

www.elsevier.de

www.pflegeheute.de

Die Perspektive von Frauen mit einem Mammakarzinom

Autorin: Anna-Maria Winkler

Betreuer: Prof. Dr. Thomas Boggatz

Fachhochschule Salzburg Fachbereich Gesundheits- und Krankenpflege

Salzburg, Österreich

Bachelor of Science in Health Care, „GUK“, 2009/2010



© Elsevier GmbH, München. Alle Rechte vorbehalten. Pflege Heute, 6. Auflage 2014. Bachelor-Thesen. Anna-Maria Winkler.

PFLEGE HEUTE

Wissen pflegen – Pflegewissen

1 Einleitung

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)

Prinzipiell werden zwei Formen des Mammakarzinoms unterschieden. Das Carcinoma in situ und das invasive Mammakarzinom. Das Carcinoma in situ betrifft meist die Oberflächenzellen der Milchgänge und weist keine Metastasierung auf. Bei einem invasiven Mammakarzinom können mehrere kleine Krebsherde in der Brust entstehen und sich in die Lymph- und Blutbahnen absiedeln.

Neben den klinischen Untersuchungen erfolgt bei der Diagnostik 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. Um eine histologische Untersuchung zur Diagnosesicherung zu ermöglichen, wird mittels einer Biopsie Gewebe aus dem Knoten entnommen. (Goerke & Junginger, 2010, S. 66)

Bei der Therapie wird in erster Linie eine brusterhaltende Therapie angestrebt. Dabei werden lediglich der Tumor und das unmittelbar umliegende Drüsengewebe entfernt. Die brusterhaltende Operation ist bei nahe zu 80% der betroffenen Personen anwendbar. Bei einer brusterhaltenden Operation wird als komplementäre Therapie eine Strahlentherapie

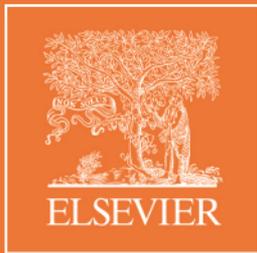
oder eine medikamentöse Therapie, wie die Chemotherapie, empfohlen. (Österreichische Krebshilfe, 2010, S. 13f.)

Zusätzlich besteht die Möglichkeit eine Hormontherapie anzuwenden. Dies 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, welche bei den betroffenen Frauen ein frühzeitiges Klimakterium zur Folge haben. (Goerke & Junginger, 2010, S. 68)

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

Diese therapeutische Maßnahme wird bei circa 20% der Brustkrebspatientinnen durchgeführt. Da die Brust ein Symbol der Weiblichkeit darstellt, 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)

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, Substanzenkonsum oder sozialer



Rückzug angewandt. (Rohde, 2007, S. 203ff.) 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)

2 Forschungsfrage

Um einen holistischen Überblick über das subjektive Empfinden der betroffenen Frauen geben zu können, werden in dieser Arbeit die Fragen, welche Perspektiven die Frauen mit einem Mammakarzinom haben, wie diese Diagnose ihr Leben beeinflusst und welche pflegerischen Maßnahmen nach der Diagnosestellung zentral sind, fokussiert.

3 Methodologie

Um die Fragestellungen beantworten zu können, wurde eine Literaturrecherche der Datenbanken PubMed und CINAHL durchgeführt. Weiters wurde die Fachzeitschrift „Pflegerische“ des Hans Huber Verlags mit Stichwörtern durchsucht. Die hier vorgestellten Ergebnisse basieren auf sechs qualitativen Studien, welche zwischen den Jahren 2002 und 2011 publiziert worden sind und einer Metasynthese, welche insgesamt 31 qualitative Studien aus dem Zeitraum von 1994 bis 2008 zusammenfasst.

4 Ergebnisse

Bei den Erfahrungen der Brustkrebspatientinnen lassen sich das „individuelle Krankheitserleben“ und die „Wünsche und Bedürfnisse“ unterscheiden.



4.1 Individuelles Krankheitserleben der Brustkrebspatientinnen

Hinsichtlich des individuellen Krankheitserlebens haben sich sieben Subkategorien herauskristallisiert.

4.1.1 Diagnose als Schock

Die meist unerwartete Diagnosestellung stellt für die betroffenen Frauen eine Art Schock und Krise dar. Besonders das Warten auf die endgültige Diagnose wird von den Frauen als schwierigste Zeit beschrieben. (Schmid-Büchi et al., 2005, S. 347) Von diesem Schockzustand wird das gesamte Leben der Betroffenen und deren weitere Zukunft beeinflusst. (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.

4.1.2 Ängste

Ein Hauptthema, welches die meisten Frauen betrifft sind die Ängste. Diese Ängste beziehen sich auf verschiedene Lebensthemen wie ihre Existenz, die möglichen körperlichen Veränderungen durch die operative Therapie, die möglichen Nebenwirkungen einer Chemotherapie, sowie der Kontrollverlust über ihr Leben. (Denieffe & Gooney, 2010, S. 431)

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

Zu wenig Information über das weitere Vorgehen und über mögliche Beeinträchtigungen, welche durch die Therapien entstehen können, rufen bei den Frauen Ängste hervor. (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.)

4.1.3 Kampf ums Leben

Um die neue Situation wieder in den Griff zu bekommen, kämpfen die betroffenen Frauen mit ungeahnten Kräften um ihr Leben. In allen Stadien 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 in den Vordergrund. Durch den Rückhalt der Familie können die betroffenen Frauen neue Kraft schöpfen. (Landmark & Wahl, 2002, S. 115)

4.1.4 Normalität erhalten

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)

4.1.5 Frau sein, Weiblichkeit und Sexualität

Die Brust wird als Symbol der Weiblichkeit, Mütterlichkeit und Sexualität 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. Besonders die operative Methode der Mastektomie wirkt sich auf die Weiblichkeit und Sexualität der Frauen. Die Selbstwahrnehmung und das Selbstbewusstsein werden dadurch stark beeinflusst. (Landmark & Wahl, 2002, S. 116f.)

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 Brustkrebspatientinnen. 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.

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

4.1.6 Stigma

Durch die Erkrankung fühlen sich die betroffenen Frauen gekennzeichnet, ausgegrenzt und von der Norm abweichend. Dies tritt besonders bei Frauen auf, welche ein unzureichendes soziales Netzwerk haben, wenig Unterstützung erhalten oder bei Frauen, welche durch das therapeutische Verfahren eine sichtbare Veränderung aufweisen.

4.1.7 Lebenswandel durch die Erkrankung

Die Erkrankung stellt für viele der Betroffenen nach einer erfolgreichen Therapie etwas Positives dar. Es werden neue Prioritäten im Leben gesetzt und die Beziehungen zu den Mitmenschen gewahrt. Das Überleben einer Krebserkrankung verändert die Selbstwahrnehmung der Patientinnen. (Piot-Ziegler et al., 2010, S. 499) Aufgrund der Erfahrung gestalten die betroffenen Frauen die Zukunft sorgloser und hoffnungsvoller. (Schmid-Büchi et al., 2005, S. 349f.)

4.2 Wünsche und Bedürfnisse der Brustkrebspatientinnen

Bei der Überkategorie „Wünsche und Bedürfnisse“ waren vier Themen für die betroffenen Frauen zentral.

4.2.1 Information & Beratung

Bereits kurz nach der Diagnosestellung sollten die Brustkrebspatientinnen fachliche Informationen erhalten, um ihre Situation besser verstehen zu können. Weiters sollten 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, da Informationen oft durch die Pflegepersonen eingeholt werden, um Informationsdefizite auszugleichen. (Pinkert et al., 2008, S. 11)

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

Der Austausch mit anderen Betroffenen kann eine positive Wirkung auf die Betroffenen haben. Weiters sollten Informationen zu Unterstützungsmöglichkeiten, wie finanzielle Unterstützung oder Hilfsmöglichkeiten im Alltag, gegeben werden. (Landmark et al., 2008, S. 196)

4.2.2 Unterstützung & Versorgung

Die Unterstützung und Versorgung kann in drei Bereiche eingeteilt werden. Der physische, psychische und soziale Bereich. Im sozialen Bereich ist die Unterstützung durch die Familie und das soziale Netzwerk sehr wichtig. Die Erreichbarkeit und die Unterstützung durch die Familie gibt den Betroffenen Mut, Vertrauen und Sicherheit. (Drageset et al., 2011, S. 3)

Zur physischen Ebene zählen die Verfügbarkeit einer raschen Unterstützung durch die Pflegenden und die Kontinuität der Versorgung. Eine Bezugspflege führt bei der Betreuung zu einer besseren Vertrauensbasis. (Pinkert et al., 2008, S. 11)



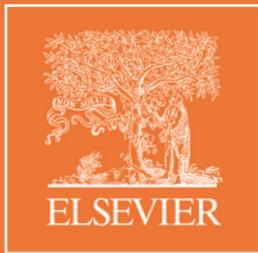
Die psychische Unterstützung umfasst Fürsorglichkeit, respektierende Wertschätzung, individuelle Betreuung, Einfühlungsvermögen und Rücksichtnahme. (Pinkert et al., 2008, S. 9) Bei dieser Kategorie wird von den Frauen besonders der Beistand, Menschlichkeit, Ablenkung und Mut zu machen, von den Pflegenden erwartet. Aufmerksame, emotionale Gesten bestärken die pflegerische Beziehung. 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)

4.2.3 Atmosphäre

Das Thema Atmosphäre bezieht sich auf die organisatorische Ebene. Die Brustkrebspatientinnen wünschen sich eine freundliche, angenehme Atmosphäre. Dazu können allen eingebundenen Berufsgruppen beitragen. Die Möglichkeiten sich ungestört zurückziehen zu können und räumliche Ressourcen, wurden von den Befragten, als wichtige Aspekte angeführt. (Pinkert et al., 2008, S. 13) Durch eine hohe Fachkompetenz und den persönlichen Umgang mit den Patientinnen wird die Atmosphäre positiv beeinflusst.

4.2.4 Nähe und Distanz

Damit 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. (Drageset et al., 2011, S. 6)



5 Fazit

In der Pflegepraxis ist es von Vorteil Beratungsgespräche mit allen Brustkrebspatientinnen zu führen. Dabei können Fragen gestellt werden und die Information individuell und bedürfnisgerecht auf die Person abgestimmt werden.

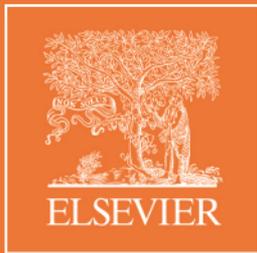
Pflegenden müssen sich für diesen essentiellen Aspekt Zeit nehmen und auf die Patientinnen eingehen.

In solchen Gesprächen können pflegerische 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.

In der Praxis sollten speziell ausgebildete PflegeexpertInnen, sogenannte „Breast Care Nurses“ vermehrt eingesetzt werden, um eine adäquate Unterstützung von Frauen und Männern mit einem Mammakarzinom gewähren zu können.





Literaturverzeichnis der verwendeten Studien

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.

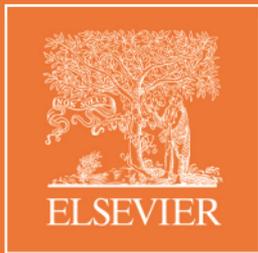
Drageset, S., Lindstrøm, T.C., Giske, T., Underlid, K. (2011). "The Support I Need". *Cancer Nursing* 0 (0), 1-8.

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 der verwendeten Bücher

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

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

