfrakturen, Metastasen in den Lymphbahnen, in der Lunge und in der Leber, maligne Pleuraergüsse, exulcerierende und infalmmatorische Karzinome gezählt. (Heuwinkel- Otter et al., 2007, S. 718)

Um eine frühzeitige Diagnostik zu ermöglichen, ist die monatliche Selbstuntersuchung der Brüste die effektivste Präventionsmaßnahme. (Heuwinkel- Otter et al., 2007, S. 719)

2.1.3. Diagnostik

Zur Diagnostik können verschiedene medizinische Verfahren verwendet werden.

Die Inspektion und Palpation der Brustquadranten, sowie der Achselhöhle erfolgt bei der Erstuntersuchung. (Pschyrembel- Klinisches Wörterbuch, 2004, S. 1110)

Weiters wird eine Mammographie, ein Röntgen der Brust, gemacht. Zur besseren Differenzierung von Zysten oder bei sehr dichtem Brustgewebe wird eine Mammasonographie durchgeführt.

Zusätzlich kann eine Magnetresonanzmammographie bei Frauen mit hohem genetischem Risiko oder zur Früherkennung verwendet werden. (Goerke & Junginger, 2010, S. 66)

Neben den klinischen Untersuchungen erfolgt eine umfangreiche Laboruntersuchung. Dabei wird nach Tumormarkern im Blut wie CEA oder CA 15-3 gesucht. Weiters wird die Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit bestimmt, da eine Erhöhung dieses Faktors ein Indikator für ein malignes Geschehen sein kann. Bei Frauen im Klimakterium werden zusätzlich die Geschlechtshormone bestimmt. (Goerke & Junginger, 2010, S. 66)

Um eine histologische Untersuchung zur Diagnosesicherung zu ermöglichen, wird mittels einer Biopsie Gewebe aus dem Knoten entnommen. Bei der histologischen Untersuchung wird bestimmt, ob die Tumorzellen Her-2, Progesteron oder Östrogen sensibel reagieren. Dies hat eine Bedeutung für die weiteren Therapiemöglichkeiten. Ein PET- Scan kann zur

Auffindung von Metastasen herangezogen werden. Um Metastasen ausschließen zu können, werden Knochenszintigramme, Thoraxröntgen, Schädel Computertomographien und Sonographien der inneren Geschlechtsorgane und des Oberbauches gemacht. (Goerke & Junginger, 2010, S. 66)

2.1.4. Therapie und medikamentöse Behandlung

In erster Linie wird eine brusterhaltenden Therapie angestrebt. Diese ist bei nahezu 80% möglich. Bei der brusterhaltenden Operation werden lediglich der Tumor und das unmittelbar umliegende Drüsengewebe entfernt. In manchen Fällen wird auch eine Lymphknotenresektion durchgeführt, um eine Metastasierung in die Lymphbahnen auszuschließen. (Österreichische Krebshilfe, 2010, S. 13f.)

Die Voraussetzungen um eine brusterhaltenden Operation durchführen zu können, lauten:

- „Der Tumordurchmesser darf i. d. R. nicht größer als 3 cm sein
- Der Tumor darf weder in die Haut noch in den Brustmuskel eingewachsen sein.
- Der Tumor darf nicht multizentrisch wachsen, d.h. an mehreren Stellen der Brust.
- Der Tumor muss mit ausreichendem Sicherheitsabstand im gesunden Gewebe entfernbar sein.“ (Goerke & Junginger, 2010, S. 67)

Bei einer brusterhaltenden Operation wird als komplementäre Therapie eine Strahlentherapie oder eine medikamentöse Therapie wie die Chemotherapie empfohlen.

Die Strahlentherapie dient lokal zur Hemmung der Zellteilung und zur Zerstörung der Krebszellen und ist eine kurative Behandlungsmethode. (Österreichische Krebshilfe, 2010, S. 15)

Bei einer Chemotherapie handelt es sich um eine meist intravenöse Behandlung mit chemischen Stoffen, welche die Zellteilung hemmen. Bei Chemotherapien werden drei Typen unterschieden. Die neoadjuvante, die adjuvante oder die palliative Chemotherapie. Meist wird eine Chemotherapie bei hormonrezeptornegativen Tumoren und zur Verhinderung von Rezidiven angewandt und wenn folgende Punkte zutreffen:

- „Junge Frauen unter 40 Jahren
- Tumore über 2 cm
- Positivem Lymphknotenbefall
- Nachweis von Tumorzellen in den Lymph- oder Blutgefäßen“ (Goerke & Junginger, 2010, S. 68)

Eine Hormontherapie wird bei hormonsensiblen Tumoren als Langzeittherapie angewandt und kann in ungefähr 30% der Fälle das Auftreten von Rezidiven und Metastasen postoperativ verhindern oder verzögern. Da 60% bis 75% der Tumore hormonabhängig entstehen, reagieren diese Krebsformen sehr sensibel auf Veränderungen des Hormonhaushaltes. Der Hormonspiegel wird dabei mittels Antiöstrogenen oder Aromatasehemmern verändert. (Goerke & Junginger, 2010, S. 68)

2.1.5. Mastektomie

Die operative Methode der Mastektomie wird in 20% aller Fälle angewandt. Der Verlust einer Brust ist für die Frauen eine einschneidende Erfahrung, welche alle Lebensbereiche umfasst.

Wenn ein Erhalt der Brust aufgrund des Tumors nicht mehr möglich ist, wird eine Mastektomie durchgeführt. Dabei werden das Brustdrüsengewebe mit der Haut, die Mamille, und die Achsellymphknoten entfernt. (Goerke & Junginger, 2010, S. 67)

Da die Brust ein Symbol der Weiblichkeit ist, kann die Abnahme einer Brust für die Frauen eine Verstümmelung an ihrem Körper darstellen. Durch die Mastektomie können Körperbildstörungen auftreten, die Frauen haben ein verringertes Selbstwertgefühl oder können sich nicht mehr als vollständige Frau wahrnehmen. (Heuwinkel- Otter et al., 2007, S.720)

Um diese Komplikationen verhindern zu können, ist es wichtig eine brustprothetische Versorgung so früh wie möglich zu organisieren. Anfangs werden dazu weiche Schaumstoffepithesen verwendet, um das Wundgebiet zu schonen. Zu einem späteren Zeitpunkt haben die betroffenen Frauen die Möglichkeit eine Brustrekonstruktion durchführen zu lassen. Dazu wird anfangs ein Expander eingelegt, um die Haut nach der Mastektomie zu dehnen und das Brustvolumen an die andere Brust anzugleichen. Danach haben die Frauen die Möglichkeit einen Brustaufbau mittels eines Silikonimplantates oder mittels körpereigenen Gewebes machen zu lassen. (Heuwinkel- Otter et al., 2007, S. 721)

2.2. Psychische Belastung

Die Diagnose Mammakarzinom bringt für die meisten betroffenen Frauen schwerwiegende Veränderungen mit sich. Die gesamte Lebenssituation ist davon betroffen. Die Folgen dieser Erkrankungen verringern die Lebensqualität. Die Diagnosestellung wird von den Meisten als Schock wahrgenommen. Die Reaktionen und Copingstrategien, um damit umzugehen, sind von Frau zu Frau unterschiedlich. Einerseits können starke emotionale Reaktionen auftreten, andererseits werden passive Strategien wie Verdrängung, Substanzkonsum oder sozialer Rückzug angewandt. (Rohde, 2007, S. 203ff.)

Eine Pflegeperson muss bei den Patientinnen darauf achten, dass durch die Copingstrategien eine ausreichende Krankheitsverarbeitung stattfindet. Ansonst werden psychische Störungen wie Depressionen oder Suizidgefährdung, begünstigt. Besonders Frauen mit einer niedrigen Vulnerabilitätsgrenze oder mit psychischen Erkrankungen sind davon betroffen. (Rohde, 2007, S. 228)

Durch die Erkrankung wird das Thema der Lebensbilanz und der veränderten Zukunftsperspektive für die Frauen zentral. Dies ist ein normaler Prozess, den die Betroffenen in ihrer Krankheit durchlaufen. (Rohde, 2007, S. 220)

Durch eine operative Behandlung können körperliche Veränderungen starke psychische Belastungen für die Frauen darstellen. Dieser Aspekt der körperlichen Veränderung beinhaltet weiters die Sexualität der Frau und die Partnerschaft. (Rohde, 2007, S. 221ff.)

In dieser Zeit sind für die Frauen Gespräche, Annahme, verständnisvolle Rücksichtnahme und Verlässlichkeit wichtig. (Goerke & Junginger, 2010, S. 75f.)

3. Methode der Recherche

Datenbanken	Suchbegriffe	Anzahl der Treffer	Relevante Treffer
Medline 15.05.2012	Mastectomy, breast cancer, qualitative, perspective	9	1
	Newly diagnosed, breast cancer need qualitative	15	4
	Breast cancer patients experiences qualitative analyse	5	1
Cinahl 03.05.2012	Breast cancer patients perspective qualitative	56	1
Hans- Huber Verlag Zeitschrift Pflege 15.05.2012	Brustkrebs	12	2

Tab. 1: Auflistung der Literaturrecherche

Wie aus der Tabelle ersichtlich ist, wurden zur Literaturbeschaffung die Datenbanken Medline und Cinahl gewählt und mit Schlagwörtern durchsucht. Die Schlagwörter waren: Mastectomy, breast cancer, qualitative, perspective, newly diagnosed, need und experience. Zusammengehörige Begriffe wurden mit AND kombiniert. Die Datenbank Cochrane wurde in die Auswahl nicht eingeschlossen, da in dieser Datenbank ausschließlich Reviews enthalten sind. Bei dieser Arbeit wurden jedoch nur Studien mit einem qualitativen Forschungsdesign eingeschlossen, da durch die Interviews die Empfindungen und Erfahrungen der einzelnen Personen besser ermittelt werden können. Somit ist es möglich ein tieferes Verständnis zu erreichen. Eine Metasynthese von 31 qualitativen Studien zum Thema Brustkrebs wurde zur Ergänzung der Daten in die Arbeit eingeschlossen. Dadurch kann die Evidenz der Arbeit erhöht werden.

Folgende Einschlusskriterien waren bei der Auswahl der Studien entscheidend. Es wurden ausschließlich Studien mit dem Erscheinungsjahr innerhalb der letzten zehn Jahre zugelassen. Hinsichtlich der Sprache der Studien ist anzugeben, dass nur englisch- und deutschsprachige Studien in dieser Arbeit integriert sind. Hinsichtlich der Stichprobengröße

wurden Studien mit einer Stichprobe, welche größer als fünf Personen war, zugelassen. Studien bei denen in der Stichprobe Männer mit Brustkrebs enthalten waren, wurden ausgeschlossen, da vorwiegend Frauen von dieser Erkrankung betroffen sind. Die Sicht der Männer könnte die Ergebnisse beeinflussen. Bei der Auswahl der Studien wurde auch auf das Land, indem die Studie durchgeführt wurde geachtet. Vorwiegend wurden Studien aus nordeuropäischen oder mitteleuropäischen Ländern gewählt. Dadurch kann ein besserer Vergleich gemacht werden, da die medizinische Versorgung auf einem ähnlichen Stand ist und der kulturelle Hintergrund besser verstanden wird. Auf die Möglichkeit einer Rekonstruktion der Brust wurde nicht eingegangen.

Um weitere Studien zu erlangen, wurde auf der Homepage des Hans- Huber Verlages die Fachzeitschrift „Pfleger“ mit Stichwörtern durchsucht. Die Stichwörter zur Literatursuchen waren: Brustkrebs, Mammakarzinom und Brustkrebs/ Bedürfnisse. Dabei wurden 12 mögliche Treffer erzielt, von denen zwei die Einschlusskriterien erfüllten.

Um allgemeine Literatur zu finden wurde der Bibliothekskatalog der FH Salzburg „Alephino“ durchsucht. Auf der gynäkologischen Abteilung der SALK wurde mir die Zeitschrift „Pfleger“ und Broschüren der Krebshilfe Österreich zur Literatursuche zur Verfügung gestellt.

Unter Einhaltung aller Kriterien wurden sieben passende Studien gefunden, welche in dieser Arbeit verwendet wurden.

4. Inhalte und Ergebnisse der Studien

In der folgenden Tabelle werden die verwendeten Studien dieser Bachelorarbeit angeführt. Nachstehend werden die Ergebnisse der Studien zusammengefasst.

Autoren, Erscheinungsjahr und Land	Fragestellung	Design	Stichprobe	Leitfaden und Zeit der Befragung	Datensammlung	Auswertung
Pinkert et al., (2008) Deutschland	„Welche Erwartungen und Bedürfnisse haben Brustkrebspatientinnen im Hinblick auf die sie betreuende Krankenschwestern / -pfleger während des Krankenhausaufenthaltes?“	Qualitative Studie, Leitfadeninterview Phänomenologisch, hermeneutisch	42 Teilnehmerinnen Alter: 33 – 79 Einschlusskriterien: Erhaltene Info über die Erkrankung Keine neoadjuvante Behandlung Tumorgröße < 5 cm Keine Metastasen Keine vorherige Tumorerkrankung Deutsch sprechend 59,5% Brust erhaltend operiert 40,5% Mastektomie	Leitfadenthemen: Bedürfnisse, Einstellung, Wünsche, Werturteile hinsichtlich pflegerischer Versorgung Dauer: 20 – 50 Min. 2 Pretest- Interviews Während chirurgischer Primärtherapie befragt	Studie durch Ethikkommission erlaubt Informierte Zustimmung Anonymität & Vertraulichkeit gewahrt Datensammlung an 2 nordwestdeutschen Brustzentren Interview im KH Tonbandaufzeichnung und Transkription Betreuung nach Interview gewährt	Datenanalyse nach Mayring
Drageset et al., (2011) Norwegen	“The study wants to describe women’s individual experiences of social support in the period	Qualitative, deskriptive Studie Halbstrukturierte Interviews	21 Teilnehmerinnen Alter: 41 – 73 Einschlusskriterien: Erste Operation des	Leitfadenthemen: Erfahrungen von Unterstützung im Zeitraum von der	Durch Ethikkommission geprüft und bestätigt	Datenauswertung nach Kvale

	between having received their breast cancer diagnose and awaiting surgery.”	Hermeneutische Studie	Mammakarzinoms Alter der Patientinnen über 18 Jahren Norwegisch sprechende Personen Mammakarzinomdiagnose seit 1 – 3 Wochen Keine Angaben zum Operationsverfahren	Diagnosestellung bis zur Operation Dauer der Interviews: 50 - 120 Min. Interviews, am Tag vor der Operation durchgeführt.	Informierte Zustimmung Interviews im Krankenhaus geführt Tonbandaufzeichnung und Transkription Pat. können jederzeit abbrechen Betreuung nach Interview gewährt	
Landmark & Wahl, (2002) Norwegen	“How women with newly diagnosed breast cancer experience living with the disease?”	Qualitative Studie, Leitfadeninterview Phänomenologisch, hermeneutisch	10 Teilnehmerinnen Alter: 39 – 69 Einschlusskriterien: Erstes Mammakarzinom Keine Metastasen Alter der Patientinnen über 20 Jahren Alle mastektomiert und Chemotherapie erhalten	Leitthemen: Erfahrung mit Brustkrebs zu leben Reaktion auf die Diagnose Änderungen im täglichen Leben Zukunftsgedanken Beeinflussende Faktoren Dauer: 90 Min. – 3h 4 - 19 Monate nach der Diagnosestellung befragt	Studie durch Ethikkommission erlaubt Informierte Zustimmung Pat. können jederzeit abbrechen Interview im Büro gemacht Tonbandaufzeichnung und Transkription Betreuung nach den Interviews gewährt	Datenanalyse mittels Grounded Theory

<p>Landmark et al., (2008)</p> <p>Norwegen</p>	<p>“How women with newly diagnosed breast cancer experience their needs in a health care context?”</p>	<p>Qualitative, deskriptive Studie Fokusgruppen Interview</p> <p>Phänomenologisch</p>	<p>7 Teilnehmerinnen Alter: 39 – 63 Einschlusskriterien: Erstes Mammakarzinom Keine Metastasen Alter der Patientinnen über 20 Jahren 4 – 52 Wochen nach der Erstoperation</p> <p>4 Brust erhaltend operiert 2 mastektomiert 1 beidseits mastektomiert</p>	<p>Fokusgruppe mit 7 Teilnehmerinnen und 2 Researchern Themen: Leben mit Brustkrebs Reaktion auf die Diagnose Änderungen im täglichen Leben, Familie, Partner, Sexualität Erfahrungen mit Behandlungen</p> <p>Alle 2 Wochen getroffen, insgesamt 6 Mal für je 90 Min.</p> <p>8 Wochen – 10 Monate nach der Diagnosestellung befragt</p>	<p>Studie durch Ethikkommission erlaubt</p> <p>Informierte Zustimmung</p> <p>Pat. können jederzeit abbrechen</p> <p>Gespräch im Brustzentrum Tonbandaufzeichnung und Transkription</p> <p>Betreuung nach der Fokusgruppe gewährt</p>	<p>Datenanalyse nach Kvale</p>
<p>Schmid-Büchi et al., (2005)</p> <p>Schweiz</p>	<p>„Die Erfahrungen, welche Frauen mit Brustkrebs machen, wie sie die Folgen und Probleme der Krebstherapie erleben und welche Wege sie zur</p>	<p>Qualitative Studie, problemzentriertes Leitfadeninterview</p> <p>Phänomenologisch, hermeneutisch</p>	<p>10 Teilnehmerinnen Alter: 31 – 75</p> <p>Alle Brust erhaltend operiert + Chemotherapie oder Strahlentherapie</p>	<p>Leitfadenthemen: Erfahrungen, Angst, Probleme, Unterstützungsbedarf</p> <p>Dauer: 40 – 90 Min.</p>	<p>Studie durch Ethikkommission erlaubt</p> <p>Mündliche und schriftliche Information</p>	<p>Datenanalyse nach Mayring</p>

	Bewältigung einschlagen.“		oder Antiöstrogen	Am Ende der Strahlentherapie befragt	erhalten Tonbandaufzeichnung und Transkription Sonst keine Angaben in der Studie enthalten	
Piot- Ziegler et al., (2010) Schweiz	„How women experience mastectomy and explore the impact of one of the more radical surgical treatments of breast cancer on embodiment and corporality“	Qualitative Studie, halbstrukturierte Interviews Phänomenologisch, hermeneutisch	19 TeilnehmerInnen Alter: 37 – 62 Alle mastektomiert	Leitfadenthemen: Krankheitsgeschichte von Diagnose bis zum Befragungszeitpunkt, Bedenken über die Krankheit, körperliche Veränderungen, Brustrekonstruktion Interviewdauer: 30 – 60 Min. Kurz vor oder nach der Mastektomie das 1. Interview	Studie durch Ethikkommission erlaubt Gynäkologe informiert über Studie Mündliche und schriftliche Information durch Interviewerin Anonymität + Vertraulichkeit gewahrt Pat. können jederzeit abbrechen Pat. bestimmten Interviewort Tonbandaufzeichnung und Transkription	Datenanalyse nach Braun & Clarke

Autoren und Erscheinungsjahr	Design	Fragestellung	Datenbanken & Suchbegriffe	Einschlusskriterien	Auswertungsverfahren
Denieffe & Gooney, (2010)	Metasynthese von 31 qualitativen Studien	“What is the symptom experience of women with breast cancer from time of diagnosis to completion of treatment?”	Datenbanken: Cinahl, Psychlit, Academic search premier, Embase ,Medline; Keywords: „ breast cancer, experiences, symptom and symptom experiences“	“the study focused on women with breast cancer; there were explicit references to the use of qualitative research methods; the study focused on women’s perspectives and experiences of symptoms with breast cancer” S. 425	Evidenzbasierte Filter 31 qualitative Studien Individuelle Studienbewertung Vergleichende Studienbewertung

Tab. 2: Inhalte der Studien

4.1. Darstellung der Studien

Die Studien, welche in der Tabelle angeführt wurden, sind in den Jahren zwischen 2002 und 2011 publiziert worden. Die Erhebungsländer der Studien beschränken sich auf den nord- und mitteleuropäischen Raum. Die Daten von drei Studien wurden in Norwegen erhoben. Zwei Studien wurden in der Schweiz und eine in Deutschland durchgeführt. Bei der Metasynthese wird angegeben, dass die 31 Studien aus unterschiedlichen Ländern stammen. Unter anderem werden dabei Frankreich, Norwegen und Kaukasien angegeben.

Die Fragestellungen der Studien zielen darauf ab, die individuellen Perspektiven der Brustkrebpatientinnen zu ergründen. Zwei Studien möchten explizit die Erfahrungen und Erwartungen der Patientinnen hinsichtlich der Betreuung in Krankenhaus erforschen. Die Studie von Drageset et al. (2011) fokussiert die Erfahrungen bezüglich der sozialen Unterstützung. Landmark & Wahl (2002) und Schmid – Büchi et al. (2005) richteten die Forschungsfrage auf die Erfahrungen der Patientinnen aus, wie sie das Leben mit der Brustkrebserkrankung empfinden und welche Strategien sie zur Bewältigung verwenden. Die Studie von Piot- Ziegler et al. (2010) beschäftigt sich mit den Erfahrungen von Frauen, welche mastektomiert wurden und wie sich dieses operative Verfahren auf den Körper auswirkt. Bei der Metasynthese von Denieffe & Gooney (2010) wurden Studien gesucht, welche die Krankheitserfahrungen von Brustkrebpatientinnen von der Diagnosestellung bis zum Abschluss der Therapie beschreiben.

Beim Design handelt es sich bei sechs von sieben Studien um qualitative Studien. Eine Metasynthese von 31 qualitativen Studien wurde in die Arbeit aufgenommen. Die Datenerhebung der qualitativen Studie wurde bei drei Studien mittels eines Leitfadeninterviews und bei zwei Studien mittels eines halbstrukturierten Interviews durchgeführt. Die Studie von Landmark et al. (2008) verwendete zur Datenerhebung Fokusgruppen. Das qualitative Forschungsdesign wurden verwendet, um subjektive Wahrnehmung und Erfahrung durch die Befragungen der betroffenen Frauen zum Thema Brustkrebs zu ergründen. Bei der Metasynthese wurden die Datenbanken Cinahl, Psychlit, Academic search premier, Embase und Medline mit Schlagworten durchsucht, um relevante Studien zu erlangen.

Alle Studien geben eine phänomenologische oder hermeneutische Forschungstradition an.

Die Stichprobe wurde bei allen Studien gezielt ausgewählt. Bei fünf der sieben Studien wurden Einschlusskriterien definiert, um eine gezielte Stichprobe zu erlangen. Wichtige Kriterien bei der Auswahl der Studien waren unter anderem, dass die Patientinnen über ihre Erkrankung informiert waren, dass keine Metastasen im Körper vorhanden sind, dass es sich um die erste Behandlung des Mammakarzinoms handelt und dass die teilnehmenden

Personen mindestens 18 Jahre alt sind. Bei der Metasynthese war ein wichtiges Einschlusskriterium die genaue Angabe des qualitativen Forschungsvorganges und der Auswertung.

Die Größe der Stichprobe variiert zwischen 7 und 42 Patientinnen bei den sechs qualitativen Studien. Die durchschnittliche Stichprobengröße der 31 Studien in der Metasynthese beträgt 19. Das Alter der Teilnehmerinnen liegt zwischen 31 und 79 Jahren. Hinsichtlich der angewandten Therapieform wurden bei der Studie von Schmid- Büchi et al. (2005) alle Studienteilnehmerinnen Brust erhaltend operiert. In zwei Studien wurden sowohl Patientinnen, die Brust erhaltend operiert wurden als auch Frauen, die sich einer Mastektomie unterzogen, in die Stichprobe genommen. Dabei ist anzumerken, dass in beiden Fällen die Anzahl der brusterhaltenden Operationen häufiger waren, als die Mastektomien. In den Studien von Piot- Ziegler et al. (2010) und von Landmark & Wahl (2002) wurden alle teilnehmenden Probandinnen mastektomiert. In der Studie von Drageset et al. (2011) werden keine Angaben hinsichtlich des Operations- oder Therapieverfahrens gemacht. Es wird nur in den Einschlusskriterien erwähnt, dass Patientinnen eingeschlossen werden, welche die erste Operation aufgrund der Brustkrebserkrankung haben. Ebenso ist bei der Metaanalyse nicht angegeben, welcher Therapie sich die Betroffenen unterziehen mussten. Bei zwei Studien wird zusätzlich angegeben, dass komplementär zur Operation eine Chemotherapie, Strahlentherapie oder eine Antiöstrogentherapie angewandt wurde.

Eine vollständige Darstellung des Leitfadens ist in keiner der verwendeten Studien der Fall. Bei allen qualitativen Studien wurden in den Interviews bestimmte Themen vorgegeben. In vier der sechs Studien wird hinsichtlich der Erfahrungen der Brustkrebserkrankung gefragt. Es werden Themen wie körperliche Veränderungen, Veränderungen im täglichen Leben, Zukunftsperspektiven und Wünsche gefragt. In der Fokusgruppe werden die Themen Sexualität und Partnerschaft besprochen. Die Dauer der Einzelinterviews war von den Frauen selbst gestaltbar und variiert zwischen 20 und 180 Minuten. Bei der Fokusgruppe wurde die Dauer der Gesprächssitzung auf 90 Minuten beschränkt. In der Studie von Pinkert et al. (2008) wird angegeben, dass die Leitfadeninterviews durch zweimaliger Ausführung eines Pre-tests überprüft worden sind. Dadurch sollte die Aussagekraft des Leitfadeninterviews bestätigt werden.

Der Zeitpunkt, an dem die Interviews durchgeführt worden sind, war bei einer Studie direkt am Tag der Operation. Zwei Studien geben an, dass die Befragung während des Aufenthalts im Krankenhaus erfolgte. In den Studien von Landmark & Wahl (2002) und Landmark et al. (2008) wurden die Brustkrebspatientinnen zwei bis 19 Monate nach der Diagnosestellung befragt. In der Studie von Schmid- Büchi et al. (2005) wurde das Leitfadeninterview mit den Probandinnen am Ende ihrer Strahlentherapie geführt.

Hinsichtlich der Datensammlung wird angegeben, dass alle sechs qualitativen Studien durch Ethikkommissionen geprüft und genehmigt wurden. Die Probandinnen wurden in allen Studien mündlich und schriftlich über das Vorgehen informiert. Die Studien von Piot-Ziegler et al. (2010) und Pinkert et al. (2008) geben an, dass die Anonymität und die Vertraulichkeit der Patientinnen in den Studien gewahrt wurde. In drei der Studien wird explizit angegeben, dass die Frauen freiwillig an den Studien teilnahmen. Bei den restlichen Studien werden dazu keine Angaben gemacht. Um die Probandinnen vor einer psychischen Überlastung, welche durch die Interviews entstehen kann, hatten die Patientinnen bei drei Studien nach dem Interview die Möglichkeit von medizinischem und pflegerischem Personal betreut zu werden. Vier Studien geben an, dass die Brustkrebspatientinnen die Interviewsituation jederzeit, ohne Angabe von Gründen, abbrechen konnten.

Der Ort, wo die Gespräche geführt wurden, wurde in fünf Studien von den InterviewerInnen vorgegeben. In der Studie von Piot- Ziegler et al. (2010) hatten die Probandinnen die Möglichkeit, den Interviewort selbst zu bestimmen. Dabei wurden 14 der insgesamt 19 Interviews bei den Probandinnen zu Hause durchgeführt. Drei Interviews wurden mit den Patientinnen im Krankenhaus aufgezeichnet und zwei an der Universität.

Drei von sechs Studien führten die Interviews mit ihren Teilnehmerinnen im Krankenhaussetting. Die Interviews wurden dort in einer ruhigen, ungestörten Atmosphäre durchgeführt. Zumeist handelte es sich bei diesen Krankenhäusern um spezielle Brustzentren. Bei zwei Studien wird keine Angabe zum Interviewort gemacht.

Bei der Auswertung der Daten haben alle qualitativen Studien lokal verbreitete Auswertungsverfahren verwendet. Zwei der drei norwegischen Studien haben die Datenanalyse nach Kvale gewählt. Die dritte norwegische Studie von Landmark & Wahl (2002) hat die Datenanalyse mittels Grounded Theory durchgeführt. Die deutschsprachigen Studien von Pinkert et al. (2008) und Schmid- Büchi et al. (2005) haben die Datenanalyse und die induktive Kategorisierung nach der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring durchgeführt. Die Studie von Piot- Ziegler et al. (2010) hat bei der Auswertung der Daten die Analyse nach Braun & Clarke verwendet.

In vier der sechs qualitativen Studien wird zur Qualitätssicherung der Datenauswertung mit den teilnehmenden Brustkrebspatientinnen ein member check durchgeführt. Drei der Studien haben Memos als Erinnerungshilfen während des Forschungsprozesses geschrieben, um zu späteren Zeitpunkten auf Ideen zurückgreifen zu können. Dieses Forschungsinstrument trägt zur Bildung der Theorien bei. In drei weiteren Studien wurden senior researcher während des gesamten Forschungsprozess integriert, um die Validität und Reliabilität der Studien zu sichern. Schmid- Büchi et al. (2005) hat in ihrer Studie

hinsichtlich der Auswertung ein peer debriefing und ein confirmability audit durchgeführt. Die Glaubwürdigkeit der Studie wurde erreicht, indem der Verlauf der Forschung und die gewonnenen Ergebnisse durch außenstehende onkologische ExpertInnen und durch Fachpersonen analysiert und diskutiert wurden.

In der Studie von Landmark & Wahl (2002) führte derselbe/ dieselbe InterviewerIn alle 10 Interviews. Dabei wurden während der Befragung Mimik, Gestik und das Verhalten der Klientinnen beobachtet. Nach Beendigung der Interviewsituation hat der/die InterviewerIn die Beobachtungen dokumentiert, um eine Datentriangulation durchführen zu können.

Die Metasynthese von Denieffe & Gooney (2010) wurde nach den Stufen von Sandelowski und Barroso aufbereitet. In erster Linie wurde die Forschungsfrage „What is the symptom experience of women with breast cancer from time of diagnosis to completion of treatment?“ erarbeitet. Unter Einhaltung aller Einschlusskriterien wurden aus allen angegebenen Datenbanken, 31 relevante qualitative Studien ermittelt. Die Studien wurden im Zeitraum von 1994 bis 2008 veröffentlicht, wobei nur zwei Studien vor dem Jahr 2000 publiziert wurden. Um einen hohen Evidenzgrad der Studien zu erreichen, wurden evidenzbasierte Suchfilter der Universität von Ronchester verwendet.

Die Bewertung der Studien erfolgte einzeln aber auch im Vergleich zu den anderen eingeschlossenen Studien. Um die Studien nach ihren Themen zu analysieren wurden Überbegriffe definiert. Die Ergebnisse wurden zusammengefasst und interpretiert.

4.2. Darstellung der Ergebnisse

	Individuelles Krankheitserleben							Wünsche und Bedürfnisse			
	Diagnose = Schock	Ängste	Kampf ums Leben	Normalität erhalten	Frau sein Weiblichkeit Sexualität	Stigma	Lebenswandel durch die Erkrankung	Information & Beratung	Unterstützung/ Versorgung	Atmosphäre	Nähe und Distanz
Pinkert et al., (2008)		x		x				x	Psychisch Physisch	x	
Drageset et al., (2011)	x	x						x	Sozial Psychisch Physisch		x
Landmark & Wahl, (2002)	x	x	x	x	x				Sozial		
Landmark et al., (2008)	x	x			x		x	x	Sozial Psychisch Physisch		
Schmid-Büchi et al., (2005)	x	x	x	x	x		x	x	Sozial Psychisch	x	
Piot- Ziegler et al., (2010)	x	x		x	x	x	x		Psychisch		
Denieffe & Gooney, (2010)	x	x	x	x	x	x	x				

Tab. 3: Darstellung der Ergebnisse

In der Tabelle „Darstellung der Ergebnisse“ werden die gewonnenen Ergebnisse aus den verwendeten Studien in elf Hauptkategorien gegliedert. Die einzelnen Kategorien werden durch direkte Zitate aus den Interviews untermauert.

Die Themen eins bis sieben beziehen sich auf das individuelle Krankheitserleben der Frauen mit Brustkrebs. Die restlichen vier Themengebiete fokussieren die Wünsche und Bedürfnisse der Patientinnen.

In der ersten Hauptkategorie „Diagnose = Schock“ wird beschrieben, dass die meist unerwartete Diagnosestellung für die befragten Frauen eine Art Schock und Krise darstellt. Dieses Phänomen wird in sechs von sieben Studien erwähnt. Von diesem Schockzustand werden das gesamte Leben der Betroffenen und deren weitere Zukunft beeinflusst. „Something special happens to you; you become someone else when you are told you have cancer. You deny what you hear, you can't believe it, you are so shocked.“ (Landmark & Wahl, 2002, S. 116)

Die Reaktionen auf die Diagnose sind von Frau zu Frau unterschiedlich. Rückzug, Verdrängung, gefasste Reaktionen und existentielle Ängste können dabei auftreten. Besonders das Warten auf die endgültige Diagnose wird von den Frauen als schwierigste Zeit beschrieben. (Schmid- Büchi et al., 2005, S. 347) Wenn der erste Schockzustand überwunden ist, können die Frauen erst die reale Situation begreifen und empfinden eine Art Krise in ihrem Leben. „I collapsed totally. I felt I was completely alone in my own world.“ (Landmark et al., 2008, S. 196)

Als zweite Kategorie werden die Ängste der betroffenen Frauen angeführt. Dieses Thema wird von allen sieben Studien behandelt. Die Ängste der Brustkrebspatientinnen beziehen sich auf verschiedene Lebensthemen. Durch die Diagnose Brustkrebs entstehen bei den Betroffenen Ängste hinsichtlich ihrer Existenz. Bezüglich der körperlichen Einschränkungen, welche durch eine operative Behandlung oder die Nebenwirkungen von Chemotherapien hervorgerufen werden, entsteht bei den Frauen die Angst vor einem Kontrollverlust über das Leben. (Denieffe & Gooney, 2010, S. 431)

Angst und die Auseinandersetzung mit dem Tod waren häufige Reaktionen der Frauen. (Landmark et al., 2008, S. 196)

Durch zu wenig Information über das weitere Vorgehen und über mögliche Beeinträchtigungen, welche durch die Therapien entstehen können, treten bei den Frauen auch Ängste auf. (Schmid- Büchi et al., 2005, S. 348f.)

Ängste bezüglich der Zukunft werden durch das Auftreten der Krankheit verstärkt. Um die Situation zu bewältigen und ihre Ängste zu kontrollieren, bauen die Frauen Strategien auf. Innerlich können die Frauen diese Ängste nicht abschalten und die Betroffenen bleiben sehr sensibel und verletzlich. (Schmid- Büchi et al., 2005, S. 347f.)

Wenn die Frauen den ersten Schock nach der Diagnosestellung überwunden haben, beginnt meist der Kampf ums Leben. Das dritte Hauptthema „Kampf ums Überleben“ wird in drei von sieben Studien angesprochen.

Um die neue Situation wieder in den Griff zu bekommen, kämpfen die betroffenen Frauen mit ungeahnten Kräften um ihr Leben. Besonders im Frühstadium der Krankheit wenden die Brustkrebspatientinnen all ihre Energie dazu auf, um gegen den Krebs und um ihr Leben zu kämpfen. Somit rücken die existentiellen Bedürfnisse immer mehr in den Vordergrund.

„You get unknown strength, you just decide to stand and face it.“ (Landmark & Wahl , 2002, S. 115)

Auch in späteren Krankheitsstadien und trotz der Beeinträchtigungen durch die Nebenwirkungen von den Therapien, fanden es die Frauen wert, für das Leben zu kämpfen. „It's got worse and worse, I am losing my hair, it's thin and ragged, but I'm glad I've kept going. It's a constant battle.“ (Landmark & Wahl, 2002, S. 116)

Durch die Unterstützung der Familie können die Frauen neu Kraft schöpfen und Halt finden. (Schmid- Büchi et al., 2005, S. 349f.)

Die Betroffenen haben den Willen und die Motivation die Kontrolle über ihr Leben zurück zu erlangen. (Denieffe & Gooney, 2010, S. 431)

Als viertes Ergebnis wird „Normalität erhalten“ angegeben. Dieses Thema ist in fünf Studien enthalten.

Frauen verwenden den Erhalt der Normalität als effektive Bewältigungsstrategie. (Schmid- Büchi et al., 2005, S. 349f.)

Gespräche über Alltägliches und Humor im Krankenhausalltag helfen den Frauen ihrer Situation Normalität zu verleihen. (Pinkert et al., 2008, S. 10)

Als fünfte Kategorie hat sich aus den Studien „Frau sein, Weiblichkeit und Sexualität“ herauskristallisiert. Fünf der Studien schneiden dieses Thema an. Die Brust wird als Symbol der Weiblichkeit gesehen. Dieses Symbol wird durch die

Erkrankung verändert. Somit hat die Erkrankung einen starken Einfluss auf das Empfinden, sich als Frau zu fühlen, auf die Weiblichkeit und die Sexualität.

Das Selbstimage der Brustkrebpatientinnen zu diesen Themen wurde durch die diversen Behandlungen und deren mögliche Folgeerscheinungen beeinflusst. Besonders die Brust stellt für die Frauen ein Symbol von Weiblichkeit, Mütterlichkeit und Sexualität dar. (Denieffe & Gooney, 2010, S. 429f.)

Deshalb hat besonders die operative Methode der Mastektomie einen Einfluss auf die Weiblichkeit und Sexualität der Frauen. Die Selbstwahrnehmung und das Selbstbewusstsein werden dadurch beeinflusst. Die Mehrzahl der Frauen möchte den Verlust einer Brust verbergen. (Landmark & Wahl, 2002, S. 116f.)

In der Studie von Piot- Ziegler et al. (2010) wird beschrieben, dass Frauen vor der Operation Angst haben, ohne Brust nicht mehr weiblich zu sein. „I am not ready to be like a boy. I was born a girl, I grew up as a girl.“ (Piot- Ziegler et al., 2010, S. 494)

Die Frauen sind nach der Mastektomie der Meinung, dass sie das ideale Frauenbild nicht mehr verkörpern können. Diese Meinung hat einen Einfluss auf die Partnerschaft der Brustkrebpatientinnen. Da das ideale Frauenbild nach der Mastektomie verändert ist, haben sie Angst vor den Reaktionen ihrer Partner. Dies kann dazu führen, dass sich die PartnerInnen distanzieren, um sich der neuen Situation nicht stellen zu müssen. In einem Interview hat eine Patientin das wie folgt beschrieben: „To be really honest with you, we didn't have physical contact since I had surgery.“ (Piot- Ziegler et al., 2010, S. 496)

In der Studie von Landmark et al. (2008) sagt eine Brustkrebpatientin im Interview: “I didn't want my husband to see me naked, I felt ashamed.“

Die Themen Sexualität und Partnerschaft werden von den Frauen nicht direkt in den Interviews angesprochen. Ein Grund dafür könnte Scham oder das kulturelle Tabu darüber zu sprechen, sein. (Landmark et al., 2008, S. 198)

In zwei von sieben Studien wird „Stigma“ hinsichtlich der Brustkrebserkrankung von den Frauen angegeben. Darunter wird verstanden, dass sich die Brustkrebpatientinnen durch die Erkrankung gekennzeichnet und ausgegrenzt fühlen.

In der Studie von Denieffe & Gooney (2010) wird bereits die Diagnosestellung als Stigmatisierung empfunden und die Patientinnen fühlen sich in ihrem Selbstbewusstsein geschwächt. Wenn sichtbare Veränderungen die Folge der therapeutischen Behandlung sind, haben die Frauen das Gefühl stigmatisiert zu sein und von der Norm abzuweichen. Das Gefühl „etwas Böses“ in sich zu haben, hat weiters Auswirkungen auf das

Selbstimage. (Denieffe & Gooney, 2010, S. 429f.)
Fehlender Rückhalt eines sozialen Netzwerkes, kann bei den Betroffenen das Gefühl stigmatisiert zu sein, auslösen. (Drageset et al., 2010, S. 7)

In vier Studien wurde das Thema „Lebenswandel durch die Krankheit“ aufgegriffen. Damit meinen die Betroffenen, dass sich ihre Lebensansichten durch die Erkrankung oder nach erfolgreicher Therapie verändert haben.

Durch die Krankheit erlangen die Frauen eine neue Erfahrung in ihrem Leben. Nach der Behandlung wird die Zukunft sorgloser und hoffnungsvoll gestaltet. (Schmid- Büchi et al., 2005, S. 349f.)

In der Studie von Piot- Ziegler et al. (2010) wird angegeben, dass die betroffenen Frauen nach der Erkrankung neue Prioritäten in ihrem Leben setzen und besser auf die Beziehungen zu den Mitmenschen achten. Das Überleben einer Krebserkrankung verändert die Selbstwahrnehmung der Patientinnen.
„It's something, it's an experience, it transforms you.“ (Piot- Ziegler et al., 2010, S. 499)

Die folgenden vier Hauptthemen beziehen sich auf die Wünsche und Bedürfnisse der Brustkrebspatientinnen hinsichtlich der pflegerischen und sozialen Versorgung.

Das Thema „Information und Beratung“ wird in vier Studien angesprochen.

Die Ergebnisse der Studie von Landmark et al. (2008) zeigen, dass die Frauen mehr Information von Pflegekräften oder ÄrztInnen benötigen, um ihre Situation besser verstehen zu können und mit der Situation besser umgehen zu können. Es sollten vor der Therapie Informationen hinsichtlich der körperlichen Veränderungen, der Einschränkungen, welche durch die Therapie oder die Operation entstehen und hinsichtlich Partnerschaft und Sexualität gegeben werden.

Das Thema Sexualität und Partnerschaft wird bei der Information und Beratung der Frauen meist nebensächlich behandelt. Gründe dafür können Scham oder das kulturelle Tabu sein. (Landmark et al., 2008, S. 198)

Dabei ist es wichtig, dass eine bedürfnisgerechte Kommunikation stattfindet und diese individuell auf die Patientin abgestimmt ist. Fachliche Auskünfte und praktische Tipps für die Zukunft sind zentral. Dies verleiht den Patientinnen eine hoffnungsvolle Perspektive. Eine Gesprächsbereitschaft seitens der Pflegekräfte sollte den Patientinnen immer wieder vermittelt werden. Informationen werden oft durch die Pflegepersonen eingeholt um Informationsdefizite auszugleichen. (Pinkert et al., 2008, S. 11)

Weiters sollten sich die Pflegenden Zeit nehmen und auf die Patientinnen zugehen. „It was good to be able to repeat questions. The nurses had time for me. I wasn't interrupted.“ (Drageset et al., 2011, S. 5)

Die Pflegepersonen können die Atmosphäre und das Befinden der Brustkrebspatientinnen durch Gespräche positiv beeinflussen. Eine Bezugspflege führt zu mehr Sicherheit und die Frauen fühlen sich besser aufgehoben. (Schmid- Büchi et al., 2005, S. 348)

Bezüglich der sozialen Ebene wünschen sich die Frauen Unterstützung von ihrer Familie und von den Freunden. Auch der Austausch mit anderen Betroffenen kann eine positive Wirkung auf die Betroffenen haben. (Landmark et al., 2008, S. 196)

Die Information über Unterstützungsmöglichkeiten, wie finanzielle Unterstützung oder Hilfsmöglichkeiten im Alltag, fehlen. (Landmark et al., 2008, S. 196)

Als wichtiges Thema wird die „Unterstützung und Versorgung“ angegeben. Sechs von sieben Studien thematisieren diesen Aspekt. Die Themen Unterstützung und Versorgung umfassen den physischen, psychischen und sozialen Bereich.

Für die betroffenen Frauen ist es wichtig, dass sie jederzeit Unterstützung von ihrer Familie, von den Freunden oder den Pflegepersonen erhalten können. Die Unterstützung durch den engsten Familienkreis wird als besonders wichtig beschrieben. Die Möglichkeit die Familie zu jeder Zeit kontaktieren zu können, gibt den Frauen Kraft. „What matters most is having family around me, even if we are not together all the time, just knowing that they are available.“ (Drageset et al., 2011, S. 3)

Die Unterstützung durch das soziale Netzwerk und das pflegerische Team gibt den Frauen das Gefühl von Vertrauen und Sicherheit. (Drageset et al., 2011, S. 3)

In der Studie von Landmark & Wahl (2002) wird beschrieben, dass die Unterstützung der Familie während der Erkrankung am Wichtigsten für die betroffenen Frauen ist.

Zur verlässlichen Versorgung werden die Kontinuität der Versorgung und die Bezugspflege hinsichtlich der ganzheitlichen Versorgung im stationären Bereich angeführt. Ein freundliches, entspanntes Klima in der interdisziplinären Zusammenarbeit steigert die Qualität der Versorgung. (Pinkert et al., 2008, S. 11)

Die Verfügbarkeit einer raschen Unterstützung durch die Pflegenden empfanden die Patientinnen als sehr angenehm. (Pinkert et al., 2008, S. 12)

Die psychische Unterstützung umfasst Fürsorglichkeit, respektierende Wertschätzung, individuelle Betreuung, Einfühlungsvermögen und Rücksichtnahme. (Pinkert et al., 2008, S.

9) Bei der Kategorie „psychische Unterstützung“ wird von den Frauen besonders der Beistand, Menschlichkeit, Ablenkung und Mut zu machen, von den Pflegenden erwartet. Aufmerksame, emotionale Gesten bestärken die Unterstützung. Dadurch, dass Pflegepersonen eine persönliche Seite und Gefühle in die Betreuungsbeziehung einbringen, kann ein tieferes Vertrauen entstehen, was einen positiven Einfluss auf die Patientinnen hat. (Pinkert et al., 2008, S. 10)

Die größte Enttäuschung erlebten die befragten Frauen bei der Unterstützung durch das Krankenhaus und durch andere gesundheitliche Organisationen. (Landmark & Wahl, 2002, S. 117f.)

In den Studien von Pinkert et al., (2008), und Schmid- Büchi et al. (2005) wird das Thema „Atmosphäre“ dargestellt.

Das Thema Atmosphäre bezieht sich in der Studie von Pinkert et al. (2008) auf die Organisationsebene. Die Brustkrebspatientinnen wünschen sich eine freundliche, angenehme Atmosphäre von allen eingebundenen Berufsgruppen. Die Möglichkeiten sich ungestört zurückziehen zu können und räumliche Ressourcen, wurde von den Befragten, als wichtiger Aspekt angeführt. (Pinkert et al., 2008, S. 13)

In der Studie von Schmid- Büchi et al. (2005) wird die Atmosphäre durch die Pflegepersonen beeinflusst. Durch eine hohe Fachkompetenz und einen persönlichen Umgang mit den Patientinnen wird die Atmosphäre positiv beeinflusst. Dies vermittelt den Brustkrebspatientinnen Sicherheit. (Schmid- Büchi et al., 2005, S. 349)

In der Studie von Drageset et al. (2011) wird der Aspekt „Nähe und Distanz“ angegeben. Darunter ist die Ambivalenz gemeint, welche die Betroffenen bei der Unterstützung des sozialen Umfeldes empfinden können.

Die Patientinnen versuchen eine Balance zwischen Nähe und Distanz zu ihrem sozialen Netzwerk zu finden. Wie viel Nähe und Unterstützung die Frauen benötigen und akzeptieren hängt von ihrer individuellen Lebensgeschichte und Einstellung ab. „If I get too much comfort, I get nervous and scared.“ (Drageset et al., 2011, S. 6)

5. Diskussion

In den folgenden zwei Unterkapiteln werden die Studien hinsichtlich ihrer Qualität bewertet und die Ergebnisse hinsichtlich Glaubwürdigkeit diskutiert.

5.1. Bewertung der Studien

Studie	Passung von Forschungsfrage, - Tradition & Design	Qualität der Stichprobe	Qualität der Datensammlung	Qualität des Leitfadens	Qualität der Auswertung
Pinkert et al., (2008)	<p>Deutliche Fragestellung: Fragestellung ist offen formuliert Subjektive Angaben zu den Erwartungen und Bedürfnisse an das therapeutische Team Typisches wird herausgearbeitet</p> <p>Forschungsfrage, - Tradition und Design passen zueinander: Qualitative Studie und phänomenologisch-hermeneutische Forschungstradition passen gut zueinander; sind geeignet zur Erfassung der subjektiven Patientinnenperspektive mittels Leitfadeninterview</p>	<p>Gezielte Stichprobe</p> <p>Einschlusskriterien angegeben Selektionsbias könnte entstehen, da Patientinnen mit Metastasen ausgeschlossen wurden</p> <p>42 Teilnehmerinnen</p>	<p>Förderung des Vertrauens: Patientinnen haben Info durch Interviewerinnen bekommen Interview in ungestörter Umgebung im Krankenhaus</p> <p>Maßnahmen um Beeinflussung auszuschließen: Geschulte, wissenschaftliche Interviewerinnen</p> <p>Rechte der Teilnehmerinnen: Studie durch Ethikkommission erlaubt Freiwillige schriftliche Einwilligung Anonymität & Vertraulichkeit gewahrt Betreuung nach den Interviews gewährt</p>	<p>Leitfaden wird nicht vollständig angegeben, Themenbereiche der Befragung werden angeführt</p>	<p>Ergebnisdarstellung: Haupt- und Unterthemen Member-check</p> <p>Realistische Ergebnisse: erreicht, gut nachvollziehbar</p>

			Kontrolle der Datensammlung: Keine Angaben		
Drageset et al., (2011)	Deutliche Fragestellung: Fragestellung ist offen formuliert Subjektive Angaben zu den Erfahrungen zur sozialen Unterstützung Typisches wird herausgearbeitet Forschungsfrage, - Tradition und Design passen zueinander: Qualitative Studie und hermeneutische Forschungstradition passen gut zueinander; geeignet zur Erfassung der Patientinnenperspektive mittels halbstrukturierte Interviews	Gezielte Stichprobe Einschlusskriterien angegeben Selektionsbias: Patientinnen unter 18 Jahren wurden ausgeschlossen 21 Teilnehmerinnen Datensättigung nach 21 Interviews erreicht → Stichprobe ausreichend	Förderung des Vertrauens: Interviews im Krankenhaus geführt; Maßnahmen um Beeinflussung auszuschließen: Keine Angaben Rechte der Teilnehmerinnen: Studie wurde durch Ethikkommission erlaubt Freiwillige Teilnahme Anonymisiert Kontrolle der Datensammlung: Protokoll über Mimik & Gestik und Gesprächssituation	Leitfaden wird nicht vollständig angegeben Themenbereiche der Befragung werden angeführt	Ergebnisdarstellung: 5 Hauptthemen Verzerrung der Ergebnisse auszuschließen: Memos Beobachtungsprotokoll Realistische Ergebnisse: erreicht
Landmark & Wahl, (2002)	Deutliche Fragestellung: Fragestellung ist offen formuliert Subjektive Perspektive zum Umgang mit der Erkrankung Häufige Themen werden in Kategorien geteilt Forschungsfrage, - Tradition und Design passen zueinander: Qualitative Studie und phänomenologisch-hermeneutische Forschungstradition passen gut	Gezielte Stichprobe Einschlusskriterien angegeben Selektionsbias könnte entstehen, da Patientinnen mit Metastasen & Patientinnen unter 20 Jahren wurden ausgeschlossen 10 Teilnehmerinnen	Förderung des Vertrauens: Erste Information durch bekannte Pflegeperson erhalten Gespräche in ungestörter Umgebung im Büro Maßnahmen um Beeinflussung auszuschließen: keine Angaben Rechte der Teilnehmerinnen: Studie durch Ethikkommission erlaubt, Freiwillige Einwilligung,	Leitfaden wird nicht vollständig angegeben, Themenbereiche der Befragung werden angeführt	Ergebnisdarstellung: Haupt- und Unterthemen Gliederung Graphische Darstellung Maßnahmen um eine Verzerrung der Ergebnisse auszuschließen: Member check Memos 2 senior researchers Beobachtungsprotokoll

	<p>zueinander; geeignet zur Erfassung der subjektiven Patientinnenperspektive mittels Leitfadeninterview</p>		<p>Konnten jederzeit Interviews abbrechen. Betreuung nach den Interviews gewährt. Anonymisiert Kontrolle der Datensammlung: Während Interviews Protokoll über Mimik, Gestik und Verhalten der Teilnehmerinnen zur Datentriangulation geführt</p>		<p>Alle Interviews von einer Person geführt Realistische Ergebnisse: erreicht</p>
<p>Landmark et al., (2008)</p>	<p>Deutliche Fragestellung: Fragestellung ist offen formuliert Subjektive Perspektive zu Bedürfnissen im Krankenhaus Typische Themen werden gesucht Forschungsfrage, - Tradition und Design passen zueinander: Qualitative Studie und phänomenologische Forschungstradition passen gut zueinander; geeignet zur Erfassung der subjektiven Patientinnenperspektive mittels Fokusgruppeninterviews</p>	<p>Gezielte Stichprobe Einschlusskriterien angegeben Selektionsbias könnte entstehen, da Patientinnen mit Metastasen & Patientinnen unter 20 Jahren wurden ausgeschlossen 7 Teilnehmerinnen in einer Fokusgruppe</p>	<p>Förderung des Vertrauens: Erstinformation durch Pflegende erhalten Gesprächssituation alle 2 Wochen im Brustzentrum Frauen mit gleicher Erkrankung und Problemen Maßnahmen um Beeinflussung auszuschließen: Keine Angaben Rechte der Teilnehmerinnen: Studie durch Ethikkommission erlaubt, Informierte Zustimmung Konnten jederzeit aus der Fokusgruppe austreten; Kontrolle der Datensammlung: Keine Angaben</p>	<p>Leitfaden wird nicht vollständig angegeben, Themenbereiche der Befragung werden angeführt Themen vorgegeben</p>	<p>Ergebnisdarstellung: In 3 Hauptthemen Maßnahmen um Verzerrung der Ergebnisse auszuschließen: Member check Senior researcher Memos Realistische Ergebnisse: erreicht</p>

<p>Schmid-Büchi et al., (2005)</p>	<p>Deutliche Fragestellung: Fragestellung ist offen formuliert Subjektive Perspektive zur Erkrankung, Therapie und Bewältigung der Betroffenen wird ergründet Typische Aspekte werden gesucht Forschungsfrage, - Tradition und Design passen zueinander: Qualitative Studie und phänomenologisch-hermeneutische Forschungstradition passen gut zueinander; sind geeignet zur Erfassung der subjektiven Patientinnenperspektive mittels Einzelinterviews mit Leitfaden</p>	<p>Gezielte Stichprobe 10 Teilnehmerinnen</p>	<p>Förderung des Vertrauens: Erstinformation durch Pflegende erhalten Keine Angabe zur Gesprächsatmosphäre Maßnahmen um Beeinflussung auszuschließen: Interviewerin war Frau Geschulte Interviewerin Sonst keine Angaben Rechte der Teilnehmerinnen: waren sichergestellt Ethikkommission, freiwillige Teilnahme Kontrolle der Datensammlung: Keine Angaben</p>	<p>Leitfaden wird nicht vollständig angegeben, Themenbereiche der Befragung werden angeführt Themen passen zur Forschungsfrage</p>	<p>Ergebnisdarstellung: durch Haupt- und Unterthemen Maßnahmen um eine Verzerrung der Ergebnisse auszuschließen: Member check Peer debriefing Confirmability audit Realistische Ergebnisse: erreicht</p>
<p>Piot- Ziegler et al., (2010)</p>	<p>Deutliche Fragestellung: Fragestellung ist offen formuliert Subjektive Angaben zu Mastektomie und deren Auswirkung auf den Körper werden ergründet Typisches wird herausgearbeitet Forschungsfrage, - Tradition und Design passen zueinander: Qualitative Studie und</p>	<p>Gezielte Stichprobe 19 Teilnehmerinnen</p>	<p>Förderung des Vertrauens: Patientinnen haben Info durch Interviewer bekommen Weibliche Interviewerinnen Patientinnen bestimmten Interviewort selbst Keine Information zum Interviewer Maßnahmen um Beeinflussung auszuschließen: Keine Angaben</p>	<p>Leitfaden wird nicht vollständig angegeben, Themenbereiche der Befragung werden angeführt</p>	<p>Ergebnisdarstellung: Haupt- und Unterthemen Verzerrung der Ergebnisse auszuschließen: Member-check 2 Researcher Confirmability audits Ergebnisse: realistisch</p>

	phänomenologisch-hermeneutische Forschungstradition passen gut zueinander und sind geeignet zur Erfassung der subjektiven Patientinnenperspektive mittels Halbstrukturierte Interviews		Rechte der Teilnehmerinnen: Studie durch Ethikkommission erlaubt, Anonymität + Vertraulichkeit Gewahrt, Freiwillige Einwilligung, Konnten jederzeit Interviews abbrechen, Betreuung nach den Interviews gewährt; Kontrolle der Datensammlung: Keine Angaben		
Studie	Fragestellung	Qualität der Suchstrategie	Qualität der Einschlusskriterien	Qualität des Bewertungsverfahrens	Qualität der Ergebnisse
Denieffe & Gooney, (2010)	“What is the symptom experience of women with breast cancer from time of diagnosis to completion of treatment?” Offen formuliert Erfahrungen der Patientinnen Typisches wird herausgearbeitet	Alle wichtige Datenbanken durchsucht, keine Angabe, ob nicht englische Texte relevant waren, Stichworte angegeben;	Einschlusskriterien passend zur Forschungsfrage gewählt, Evidenzlevel der Metasynthese: nur qualitative Studien eingeschlossen	Evidenzbasierte Filter zur Auswahl verwendet, Studien einzeln und vergleichend bewertet Studienbewertung tabellarisch dargestellt	Ergebnisse wurden In 4 Kategorien gegliedert, gut nachvollziehbare Ergebnisse Vergleichbar mit Ergebnissen der anderen, in der Arbeit verwendeten Studien

Tab. 4: Darstellung der Studien

In der Tabelle „Darstellung der Studie“ wird eine Übersicht über alle in der Arbeit verwendeten Studien gegeben. Diese Tabelle sollte die Qualität der Studien beschreiben. Zuerst werden die qualitativen Studien miteinander verglichen. Die Metasynthese von Denieffe & Gooney (2010) wird separat bewertet, da andere Bewertungskriterien gelten.

Im Thema „Passung der Forschungsfrage, -tradition und Design“ wird bei allen sechs qualitativen Studien die Fragestellung deutlich formuliert. Die Forschungsfragen sind offen formuliert und beziehen sich auf die subjektive Perspektive der Betroffenen. Das Hauptthema der Studie wird in der Forschungsfrage angegeben.

Die verwendeten Studien beziehen sich auf die Erfahrungen der Patientinnen hinsichtlich des Lebens mit Brustkrebs und den Bedarf nach Unterstützung und die Bedürfnisse der Patientinnen. Eine Studie bezieht sich speziell auf die therapeutische Methode der Mastektomie und deren Auswirkung auf das Körperbild.

Bei den qualitativen Studien werden Hauptthemen aus den Interviews generiert und das Typische herausgearbeitet.

Als Forschungstradition wird bei fünf von sechs Studien eine phänomenologisch-hermeneutische Forschungstradition angegeben. Diese beziehen sich auf die Krankheit und die subjektive Bedeutung der Erkrankung für die Betroffenen. Die Studie von Drageset et al. (2011) hat als Forschungstradition eine hermeneutische Tradition.

Als Design wurde in fünf Studien ein halbstrukturiertes Interview oder ein Leitfadeninterview gewählt. Die Studie von Landmark et al. (2008) hat die Datensammlung mittels Fokusgruppe durchgeführt. Beide Designs, Einzelinterviews und die Datensammlung mit einer Fokusgruppe, passen zu den Forschungsfragen und zu den Forschungstraditionen. Somit ist die Kategorie „Passung von Forschungsfrage, - Tradition und Design“ von allen qualitativen Studien erfüllt worden.

Bei den Stichproben der Studien handelt es sich bei allen sechs Studien um eine gezielte Stichprobe. Dabei wurden die Patientinnen meist in den Krankenhäusern nach bestimmten Einschlusskriterien in die Studien aufgenommen. Bei den Krankenhäusern handelte es sich um spezielle Brustzentren. In vier Studien werden die Einschlusskriterien explizit angegeben. Diese können in der Tabelle „Inhalte und Ergebnisse der Studien“ nachgelesen werden.

Durch die Einschlusskriterien kann ein Selektionsbias entstehen. In drei Studien wurden Frauen mit Metastasen von den Studien ausgeschlossen. In den restlichen vier Studien wird nicht angegeben, ob Brustkrebspatientinnen mit Metastasen in der Stichprobe enthalten waren. Somit können die Ergebnisse auf diese Patientinnengruppe nicht übertragen werden. Bei Frauen mit Metastasen könnten andere Themenbereiche zentral

sein und Themen wie zum Beispiel „Kämpfen um das Leben“ eher abgeschwächt vorkommen. Fazit ist, dass über diese Patientinnengruppe wenig Wissen besteht und weitere Studien zu diesem Klientel gemacht werden müssen.

Bezüglich des Alters der Teilnehmerinnen könnte ebenso ein Selektionsbias auftreten, da in drei Studien Frauen unter 18 beziehungsweise 20 Jahren von den Studien ausgeschlossen wurden.

In den Studien haben Frauen erst ab 31 Jahren teilgenommen. Somit sind keine Brustkrebspatientinnen im Alter zwischen 18 und 30 Jahren in den Studien enthalten. Einerseits kann dies einen maßgeblichen Einfluss auf die Ergebnisse der Studie haben. Für jüngere Frauen würden zum Beispiel die Themen Mastektomie, Weiblichkeit oder der Einfluss der verschiedenen Therapie auf den Körper, zentral sein. Andererseits muss gesagt werden, dass junge Frauen zwischen 20 und 30 Jahren eher selten von Brustkrebs betroffen sind, da der Altersgipfel der Erkrankung zwischen dem 40. und 70. Lebensjahr liegt. Somit ist der Hauptfokus der Studien auf Frauen ab 40 Jahren gerichtet. Wenn die Zahl der Mammakarzinompatientinnen unter dem 40. Lebensjahr immer mehr steigt, wie Goerke & Junginger (2010) und Heuwinkel – Otter et al. (2007) beschreiben, müssten zur Perspektive von Frauen mit Brustkrebs zwischen dem 18. und 30. Lebensjahr erneut Studien durchgeführt werden.

Die Größe der Stichproben variiert von 7 bis 42 Teilnehmerinnen. An der Fokusgruppe von Landmark et al. (2008) nahmen 7 Probandinnen teil. Durch diese relativ kleine Stichprobe könnten verschiedene Themen in den Interviews nicht erfasst werden. Da bei dieser Studie aber eine Fokusgruppe zur Datenerhebung gewählt wurde, könnte dieser Aspekt weniger tragend sein. Durch das offene Gespräch in der Fokusgruppe können verschiedene Themen angesprochen werden. Die Kommunikation untereinander kann die Probandinnen auf Gesprächsthemen führen, welche in den Einzelinterviews eventuell untergehen würden. Durch die Gruppensituation und das Wissen, dass die anderen Teilnehmerinnen das gleiche Schicksal erleben, können sich die Brustkrebspatientinnen leichter öffnen und über Probleme sprechen. Ein Kritikpunkt bei den Fokusgruppen ist, dass sich ruhige Personen nicht in die Gesprächssituation eingliedern können und somit ihre Perspektiven untergehen. Trotz der geringen Stichprobengröße und des Mankos einer Fokusgruppe werden vergleichbare Ergebnisse erzielt, wie in den anderen Studien, die in der Arbeit verwendet wurden und eine größere Stichprobe hatten.

In den Studien, welche mit Interviews durchgeführt wurden, lag die Anzahl der Studienteilnehmerinnen zwischen 10 und 42 Personen. Somit konnte bei diesen Studien eine ausreichende Stichprobengröße erreicht werden.

In der Studie von Drageset et al. (2011) wird angegeben, dass eine Datensättigung nach 21 Interviews erreicht wurde. Angaben zur Datensättigung wurden in den anderen qualitativen Studien nicht gemacht.

Wenn die Studie von Drageset et al. (2011) als Richtlinie zur Datensättigung genommen wird, wäre es bei den Studien, welche eine geringere Stichprobenanzahl als 21 aufweisen, nicht sichergestellt, ob die Datensättigung erschöpfend war. Da die Ergebnisse der Studien hinsichtlich der Themen vergleichbar sind, kann davon ausgegangen werden, dass trotz der geringeren Stichprobe die Datensättigung passend ist.

Bei der Stichprobe ist anzugeben, dass an den Studien Frauen, die verschiedene therapeutische Interventionen erfuhren, teilnahmen. Es wurden sowohl Frauen, die brusterhaltend operiert wurden, als auch Frauen, die mastektomiert wurden, in die Stichproben aufgenommen. Dies ermöglicht einen Überblick über die Perspektiven, welche bei den unterschiedlichen therapeutischen Maßnahmen entstehen können. In der Diskussion der Ergebnisse werden mögliche Unterschiede der Ergebnisse, welche durch die therapeutischen Maßnahmen entstanden sein könnten, erläutert.

In der Kategorie „Qualität der Datensammlung“ sollten von den Studien vier Bedingungen erfüllt werden. Diese Bedingungen lauten: „Maßnahmen zur Förderung des Vertrauens“, „Maßnahmen um die Beeinflussung der Teilnehmerinnen durch die Interviewsituation auszuschließen“, „Rechte der Teilnehmerinnen sicherstellen“ und „Maßnahmen, die eine Kontrolle der Datensammlung erlauben“.

Zur Förderung des Vertrauens der Klientinnen wurde in drei Studien angegeben, dass die Erstinformation über die Studie von Pflegepersonen vermittelt wurde. Diese Personen waren den Patientinnen nicht fremd. In zwei Studien wurden die Patientinnen von den Interviewerinnen über die Studie informiert. In der Studie von Drageset et al. (2011) wird nicht angegeben, durch wen die betroffenen Frauen die Information über die Studie erhalten haben.

Um das Vertrauen zu fördern wurden in drei Studien weibliche Personen als Interviewerinnen eingesetzt. Dies könnte möglicherweise einen Einfluss auf die Gesprächsbereitschaft der Frauen haben. Es könnte sein, dass sich die betroffenen Brustkrebspatientinnen gegenüber einer Frau eher öffnen und gesprächsbereiter sind als gegenüber einem Mann. Durch die englische Sprache ist es schwierig zu identifizieren, ob es sich bei `interviewer` um einen Mann oder eine Frau handelt. Hinsichtlich der Hauptergebnisse sind jedoch keine signifikanten Unterschiede zu erkennen.

Ob die ForscherInnen aus derselben sozialen Schicht kommen wie die Brustkrebspatientinnen oder sie die Patientinnen länger kannten, wurde in keiner der Studien angegeben.

Hinsichtlich der Gesprächsatmosphäre wurde angegeben, dass drei Studien die Interviews im Krankenhaus geführt haben.

Die Studie von Landmark & Wahl (2002) zeichneten ihre Interviews im Büro auf. An diesen Orten wurde eine ungestörte Umgebung geschaffen. In der Studie von Piot- Ziegler et al. (2010) konnten die teilnehmenden Patientinnen den Interviewort selbst bestimmen. Somit wird in fünf Studien eine angenehme Gesprächssituation für die Teilnehmerinnen gestaltet, damit sie sich wohl fühlen und den InterviewerInnen gegenüber öffnen. In der Studie von Schmid- Büchi et al. (2005) werden keine Angaben hinsichtlich der Gesprächsatmosphäre gemacht.

Die Tatsache, dass drei Interviews im Krankenhaus durchgeführt wurden, könnte die betroffenen Frauen eventuell bei ihren Aussagen eingeschüchtert. Besonders wenn die Befragung vor der Operation stattfindet und die Frauen hinsichtlich der Bedürfnisse und Wünsche zur pflegerischen Betreuung gefragt werden, kann dies der Fall sein. Bei den Ergebnissen wurden keine Unterschiede festgestellt, welche aufgrund des Orts der Interviews entstanden sein könnten.

Bei den Maßnahmen zur Beeinflussung der Teilnehmerinnen durch die Interviewsituation wurden in vier Studien keine Angaben gemacht. In drei Studien waren die Interviewerinnen weiblich. Nur in den Studien von Schmid- Büchi et al. (2005) und Pinkert et al. (2008) wird angegeben, dass geschulte Interviewerinnen die Patientinnen befragten. Bezüglich der Suggestivfragen werden in keiner der sechs Studien Angaben gemacht. Somit ist eine Aussage über die Beeinflussung der Teilnehmerinnen durch die Interviewsituation in vier Studien nicht möglich.

Die Kategorie „Rechte der Teilnehmerinnen sicherstellen“ wurde von allen sechs Studien erfüllt. Alle Studien wurden durch Ethikkommissionen geprüft und genehmigt. Die Patientinnen willigten in die Studien freiwillig ein. In drei Studien wird angegeben, dass die Brustkrebspatientinnen jederzeit von der Studie austreten konnten. Drei von den sechs Studien gaben an, dass eine Betreuung der Patientinnen nach den Interviews durch medizinisches und pflegerisches Personal zur Verfügung gestellt wurde. Vier der Studien beschreiben, dass die Anonymität und die Vertraulichkeit gewahrt sind.

Zur Kontrolle der Datensammlung haben zwei Studien Protokolle über die Mimik, Gestik und über die Gesprächsatmosphäre geführt. Ob eine Datentriangulation mit den

aufgezeichneten Protokollen und dem Interview durchgeführt wurde, wird in den Studien aber nicht angegeben.

Bezüglich des Interviewleitfadens ist anzugeben, dass dieser in keiner der Studien vollständig dargestellt wurde. In allen Studien wurden aber die Themenbereiche angegeben, welche in den Studien enthalten waren. Diese waren passend zu den Forschungsfragen gewählt und ließen keine Fragen offen. Es wurden alle wichtigen Themenbereiche von der Diagnosestellung, über die derzeitige Situation bis hin zur Zukunftsperspektive von den Studien abgedeckt. Durch die unterschiedlichen Themen kann schlussendlich eine ganzheitliche Perspektive ermöglicht werden.

Zur Erhebung der subjektiven Erfahrungen, waren sowohl Leitfadeninterviews als auch die Fokusgruppe ein geeigneter Gegenstand.

Hinsichtlich der Datenauswertung wurden lokal verbreitete Auswertungsverfahren gewählt. Zwei der drei norwegischen Studien haben die Datenanalyse nach Kvale gewählt. Die dritte norwegische Studie von Landmark & Wahl (2002) hat die Datenanalyse mittels Grounded Theory durchgeführt. Die deutschsprachigen Studien von Pinkert et al. (2008) und Schmid-Büchi et al. (2005) haben die Datenanalyse und die induktive Kategorisierung nach der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring durchgeführt. Die Studie von Piot- Ziegler et al. (2010) hat bei der Auswertung der Daten die Analyse nach Braun & Clarke genutzt.

Im Thema „Datenauswertung“ wurden die Resultate in allen Studien in Haupt- und Unterthemen gegliedert. In der Studie von Landmark & Wahl (2002) wurden die Ergebnisse zur besseren Visualisierung graphisch dargestellt.

Um eine Verzerrung der Ergebnisse der Studien zu vermeiden, wurde bei fünf von sechs Studien ein member - check durchgeführt. In vier Studien wurden senior researcher kontinuierlich in den Forschungsprozess eingebunden. Drei Studien haben Memos während der Forschung geschrieben. In zwei Studien wurden confirmability audits zur Steigerung der Nachvollziehbarkeit und der Ergebnisbestätigung durchgeführt. Weiters wurden in den Studien von Landmark & Wahl (2002) und Drageset et al. (2011) Beobachtungsprotokolle während der Interviews geführt.

Somit haben alle Studien Kontrollmaßnahmen zur Datenauswertung gemacht. Dadurch ist die Qualität der Studien zufriedenstellend.

Bezüglich der Resultate ist anzumerken, dass die ausgewählten Patientinnen zu verschiedenen Zeitpunkt der Erkrankung befragt wurden. Wenn die Frauen kurz nach der Diagnosestellung interviewt werden, können Ängste und Schock noch die Ergebnisse des Interviews beeinflussen. Wenn Brustkrebspatientinnen am Ende der Therapie befragt werden, besteht schon eher eine Hoffnung auf Zukunft und Heilung. Da in den verwendeten

Studien die Frauen zu verschiedenen Zeitpunkten, von kurz vor der Operation bis 19 Monate nach der Diagnosestellung befragt wurden, hat dieser Aspekt Einfluss auf die Ergebnisse der Arbeit. Durch die unterschiedlichen Befragungszeitpunkte kann ein holistischer Überblick über die Perspektiven von der Diagnosestellung bis zur Heilung geboten werden. Weiters kommen mehrere Themen zur Sprache.

Die Ergebnisse aller Studien sind realistisch und schlüssig. Durch die direkten Zitate aus den Interviews wird die Perspektive der Brustkrebspatientinnen sehr gut dargestellt und der/die LeserIn kann sich in die Situation und in die Gefühlswelt der betroffenen Frauen hineinversetzen.

Als Limitation der verwendeten Studien ist allgemein anzugeben, dass diese aus einer ähnlichen geographischen und kulturellen Region stammen. Es werden Studien aus dem deutschsprachigen Raum und aus Norwegen angeführt. Dabei ist die medizinische Versorgungsqualität vergleichbar. Die Ergebnisse dieser Bachelorarbeit können somit nur für den nord- und mitteleuropäischen Raum geltend gemacht werden. Durch die kulturellen Traditionen oder die Situation der Frau in anderen Kulturen könnten in anderen Ländern Unterschiede bei der Perspektive und bei den Bedürfnissen auftreten. Der medizinische Stand der unterschiedlichen Länder ist ebenso nicht vergleichbar. Um eine generelle Aussage hinsichtlich der Patientinnenperspektive im deutschsprachigen Raum machen zu können, fehlen noch qualitative Studien aus Österreich.

Insgesamt wird die Qualität der Studien trotz kleiner Limitationen im Allgemeinen als gut bewertet. Die Datenauswertung erreicht bei allen qualitativen Studien ein zufriedenstellendes Ergebnis.

Da Metasynthesen bei qualitativen Forschungen noch selten vorkommen, gab es keinen richtig etablierten Leitfaden zu Bewertung der Metasynthese. Dennoch können einige Kriterien in der Metasynthese von Denieffe & Gooney (2010) reflektiert werden.

Die Fragestellung ist offen formuliert und bezieht sich auf die Erfahrungen der Brustkrebspatientinnen.

Bei der Qualität der Suchstrategie wird angeführt, dass alle relevanten Datenbanken mit Stichworten durchsucht wurden. Als Stichworte wurden „breast cancer, experiences, symptom and symptom experiences“ angegeben. (Denieffe & Gooney, 2010, S. 425)

Als Einschlusskriterien galten, dass nur Studien zugelassen wurden, die als Stichprobe Frauen mit Brustkrebs hatten, genaue Angaben zu den qualitativen Auswertungen der Studien und das Hauptthema die Perspektiven und Erfahrungen von Symptomen der

Brustkrebspatientinnen war. Diese Kriterien stimmen mit der Fragestellung überein. In die Metasynthese wurden nur qualitative Studien aufgenommen.

Ob Studien, die in einer anderen Sprache als Englisch eingeschlossen wurden, geht aus der Metasynthese nicht hervor.

Zur Qualität des Bewertungsverfahrens wird angeführt, dass evidenzbasierte Suchfilter der Universität von Ronchester zur Auswertung der qualitativen Studien verwendet wurden. Dadurch sollte bei qualitativen Studien ein hoher Evidenzgrad erreicht werden. Studien, welche die qualitativen Daten und das Auswertungsverfahren ungenau beschrieben haben, wurden von der Metasynthese ausgeschlossen. (Denieffe & Gooney, 2010, S. 425)

Die Bewertung der Studien erfolgt einerseits für jede Studie individuell, andererseits wurde ein Vergleich der Studien aufgestellt. Von wem die Bewertung der Studien durchgeführt wurde und ob es eine Kontrolle durch einen zweiten unabhängigen Begutachter gab, wird in der Studie nicht angegeben. Die verwendeten Studien werden in einer Tabelle dargestellt, um eine Übersicht über die Methodik der Studien zu geben. (Denieffe & Gooney, 2010, S. 426f.)

Zur Qualität der Resultate wird angegeben, dass diese Metasynthese 31 qualitative Studien beinhaltet, welche in den Jahren 1994 bis 2002 veröffentlicht wurden. Die Repräsentation der Ergebnisse erfolgt in vier Hauptkategorien. Durch diese Metasynthese werden 31 qualitative Studien zusammengefasst und können zusätzlich zu den sechs in der Arbeit verwendeten qualitativen Studien ergänzt werden. Es lassen sich keine Widersprüche bezüglich der Ergebnisse erkennen. Somit wird in dieser Arbeit ein guter Überblick über die derzeitig erforschten Ergebnisse gegeben.

5.2. Diskussion der Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse hinsichtlich ihrer Glaubwürdigkeit diskutiert.

Die Ergebnisse der Studien lassen erkennen, dass sich die Perspektiven der Brustkrebspatientinnen einerseits auf das individuelle Krankheitserleben und andererseits auf die Wünsche und Bedürfnisse in der sozialen und pflegerischen Umgebung beziehen.

Die „Diagnosestellung“ wird in sechs von sieben Studien als Schock für die Betroffenen thematisiert. Diesem Thema kann eine hohe Glaubwürdigkeit zugesprochen werden. Nur in der Studie von Pinkert et al. (2008) wird dieses Thema nicht angesprochen. Dies kann an der Fragestellung der Studie liegen, da sich diese nur auf die Bedürfnisse im Krankenhaussetting bezieht.

Das Thema „Angst“ wird in allen Studien von den Brustkrebspatientinnen angeführt. Die Angst der Frauen bezieht sich auf verschiedene Themen wie die Existenz, die Zukunftsperspektive die körperlichen Folgen oder die Therapie. Da dieses Thema in allen Studien angegeben wird, kann dabei von einer hohen Glaubwürdigkeit ausgegangen werden.

Der Aspekt „Lebenswille und der Kampf ums Leben“ wird von drei Studien aufgegriffen. Dies kann daran liegen, dass sich diese Studien mit den Erfahrungen zum Leben nach der Brustkrebsdiagnose auseinandersetzen. Dabei zielen die Forschungsfragen auf diese Themen ab.

In fünf der sieben Studien wird das Thema „Normalität erhalten“ angeführt. Dabei handelt es sich um eine mögliche Bewältigungsstrategie, um mit der Diagnosestellung zu Recht zu kommen. Die Studien von Drageset et al. (2011) und Landmark et al. (2008) geben dieses Merkmal nicht an. Ein Grund dafür könnte die Fragestellung sein. In beiden Studien wird nach den Bedürfnissen und den sozialen Unterstützungsmöglichkeiten im Krankenhaussetting gefragt. Dabei werden die Erfahrungen zum Krankheitserleben und zu den Bewältigungsstrategien nicht thematisiert.

Das Thema „Frau sein, Weiblichkeit und Sexualität“ kommt in fünf von sieben Studien vor und kann somit als zentrales Thema für die Brustkrebspatientinnen angesehen werden. Die Glaubwürdigkeit dieses Thema wurde durch die zahlreichen Inhalte in den Studien erreicht. Der Grund warum dieser Aspekt in zwei Studien nicht angegeben wird, liegt an der Fragestellung. Diese zielt nicht auf das Thema Weiblichkeit ab.

Das Thema „Stigma“ wird von zwei Studien aufgegriffen. Die Glaubwürdigkeit dieses Aspektes ist zu hinterfragen. Die Auswahl der Probandinnen kann auf dieses Thema einen Einfluss haben. Piot-Ziegler et al. (2010) hat als Stichprobe in seiner Studie nur

mastektomierte Frauen gewählt. Aus der Metasynthese von Denieffe & Gooney (2010) geht nicht hervor, ob nur Frauen mit einer Mastektomie in den Studien als Probandinnen zugelassen waren. In der Studie von Landmark & Wahl (2002) waren ebenso nur mastektomierte Patientinnen in der Stichprobe. Diese Studie gibt aber keine Themen zu Stigmatisierung an. Andererseits könnte bei der Studie von Piot- -Ziegler et al. (2010) der Zeitpunkt der Befragung einen Einfluss auf die Patientinnen bewirkt haben. Diese Befragung wurde kurz vor oder kurz nach der Mastektomie geführt. Dabei könnten die Frauen den Schock der Diagnose und der Tatsache, dass eine Brust entfernt wird, noch nicht überwunden haben.

In vier Studien wird angegeben, dass die Brustkrebspatientinnen am Ende der Therapie einen „Lebenswandel durch die Krankheit“ erfahren. In drei Studien wird dieses Thema nicht angesprochen. Dies liegt wiederum an der Forschungsfrage. Diese Studien fokussieren das Leben nach der Diagnosestellung oder die Bedürfnisse der Patientinnen. Weiters könnte der Zeitpunkt der Befragung, die Frauen bei diesem Aspekt beeinflussen. Frauen am Ende der therapeutischen Behandlung blicken eher auf die Zukunft, als Frauen, welche die Diagnose erst vor kurzem erhalten haben.

Bei den Wünschen und Bedürfnissen der Brustkrebspatientinnen wird in vier Studien die „Information und Beratung“ von den Teilnehmerinnen angesprochen. Die anderen drei Studien schließen dieses Thema durch die Fragestellung aus. Trotzdem kann diesem Thema die Glaubwürdigkeit zugesprochen werden. Beratung und Information sollten alle Brustkrebspatientinnen erhalten. Dies trägt zum Wohlbefinden und zur Minderung der Ängste bei. Die Beratung und Information sollte von den Pflegenden forciert werden.

In sechs Studien wird die „Unterstützung und Versorgung“ angegeben. Diese Unterstützung wird in die physische, psychische und soziale Ebene unterteilt. In der Metasynthese von Denieffe & Gooney (2010) wird dieses Thema nicht angesprochen. Diese Studie bezieht sich in ihrer Fragestellung eher auf die Erfahrungen hinsichtlich der Symptome des Brustkrebses und der Therapie. Durch die Zusammenfassung der 31 Studien könnte der Aspekt der Unterstützung und Versorgung zwar in den einzelnen Studien vorkommen, wurde wegen der Fragestellung aber nicht in die Studie aufgenommen. Der Bedarf nach Unterstützung der Versorgung ist während der gesamten Erkrankung gegeben. Dies wird dadurch belegt, da alle Datenerhebungen zu einem unterschiedlichen Zeitpunkt der Krankheit gemacht wurden. Dadurch wird eine hohe Glaubwürdigkeit erreicht.

Das Thema „Atmosphäre“ wird in zwei Studien angegeben. „Atmosphäre“ bezieht sich eher auf die Organisationsebene. Dabei wünschen sich die Patientinnen einen Rückzugsort. Weiters tragen die Pflegenden zu einer angenehmen Atmosphäre bei. Da dieses Thema in

nur zwei Studien angegeben wird, ist die Glaubwürdigkeit zu hinterfragen. Es ist möglich, dass dieser Begriff in den anderen Studien nicht so stark fokussiert wurde oder in andere Kategorien eingebunden wurde aber nicht extra angeführt wurde. So könnte der Aspekt der Atmosphäre in der Kategorie der Unterstützung enthalten sein.

Als letzter Punkt der Ergebnisse wird die „Nähe und Distanz“ von einer Studie beschrieben. Da dieses Thema nur in der Studie von Drageset et al. (2011) vorkommt, ist es schwierig die Glaubwürdigkeit nach zu vollziehen. Einerseits könnte dieses Thema durch eine Frage im Leitfaden angeschnitten worden sein. Da der Leitfaden aber nicht dargestellt wird, ist es nicht möglich dies genau zu ergründen. Andererseits könnten die Frauen mit diesem Thema konfrontiert sein, da die Diagnose erst 1 – 3 Wochen vor der Befragung gestellt wurde. In dieser Zeit müssen die Frauen erst den Umgang mit der neuen Situation erlernen. Eine andere Möglichkeit wäre, dass dieses Thema in einer anderen Kategorie, wie zum Beispiel bei der Unterstützung, enthalten ist.

Zur Metasynthese von Denieffe & Gooney (2010) ist anzumerken, dass keine Angaben zum Überthema „Wünsche und Bedürfnisse“ gemacht wurden. Obwohl es sich bei dieser Metasynthese um eine Zusammenfassung von 31 aktuellen qualitativen Studien handelt, werden keine Angaben zu den Themen Information und Beratung, Unterstützung und Versorgung, Atmosphäre und Nähe und Distanz gemacht. Die Ursache dafür ist der Fokus der Metasynthese. Diese Studie möchte das Krankheitsempfinden der Brustkrebspatientinnen ergründen. Bei den gewonnenen Ergebnissen zur Überkategorie „individuelles Krankheitserleben“ treffen alle angeführten Themen der Metasynthese zu. Es ist möglich, dass die Themen zu den „Wünschen und Bedürfnissen“ der Brustkrebspatientinnen in den einzelnen 31 Studien vorkamen, aber aufgrund der Fragestellung der Metasynthese nicht integriert wurden.

Bei nahezu allen Themen konnte eine ausreichende Glaubwürdigkeit bestätigt werden. Durch die individuellen Empfindungen und die unterschiedlichen Erfahrungen der betroffenen Frauen, können bei den gewonnenen Ergebnissen immer wieder Aspekte nur einzeln angesprochen werden. Trotzdem können aus den verwendeten Studien zentrale Themen herausgearbeitet werden.

Zusammenfassend zeigen diese Ergebnisse, dass die Interaktion zwischen den Pflegepersonen und den Brustkrebspatientinnen verbessert werden muss. Um einen gesamten Überblick über dieses Thema im deutschsprachigen Raum geben zu können, müssen in Österreich noch qualitative Studien zur Perspektive von Brustkrebspatientinnen gestartet werden.

6. Conclusio

Summa summarum ergibt sich aus den Studien, dass sich die Perspektive der Brustkrebspatientinnen einerseits auf das individuelle Krankheitserleben und andererseits auf die Wünsche und Bedürfnisse in der sozialen und pflegerischen Umgebung bezieht.

Beim individuellen Krankheitserleben sind die Themen, dass die Diagnose als Schock wahrgenommen wird, dass die Patientinnen infolge dessen starke Ängste verspüren und dass die Diagnosestellung und Behandlung einen starken Einfluss auf die Weiblichkeit haben, zentral. In der Praxis muss auf diese Aspekte Rücksicht genommen werden.

Das gesamte Leben und die Zukunftsperspektive der Patientinnen werden durch die Mammakarzinomdiagnose beeinflusst. Um mit der neuen Situation umgehen zu können, muss das Leben daran angepasst werden und individuelle Bewältigungsstrategien entwickelt werden.

Die Wünsche und Bedürfnisse der Brustkrebspatientinnen beziehen sich hauptsächlich auf die soziale und pflegerische Unterstützung und auf die Information und Beratung. Diese Aspekte sind pflegerische Grundleistungen. Beratung und Information sind für das Verständnis und die Annahme der Erkrankung notwendig. Dabei sollte bereits kurz nach der Diagnose das weitere Prozedere hinsichtlich Therapie, Nebenwirkungen, Nachsorge und diversen Versorgungsmöglichkeiten besprochen werden, damit sich die Patientinnen darauf einstellen können.

In der Pflegepraxis ist es deshalb von Vorteil ein Beratungsgespräch mit allen Brustkrebspatientinnen zu führen. Dabei können Fragen gestellt werden und die Information individuell und bedürfnisgerecht auf die Person abgestimmt werden. Pflegenden müssen sich für diesen essentiellen Aspekt Zeit nehmen und auf die Patientinnen eingehen.

In einem solchen Gespräch können pflegerischen Maßnahmen und Unterstützungsmöglichkeiten besprochen werden. Die Unterstützung bezieht sich auf die physische, psychische und soziale Ebene. Bei der Unterstützung sollten aber auch Informationen über die Unterstützungsmöglichkeiten zu Hause oder finanzielle Hilfe angesprochen werden.

Neben den Gesprächen bezüglich fachspezifischer Themen muss die Normalität erhalten bleiben. Durch einen menschlichen Umgang mit den Patientinnen, die Integration von Alltagsthemen und Humor in die Pflege, fühlen sich die Patientinnen als Person wahrgenommen. Fürsorge und Empathie haben einen positiven Einfluss auf beide beteiligten Parteien. Eine Bezugspflege bei der Versorgung von Brustkrebspatientinnen würde das Vertrauen der Patientinnen fördern und wäre in der Praxis wünschenswert.

Diese Ergebnisse können nur auf eine spezielle Gruppe der Brustkrebspatientinnen geltend gemacht werden. Wie in der Arbeit beschrieben wird, werden aus einigen Studien Brustkrebspatientinnen mit Metastasen ausgeschlossen. Bei dieser Patientinnengruppe könnte die Perspektive verändert sein und andere Themen zentral erscheinen. Fazit ist, dass hinsichtlich der Patientinnenperspektive von Brustkrebspatientinnen mit Metastasen noch Studien gemacht werden müssen.

Meiner Meinung nach sollte als Praxishinweis die pflegerische Betreuung im psychoonkologischen Bereich forciert werden. Speziell bezogen auf Mammakarzinompatientinnen können Breast Care Nurses zur Betreuung hinzugezogen werden. Die spezielle Ausbildung zur Breast Care Nurse erfolgt durch ein Masterstudium. Im angloamerikanischen und skandinavischen Raum gibt es bereits seit den 80er Jahren die Möglichkeit dieser Spezialisierung. Dabei werden PflegeexpertInnen für Brustkrebserkrankungen ausgebildet. In Deutschland besteht die Möglichkeit eines Masterstudiengangs zur Breast Care Nurse seit dem Jahr 2005. Themen wie Psychoonkologie, Pflege bei Patientinnen mit Mammakarzinom, sozialrechtliche Aspekte und die Beratung der Betroffenen zählen dabei zu den Inhalten der Lehrveranstaltungen. Somit werden auch einige aus den Studien erhaltene Ergebnisse in diesen Lehrveranstaltungen thematisiert.

In der Praxis sollten diese speziell ausgebildeten PflegeexpertInnen vermehrt eingesetzt werden, um eine adäquate Unterstützung von Frauen und Männern mit einem Mammakarzinom gewähren zu können.

Damit dies flächendeckend ermöglicht werden kann, müssen in Zukunft Änderungen der Rahmenbedingungen in Kliniken erfolgen. Weiters müssen Ausbildungsstandorte vermehrt werden.

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Auflistung der Literaturrecherche	9
Tab. 2: Inhalte der Studien	11
Tab. 3: Themen der Studien	20
Tab. 4: Darstellung der Studien	27

Literaturverzeichnis

Literaturverzeichnis von Büchern

Goerke, K., Junginger, C. (2010). Pflege konkret – Gynäkologie und Geburtshilfe. München: Elsevier Urban & Fischer Verlag

Heuwinkel-Otter, A., Nümann-Dulke, A., Mateschko, N. (2007). Menschen pflegen Bd. 3: Lebenssituationen Krankheitsbilder Therapiekonzepte. Heidelberg: Springer Verlag

Österreichische Krebshilfe. (2010). Brustkrebs – Diagnose, Operation, Therapie, Wiederherstellung, Nachsorge. Wien: Stiepan & Partner Druck

Psyhyrembel. Klinisches Wörterbuch. (2004). Berlin: Verlag Walter de Gruyter

Rohde, A., Dorn, A. (2007). Gynäkologische Psychosomatik und Gynäkopsychiatrie. Das Lehrbuch. Stuttgart: Schattauer Verlag

Literaturverzeichnis von Zeitschriften

Denieffe, S., Gooney, M. (2010). A meta-synthesis of women's symptoms experience and breast cancer. *European Journal of Cancer Care*. 20 (4), 424–435.

Drageset, S., Lindstrøm, T.C., Giske, T., Underlid, K. (2011). "The Support I Need". *Cancer Nursing* 0 (0), 1-8.

Landmark, B.T., Bøhler, A., Loberg, K., Wahl, A.K. (2008). Women with newly diagnosed breast cancer and their perceptions of needs in a health-care context. *Journal of Clinical Nursing*. 17 (7b), 192–200.

Landmark, B.T., Wahl, A. (2002). Living with newly diagnosed breast cancer: a qualitative study of 10 women with newly diagnosed breast cancer. *Journal of advanced nursing*. 40 (1), 112-121.

Pinkert, C., Holtgräwe, M., Remmers, H. (2008). Bedürfnisse von Brustkrebspatientinnen nach pflegerischer Unterstützung während der stationären Erstbehandlung. *Pflege*. 21 (01), 7–15.

Piot-Ziegler, C., Sassi, M.-L., Raffoul, W., Delaloye, J.-F. (2010). Mastectomy, body deconstruction, and impact on identity: A qualitative study. *British Journal of Health Psychology*. 15 (3), 479–510.

Schmid-Büchi, S., Dassen, T., Halfens, R. (2005). Die Erfahrung, an Brustkrebs zu erkranken, und wie die betroffenen Frauen ihr Leben wieder unter Kontrolle bringen. *Pflege*. 18 (06), 345–352.

Literaturverzeichnis von Internetquellen

Statistik Austria. (2011). Statistiken – Gesundheit - Krebserkrankungen – Brust. Abruf am 03. April. 2012 von URL:

http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/krebserkrankungen/brust/index.html