

# Bachelorarbeit

---

## Pflegeziele der Intervention „Beratung“ durch eine Breast Care Nurse bei Frauen mit Mammakarzinom

---

eingereicht von  
Elisabeth Platzer

zur Erlangung des akademischen Grades  
Bachelor of Nursing Science  
(BScN)

Medizinische Universität Graz  
Institut für Pflegewissenschaft

Unter der Anleitung von  
Gerhilde Schüttengruber, MSc, BSc

Graz, 27. März 2015

## Eidesstattliche Erklärung

„Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.“

Graz, 2015

Elisabeth Platzer, eh.

# Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung .....	1
1.1 Das Berufsbild der Breast Care Nurse.....	1
1.2 Die weibliche Brust.....	3
1.3 Das Mammakarzinom.....	3
1.4 Sorgen und Ängste von Frauen mit Brustkrebs .....	5
1.5 Die Ausbildung zur Breast Care Nurse .....	6
1.6 Beratung in der Pflege.....	7
1.7 Zufriedenheit der Patientinnen mit der Beratung einer Breast Care Nurse.....	9
1.8 Der Pflegeprozess .....	11
1.9 Pflegeziele .....	12
2. Forschungsfrage .....	13
3. Methode .....	14
4. Ergebnisse .....	17
5. Schlussfolgerung.....	28
6. Diskussion.....	30
6.1 Limitationen, Stärken und Schwächen .....	33
6.2 Empfehlungen für die Forschung.....	34
7. Ausblick.....	35
8. Literaturverzeichnis .....	36

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Flowchart .....	15
Abbildung 2 mögliche Pflegeziele .....	29

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Tätigkeitsschwerpunkte einer Breast Care Nurse .....	3
Tabelle 2: Ausgewählte Keywords .....	14
Tabelle 3: Bewertung von Aufbau und Inhalt der Studien .....	16
Tabelle 4: Überblick der Studien von Eicher (2005) .....	26

## Abkürzungsverzeichnis

EUSOMA	Die European Society of Breast Cancer Specialists
IG	Interventionsgruppe
KG	Kontrollgruppe

## Zusammenfassung

Einleitung: In zahlreichen Ländern Europas wurden Breast Care Nurses bereits in den Stationsalltag implementiert. Zu den Hauptaufgaben dieser spezialisierten Pflegekräfte gehören die professionelle sowie individuelle Beratung und Betreuung von Frauen mit Mammakarzinom. Ziel dieses systematischen Literaturüberblicks ist es, bestehende Ergebnisse zur Wirksamkeit der Beratung durch Breast Care Nurses bei Frauen mit Mammakarzinom zu beschreiben und die daraus resultierenden Pflegeziele aufzuzeigen.

Methode: Die von Oktober 2014 bis Jänner 2015 durchgeführte Literaturrecherche erfolgte in den Datenbanken PubMed und CINAHL. Nach einer kritischen Bewertung wurden vier Studien zur Beantwortung der Forschungsfrage herangezogen.

Ergebnisse: Die individuelle Beratung durch Breast Care Nurses kann sich positiv auf das Wohlbefinden der Frauen auswirken. Zusätzlich kann eine Verbesserung des Wissensstandes in Bezug auf die eigene Erkrankung sowie eine positive Körperwahrnehmung nach einer Mastektomie erfolgen. Zusätzlich kann eine Verbesserung der Armfunktion nach einer axillaren Lymphadenektomie festgestellt werden.

Schlussfolgerung: Aufgrund der Beratungsintervention durch Breast Care Nurses können sowohl auf psychosozialer als auch auf physischer Ebene positive Pflegeziele beschrieben werden. Für eine qualitativ hochwertige Pflege ist somit die Implementierung von Breast Care Nurses in den Pflegeprozess unerlässlich.

## Abstract

Introduction: In numerous countries of Europe Breast Care Nurses are already implemented in hospital's everyday life. The individual consultation and care of women suffer from breast cancer belong to the major tasks of these specialized nurses. The aim of this systematic literature review is to describe the effectiveness of the consultation by Breast Care Nurses and to indicate the nursing outcomes.

Method: The databases PubMed and CINAHL were searched to identify studies. To be included, the study needed to be published in the last ten years. To answer the research question, four studies were included.

Results: The individual consultation by Breast Care Nurses can affect positively the well-being of women. In addition, an improvement of the level of knowledge, a positive body perception as well as an improvement of the arm function can be described.

Conclusion: On account of the consultation by Breast Care Nurses positive nursing outcomes can be described on psychosocial as well as on physical level. To guarantee a high quality care the implementation of Breast Care Nurses into the nursing process is necessary.

# 1. Einleitung

## 1.1 Das Berufsbild der Breast Care Nurse

Die European Society of Breast Cancer Specialists setzt sich seit 1991 mit diversen Aktionen für die Verbesserung der Brustkrebsversorgung ein. Im Positionspapier der EUSOMA (2000) wurden erstmals Anforderungen an zertifizierte Brustzentren beschrieben. Ziel dieses Positionspapieres ist es, hochwertige Spezialdienstleistungszentren und eine bestmögliche Gesundheitsversorgung für Brustkrebspatientinnen europaweit sicher zu stellen. Das Team jedes Brustzentrums soll aus speziell ausgebildeten Mitgliedern bestehen. Neben Brustchirurgen, Brustradiologen, Brustonkologen und Brustpathologen werden auch sogenannte Breast Care Nurses erwähnt. Ihre Aufgabe ist es, Patientinnen zu Beraten sowie sie emotional, informell und praktisch zu Unterstützen. Das Beratungsfeld einer Breast Care Nurse reicht vom Zeitpunkt der Diagnosestellung über die Behandlung bis hin zur Nachsorge (EUSOMA 2000).

Heute sind für den Beruf der Breast Care Nurse diverse Berufsbezeichnungen geläufig. So werden in der Internationalen Literatur auch die Bezeichnungen spezialisierte Pflegekraft, Advanced Nurse Practitioner, Nurse Specialist, Specialist Breast Nurse oder Breast Cancer Nurse zur Umschreibung des Berufsbildes verwendet (Maguire et al. 1983; McArdle et al. 1996; National Breast Cancer Centre's Specialist Breast Nurse Project Team et al. 2003).

Zu den Hauptaufgaben einer Breast Care Nurse zählt eine individuelle und direkte Patientenbetreuung von definierten Patientengruppen sowie die Weitergabe von Informationen und Wissen an die betroffenen Frauen und deren Angehörigen. Die eigenständige Betreuung spielt hierbei eine große Rolle. Um die fachliche Expertise zu sichern, ist eine ständige Teilnahme an Aus-, Fort und Weiterbildungen sowie deren Abhaltung erforderlich. Zu weiteren Handlungsfeldern einer Breast Care Nurse zählt die Entwicklung von diversen Betreuungsangeboten, Schulungsangeboten sowie eine aktive Teilnahme an der Pflegeforschung. Eine spezialisierte Pflegekraft soll sowohl an Aufnahme-, Informations- und Entlassungsgesprächen teilnehmen. Auch die Teilnahme an Diagnose- und Therapiegesprächen ist für viele Breast Care Nurses unerlässlich um anschließend etwaige Unklarheiten mit den Patientinnen zu diskutieren. Die Dokumentation der durchgeführten Tätigkeiten und eine adäquate Übernahme von

Aufgabe, welche je nach Zertifizierung des Brustzentrums gestellt werden, gehören zum weiteren Aufgabenfeld einer spezialisierten Breast Care Nurse. Zu all dem beteiligen sich viele spezialisierte Pflegekräfte an der Öffentlichkeitsarbeit. Der Aufbau von Netzwerken zu sozialen Partnern wie Sanitätshäuser, Haar- und Perückenstudios sowie Hospizzentren ist dabei unerlässlich. Eine implementierte, spezialisierte Pflegekraft sollte auch Ansprechpartnerin von Patientinnen und Kollegen des Pflorgeteams fungieren. Vorträge für das Kollegenteam und Fallbesprechungen können die Beziehung zwischen Breast Care Nurses und Pflegepersonal positiv beeinflussen (Mendel & Feuchitnger 2009; Gerlach & Wiedemann 2010).

Die folgende Grafik beschreibt die Tätigkeitsschwerpunkte einer Breast Care Nurse in prozentueller Reihenfolge.

---

### **Aufgaben einer Breast Care Nurse**

- 90%** Informationen für die Beratung von Patientinnen und deren Angehörigen bereitstellen.
- 89%** Begleitung und Unterstützung der Patientinnen
- 87%** Aufnahme-, Informations-, Beratungs- und Entlassungsgesprächen führen.
- 70%** Übernahme von Aufgaben je nach Zertifizierungsverfahren für Brustzentren
- 61%** Dokumentation der durchgeführten Tätigkeiten.
- 48%** An Diagnose- und Therapiegesprächen teilnehmen.
- 47%** Aufbau eines Netzwerkes zu sozialen Partnern wie Sanitätshäuser, Haarstudios, Hospizen,...
- 42%** Beteiligung an der Öffentlichkeitsarbeit des Brustzentrums
- 38%** Einschätzung des psychosozialen Unterstützungsbedarfs
- 38%** Literaturrecherche zu aktueller wissenschaftlicher Literatur
- 36%** Ansprechpartnerin für beteiligte Disziplinen (Case Management).
- 34%** Fallbesprechungen mit dem gesamten therapeutischen Team führen.

- 34%** Vorträge halten.
- 32%** Schulungen zum Thema Brustkrebs und der pflegerischen Versorgung halten.
- 22%** Planung und Durchführung von Seminaren für Patientinnen
- 18%** Pflegekonzepte erstellen und überarbeiten.
- 16%** An Krankenpflegeschulen und Bildungseinrichtungen unterrichten.
- 12%** Mitarbeiterbesprechungen organisieren.

---

Tabelle 1: Tätigkeitsschwerpunkte einer Breast Care Nurse (Gerlach & Wiedemann. 2010).

Bevor des Weiteren auf die Bedürfnisse von Frauen mit Brustkrebs eingegangen wird, werden zuerst die Anatomie der Brust sowie die Pathologie des Mammakarzinoms erläutert.

## 1.2 Die weibliche Brust

Als Brust (Mamma) werden Brustdrüse (Glandula mammaria) mit Brustwarze (Mamille) und deren umliegenden Fett- und Bindegewebe bezeichnet. Die weibliche Brust besteht aus circa 15-20 Brustdrüsen, welche gut in Fett- und Bindegewebe eingelagert sind. Im Laufe der Pubertät verändern sich Form und Größe der weiblichen Brust, ein sekundäres Geschlechtsmerkmal entsteht. Im weiteren Verlauf der Entwicklung verändert sich die weibliche Brust aufgrund der weiblichen Geschlechtshormone Östrogen und Progesteron. Diese Hormone sind auch für zyklusabhängige Veränderungen der Brustdrüsen, wie zum Beispiel schmerzhafter Schwellung und Knotenbildung am Zyklusende, verantwortlich. Die männliche Brust bleibt während der Entwicklung meist unverändert (Pschyrembel 2015a).

## 1.3 Das Mammakarzinom

Als Karzinom bezeichnet man einen malignen Tumor des Epithels. Je nach Herkunft und Zelltyp unterscheidet man zwischen Plattenepithelkarzinomen, Adenokarzinomen und undifferenzierte Karzinome. Das Mammakarzinom ist ein Karzinom der Brustdrüse und wird mit dem ICD-Code C50.9 diagnostiziert. (Pschyrembel 2015b; Pschyrembel 2015c).

Mit einem Anteil von 30% zählt Brustkrebs zur häufigsten Krebserkrankung der Frau. Das Erkrankungsrisiko in Österreich liegt bei etwa 8%. Epidemiologisch gesehen, ist das Risiko an Brustkrebs zu erkranken zwischen dem 45. und 70. Lebensjahr am höchsten. Folge dessen erkrankt eine von 13 Frauen bis zu ihrem 75. Lebensjahr an einem malignen Mammakarzinom. Ergebnisse der Statistik Austria zeigen, dass die Inzidenz seit dem Jahr 1986 sichtlich gestiegen ist, die Mortalität der bösartigen Neubildungen der weiblichen Brust jedoch nur leicht gesunken ist. Auffällig ist, die Verschiebung des Erkrankungsrisikos hin zu jüngeren Frauen sowie die steigende Tendenz der Präkanzerosen. Diese gehen statistisch gesehen mit zunehmender Vorsorge, vermehrter Früherkennung und besserer Therapie einher (Statistik Austria 2015a).

Das Mammakarzinom kann sowohl sporadisch als auch familiär gehäuft vorkommen. Risikofaktoren für ein sporadisches Mammakarzinom sind eine Frühe Menarche der Frau, eine späte Menopause sowie eine späte Schwangerschaft, Nulliparität, sowie eine fettreiche Ernährung. Ursache für familiär gehäufte Mammakarzinome ist die genetische Disposition. Risikofaktoren dafür sind vor allem die sogenannten Hochrisikogene BRCA1, BRCA2 und RAD51C sowie RAD51D. Mit einem Anteil von 54% ist die Lokalisation des Karzinoms im äußeren oberen Quadranten der weiblichen Brust am häufigsten (Pschyrembel 2015b).

Zu den typischen Symptomen eines Mammakarzinoms zählt vor allem eine derbe, harte knotenartige Veränderung des Brustgewebes welche durchaus auch mit der Haut verwachsen sein kann. Schmerzen, ungewöhnlicher Ausfluss aus der Mamilla, lokale Ödeme sowie kutane als auch mamilläre Einziehungen können weitere Symptome eines bestehenden Mammakarzinoms sein. Ausschlaggebend für den klinischen Verlauf der Therapie sind das Tumorstadium, ein eventueller Lymphknotenbefall und der Differenzierungsgrad des Tumors. Für eine erfolgreiche Therapie sollte die Diagnose möglichst frühzeitig und im Lokalstadium des Tumors gestellt werden (Pschyrembel 2015b).

Therapien zur Behandlung eines Mammakarzinoms können sowohl operativ als auch konservativ erfolgen. Bei Tumoren ohne Fernmetastasen, also ohne eine Verschleppung von Tochterzellen des Tumors, wird eine operative Entfernung des Tumors mit dem Erhalt der weiblichen Brust bevorzugt. Als Mastektomie bezeichnet man die komplette Entfernung der Brust. Eine Wiederherstellung der Brust durch diverse Implantate oder eine Mamillenplastik ist in solchen Fällen aber durchaus möglich. Als konservative Therapien

werden systemische Therapien wie zum Beispiel eine onkologische Chemotherapie mit Zytostatika und endokrine Therapien beschrieben. Des Weiteren zählt auch die Strahlentherapie zu den konservativen Therapieverfahren (Pschyrembel 2015b; Duden 2015).

Die durchschnittliche Überlebensrate bei Frauen lag in den Jahren 2004-2008 bei 84,7% (Statistik Austria 2015b). Größe des Tumors, Alter, histologischer Typ des Tumors, Grading und Hormonrezeptorstatus sind Faktoren die jene Überlebensrate sowohl positiv als auch negativ beeinflussen können (Pschyrembel 2015b).

Patientinnen mit einem Mammakarzinom werden üblicherweise auf onkologischen Stationen behandelt. Im günstigsten Fall ist eine Versorgung der Betroffenen Frauen in einem Brustzentrum möglich. Unter einem Brustzentrum beziehungsweise einem Brustgesundheitszentrum versteht man eine fächerübergreifende Einrichtung zur Behandlung von Brustkrebspatientinnen. Es soll somit eine umfangreiche Behandlung von der Diagnostik bis hin zur Nachsorge durch diverse Fachdisziplinen angeboten werden (Albert et al. 2011).

Laut EUSOMA- Richtlinien (2000) werden pro Brustzentrum mindestens zwei Burstschwestern für die gleichnamige Zertifizierung benötigt. Das EUSOMA-Zertifikat wird von vielen Brustzentren angestrebt und da es eine einheitliche Versorgung mit hohen Stellenwert von Frauen mit Brustkrebs gewährleistet (Albert et al. 2011). Dies gilt auch als Anstoß für die Implementierung von spezialisierten Pflegekräften mit der Zusatzqualifikation „ Breast Care Nurse“ im deutschsprachigen Raum und als weiterer Schritt in Richtung advanced nursing practice in Europa (Gerlach & Wiedemann 2010).

Um eine erfolgreiche Beratung von Frauen mit Brustkrebs gewährleisten zu können, ist ein Basiswissen über Sorgen, Ängste und Belastungen der diagnostizierten Frauen notwendig. Diese werden in folgender Studie vom National Breast Cancer Centre's Specialist Breast Nurse Project Teams et al. (2003) explizit erläutert.

#### 1.4 Sorgen und Ängste von Frauen mit Brustkrebs

In der Studie des National Breast Cancer Centre's Specialist Breast Nurse Project Teams et al. (2003) werden Bedürfnisse von Frauen mit Brustkrebs erläutert und beschrieben. Die benötigten Daten, der betroffenen Frauen, wurden in fünf Beratungssitzungen gesammelt. Diese wurden zum Zeitpunkt der Diagnosestellung, präoperativ, postoperativ sowie in zwei

folgenden Beratungssitzungen von Breast Care Nurses durchgeführt und mittels Checkliste ausgewertet. Informationsbedarf und Ängste wurden vor allem in folgenden Themengebieten geäußert:

- Verständnis der eigenen Krebsdiagnose
- Prognose und Verlauf der Therapie
- Bevorstehende Operation.
- Adjuvante Therapie
- Seelischer Schmerz, Kummer und Leid
- Familie und Partnerschaft
- Gesundheitliche und körperliche Probleme und Symptome nach der Therapie
- Weitere Unterstützungsangebote

Um Brustkrebspatientinnen optimal zu betreuen ist eine erfolgreich abgeschlossene Ausbildung zur Breast Care Nurse notwendig. Diese Ausbildung ist auch an der Medizinischen Universität Graz möglich. Im nachfolgenden Absatz werden europaweite Richtlinien zum Curriculum erläutert.

## 1.5 Die Ausbildung zur Breast Care Nurse

In der internationalen Literatur findet man immer wieder Empfehlungen für die Implementierung einer europaweiten, standardisierten und anerkannten Leitlinie zur Ausbildung von Breast Care Nurses. Diese Empfehlung wird auch in der Studie von Eicher et al. (2012) deutlich. Ziel dieser Studie war es, ein Curriculum mithilfe der Oncology Nursing Society zu erschaffen. Sieben ausgewählte, akademische geprüfte Krankenschwestern wurden gebeten, ein Studienplan für die Ausbildung von Breast Care Nurses zu entwickeln. Die Basis für das weitere Vorgehen und die anschließende Entstehung für das Curriculum der Breast Care Nurses in Europa, bildete ein Vergleich zwischen vorhandener, internationaler Literatur und bereits bestehender Curricula.

Das entwickelte Curriculum stellt die Erfahrungen von Brustkrebspatientinnen in der Mittelpunkt und befasst sich mit folgenden vier Schwerpunkten: a) Erfahrungen der Frauen

mit der Diagnose Brustkrebs, b) Erfahrungen mit Behandlungen von Brustkrebs wie zum Beispiel Nebenwirkungen c) das Leben mit Brustkrebs und d) Aufgaben einer Breast Care Nurse im multidisziplinären Team (Eicher et al. 2012).

Nach der abgeschlossenen Ausbildung sollte es den Absolventen ermöglicht sein, den psychischen und physischen Zustand von Patientinnen mit Brustkrebs wahrzunehmen, diesen einzuschätzen und adäquat in diversen Themenbereichen zu beraten. Zusätzlich sollten Fähigkeiten zur informativen Beratung und Unterstützung erlernt sein. Im multidisziplinären Team sollten Absolventinnen der Ausbildung eine Art Schlüsselrolle einnehmen und dadurch als Ansprechpartner und Koordinator fungieren. Nach dem ein Jahr lang an der Gestaltung des Curriculums gearbeitet wurde, soll dieses nun Einzug in diversen Ausbildungsmöglichkeiten in Europa finden (Eicher et al. 2012).

In Deutschland wird die Zusatzqualifikation zur Breast Care Nurse bereits seit dem Jahr 2005 angeboten. Pflegende aus dem onkologischen Bereich können diese an verschiedenen Bildungsstätten absolvieren. Im Zeitraum von 2005 – 2010 wurden bereits 500 spezialisierte Pflegekräfte in Deutschland ausgebildet und in den Stationsalltag von Brustzentren implementiert. Derzeit gibt es große Unterschiede in den Curricula der angebotenen Zusatzqualifikation. Aus diesem Grund wird eine einheitliche Ausbildung von Breast Care Nurses im europäischen Raum angestrebt (Gerlach & Wiedemann 2010). Diverse Curricula wie zum Beispiel das bereits erwähnte Modell nach der Oncology Nursing Society oder nach Marquard & Wiedemann können als Unterrichtgrundlage dienen.

## 1.6 Beratung in der Pflege

Ziel einer erfolgreichen Pflege ist es, das Patientinnen und Patienten mit ihrer derzeitigen Lebenssituation besser umgehen können. Dazu ist oftmals eine Beratung durch spezialisierte Pflegekräfte notwendig. Der Begriff „Beratung“ ist sehr weitläufig und multifaktoriell. Er reicht von Ratschlägen von Laien über das Alltagsleben bis hin zu einer professionellen klinischen Beratung (Koch-Straube & Bachmann 2008).

Im Laufe des Lebens durchleben fast alle Menschen eine Krise oder mehrere Krisen. Diese kann oder können unterschiedliche Ursachen haben wie zum Beispiel den Übergang vom Kindesalter in die Pubertät, Scheidung, Arbeitsplatzverlust oder infolge von schweren Krankheitsdiagnosen. Nicht alle Betroffenen können Krisen aus eigener Kraft

überwinden und Lösungen für diverse persönliche Probleme finden. Diese Personen benötigen professionelle Unterstützung. Haben Betroffene nicht die Möglichkeit einer Beratung beziehungsweise professionellen Unterstützung, können psychische Erkrankungen die Folge sein. Eine professionelle Beratung ist also dann ratsam, wenn keine informelle Hilfe oder individuelle Kompetenz zur Lösung von Problemen oder Minderung von Krisen ausreicht (Koch-Straube & Bachmann 2008).

Typischerweise gliedert sich der Beratungsprozess in vier Phasen. Die erste Phase wird als Initialphase bezeichnet. In dieser Phase wird eine auf Vertrauen basierende Beziehung zwischen der Patientin beziehungsweise dem Patienten und dem Berater aufgebaut (Koch-Straube & Bachmann 2008).

Anschließend folgt die sogenannte Aktionsphase in der Themen der Betroffenen aktiv besprochen, aufbereitet und Situationen professionell dargestellt werden. Diverse Beratungsmethoden können sich in dieser Phase auf biografische oder soziale Faktoren stützen (Koch-Straube & Bachmann 2008).

Die dritte Phase wird als Integrationsphase bezeichnet. In dieser wichtigen Zeit werden Entscheidungen getroffen, Lösungen für bestimmte Probleme gefunden und miteinander verglichen sowie Einsichten der Patientinnen und der Patient reflektiert (Koch-Straube & Bachmann 2008).

Den Abschluss des Beratungsprozesses bildet die sogenannte Neuorientierungsphase. Hier werden neu gewonnene Ansichten und Einstellungen in die eigene Situation integriert und in den Alltag der Betroffenen implementiert (Koch-Straube & Bachmann 2008).

Im Laufe des Beratungsprozesses sollten Themen bezüglich des Krankheitsprozesses besprochen und verstanden werden und etwaige Krisen und Konflikte wahrgenommen und gegeben Falls bewältigt werden. Veränderungen des Lebens und Einschränkungen des Lebens sollen von Patienten und Patientinnen verstanden und angenommen werden und ein bestmöglicher Wissensstand erreicht werden. Schlussendlich sollen die Betroffenen zu einer persönlich als angenehm empfundenen Lebensweise finden und diese trotz Krankheit, Behinderung oder Alter annehmen (Koch-Straube & Bachmann 2008).

Eine Beratung ist keine Therapie und darf auch nicht als Therapieersatz gesehen werden. Sie ist einer Therapie durch Psychiater gegenüber aber auch nicht minderwertig oder weniger bedeutsam eingestuft. Im Laufe der Zeit hat die Beratung ihren eigenen Fokus in

Bezug auf Klienten entwickelt. Den Klienten einer Beratung entsprechen Personen, ohne psychischer Erkrankung und ohne persönliche Beeinträchtigung. Der Inhalt der Beratung ist von Bedürfnissen und Zielen der Patientinnen und Patienten abhängig. Der Fokus dabei liegt weniger bei den Defiziten der Klientinnen und Klienten, sondern bei den Stärken, Kompetenzen und Ressourcen. Die Beratungssitzungen werden meist in kurzen und übersichtlichen Zeiträumen abgehalten. Flexibilität, Kreativität und Methodenvielfalt gehören zu den Kennzeichen einer professionellen Beratung. Die Beteiligten sollen somit ständig und aktiv an der Intervention teilnehmen und somit Probleme lösen, Krisen bewältigen und Gesundheit fördern. Klientinnen und Klienten sollen selbst Ziele definieren und persönliche Ressourcen erkennen und diese nutzen (Koch-Straube & Bachmann 2008).

Im pflegerischen Alltag werden Pflegepersonen oftmals mit Situationen, in denen Beratungs- und Unterstützungsbedarf herrscht, konfrontiert. Doch viele Pflegefachkräfte fühlen sich mit der Beratungsaufgabe unsicher da der Umgang mit solchen Situationen in der Ausbildung oft vernachlässigt oder nur unzureichend antrainiert wird. Viele Pflegende sehen sich nicht in der Lage eine konstruktive Beratung abzuhalten und setzen eher allgemeine menschliche Fähigkeit ein um sich helfend zuzuwenden (Koch-Straube & Bachmann 2008).

Um eine professionelle und individuelle Beratung anbieten zu können, müssen also Kompetenzen der durchführenden Pflegekräfte erweitert werden. Situationen der Betroffenen müssen verstanden und wertgeschätzt werden. Dies wird auch als Voraussetzung einer professionellen Beratungsbeziehung gesehen. Weitere Voraussetzungen für eine qualitativ hochwertige Beratung sind erworbenes Wissen und Erfahrungen und eine Erweiterung kommunikativer und psychosozialer Kompetenzen wie zum Beispiel Empathie und Akzeptanz. Des Weiteren wird auf Kenntnisse der theoretischen Grundlage der Beratung, Fähigkeiten einen Beratungsbedarf zu erkennen und eine methodische Kompetenz wert gelegt. Eine Förderung und Vertiefung solcher Kompetenzen stellen Schwerpunkte diverser Fort-, Aus- und Weiterbildungen dar (Koch-Straube & Bachmann 2008).

## 1.7 Zufriedenheit der Patientinnen mit der Beratung einer Breast Care Nurse

In der internationalen Literatur gibt es einige Studien die sich mit der Thematik „Zufriedenheit der Patientinnen mit der Beratung durch eine Breast Care Nurse“

beschäftigen. So auch die Studie von Hardie & Leary (2010). Diese wird in den nachfolgenden Absätzen genauer erläutert.

Um die Auswirkungen vor und nach der Implementierung einer Breast Care Nurse zu untersuchen, wurden im Mai 2007 50 Fragebögen an Brustkrebspatientinnen, in der Nähe von London, ausgehändigt. Zu dieser Zeit wurden keine Beratungen von Patientinnen mittels spezialisierter Pflegekraft durchgeführt. Ein Jahr später, als Interventionen einer Breast Care Nurse in den Stationsalltag Einzug fanden, wurde derselbe Fragebogen an 32 der ursprünglichen 50 Patientinnen ausgeteilt. Der Fragebogen enthielt sowohl offene als auch geschlossene Fragen. Zusätzlich wurden Fragen mit mehreren Auswahlmöglichkeiten gestellt (Hardie & Leary 2010).

Die Ergebnisse wurden in die Kapitel Zufriedenheit, Unterstützung, Erfolg und Verbesserungsvorschläge gegliedert. Die Frage nach der Zufriedenheit und den Erfahrungen mit den erhaltenen Interventionen zeigten sowohl vor als nach der Implementierung der Breast Care Nurse positive Ergebnisse auf. Vor Einführung der spezialisierten Pflegekraft beschrieben 38% der Teilnehmerinnen die Betreuung als „exzellent“. 54% fanden die Betreuung „gut“. Nach der Implementation einer Breast Care Nurse beschrieben 56% der Partizipantinnen die Beratung als „exzellent“ und 41% als „gut“. Auch die Anzahl der Möglichkeiten über Probleme und Sorgen zu diskutieren, wurden nach der Implementierung der spezialisierten Pflegekraft von den betroffenen Patientinnen als häufiger beschrieben (Hardie & Leary 2010).

Weitere Unterschiede zwischen den beiden Datenerhebungen wurden in Bezug auf die Frage, ob sie von der Möglichkeit der Betreuung mittels spezialisierter Pflegekraft profitieren würden beziehungsweise profitiert haben, festgestellt. 81% der Frauen vor Einführung der Breast Care Nurse gaben an, dass sie von der Beratung profitieren würden. Nach der Implementierung hingegen gaben 97% der Teilnehmerinnen an, dass sie von der Breast Care Nurse profitiert haben. Zusätzlich wurden die Ressourcen zur Unterstützung während des Krankheitsverlaufes erforscht. Diese Resultate zeigen, dass Frauen mit professioneller Unterstützung einer Breast Care Nurse beziehungsweise einer Clinical Nurse Specialist, diese als wichtigste Unterstützungsressource sehen. Diese sind dicht gefolgt von der Familie und dem Pflegepersonal. Diverse Verbesserungsvorschläge bezogen sich, bei Frauen vor der Integrierung der spezialisierten Pflegekraft, vor allem auf Themen wie Informationen, Kommunikationsbedarf und Unterstützungsmöglichkeiten (Hardie & Leary 2010).

Eine erfolgreiche Beratung als Intervention wird als wichtiger Baustein des Pflegeprozesses gesehen. Im Folgenden wird dieser genauer erklärt.

## 1.8 Der Pflegeprozess

Der Pflegeprozess dient als Hilfestellung und soll eine gewisse Strukturierung in diverse Handlungsabläufe und Tätigkeiten des Pflegepersonals zu bringen. Diese Handlungen werden einer laufenden Evaluierung unterzogen und individuell an die zu behandelnden Patienten angepasst. Es handelt sich dabei aber um kein punktuell Vorgehen, sondern um einen Verlauf über einen längeren Zeitraum. Somit wird eine beständige und individuelle Pflege als Hauptziel des Pflegeprozesses beschrieben. Zweck des Pflegeprozesses ist es, eine optimale Organisation der Pflege für Patientinnen und Patienten zu schaffen. Zudem dient der Pflegeprozess als rechtliche Absicherung des Pflegepersonals und führt zu einem besseren Verständnis der durchgeführten Pflege sowie einer besseren und einfacheren Kommunikation zwischen dem Klinikpersonal. Zusätzlich dient der Pflegeprozess der Evaluierung der durchgeführten Pflege und einer anschließenden Erhebung der Pflegequalität (Leoni-Scheiber 2004).

In der Internationalen Literatur findet man diverse Modelle des Pflegeprozesses von unterschiedlichen Autoren. Das Modell nach Fiechter & Meier (1993 in Leonie-Scheiber 2004) gliedert den gesamten Pflegeprozess in sechs Schritte.

Als erster Schritt wird die Informationssammlung, also die Durchführung der Patientenanamnese beschrieben (Fiechter & Meier 1993 in Leonie-Scheiber 2004). Darunter versteht man eine Befragung des Patienten um eine Vielfalt an pflegerelevanten Information des Patienten zu erhalten (Duden 2015). Weiteres dient die Anamnese als Ersteinschätzung der Patientin beziehungsweise des Patienten durch die Pflegeperson und kann als Möglichkeit zum Aufbau einer professionellen Pflegebeziehung dienen. Die Anamnese sollte jedoch nicht als Erstgespräch zwischen Patientin beziehungsweise Patienten gesehen werden da bei der Anamnese in der Regel keine persönlichen Themen zwischen den beiden Gesprächspartnern behandelt werden (Fiechter & Meier 1993 in Leonie-Scheiber 2004).

Als zweiter und dritter Schritt des Pflegeprozesses nach Fiechter & Meier (1993 in Leonie-Scheiber 2004) werden als Erkennen von Problemen und Ressourcen der Patientin beziehungsweise des Patienten und das Festlegen der Pflegeziele definiert.

Als vierter Schritt folgt die Erstellung von adäquaten und individuellen Pflegezielen. Diese werden im folgenden Absatz genauer erläutert.

## 1.9 Pflegeziele

Pflegeziele dienen als Wegweiser und geben den Lösungsweg für ein gesundheitliches Problem vor. Den Lösungsweg hingegen beschreiben Pflegediagnosen welche individuell an die Patientin beziehungsweise an den Patienten angepasst werden. Laut Wiesinger (2001 in Leonie-Scheiber 2004) wird somit durch die Formulierung des Pflegeziels bereits die Auswahl von Pflegemaßnahmen vorgegeben. Zu jedem in Schritt zwei definierten Pflegeproblemen muss mindestens ein dazu passendes Pflegeziel formuliert werden. Pflegezeile können sowohl als Nahziele oder auch Kurzzeitziele als auch Fernziele oder Langzeitziele definiert werden. Bei sogenannten Nahzielen handelt es sich um Ziele welche in einem kurzen Zeitraum, also binnen Stunden oder Tagen erreicht werden können. Bei Fernzielen hingegen können diese erst nach zwei bis drei Monaten erreicht werden. Einige Richtlinien sind jedoch bei der Definition von Pflegezielen zu beachten (Leoni-Scheiber 2004).

Bei der Erstellung und Formulierung von Pflegezielen sollten Patientinnen und Patienten, so weit wie möglich, miteinbezogen werden. Erwartungen sollten zwischen dem Pflegenden und dem Betroffenen abgesprochen werden. Dies führt zu einer realistischen Zielsetzung und kann zudem die Motivation des Betroffenen positiv beeinflussen. Zusätzlich sollen Ziele patientenzentriert erstellt werden. Eine individuelle Anpassung des Ziels an die Patientin beziehungsweise an den Patienten kann dabei helfen. Die Formulierung der Pflegeziele sollte stets positiv, realitätsnahe und erreichbar sein. Faktoren die die Erreichbarkeit unterstützen oder verhindern, können sollten dabei beachtet werden. Ein Beispiel dafür wäre eine Einschränkung kognitiver Fähigkeiten. Eine weitere Richtlinie zur Erstellung und Formulierung von Pflegezielen ist die Evaluierbarkeit. Ein definiertes Ziel muss überprüfbar sein. Die wichtigsten Pflegeziele sollten dabei im Vordergrund stehen (Leoni-Scheiber 2004).

Im vierten Schritt des Modelles von Fiechter & Meier (1993 in Leonie-Scheiber 2004) wird die Planung der Pflegemaßnahmen erwähnt, bevor anschließend die Durchführung der geplanten Pflegemaßnahmen folgt. Im sechsten und Letzen Schritt wird der gesamte Pflegeprozess evaluiert. Dabei können etwaige Pflegediagnosen und Pflegeziele neu definiert oder überarbeitet werden (Fiechter & Meier 1993 in Leonie-Scheiber 2004).

## 2. Forschungsfrage

Da die Beratung von Frauen mit Brustkrebs als einer der wichtigsten Tätigkeitsbereiche einer Breast Care Nurse gezählt wird, stellt sich nun folgende Forschungsfrage:

- Welche Pflegeziele können durch die Intervention „Beratung“ durch eine Breast Care Nurse beziehungsweise einer spezialisierten Pflegekraft in der internationalen Literatur beschrieben werden?

### 3. Methode

Um die Forschungsfrage ausreichend beantworten zu können, wurde im Zeitraum von Oktober 2014 bis Jänner 2015 eine Literaturrecherche in den Datenbanken PubMed und CINAHL durchgeführt. Um die Anzahl der Ergebnisse von Anfang an einzugrenzen wurden sogenannte „Limits“ in den Bereichen Sprache, Publikationsjahr und Suchfelder gesetzt. Daraus folgten Ergebnisse in den Sprachen Deutsch und Englisch aus dem vergangenen Jahrzehnt. Das Suchfeld beschränkte sich auf Titel und Abstract diverser Ergebnisse.

Für die Literaturrecherche wurden ausschließlich Keywords, also Schlüsselwörter in englischer Sprache verwendet welche zusätzlich mit den booleschen Operatoren „AND“ und „NOT“ verbunden wurden.

Folgende Tabelle gibt Aufschluss über ausgewählte Keywords.

<b>Keyword</b>	<b>Boolscher Operator</b>	<b>Keyword</b>	<b>Boolscher Operator</b>	<b>Keyword</b>
nurs*	AND	breast cancer	AND	consultation
nurs*	AND	breast cancer	AND	outcome
nursing interventon	AND	breast cancer	NOT	screening
effectiveness	AND	Breast care nurs*		
Breast nurse	AND	outcome		

Tabelle 2: Ausgewählte Keywords

Anschließend folgte ein sogenanntes Titelscreening, bei dem die gefundenen Titel auf relevante Informationen bezüglich der Forschungsfrage und den gesuchten Keywords untersucht wurden. Der Großteil der gefundenen Studien wurde in diesem Schritt der

Literaturrecherche eliminiert. War ein Titel ansprechend und beinhaltete mindestens eines der gesuchten Keywords wurde ein Abstractscreening durchgeführt.

Beim Abstractscreening wurde darauf geachtet, dass folgende an Burns & Grove (2005) angelehnte Kriterien erfüllt wurden. Dazu zählen zum Beispiel der Zweck der Studie sowie die Größe der Stichprobe. Des Weiteren wurde auf Ergebnis, Schlussfolgerung und Klarheit bzw. Qualität des Abstracts geachtet.

Abstracts, die allen Kriterien entsprachen wurden einer inhaltlichen Bewertung mittels Kriterienkatalog von Davies & Logan unterzogen.

Die nachfolgende Flowchart stellt die Literaturrecherche und deren Verlauf bildlich dar.

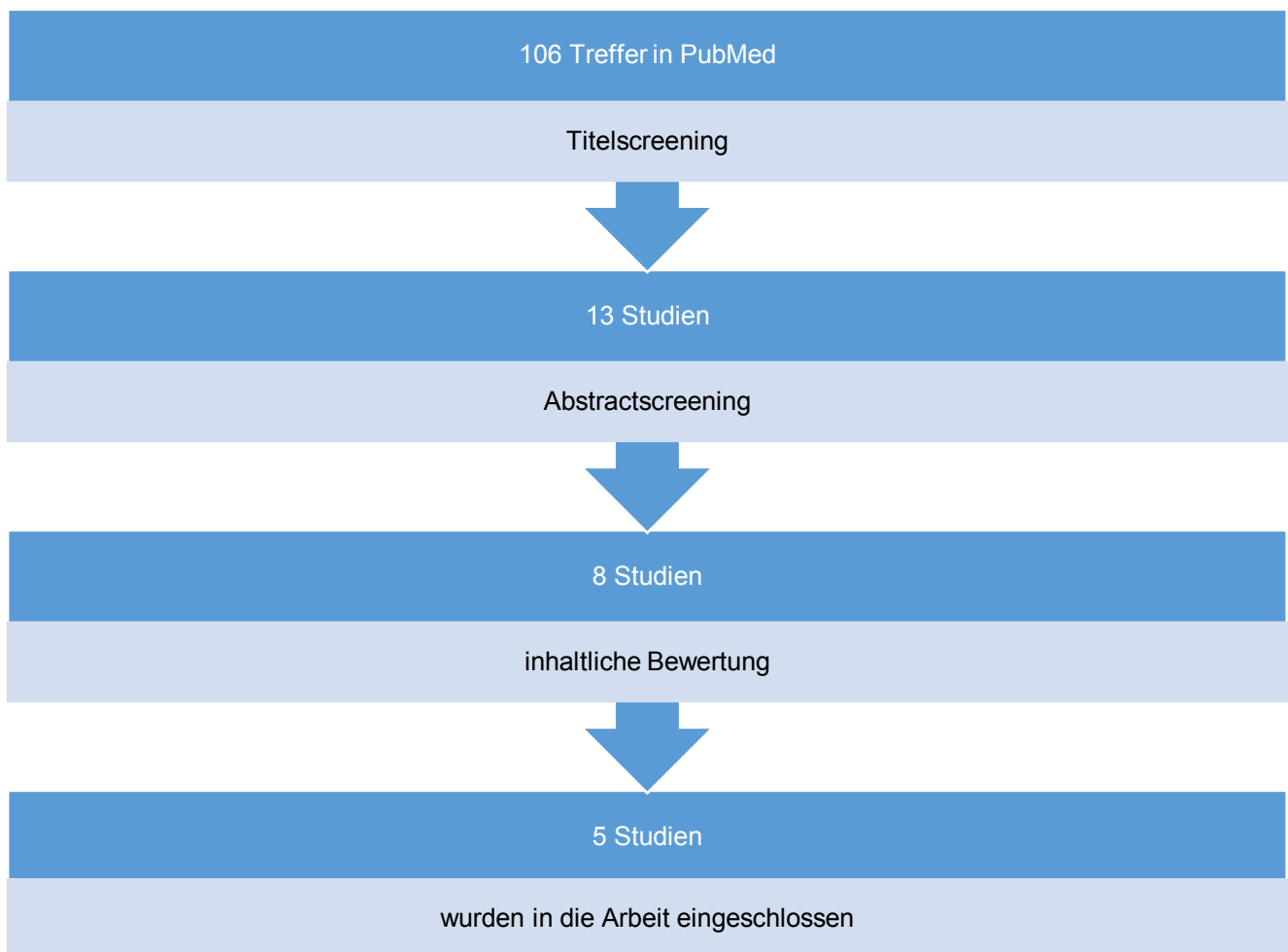


Abbildung 1: Flowchart

Aufbau und Inhalt Studien, welche im Ergebnisteil zur Beantwortung der Forschungsfrage herangezogen werden, wurde einer Beurteilung unterzogen. Hierfür wurden die Bereiche

Titel, Abstract, Einleitung, Methode, Ergebnisse und Referenzen genauer betrachtet und mittels Vergabe von +,- und +/- bewertet. Die Bewertung wird in Tabelle 3 bildlich dargestellt.

Studie	Titel	Abstract	Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion	Referenzen
Hsu et al. 2010	+	+/-	+	+	+	+/-	+
Haklett et al. 2006	+/-	+/-	+	+/-	+/-	+	+
Albert et al. 2011	+/-	+/-	+/-	+/-	+	+	+
Eicher. 2005	+	+	+	+/-	+	+/-	+/-

Tabelle 3: Bewertung von Aufbau und Inhalt der Studien

Im anschließenden Ergebnisteil erfolgt nun eine genaue inhaltliche Zusammenfassung der ausgewählten Studien.

## 4. Ergebnisse

In diesem Kapitel werden jene vier Studien, welche sich im Laufe der Literaturrecherche herausgefiltert haben, inhaltlich aufgearbeitet. Hierbei handelt es sich sowohl um quantitative als auch qualitative Studien. Um ein möglichst aussagekräftiges Ergebnis zu erreichen, wird zusätzlich eine Systematic Review beschrieben. Eine kurze Zusammenfassung jeder Studie sowie deren gefundenen Resultate, soll ein Überblick zur Thematik geben und zur Beantwortung der Forschungsfrage führen.

### Effectiveness of Informational and Emotional Consultation on the Psychological Impact on Women with Breast Cancer Who Underwent Modified Radical Mastectomy

Hsu et al. 2010

Ziel der Studie war es, eine individuelle, informative und emotional unterstützende Beratungsintervention zu erstellen und diese anschließend zu evaluieren. Speziell sollte die Effektivität der Beratung auf das Körperbild, Ängste und emotionale Belastungen von Frauen nach einer Mastektomie untersucht werden.

Somit stellt das Forschungsteam rund um Su-Chin Hsu et al. die Hypothese auf, dass Frauen der Interventionsgruppe, welche eine individuelle, informative und emotional unterstützende Beratung erhalten, a) weniger negative Veränderungen des eigenen Körperbildes, b) weniger Ängste, sowie c) geringere emotionale Belastungen als auch d) eine Zufriedenheit mit der Intervention der geplanten Beratung äußern.

Für die Durchführung der Studie wurde ein quasi- experimentelles Forschungsdesign gewählt. Zur Rekrutierung der Stichprobe wurde ein Convenience- Sampling, also ein Gelegenheitssampling bevorzugt. Die ausgewählten Teilnehmerinnen unterzogen sich im Laufe der Studie einer Mastektomie, also einer Entfernung der Brust aufgrund eines Tumors. Die Rekrutierung der Partizipantinnen fand in zwei unterschiedlichen Krankenhäusern im Süden Taiwans statt. Für welches der beiden Krankenhäuser sich die Teilnehmerinnen entschieden, blieb ihnen überlassen.

Schlussendlich nahmen 63 Partizipantinnen an der Studie teil, wovon 32 der Experimentalgruppe zugeordnet wurden. Weitere 31 Partizipantinnen wurden der Kontrollgruppe zugeteilt. Eine weitere Teilnehmerin stieg aus persönlichen Gründen aus der Studie aus.

Partizipantinnen der Experimentalgruppe nahmen an zwei-zweistündigen Beratungssitzungen durch eine spezialisierte Pflegekraft teil. Diese wurden sowohl vor der geplanten Mastektomie als auch am Tag der Entlassung abgehalten. Themen der beiden Beratungen wurden individuell auf die Bedürfnisse der Frauen abgestimmt. Häufig besprochen Themengebiete waren vor allem Informationen zur bekannten Diagnose, Behandlungen, Prognosen, Prothesen und des Körperbildes nach der Mastektomie. Anschließend wurde allen Partizipantinnen der Experimentalgruppe ermöglicht, zwei bis maximal drei telefonische Beratungen in Anspruch zu nehmen. Dies war vom Zeitpunkt der Entlassung bis zwei Monate nach der geplanten Mastektomie möglich um weitere Informationen zu den Themen wie Wundversorgung, Sexualstörungen, weitere Unterstützungsmöglichkeiten und Brustprothesen zu erhalten.

Während die Teilnehmerinnen der Experimentalgruppe sowohl an persönlichen als auch an telefonischen Beratungen teilnahmen, erhielten Partizipantinnen der Kontrollgruppe Routinemaßnahmen der brustchirurgischen Station in Südtaiwan. Dazu zählen Wundversorgung, Rehabilitationsübungen sowie weitere geplante Therapien.

Die Datenerhebung fand zu drei unterschiedlichen Zeitpunkten statt. Diese werden mit T1, T2 und T3 gekennzeichnet. Die Datensammlung T1 wurde vor der geplanten Mastektomie durchgeführt während die zweite Datenerhebung T2 am Tag der Entlassung aus dem Krankenhaus stattfand. Die dritte und somit letzte Datenerfassung T3 fand zwei Monate nach dem operativen Eingriff statt.

Die Datensammlung wurde mittels Fragebogen durchgeführt. Dieser enthielt neben allgemeinen demografischen Fragen auch Fragen zu den Bereichen Körperwahrnehmung, Ängste und emotionale Belastungen. Ergebnisse dieser Bereiche wurden mit diversen Skalen erhoben. Dazu zählen die Body Image Scale, die Anxiety-Visual Scale, die sowie der Emotional Distress Scale. Zusätzlich sollte eine Frage die Zufriedenheit der Partizipantinnen mit den erhaltenen Interventionen aufzeigen. Diese wurde mittels Intervention Satisfaction Scale erhoben.

Um die Gefahr möglicher „bias“, also mögliche Einflussfaktoren der Forscher möglichst gering zu halten, wurden Daten vom Zeitpunkt T1 von einem Forscher der Forschungsgruppe erhoben. Die Datensammlungen von T2 und T3 wurden hingegen von zwei unterschiedlichen, geschulten, onkologischen Krankenschwestern durchgeführt.

Ergebnisse der Datensammlung T1 zeigten keine signifikanten Unterschiede zwischen der Experimentalgruppe und der Kontrollgruppe auf. Somit waren zu Beginn der Studie keine aussagekräftigen Divergenzen in Bezug auf demografische Daten und den Bereichen Körperwahrnehmung, Angst und emotionale Belastungen erkennbar.

Auch nach der Datensammlung zum Zeitpunkt T2 sind keine deutlichen Unterschiede in den Bereichen Körperwahrnehmung, und emotionale Belastungen zwischen den beiden Gruppen erkennbar. Lediglich Partizipantinnen der Kontrollgruppe, also jene welche eine herkömmliche Betreuung der onkologischen Station erfahren durften, gaben eine Verminderung der Angst an. Dies bestätigt auch der Mittelwert der Anxiety- Visual Analog Scale der beiden Gruppen. Je größer der Mittelwert bei dieser Skala ist, desto größer ist auch die gemessene Angst. Zum Zeitpunkt der Entlassung betrug der Mittelwert der Kontrollgruppe 5,32. Der Mittelwert der Interventionsgruppe betrug nach den erhaltenen Interventionen 4,44 und zeigt somit einen positiven Effekt der Beratungsintervention auf die Ängste der Betroffenen Frauen auf.

Deutlicher werden die Unterschiede nach der Erfassung des dritten Fragebogens zum Zeitpunkt T3, also zwei Monate nach der Entlassung der Frauen aus dem Krankenhaus. Nach dieser Datenanalyse können deutliche Unterschiede in allen erhobenen Bereichen festgestellt werden. Ein Beispiel dazu zeigt die Körperwahrnehmung welche mittels Body Image Scale gemessen wurden. Hier beschreibt ein hoher Mittelwert ein negatives Körperbild. Während die Partizipantinnen der Kontrollgruppe mit einem Durchschnittswert von 10,94 ein negatives Körperbild beschreiben, zeigt der Mittelwert der Interventionsgruppe mit 3,84 eine deutlich positivere Einstellung in Bezug auf eigene Körperbild und deren Wahrnehmung auf.

Vergleicht man die Resultate der Datensammlung zum Zeitpunkt T3 mit den Ergebnissen der ersten Datenerhebung T1, sind signifikante Verbesserungen in allen untersuchten Bereichen erkennbar. Dies bezieht sich sowohl auf die Körperwahrnehmung, als auch auf auftretende Ängste. Auch eine Minderung der emotionalen Belastungen wird nach dem Vergleich der beiden Messungszeitpunkte als signifikantes Resultat erkennbar.

## The Impact of Breast Care Nurses on Patients' Satisfaction, Understanding of the Disease, and Adherence to Adjuvant Endocrine Therapy

Albert et al. 2011

Ziel dieser Studie war es, die Beratung einer Breast Care Nurse sowie deren Unterstützung aus der Sicht von Patientinnen zu erforschen. Aus diesem Grund wurde eine Befragungsstudie mittels Fragebogen durchgeführt. Patientinnen, welche von Jänner bis Dezember 2009 stationär im Brustkrebszentrum des Universitätsklinikums Giessen und Marburg in Deutschland, registriert wurden, erhielten einen Fragebogen per Post. Auf zwei Seiten wurden Fragen zu den Themenbereichen globale Lebensqualität mittels zwei Fragen aus dem EORTC-QLQ-C30 Fragebogen, Erhalt von Informationen, Beratung durch eine Breast Care Nurse, und dem Verständnis der eigenen Diagnose, mittels Likert-Skala und dichter-Skala, gestellt. Zum Abschluss des Fragebogens wurde allen Teilnehmern ermöglicht, Kommentare zu Verbesserungsvorschlägen und Patientenfortbildungen zu verfassen.

Nach der Genehmigung einer Ethikkommission fand die Rekrutierung der Partizipantinnen von Februar bis April 2010 statt. In dieser Zeit wurden 360 Fragebögen an ehemalige Patientinnen, 2-14 Monate nach deren Aufenthalt, ausgesendet. 66% der Fragebögen (n=237) wurden ans Forschungsteam zurückgesendet von denen schlussendlich 87% (n=207) der Datenanalyse unterzogen wurden. Von den teilnehmenden Partizipantinnen gaben 83% (n=171) Kontakt zu einer Breast Care Nurse an. 17% (n= 36) wurden im Laufe ihres Krankenhausaufenthaltes nicht aktiv von einer Breast Care Nurse betreut.

90% der verwendeten Fragebögen wurden zu 80%-100% beantwortet. Fragebögen welche nicht zu mindestens 50% beantwortet wurden, wurden aus der Datenanalyse ausgeschlossen. Eine univariate Datenanalyse sowie ein chi-square-test, t-test und die qualitative Analyse einer offenen Frage brachten folgende Ergebnisse vor. Für die Beantwortung der Forschungsfrage sind jedoch nicht alle Resultate der durchgeführten Studie von Bedeutung. Aus diesem Grund werden nicht alle vorgebrachten Ergebnisse beschrieben.

Ergebnisse in Bezug auf den Erhalt von Informationen und dem Wissen über die eigene Diagnose brachten signifikante Unterschiede auf. Zum Beispiel gaben 93% der Frauen mit

Kontakt zu einer Breast Care Nurse an, dass sie Informationen zum organisatorischen Ablauf erhalten haben während 91% mit dem weiteren Behandlungsplan vertraut sind. Von den 36 Partizipantinnen welche im Fragebogen keinen Kontakt zu einer Breast Care Nurse angaben, haben 72% Informationen zum organisatorischen Ablauf bekommen. Nur 64% gaben Wissen über den weiteren Behandlungsplan an. 81% aller Teilnehmerinnen haben eine Informationsbroschüre des Krankenhauses erhalten. Diese Broschüre mit weiteren Informationen zu diversen Unterstützungsmöglichkeiten haben 84% der Partizipantinnen mit und 64% ohne Kontakt zu einer Breast Care Nurse erhalten.

Der Wissenstand über die eigene Diagnose wurde mittels Frage nach dem persönlichen Tumormonorezeptorstatus erhoben. 23% aller Partizipantinnen beantworteten die Frage mit der Auswahlmöglichkeit „don't know“, 67% beantworteten diese Frage mit positiv, 10% mit negativ. Im Vergleich der Teilnehmerinnen mit Kontakt konnten 83% der Frauen diese Frage beantworten. Hingegen wussten nur 53% der Frauen ohne Kontakt zu einer Breast Care Nurse über ihren Tumormonorezeptorstatus bescheid.

Die Intervention Beratung durch eine Breast Care Nurse kann sich auf positiv die Einnahme diverser Medikamenten auswirken. So zeigen Ergebnisse dieser Studie, dass 149 Partizipantinnen sich einer medikamentösen, endokrinen Therapie unterzogen haben. Bei 79% dieser Partizipantinnen, welche eine Beratung durch eine Breast Care Nurse erhalten haben, stimmt das Wissen des Tumormonorezeptorstatus mit der korrekten Einnahme der medikamentösen Therapie überein. Dies lässt sich hingegen auch von 56% der Frauen ohne Beratungsintervention aufzeigen.

Die Datenanalyse der beiden Fragen bezüglich der globalen Lebensqualität zeigen weitere Unterschiede der Partizipantinnen auf. Teilnehmerinnen mit Beratung einer Breast Care Nurse zeigten mit einem mittleren Scorewert von 66.3 zur globalen Lebensqualität ein besseres Ergebnis als jene Frauen ohne Kontakt zur Breast Care Nurse auf. Dieser global quality of life score lag lediglich bei 62.5.

## The role of the breast care nurse during treatment for early breast cancer: The patient's perspective

Haklett et al 2006

Ziel der Studie ist es, die Rolle der Breast Care Nurse aus der Perspektive der Patientinnen zu erforschen. Also Forschungsdesign wurde eine hermeneutische Phänomenologie gewählt. Die Rekrutierung der Teilnehmerinnen fand in einem Krankenhaus im Süden Australiens statt. Frauen, welche sich im Anfangsstadium eines Mammakarzinoms befanden, eine geplante Therapie innerhalb des letzten Jahres abgeschlossen haben und Englisch als Muttersprache mächtig sind, wurden um die Teilnahme an der Studie gebeten.

Schlussendlich nahmen an der Datensammlung im Jahr 2003 18 Frauen teil. Diese geschah Hilfe von In-depth- Interviews, also Interviews welche eine flexible Form der Datensammlung sind. Die Partizipantinnen können in diesem Fall frei über ihre Probleme und Gefühle sprechen (Polit & Beck 2012). Alle 18 Teilnehmerinnen wurden gebeten diverse Erfahrungen in Bezug auf ihre zuständige Breast Care Nurse, im Zeitraum von der Diagnosestellung bis hin zur abgeschlossenen Behandlung, wiederzugeben. Die gesammelten Daten wurden aufgenommen und anschließend transkribiert und mit geeigneten Methoden analysiert.

Die Ergebnisse wurden in sechs Bereiche gegliedert. Zur Beantwortung der Forschungsfrage sind allerdings nur drei der angeführten Elemente relevant. Diese werden in folgenden Absätzen zusammengefasst.

Ergebnisse der durchgeführten Studien von Haklett et al. (2006) zeigen, dass nahezu alle Partizipantinnen die Unterstützung durch ihr zuständige Breast Care als sehr wichtig empfanden. Sie wird von vielen Patientinnen als Ressource in Bezug auf Unterstützung, Kommunikation und Information gesehen. Der Erhalt von fachlichen Informationen spielt für viele Partizipantinnen eine wichtige Rolle, denn im Moment der ärztlichen Aufklärung sind viele Patientinnen nicht in der Lage alle Informationen des Arztes zu verstehen beziehungsweise richtig aufzufassen. Aus diesem Grund betonen Partizipantinnen die Wichtigkeit einer Beratung mittels Breast Care Nurse nach der ärztlichen Diagnosestellung. In weiteren Beratungssitzungen wurde von vielen Teilnehmerinnen vor allem

Informationsbedarf zu Themen wie den weiteren Therapieverlauf, Nebenwirkungen und chirurgischen Eingriffen.

Breast Care Nurses wurden auch als Vertrauenspersonen beschrieben mit denen wichtige Schritte der folgenden Therapie, aber auch persönliche Bedürfnisse besprochen werden können. Positive Ergebnisse wurden durch die Miteinbeziehung von Familienangehörigen in Beratungssitzungen beschrieben. Sorgen, Ängste und diverse Belastungen wurden hier besprochen und diverse Lösungsvorschläge in Anbetracht gezogen. Dies führte zu einer psychischen Entlastung der Patientin und der gesamten Familie.

Weitere Ergebnisse durch die professionelle Beratung, Unterstützung und Hilfe einer Breast Care Nurse zeigen, dass Partizipantinnen optimistisch der Diagnose und dem weiteren Verlauf gegenüber stehen und sich weiteren physischen und psychischen Herausforderungen gewachsen sehen.

Durch die individuelle Beratung der Breast Care Nurse verspürten Partizipantinnen eine gewisse Beständigkeit und Persistenz der Unterstützungs- und Beratungsmöglichkeit vom Zeitpunkt der Diagnosestellung bis hin zur Vollendung der Therapie.

Folgender Interviewausschnitt zeigt die Zufriedenheit der Partizipantin auf:

*„... she showed me a few of diagrams of woman that had mastectomies and went through explaining the process. Before I went in to surgery I knew everything that was going to happen and I understood everything that was going to happen“ (Haklett et al. 2006, S.53).*

## Pflegeexpertise bei Frauen mit Brustkrebs – ein systemischer Literaturüberblick zur Wirksamkeit von Interventionen durch spezialisierte Pflegende

Eicher 2005

Ziel dieser Systematic Review war es, eine Übersicht zu bereits bestehender Literatur zum Thema Erkenntnisse und Wirksamkeit von Interventionen durch spezialisierte Pflegepersonen, bei Brustkrebspatientinnen, darzustellen. Um angemessene Literatur zu finden, wurde eine Literaturrecherche in den elektronischen Datenbanken MEDLINE und CINAHL durchgeführt. Für die Literaturrecherche wurden keine sprachlichen Limits gesetzt. Eine zeitliche Limitation von 1984-2004 schränkte die Anzahl der Ergebnisse jedoch auf 382 gefundene Artikel ein. Diese Artikel wurden einem Titel- und einem Abstractscreening unterzogen. Des Weiteren wurde nach experimentellen, quasi-experimentellen und deskriptiven Studien gesucht. Schlussendlich wurden nach Abschluss der Literaturrecherche 15 Studien für den systemischen Literaturüberblick verwendet.

Jene 9 Studien mit relevanten Ergebnissen, welche zur Beantwortung der Forschungsfrage relevant sind, werden in nachfolgender Grafik bildlich dargestellt und anschließend zusammengefasst.

<b>Autorin/ Autor</b>	<b>Titel</b>	<b>Design</b>	<b>Sample</b>	<b>Ergebnisse</b>
<b>Goodwin et al. 2003</b>	Effect of nurse case management on the treatment of older women with breast cancer	Randomisierte kontrollierte Studie; Erhebung nach 2 und 12 Monaten nach Diagnose.	N= 335 ältere Brustkrebspatientinnen	Unterschiede zwischen KG und IG in der Nutzung von brusterhaltender Therapie, Bestrahlung, axillären Lymphknotenentfernung und normale Armfunktion zwei Monate postoperativ. Frauen der IG erhielten häufiger Brustrekonstruktion und Chemotherapie und gaben Chance auf Mitbestimmung an, keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf Nebenwirkungen.
<b>Maguire et al. 1983</b>	The effect of counselling on physical disability and social recovery after mastectomy	Randomisierte kontrollierte klinische Studie; Erhebung kurz nach und 3,12 und 18 Monate nach dem Eingriff.	N= 152 neudiagnostizierte, mastektomierte Brustkrebspatientinnen.	Unterschiede bezüglich angepasstem Umgang mit Behandlungsprozess und soziale Wiedereingliederung, Rückkehr zur Arbeit, Adaption an den Verlust der Brust. Keine Unterschiede in Bezug auf Art und Nutzung der Krebstherapie
<b>McArdle et al. 1996</b>	Psychological support for patients undergoing breast cancer surgery: a randomised study	Randomisierte, kontrollierte Studie; Erhebung 3,6 und 1 Monate nach Klinikaufenthalt.	N=272 Brustkrebspatientinnen unter 70 Jahren mit chirurgischen Eingriffen	Psychologische Morbidität(Gesundheitsempfinden, Angst und Insomnie, soziales Verhalten, Depression) sinkt in allen Gruppen innerhalb von 12 Monaten, vor allem in der Gruppe der normalen Pflege und der Pflege durch Breast Care Nurses im Vergleich zu allen anderen Gruppen.
<b>Ritz et al. 2000</b>	Effects of advanced nursing care on quality of life and cost outcomes of women diagnosed with breast cancer	Randomisierte, klinische Studie, Erhebung 1,3, und Monate nach Diagnose.	N= 210 neudiagnostizierte Brustkrebspatientinnen.	Unsicherheit bei IG sinkt 1,3 und 6 Monate nach Diagnose stark.  Keine großen Unterschiede in Stimmungslage, Wohlbefinden und Kosten/Einnahmen
<b>Wastson et al. 1998</b>	Psychological factors predicting nausea and vomiting in breast cancer patients on chemotherapy	Randomisierte, kontrollierte Studie; Erhebung 1 und 3 Monate nach Diagnose.	N= 40 mastektomierte Brustkrebspatientinnen (frühes Stadium)	Deutlich niedrigere Depressionsrate 3 Monate nach der Operation und höheres Kontrollempfinden i IG  Keine Unterschiede bezüglich Überweisungen an

				Fachpersonen
<b>Koinberg et al. 2004</b>	Nurse-led follow-up on demand or by a physician after breast cancer surgery: a randomised study	Randomisierte, klinische Studie; Erhebung Caseline und zweimal jährlich über fünf Jahre.	N= 264 neu diagnostizierte Brustkrebspatientinnen.	Keine signifikanten Unterschiede in der psychischen Morbidität und Zufriedenheit der Patientinnen
<b>Bomann et al. 1999</b>	Two models of care as evaluated by a group of women operated on for breast cancer with regard to their perceived well-being	Deskription; Erhebung 10-14 Tage und 1 Jahr postoperativ	N= 144 Brustkrebspatientinnen (operabel)	Kontinuierliches Pflegemodell zeigt positiven Effekt auf wahrgenommene postoperative Schmerzen und mentales Wohlbefinden nach einem Jahr.
<b>Ambler et al. 1999</b>	Specialist nurse counsellor interventions at the time of diagnosis of breast cancer: comparing „advocay“ with a conventional approach	Deskriptive Fall-Kontrollstudie; Erhebung präoperativ, 2 Wochen und 6 Monate postoperativ	N= 103 Patientinnen mit chirurgischen Eingriffen an der Brust (65% maligne; 35% benigne)	Semistrukturierte Interviews zeigen besseres Verständnis der Behandlungsoptionen und höhere empfundene Entscheidungsautonomie auf.
<b>Lauri &amp; Sainino 1998</b>	Developing the nursing care of breast cancer patients: an action research approach	Deskriptives Aktionsforschungsprojekt; Erhebung vor, während und nach der Beratung.	N= 96 chirurgische Brustkrebspatientinnen und Pflegende des spezialisierten Cancer Care Teams.	Wissensvermittlung: 48% ausreichend auf chirurgischen Station, 80% ausreichend auf onkologischen Klinik, 50% geben Zusammenhang zwischen Information, Unterstützung und Adaption im Patientinnenprozess durch spezialisierte Pflege an.

Tabelle 4: Überblick der Studien von Eicher (2005 S. 356-359)

Ergebnisse zeigen auf, dass durch die Beratung von spezialisierten Pflegepersonen die Armfunktion nach einer axillaren Lymphadenektomie positiv beeinflussbar ist. Dies wird vor allem aus dem Resultat der Studie von Goodwin et al. (2003) deutlich. Im Gegensatz zu Goodwin et al. (2003), kann die Studie von Maguire et al. (1983) dies bezüglich keine großen Unterschiede zwischen der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe aufzeigen.

Laut der Studie von Boman et al. (1999) können sich ein kontinuierliches Pflegemodell und die Beratung durch spezialisierte Pflegekräfte positiv auf das postoperative Schmerzempfinden von Brustkrebspatientinnen auswirken. Dieser positive Effekt konnte aber von der Studie rund um Watson et al. (1998) nicht bestätigt werden. Hier konnte keine Verminderung körperlicher Symptome durch Interventionen von spezialisierten Pflegekräften festgestellt werden.

Aufgrund der Begleitung durch spezialisierte Pflegekräfte, kann in der Studie von Ambler et al. (1999) eine Verminderung physischer Beeinträchtigungen beobachtet werden. Jedoch werden hier keine signifikanten Unterschiede zu einer herkömmlichen Begleitung durch normales Pflegepersonal beschrieben.

Dass eine Beratung durch spezialisierte Pflegekräfte einen positiven Effekt auf psychosoziale Beeinträchtigungen wie Angst und Unsicherheit haben kann, zeigen diverse Studien wie zum Beispiel Maguire et al. (1983), McArdle et al. (1996) und Ritz et al. (2000) auf. Keinen Zusammenhang zwischen Angst und Beratung stellten Studien von Ambler et al. (1999) und Koinberg et al. (2004) fest. Ähnliche Ergebnisse werden auch in Hinblick auf die Depressionsrate beschrieben.

Deutlichere Verbesserungen werden durch die Beratung einer spezialisierten Pflegekraft in Bereichen des psychosozialen Wohlbefindens, sozialer Eingliederung, Rückkehr zum Arbeitsplatz sowie psychischer Adaption aufgezeigt (Boman et al. 1999; Marguire et al. 1983; McArdle et al. 1996; Lauri & Sainio 1998).

## 5. Schlussfolgerung

Aus den Ergebnissen aller Studien, welche zur Beantwortung der Forschungsfrage dieser Arbeit herangezogen wurden, lassen sich folgende Schlüsse ziehen. Durch die Intervention „Beratung“ einer Breast Care Nurse beziehungsweise einer spezialisierten Pflegekraft können sowohl Ängste, emotionale Belastungen, Sorgen und Kummer vermindert werden. Zusätzlich ist eine positive Körperwahrnehmung die Folge (Hsu et al. 2010). Des Weiteren führt die Intervention Beratung durch eine Breast Care Nurse bei Brustkrebspatientinnen im Anfangsstadium zu einem besseren Verständnis der eigenen Krankheit, der bevorstehenden Therapie sowie möglichen Nebenwirkungen. Zusätzlich können die Betroffenen positive Gedanken in Bezug auf den zukünftigen Gesundheitszustand äußern und durch die Beratung entlastet werden. Zusätzlich kann eine Verbesserung des Wissensstandes der eigene Diagnose, des Weiteren organisatorischen Ablaufes, des Tumorhormonrezeptorstatus sowie der Einhaltung der Medikamenteneinnahme beschrieben werden (Haklett et al. 2006). Der Kontakt zu einer Breast Care Nurse kann zu einer Verbesserung der Lebensqualität bis zu einem Jahr nach der Entlassung beitragen und die Depressionsrate senken. Zusätzlich kann eine schnellere soziale Eingliederung und Rückkehr in das Arbeitsleben beschrieben werden (Albert et al. 2011). Die aktive und individuelle Beratung durch Breast Care Nurses und spezialisierte Pflegekräfte erzielt nicht nur auf psychosozialer Ebene Erfolge, sondern zeigt auch auf physischer Ebene positive Effekte. Dazu zählen vor allem eine verbesserte Armfunktion nach einer axillaren Lymphadenektomie und ein vermindertes postoperatives Schmerzempfinden (Eicher 2005).

An den in der Einleitung beschriebenen Sorgen und Ängsten von Frauen mit einem Mammakarzinom angelehnt, können somit am Ende dieser Arbeit folgende Pflegezielen durch die Intervention „Beratung“ einer Breast Care Nurse beziehungsweise einer spezialisierten Pflegekraft erwartet werden:

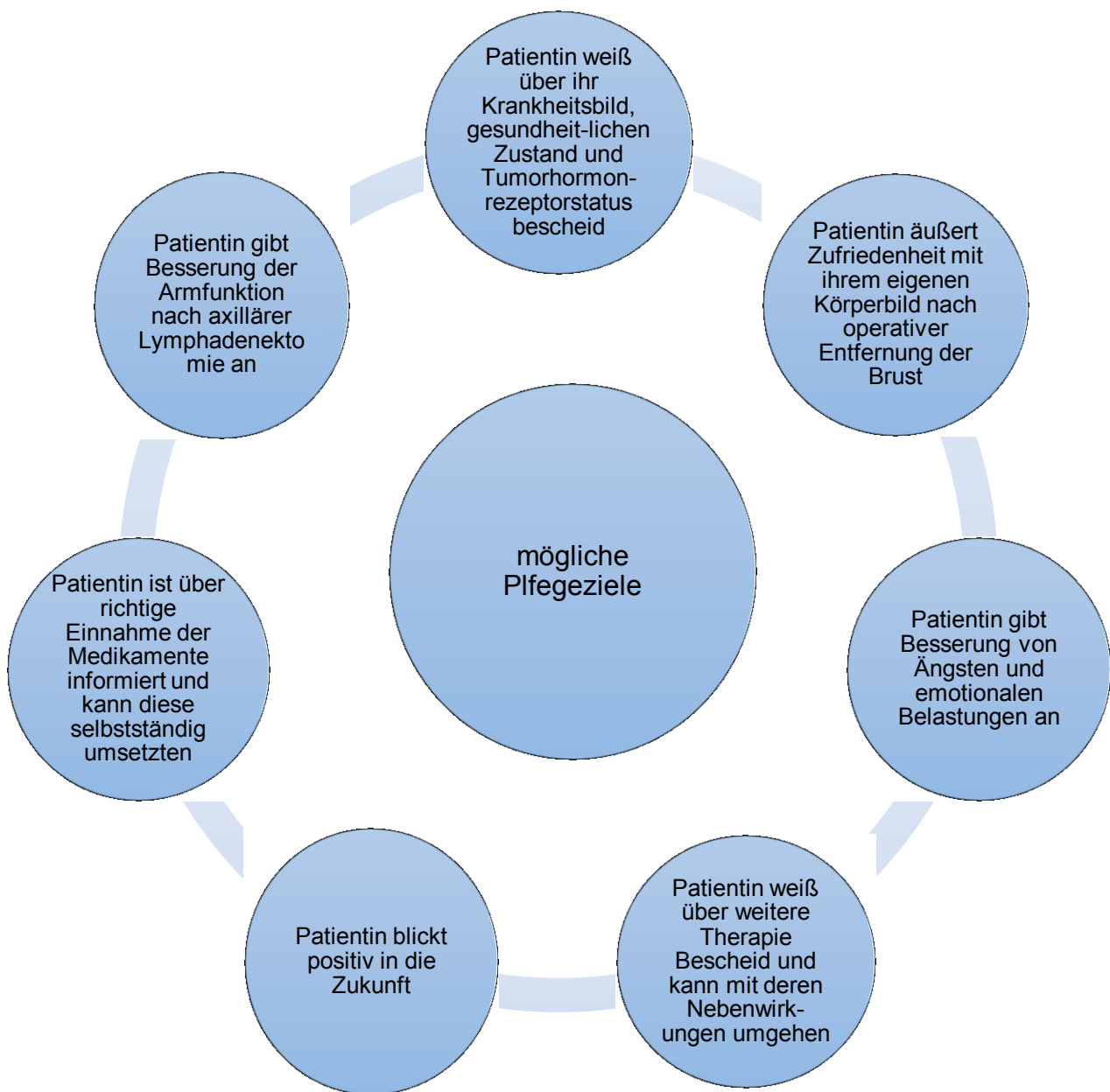


Abbildung 2 mögliche Pflegeziele

## 6. Diskussion

Aufgrund der individuellen Bedürfnisse der an Brustkrebs erkrankten Frauen, ist das Aufgabenfeld der Breast Care Nurses sowie spezialisierten Pflegekräfte sehr breit gefächert. Zu den Hauptaufgaben gehören nach Gerlach & Wiedemann (2010) Aufnahme-, Informations-, Beratungs- und Entlassungsgespräche. Auswirkungen der Intervention „Beratung“ durch eine Breast Care Nurse können sowohl auf psychischer als auch auf physischer Ebene beschrieben werden.

Die Studie von Hsu et al. (2010) beschreibt durch die Beratungsintervention eine deutliche Minderung von Ängsten und emotionalen Belastungen bei Frauen, welche sich einer radikalen, modifizierten Mastektomie unterzogen haben. Des Weiteren wird auch ein positiver Effekt auf die Körperwahrnehmung nach der operativen Entfernung einer Brust deutlich. Eine deutliche Veränderung der Körperwahrnehmung und eine Verminderung von emotionalen Belastungen, werden erst nach der dritten und letzten Datenerhebung, also zwei Monate nach der Entlassung, erkennbar. Laut dem Forschungsteam rund um Hsu et al. (2010) lässt dies darauf schließen, dass die Intervention Beratung in diesen Bereichen keine sofortige Wirkung erzielt, sondern erst zu einem späteren Zeitpunkt einen deutlichen Effekt aufzeigt. Eine Limitation der durchgeführten Studie stellt laut Hsu (2010) et al. die Möglichkeit diverser Einflussfaktoren auf die untersuchten Gegenstände dar. Das wahrgenommene Körperbild, emotionale Belastungen sowie Ängste bei Brustkrebspatientinnen sind laut den Autoren stark von der familiären Unterstützung sowie dem persönlichen Selbstwertgefühl der betroffenen abhängig. Des Weiteren wird von den Autoren eine randomisierte Gruppenzuteilung für weitere Forschungen empfohlen. Die Rekrutierung der Partizipantinnen wird in der Studie nicht genau erläutert. Die genannten Resultate spiegeln die Risikogruppe von Frauen mit Brustkrebs nur teilweise wieder da das Durchschnittsalter der Teilnehmerinnen bei 49 Jahren lag. Laut Pschyrembel (2015b) liegt dieses jedoch bei 63 Jahren (Hsu et al. 2010).

Ähnliche Ergebnisse werden auch in der qualitativen Studie von Haklett et al. (2006) aufgezeigt. Hier beschreiben die Partizipantinnen eine psychische Entlastung aufgrund der in Anspruch genommenen Beratung durch spezialisierte Pflegekräfte.

Da sich die Teilnehmerinnen dieser Studie in einem frühen Stadium des Mammakarzinoms befanden, ist laut dem Forschungsteam rund um Haklett et al. (2006)

nicht sicher, ob diese Ergebnisse auch für Frauen mit fortgeschrittenen Brustkrebs relevant sind. Die Teilnehmerinnen dieser Studie mussten sich im anfänglichen Krebsstadium T1 befinden und eine abgeschlossene Krebstherapie im vergangenen Jahr aufweisen.

Welche Teilnehmerin nicht an der Studie teilnehmen konnten beziehungsweise von der Teilnahme exkludiert wurden, wird in der Studie nicht näher erläutert. Zudem wird auch auf die Samplingmethode sowie genaueres Setting nicht näher eingegangen.

Wie groß der Bedarf an Informationen zu den Themen Diagnose, Behandlung und Prognosen ist, wird in der Studie von Albert et al. (2011) deutlich. Somit finden sich auch hier die in der Einleitung beschriebenen Sorgen und Ängste von Patientinnen mit einem Mammakarzinom wieder (National Breast Cancer Centre's Specialist Breast Nurse Project Team et al. 2003).

Nach der Beratung durch eine Breast Care Nurse konnten bei den Teilnehmerinnen der quantitativen Studie von Albert et al. (2011) signifikante Verbesserungen in Bezug auf den Erhalt von Information und dem Wissen über die eigenen Diagnosen festgestellt werden. Auch ein besserer Wissenstand über den persönlichen Tumorphormonrezeptorstatus wird als Folge der professionellen Beratung gesehen. Dies wiederum kann sich laut den Resultaten der quantitativen Studie auch positiv auf die Einnahme von Medikamenten auswirken.

Zu Beachten ist, dass von den ursprünglich 360 ausgesendeten Fragebögen, 123 Teilnehmer den Fragebogen nicht beantwortet haben, somit konnten diese nicht in die Datenanalyse miteinbezogen werden. Die errechnete Kooperationsrate lag somit bei 66%. Dies mindert laut dem Forschungsteam rund um Albert et al. (2011) die Aussagekraft der gefundenen Ergebnisse.

Auch die Resultate der Systematic Review von Eicher (2005) bestätigen einen höheren Wissensstand der Patientinnen aufgrund der professionellen Beratung durch spezialisierte Pflegekräfte. Eine Limitation des systemischen Literaturüberblickes ist, dass teilweise Literatur zwischen 1980 und 1999 verwendet wurde. Da es sich bei diesen wissenschaftlichen Arbeiten aber um Grundliteratur handelt und diese in einer Vielzahl der internationalen Literatur zitiert werden, wurden sie trotzdem in diese Arbeit miteinbezogen.

Das Ergebnis eines höheren Wissenstandes spiegelt sich auch in der Studie von Haklett et al. (2006) wieder. In dieser Studie sehen Partizipantinnen die begleitende Breast Care

Nurse als wichtigste Ressource in Bezug auf Unterstützung und den Erhalt von Informationen. Des Weiteren werden auch optimistische Zukunftsgedanken der Partizipantinnen in Bezug auf die Krebserkrankung geäußert. Zu all dem fühlen sich die Partizipantinnen der Interventionsgruppe, welche eine professionelle und individuelle Beratung durch eine spezialisierte Pflegekraft erfahren durften, für mögliche zukünftige körperliche Erkrankungen gestärkt. Eine Besserung der gemessenen Lebensqualität zählt in der Studie von Albert et al. (2011) zu einem der gefundenen Ergebnisse.

Ein ähnliches Ergebnis konnte in der Systematic Review von Eicher (2005) aufgezeigt werden. Hier konnte neben der Zufriedenheit der Partizipantinnen mit der erhaltenen Intervention auch eine Minderung des Depressionsrisikos festgestellt werden. Dies wird vor allem in den beschriebenen Studien von McArdle et al. (1996) und Watson et al (1998) deutlich.

Die Auswirkung der professionellen Beratung durch eine Breast Care Nurse beziehungsweise einer spezialisierten Pflegekraft auf physischer Ebene wird nur in der Systematic Review von Eicher et al. (2005) untersucht. Hier beschreibt die Studie von Goodwin et al. (2003) eine Verbesserung der Armfunktion zwei Monate nach einer axillaren Lymphknotenentfernung. Dieses Resultat konnte allerdings in der Studie von Maguire et al. (1983), welche ebenfalls im systemischen Literaturüberblick von Eicher (2005) beschreiben wird, nicht aufgezeigt werden.

Derzeit gibt es eine Vielzahl von Berufsbezeichnungen für das Arbeitsfeld der Breast Care Nurse. Aus diesem Grund wäre die Einführung eines einheitlichen Curriculums sowie eine einheitliche Bezeichnung und Definition für das Berufsbild der Breast Care Nurse von großer Bedeutung (Gerlach & Wiedemann 2010; Eicher et al. 2012). Somit könnten im europäischen Raum qualitativ hochwertige und einheitliche Pflegekräfte ausgebildet und in den Stationsalltag integriert werden. Des Weiteren könnten die Anforderungen von EUSOMA (2000) an Brustzentren erreicht werden. Eine bestmögliche Gesundheitsversorgung für Frauen mit einem Mammakarzinom wäre hier die Folge.

Koch-Straube & Bachmann (2008) beschreiben, dass Pflegenden oftmals mit Alltagssituationen, in denen Beratungsbedarf notwendig wäre, überfordert sind. Dies liegt oftmals an fehlenden Kompetenzen und Erfahrungen in diesem Bereich. Verpflichtende Schulungen für das Pflegepersonal sowie die Förderung von Kompetenzen und das Antrainieren von speziellen Fertigkeiten zur Beratung in der Ausbildung, könnten dies

positiv beeinflussen und eine emotionale Entlastung von Patientinnen und Patienten fördern (Koch-Straube & Bachmann 2008).

Die Beratung durch Breast Care Nurses beziehungsweise durch spezialisierten Pflegekräfte kann positive Effekte auf unterschiedlichen Ebenen erzielen und langfristige positive Folgen nach sich ziehen. Ein multidisziplinäres Team sowie eine erfolgreiche Kommunikation zwischen den einzelnen Berufsgruppen und Mitarbeitern sind dafür jedoch unerlässlich (Koch- Straube & Bachmann 2008).

## 6.1 Limitationen, Stärken und Schwächen

Zu den Stärken dieser Arbeit zählt mit Sicherheit, dass internationale Studien in den Ergebnisteil miteinbezogen wurden. Dazu zählen sowohl Studien aus europäischen Ländern wie zum Beispiel von Albert et al. (2011) aus Deutschland, die Studie von Haklett et al. (2006) aus Australien und die Studie aus dem asiatischen Raum von Hsu et al. (2010). Publikationen aus dem amerikanischen Raum finden sich vor allem in der Systematic Review von Eicher (2005) wieder.

Ein weiterer Vorteil ist, dass Ergebnisse zu unterschiedlichen Stadien der Krebserkrankung untersucht wurden. Dies zeigen zum Beispiel Studien von Haklett et al. (2006) und Hsu et al. (2010). Somit können wissenschaftlich basierenden Aussagen dieser Arbeit für eine für eine breit gefächerte Population getroffen werden.

Eine Einschränkung dieser Arbeit besteht in der Methode der Literaturdurchsicht. Für diese wurde nur die elektronische Datenbank PubMed verwendet. Es ist daher nicht auszuschließen, dass auf weiteren elektronischen Datenbanken wie zum Beispiel CINAHL oder der Suchmaske Ovid weitere, beziehungsweise aktuellere Studien zugänglich sind.

Eine weitere Limitation stellt die sprachliche Barriere dar. Für die Literaturrecherche wurden ausschließlich deutschsprachige sowie englischsprachige Studien beachtet. Somit konnten eventuell qualitativ hochwertigere Artikel in weiteren Fremdsprachen nicht in diese Arbeit miteinbezogen werden.

Der Zeitraum der Literaturrecherche erstreckte sich von Oktober 2014 bis Jänner 2015 und umfasste Studien aus den letzten 10 Jahren. Somit konnten mögliche wichtige Studien und Grundliteratur nicht in den Ergebnisteil implementiert werden. Dies kann die Qualität der durchgeführten Arbeit mindern.

## 6.2 Empfehlungen für die Forschung

Um den Prozess der Professionalisierung weiter voranzutreiben sind weitere Forschungen im Bereich der Pflege von großer Bedeutung. Um die Notwendigkeit der Beratung von spezialisierten Pflegekräften quantitativ und qualitativ darstellen zu können, ist also die Erforschung des Zusammenhangs zwischen der Beratung durch Breast Care Nurses und den daraus resultierenden Pflegezielen unerlässlich. Positive Ergebnisse könnten somit eine generelle Implementierung von spezialisierten Pflegekräften mit Beratungsfunktion wie Breast Care Nurses nach sich ziehen.

Die Beratungsforschung ist derzeit noch in den Anfängen. Ein Großteil der Veröffentlichungen beschäftigt sich mit den Erfahrungen der Klientinnen und deren Zufriedenheit mit den erhaltenen Interventionen. Zwar gibt es bereits Literatur im Bereich Beratung bei onkologischen Erkrankungen, eine Spezialisierung auf das Krankheitsbild Brustkrebs ist aber nur vereinzelt vorhanden. Quantitative Ergebnisse, die Aufschluss über die Effektivität dieser Intervention geben, sind daher eher selten zu finden aber für eine adäquate und erfolgreiche Beratung unerlässlich.

Eine eventuelle Barriere für weitere Forschungen ist laut Koch- Straube & Bachmann (2008) der Forschungsgegenstand „Beratung“. Da sehr viele unplanmäßige und unterkannte Variablen auf den Beratungsprozess einwirken, kann dieser nicht nach einem einfachen Reiz-Reaktions-Schema erfasst werden. Trotz dieser Schwierigkeit ist weitere Forschung im Zusammenhang zwischen Pflege und Forschung notwendig.

## 7. Ausblick

In Anbetracht der gefundenen Tatsachen ist es klar ersichtlich, dass das österreichische Gesundheitssystem sich noch an den internationalen Standard anpassen muss. Die Implementierung von spezialisierten Pflegekräften in den Pflegeprozess ist dafür unerlässlich. Aufgrund der Akademisierung der Pflege wurde in theoretischer Ebene bereits ein Schritt in Richtung Zukunft gemacht. Weitere Schritte, welche vor allem eine einfache Implementierung von forschungsbasierendem Wissen in den Stationsalltag ermöglichen, müssen aber noch vollzogen werden. Bis dahin bleibt jedoch eine große Lücke zwischen Forschung und Realität bestehen.

## 8. Literaturverzeichnis

Albert, U, Zemlin, C, Hadji, P, Ziller, V, Kuhler, B, Frank-Hahn, B, Wagner, U & Kalder, M 2011, 'The Impact of Breast Care Nurses on Patients' Satisfaction, Understanding of the Disease, and Adherence to Adjuvant Endocrine Therapy' (eng), *Breast care (Basel, Switzerland)*, vol. 6, no. 3, pp. 221–6.

Ambler, N, Rumsey, N, Harcourt, D, Khan, F, Cawthorn, S & Barker, J 1999, 'Specialist nurse counsellor interventions at the time of diagnosis of breast cancer: comparing 'advocacy' with a conventional approach' (eng), *Journal of advanced nursing*, vol. 29, no. 2, pp. 445–53.

Boman, L, Björvell, H, Langius, A & Cedermark, B 1999, 'Two models of care as evaluated by a group of women operated on for breast cancer with regard to their perceived well-being' (eng), *European journal of cancer care*, vol. 8, no. 2, pp. 87–96.

Burns, N. & Grove, S K 2005, *Pflegeforschung verstehen und anwenden*, Elsevier GmbH, München.

Duden 2015, Metastase, <http://www.duden.de/rechtschreibung/Metastase> (1.3.2015).

Eicher, M, Kadmon, I, Claassen, S, Marquard, S, Pennery, E, Wengstrom, Y & Fenlon, D 2012, 'Training breast care nurses throughout Europe: the EONS postbasic curriculum for breast cancer nursing' (eng), *European journal of cancer (Oxford, England : 1990)*, vol. 48, no. 9, pp. 1257–62.

Eicher, Manuela R E 2005, 'Pflegeexpertise bei Frauen mit Brustkrebs-- Ein systematischer Literaturüberblick zur Wirksamkeit von Interventionen durch spezialisierte Pflegenden' (Nursing expertise in breast cancer care: a systematic review on the effectiveness of specialised nurse interventions) (ger), *Pflege*, vol. 18, no. 6, pp. 353–63.

EUSOMA 2000, 'The requirements of a specialist breast unit', *European journal of cancer* (eng), vol. 36, no. 18, pp. 2288–93.

Gerlach, A & Wiedemann, R 2010, 'Breast Care Nurses - Pflegeexpertinnen für Brustkrankungen. Ein Weg zur «Advanced Nursing Practice» in Deutschland?' (Breast Care Nurses - nursing experts for breast cancer care. A path to "Advanced Nursing Practice" in Germany?) (ger), *Pflege*, vol. 23, no. 6, pp. 393–402.

Goodwin, JS, Satish, S, Anderson, ET, Nattinger, AB & Freeman, JL 2003, 'Effect of nurse case management on the treatment of older women with breast cancer' (eng), *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 51, no. 9, pp. 1252–9.

Halkett, G, Arbon, P, Scutter, S & Borg, M 2006, 'The role of the breast care nurse during treatment for early breast cancer: the patient's perspective' (eng), *Contemporary nurse*, vol. 23, no. 1, pp. 46–57.

Hardie, H & Leary, A 2010, 'Value to patients of a breast cancer clinical nurse specialist' (eng), *Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain) : 1987)*, vol. 24, no. 34, pp. 42–7.

Hsu, SC, Wang, HH, Chu, SY & Yen, HF 2010, 'Effectiveness of Informational and Emotional Consultation on the Psychological Impact on Women With Breast Cancer Who Underwent Modified Radical Mastectomy' (eng) *Journal of Nursing Research*, vol. 18, no. 3, pp. 215-226.

Koch-Straube, U & Bachmann, S 2008, *Beratung in der Pflege*, Verlag Hans Huber, Programmbereich Pflege, 2nd edn, H. Huber, Bern.

Koinberg, I, Fridlund, B, Engholm, G & Holmberg, L 2004, 'Nurse-led follow-up on demand or by a physician after breast cancer surgery: a randomised study' (eng), *European journal of oncology nursing : the official journal of European Oncology Nursing Society*, vol. 8, no. 2, pp. 109-17.

Lauri, S & Sainio, C 1998, 'Developing the nursing care of breast cancer patients: an action research approach' (eng), *Journal of clinical nursing*, vol. 7, no. 5, pp. 424–32.

Leoni-Scheiber, C 2004, *Der angewandte Pflegeprozess*, Facultas Verlag, Wien.

Maguire, P, Brooke, M, Tait, A, Thomas, C & Sellwood, R 1983, 'The effect of counselling on physical disability and social recovery after mastectomy' (eng), *Clinical oncology*, vol. 9, no. 4, pp. 319–24.

McArdle, JM, George, WD, McArdle, CS, Smith, DC, Moodie, AR, Hughson, AV & Murray, GD 1996, 'Psychological support for patients undergoing breast cancer surgery: a randomised study' (eng), *BMJ (Clinical research ed.)*, vol. 312, no. 7034, pp. 813–6.

Mendel, S & Feuchtinger, J 2009, 'Aufgabengebiete klinisch tätiger Pflegeexperten in Deutschland und deren Verortung in der internationalen Advanced Nursing Practice' (Domains in the clinical practice of Clinical Nursing Experts in Germany and their correspondence with the internationally described "Advanced Nursing Practice") (ger), *Pflege*, vol. 22, no. 3, pp. 208–16.

National Breast Cancer Centre's Specialist Breast Nurse Project Team 2003, 'An evidence- based specialist breast nurse role in practice: a multicentre implementation study', (eng), *European Journal of Cancer Care*, vol.12 , n. 1, pp. 91-97.

Pschyrembel 2015a, Klinisches Wörterbuch/ Mamma, <http://www.degruyter.com.pschyrembel.han.medunigraz.at/view/kw/4394816?language> (7.2.2015).

Pschyrembel 2015b, Klinisches Wörterbuch/ Mammakarzinom, <http://www.degruyter.com.pschyrembel.han.medunigraz.at/view/kw/4394828?language> (7.2.2015).

Pschyrembel 2015c, Klinisches Wörterbuch/ Karzinom, <http://www.degruyter.com.pschyrembel.han.medunigraz.at/view/kw/4391524?pi=0&module=pschy&dbJumpTo=Karzinom> (7.2.2015).

Ritz, LJ, Nissen, MJ, Swenson, KK, Farrell, JB, Sperduto, PW, Sladek, ML, Lally, RM & Schroeder, LM 2000, 'Effects of advanced nursing care on quality of life and cost

outcomes of women diagnosed with breast cancer' (eng), *Oncology nursing forum*, vol. 27, no. 6, pp. 923–32.

Statistik Austria 2015a, Brust,

[http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/gesundheit/krebserkrankungen/brust/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/krebserkrankungen/brust/index.html)

(2.2.2015).

Statistik Austria 2015b, Überleben mit Krebs,

[http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/gesundheit/krebserkrankungen/ueberleben\\_mit\\_krebs/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/krebserkrankungen/ueberleben_mit_krebs/index.html) (7.2.2015).

Watson, M, Meyer, L, Thomson, A & Osofsky, S 1998, 'Psychological factors predicting nausea and vomiting in breast cancer patients on chemotherapy' (eng), *European journal of cancer (Oxford, England : 1990)*, vol. 34, no. 6, pp. 831–7.