

# **Bachelorarbeit**

## **Stärkung von Health Literacy bei brustkrebserkrankten Frauen – ein Literaturreview**

Eingereicht von  
Hannah Tuppinger

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

An der Medizinischen Universität Graz  
Institut Pflegewissenschaft

Unter der Anleitung von Betreuerin Dr.in Franziska Großschädl, BSc, MSc

Graz, am 27.03.2019

## **Eidesstattliche Erklärung**

*„Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig 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, am 27.03.2019

Hannah Tuppinger, eh

# Inhaltsverzeichnis

|  |     |
|--|-----|
| Eidesstattliche Erklärung.....                         | II  |
| Inhaltsverzeichnis.....                                | III |
| Abbildungsverzeichnis.....                             | V   |
| Tabellenverzeichnis.....                               | V   |
| Zusammenfassung.....                                   | VI  |
| Abstract.....  | VII |
| 1 Einleitung .....                                     | 1   |
| 1.1 Health Literacy .....                              | 1   |
| 1.1.1 Definitionen und Konzeptmodell .....             | 2   |
| 1.1.2 Health Literacy in Europa (HLS-EU Studie).....   | 4   |
| 1.2 Die Brust .....                                    | 5   |
| 1.2.1 Aufbau der Brust.....                            | 6   |
| 1.2.2 Das Mammakarzinom.....                           | 7   |
| 1.3 Pflegerelevanz .....                               | 10  |
| 1.3.1 Die Breast Care Nurse.....                       | 11  |
| 1.3.2 Forschungslücke.....                             | 11  |
| 1.4 Forschungsziel und Forschungsfrage .....           | 12  |
| 2 Methoden .....                                       | 13  |
| 2.1 Literaturrecherche .....                           | 13  |
| 2.2 Auswahl und Beurteilung der Studien .....          | 15  |
| 3 Ergebnisse .....                                     | 18  |
| 3.1 Informationsbedarf von Frauen mit Brustkrebs ..... | 24  |
| 3.2 Informationsübermittlung.....                      | 27  |
| 4 Diskussion.....                                      | 30  |
| 4.1 Stärken & Limitationen .....                       | 33  |
| 4.2 Empfehlung für Praxis und Forschung .....          | 34  |

|   |                           |    |
|---|---------------------------|----|
| 5 | Schlussfolgerung.....     | 36 |
| 6 | Literaturverzeichnis..... | 37 |

## **Abbildungsverzeichnis**

|   |    |
|---|----|
| Abbildung 1 - Kompetenzmodell nach Sorensen et al. (2012) .....   | 3  |
| Abbildung 2 - Einteilung nach der Lokalisationshäufigkeit & die Richtungen der Metastasierung (Brüggemann 2018a)..... | 6  |
| Abbildung 3 - Die häufigsten Tumorlokalisationen nach dem Geschlecht (Statistik Austria 2019).....                    | 7  |
| Abbildung 4 - Flowchart nach dem Schema des PRISMA-Statement (Ziegler, Antes & König 2011).....                       | 17 |

## **Tabellenverzeichnis**

|   |    |
|---|----|
| Tabelle 1 - Suchstrategien in den Datenbanken PubMed und CINAHL .....       | 14 |
| Tabelle 2 - Zusammenfassung der Ergebnisse der eingeschlossenen Studien ... | 18 |

## Zusammenfassung

**Hintergrund:** Das Konzept Health Literacy ist vor allem im Umfeld von Krebserkrankten von Bedeutung, bei denen es besonders wichtig ist, gesundheitsrelevante Informationen zu verstehen und auf dieser Basis gesundheitsfördernde Entscheidungen zu treffen. Da Brustkrebs zu den häufigsten Krebserkrankungen bei Frauen zählt, ist der Informationsbedarf bei brustkrebserkrankten Frauen hoch.

**Ziel:** Das Ziel dieser Bachelorarbeit ist, herauszufinden, welche Maßnahmen seitens der Pflege anzuwenden sind, um Health Literacy bei brustkrebserkrankten Frauen zu fördern.

**Methodik:** Als Forschungsdesign wurde ein Literaturreview gewählt, um die Forschungsfrage zu beantworten. Im Zeitraum von Anfang Oktober bis Ende November 2018 fand in den Datenbanken PubMed und CINAHL eine Literaturrecherche statt. Zusätzlich wurde eine Handsuche in Google Scholar durchgeführt, um möglichst hochwertige Studien zu finden. Anschließend wurden die Studien von der Autorin dieser Arbeit mit einem Bewertungsbogen kritisch bewertet, um die Qualität der Studien zu prüfen.

**Ergebnisse:** Die Resultate zeigen, dass die an Brustkrebs erkrankten Patientinnen unterschiedliche Informationsbedürfnisse, abhängig von der derzeitigen Lebenssituation haben. Frauen, die eine Chemotherapie bekommen, haben andere Fragen als Frauen, die sich zukünftig einer Operation unterziehen werden. Einigkeit besteht jedoch in Bezug auf die Art, wie das Gesundheitspersonal am erfolgreichsten Informationen übermittelt. Häufig wird erwähnt, dass genügend Zeit und das Weglassen von medizinischer Fachsprache das Verstehen der Informationen erleichtert.

**Schlussfolgerung:** Aufgrund der Einzigartigkeit jeder Frau ist der Informationsbedarf unterschiedlich. Aus diesem Grund müssen sich Pflegepersonen Zeit nehmen und in einem Dialog den Informationsbedarf regelmäßig erheben und evaluieren, um den Patientinnen die nötige Auskunft geben zu können. Pflegekräfte müssen jedoch dementsprechend geschult werden, um in der Lage zu sein, Informationen verständlich zu übermitteln.

**Schlüsselwörter:** Health Literacy, Brustkrebs, Frauen, Pflege

## **Abstract**

**Background:** The concept of Health Literacy is important for cancer patients, especially when they have to understand health-relevant information and make health-promoting decisions. Since breast cancer is one of the most common types of cancer among women, the information needs of breast cancer patients are high.

**Aim:** The aim of this bachelor thesis is to identify the most promising nursing measures for promoting health literacy among women with breast cancer.

**Methods:** A literature review was chosen as research design to answer the research question. From the beginning of October to the end of November 2018, a literature research was conducted by means of the databases PubMed and CINAHL. In addition, a hand search was carried out in Google Scholar to find the best available research. Afterwards the quality of the studies was critically assessed by means of an evaluation sheet to check the quality of the studies.

**Results:** The results show that breast cancer patients need different types of information due to their current life situation. Women who receive chemotherapy have different questions than women who will undergo surgery in the future. There is agreement on the probably most successful way health professionals can provide information. It is often suggested that taking time and omitting medical jargon are sufficient to make patients understand the information given to them.

**Conclusion:** Due to the uniqueness of each woman, the information needs are individual. For this reason, caregivers must take time to regularly assess and evaluate the patients' needs in a dialogue to be able to give the right amount and kind of information to them. Nursing staff must be trained accordingly to transmit information in an understandable way.

**Keywords:** Health Literacy, Breast Cancer, Women, Care

# 1 Einleitung

Menschen stehen heutzutage häufig in einem Widerspruch. Einerseits stehen sie vor der Herausforderung eigene Entscheidungen zugunsten ihrer Gesundheit zu treffen und ihre Angehörigen durch Gesundheitsversorgungssysteme zu führen. Andererseits werden sie auf solche Aufgaben weder vorbereitet, noch dabei unterstützt. Es stellt eine enorme Schwierigkeit dar, sich in den Gesundheitssystemen zurechtzufinden (WHO 2013).

Im folgenden Kapitel wird sowohl das Konzeptmodell Health Literacy definiert, als auch das Krankheitsbild Brustkrebs erklärt. Unter anderem werden auch die Risikofaktoren, die Symptome und die Behandlung der Erkrankung geschildert.

## 1.1 Health Literacy

Zu Health Literacy gibt es eine Vielzahl an deutschen Übersetzungen. Doch jene, die am häufigsten verwendet wird, ist Gesundheitskompetenz. In dieser Arbeit wird jedoch der Ausdruck Health Literacy benutzt, da dieser überwiegend in der wissenschaftlichen Literatur, auch in deutschsprachigen Veröffentlichungen, zu finden ist. Health Literacy ist ein Begriff, der in den 1970ern entstanden ist und weltweit Beachtung gefunden hat (Sorensen et al. 2012).

Er wird immer häufiger in den Medien, in der Gesundheitspolitik und auch in wissenschaftlichen Artikeln verwendet. Durch eine Reihe von Studien, die zeigen, dass es Zusammenhänge zwischen der eigenen Gesundheit und der Basisbildungen (Lesen, Rechnen und Schreiben) gibt, gewinnt das Konzept der Health Literacy an Bedeutung (Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz 2018a). Diese Kompetenz verschafft Menschen Zugang zu gesundheitsrelevanten Informationen und ermöglicht es ihnen diese zu verstehen, zu beurteilen und jene für gesundheitsrelevante Entscheidungen zu nutzen, um die eigene Lebensführung gesünder zu gestalten. Demnach die Kompetenz medizinische Informationen zu beschaffen, deren Bedeutung zu verstehen, die Informationen zu evaluieren und

interpretieren und mithilfe dieses Wissens Entscheidungen über die eigene Gesundheit zu treffen (Sommerhalder & Abel 2007).

### **1.1.1 Definitionen und Konzeptmodell**

Health Literacy wurde ursprünglich als „Gesundheits-Alphabetisierung“ verstanden und beinhaltet Fertigkeiten wie Lesen, Rechnen oder das Verstehen von Informationen (Steinbach 2017).

1998 erweiterte die „World Health Organization“ den Begriff und fügte die kognitive Fähigkeit und die sozialen Faktoren hinzu, welche die Stärkung der Gesundheitskompetenz beeinflussen (WHO 1998).

In einem systematischen Review von Sorensen et al. (2012) wurden 17 Definitionen von Health Literacy verglichen und zu einer Definition zusammengefügt. Diese Arbeit richtet sich nach dieser Definition, da sie verschiedene Ansätze beinhaltet und einen Zusammenschluss mehrerer Definitionen darstellt.

*„Health literacy is linked to literacy and entails people’s knowledge, motivation and competences to access, understand, appraise, and apply health information in order to make judgments and take decisions in everyday life concerning healthcare, disease prevention and health promotion to maintain or improve quality of life during the life course“ (Sorensen et al. 2012).*

[„Gesundheitskompetenz steht im Zusammenhang mit Bildung und umfasst Wissen, Motivation und die Kompetenz auf Informationen zuzugreifen, sie zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um sich ein Urteil zu bilden und Entscheidungen im alltäglichen Leben über Therapie und Versorgung, Prävention und Gesundheitsförderung treffen, um die Lebensqualität während der gesamten Lebensspanne zu fördern und zu verbessern.“ (Übersetzt von H.T)]

Nach Sorensen et al. (2012) sind die wichtigsten Komponenten, um Health Literacy zu steigern, sowohl Wissen und Kompetenz als auch die Motivation von Personen. Laut Abbildung 1 erfordert der Prozess zur Förderung von Health Literacy vier verschiedene Kompetenzen: Zugang zu Gesundheitsinformationen suchen und erhalten, die gewonnenen Informationen verstehen, beurteilen und interpretieren und die Informationen zu nutzen, um Entscheidungen zu treffen, die die Gesundheit erhalten und verbessern. Diese Fähigkeiten ermöglichen einer Person sich in drei Bereichen zu bewegen: als Patientin und Patient im Gesundheitswesen, als krankheitsgefährdeter Mensch in der Krankheitsprävention und als Bürgerin und Bürger in der Gesundheitsförderung. Wenn eine Person die Schritte dieses Prozesses in jedem der drei Bereiche durchläuft, ist sie in der Lage, durch Anwendung der allgemeinen Lese- und Rechenfähigkeit sowie der spezifischen Fähigkeit von Health Literacy, Kontrolle über die eigene Gesundheit zu übernehmen. Das Modell beschreibt auch situationsbezogene, persönliche oder umweltbezogene Faktoren, die Einfluss auf den Prozess haben können (Sorensen et al. 2012).

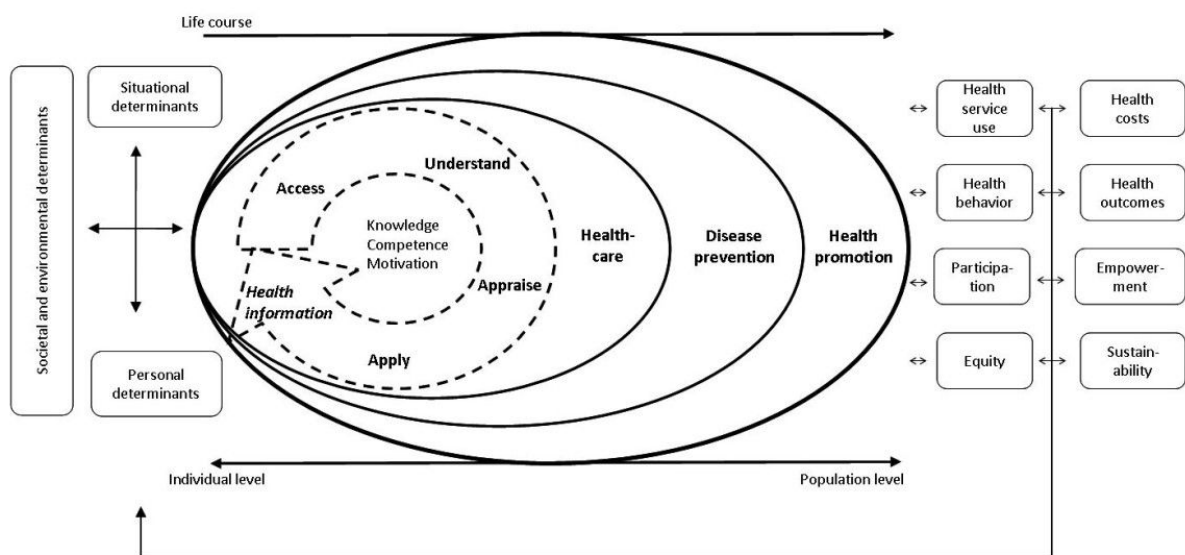


Abbildung 1 - Kompetenzmodell nach Sorensen et al. (2012)

Das Ziel einer ausgeprägten Health Literacy ist es, dass Menschen ihre Lebensverhältnisse verstehen und auch das Wissen haben, diese verändern zu können.

Nach Kickbusch et al. (2005) kann das Stärken von Health Literacy als Teil von Empowerment-Prozessen betrachtet werden. Je höher Health Literacy ausgeprägt ist, desto weiter können Empowerment-Prozesse vorangetrieben werden. Zum Beispiel indem sich Menschen für ihre Gesundheitsanliegen einsetzen (Steinbach 2017).

Kickbusch (2014) beschreibt fünf Bereiche, die sich mit Health Literacy befassen:

1. Kompetenzbereich persönliche Gesundheit: dieser Bereich umfasst das Wissen über Gesundheit, das gesundheitsfördernde Verhalten und die Selbstpflege.
2. Kompetenzbereich Systemorientierung: beinhaltet die Fähigkeit sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden.
3. Kompetenzbereich Konsumverhalten: die Entscheidungsfähigkeit hinsichtlich Konsums und Dienstleistungen unter gesundheitlichen Gesichtspunkten.
4. Kompetenzbereich Gesundheitspolitik: betrifft das gesundheitspolitische Handeln, zum Beispiel das Einsetzen für Gesundheitsrechte.
5. Kompetenzbereich Arbeitswelt: sich in der Arbeit vor Unfällen zu schützen und für Sicherheit zu sorgen (Kickbusch & Hartung 2014).

### **1.1.2 Health Literacy in Europa (HLS-EU Studie)**

2011 wurde die Studie „Health Literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey“ von Sorensen et al. (2015) durchgeführt. Das Ziel dieser Studie war, herauszufinden, wie Health Literacy in der Bevölkerung der beteiligten Länder verteilt ist. Ein Fragebogen wurde gestaltet, der das Verstehen, das Beurteilen und das Anwenden von Informationen befragt, um gesundheitsrelevante Entscheidungen treffen zu können. Österreich schnitt im Vergleich zu den anderen sieben europäischen Ländern unter dem Durchschnitt ab. 56,4% der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, mehr als die Hälfte, weisen eine

inadäquate, beziehungsweise problematische Gesundheitskompetenz auf. Wobei der Durchschnitt aller beteiligten Länder, die eine inadäquate oder problematische Gesundheitskompetenz aufweisen, bei 47,6% liegt. Die Ergebnisse dieser Studie zeigten, dass Menschen mit schlechtem Gesundheitszustand, mit hoher Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten, niedrigerem sozioökonomischen Status, geringer Bildung und höherem Alter, niedrigere Health Literacy aufweisen. Die Resultate zeigen, dass eine schlechtere Gesundheit und damit einhergehend höhere Anforderungen an die Gesundheitsdienste mit geringerer Health Literacy einhergeht.

Aus diesem Grund wurden in Österreich 2012 von Vertreterinnen und Vertretern aus Politik und Gesellschaft zehn Gesundheitsziele entwickelt, um die Gesundheit und Lebensqualität zu fördern. Das dritte Ziel wurde als die Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung beschrieben und ist jenes mit der höchsten Priorität für Österreich.

Wichtig ist es, vor allem benachteiligten Gruppen, den Zugang zu gesundheitsrelevanten Informationen zu erleichtern und den Menschen die Bedeutung der Gesundheitsvorsorge bewusst zu machen (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen 2012).

Das Konzept der Health Literacy ist besonders im Umfeld von Krebserkrankten, wo das Treffen von Entscheidungen immer komplexer wird, wichtig. Angemessene Health Literacy ist von enormer Bedeutung für effektive Krebsprävention und Selbstmanagement (Koay, Schofield & Jefford 2012). Besonders bei Brustkrebs, da diese Krebserkrankung die häufigste bei Frauen ist, müssen die Erkrankten meist eine beängstigende Diagnose bewältigen, welche oft mit Belastungen einhergeht. Der Informationsbedarf ist besonders hoch bei Patientinnen mit Brustkrebs (Halbach et al. 2016).

## **1.2 Die Brust**

Die Brust (lat. Mamma) ist das Symbol der Weiblichkeit und Erotik und gehört zum Prozess des Frau-Werdens (Marquard 2008).

## 1.2.1 Aufbau der Brust

Die weiblichen Brüste zählen zu den sekundären Geschlechtsmerkmalen und befinden sich bei einer Frau zwischen der dritten und sechsten Rippe und dem Brustbein. Im Zentrum der Brust liegt die Brustwarze (Mamille), welche viele Nervenendigungen enthält und deshalb empfindlich bei Berührungen reagiert. Dadurch kann in der Stillphase der Milcheinschuss ausgelöst werden. Die Brust wird in vier Quadranten geteilt, um die Lokalisation krankhafter Veränderungen der Brust zu beschreiben (Stein 2008):

- I. oben außen
- II. unten außen
- III. oben innen und
- IV. unten innen (Stein 2008).

Die häufigste Lokalisation von Brustkrebs ist, wie in Abbildung 2 ersichtlich, mit einer Häufigkeit von 54%, der obere äußere Quadrant. Der Tumor kann sich auch multizentrisch, also in verschiedenen Quadranten, befinden oder es können auch mehrere Karzinome innerhalb eines Quadranten diagnostiziert werden. In Abbildung 2, auf der rechten Seite, sind die verschiedenen Metastasierungsrichtungen ersichtlich (Brüggemann 2018a).

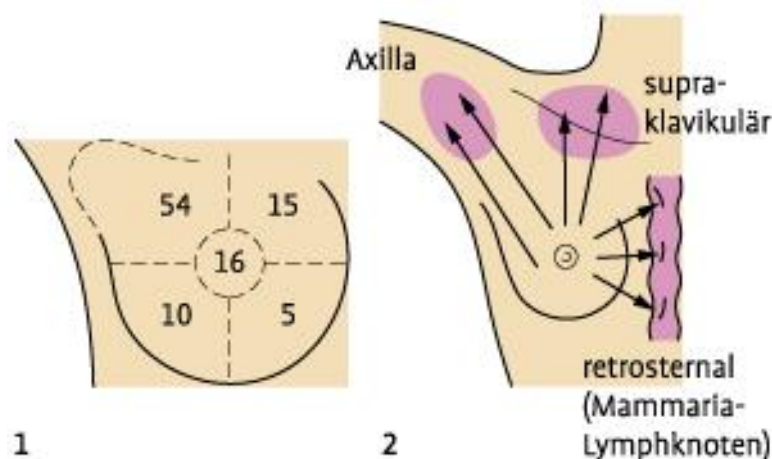


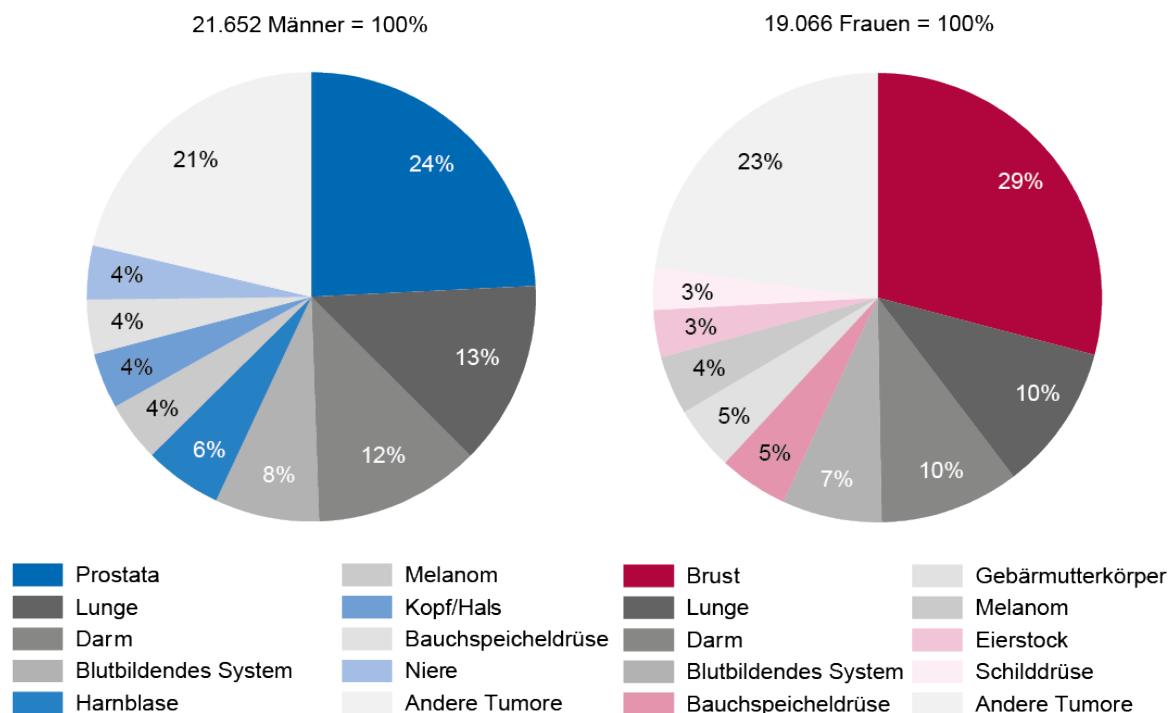
Abbildung 2 - Einteilung nach der Lokalisationshäufigkeit & die Richtungen der Metastasierung (Brüggemann 2018a)

## 1.2.2 Das Mammakarzinom

Das Mammakarzinom wird als Karzinom der Brustdrüse (Mamma) definiert und zählt zu den häufigsten Krebserkrankungen bei Frauen (Brüggemann 2018b).

2014 erkrankten 5.480 Frauen in Österreich an Brustkrebs und 2015 wurden 90 Männer mit dieser Erkrankung diagnostiziert. 32 von 100.000 Frauen und 0,7 von 100.000 Männern starben 2015 in Österreich an Brustkrebs. In Abbildung 3 ist ersichtlich, dass mit 29% das Mammakarzinom die häufigste Tumorerkrankung bei Frauen ist. Wobei knapp dahinter, mit 23%, der Tumor im Gebärmutterkörper liegt. Links davon ist herauszulesen, dass das Prostatakarzinom die häufigste Tumorart bei Männern ist (Statistik Austria 2019). Die höchste Neuerkrankungsrate zeigte sich in den Bundesländern Kärnten und Tirol. (Statistik Austria 2018).

**Die häufigsten Tumorlokalisationen nach Geschlecht (2016)**



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichisches Krebsregister (Stand 19.12.2018). Erstellt am 10.01.2019.

Abbildung 3 - Die häufigsten Tumorlokalisationen nach dem Geschlecht (Statistik Austria 2019)

### **1.2.2.1 Risikofaktoren, Symptome, Diagnostik und Therapie**

Eine Vielzahl an Risikofaktoren kann zu der Entstehung von Brustkrebs beitragen. Der Hauptrisikofaktor ist das Alter und, wie bei vielen anderen Tumorarten, die Genetik. Die Wahrscheinlichkeit an Brustkrebs zu erkranken, steigt in späten Jahren. Andere Faktoren, die Brustkrebs fördern, sind eine frühe Menarche, Kinderlosigkeit oder späte Geburt, Adipositas und erhöhter Alkoholkonsum (Kunze 2011).

Das Leitsymptom des Mammakarzinoms ist eine tastbare, knotenförmige Veränderung in der Brust oder Achselhöhle. Weiters werden das einseitige Einziehen der Brustwarze, der einseitige Flüssigkeitsaustritt aus der Brustwarze oder eine generelle Lage- und Größenveränderung der Brust als Symptome gesehen (Feffer-Holik 2016).

Der klinische Verlauf ist abhängig vom Tumorstadium, Differenzierungsgrad und ob die Lymphknoten befallen sind (Brüggemann 2018a).

Nicht nur die Anamnese und Symptome sind relevante Informationen für die Diagnostik, sondern auch eine Beurteilung durch bildgebende Maßnahmen muss durchgeführt werden. Die wichtigste bildgebende Untersuchung bei Brusterkrankungen ist die Mammografie. Sie ist weder invasiv noch kostenintensiv und der Zeitaufwand ist nur sehr gering. Um jedoch ein Mammakarzinom ausschließen oder diagnostizieren zu können, sind ergänzende Methoden, wie eine Sonographie oder ein MRT der Brust, notwendig (Fuchsjäger 2011).

Der wichtigste Teil der Behandlung eines Mammakarzinoms ist die Entfernung des Primärtumors. Wenn möglich wird eine brusterhaltende Resektion des Tumors durchgeführt. Bei ungünstigem Größenverhältnis zwischen Brust und Tumor oder bei Befall der Lymphknoten ist eine Mastektomie indiziert (Aebi 2008). Als Mastektomie bezeichnet man die vollständige Entfernung der Brust, die jedoch mit Hilfe der plastischen Chirurgie wieder rekonstruiert werden kann (Feffer-Holik 2016). Weiters können prä- und postoperativ noch Hormontherapien, Chemotherapien, Radiotherapien und Immuntherapien durchgeführt werden. Das Ziel dieser zusätzlichen Behandlungen ist es, das Rezidiv- und Sterberisiko zu minimieren. (Aebi 2008).

Nach diesem Verlauf ist die Nachsorge von großer Bedeutung. Wichtig ist, dass nach den ersten drei Jahren nach der Primärtherapie vierteljährlich eine gynäkologische Untersuchung durchgeführt wird, um frühzeitig ein Rezidiv zu erkennen. Nach einer brusterhaltenden Operation ist eine Mammografie, bei der betroffenen Brust halbjährlich und bei der nicht betroffenen jährlich, empfohlen. Bei klinischem Verdacht auf Rezidiv oder Metastasen ist es von enormer Wichtigkeit Labordiagnostiken und bildgebende Verfahren regelmäßig durchzuführen (Brüggemann 2018a).

Bei dieser Erkrankung wird eine 5-Jahres-Überlebensrate von circa 84% prognostiziert. Jedoch wird dies von Faktoren wie Alter, Tumorgöße, Grading, Hormonstatus oder Lymph- und Blutinvasion beeinflusst (Brüggemann 2018a).

Um frühzeitig diesen Tumor zu erkennen, ist es von Bedeutung die Patientinnen aufzuklären und vermeidbare Risikofaktoren zu reduzieren. Sekundär sind regelmäßige Screenings im Rahmen der Krebsfrüherkennungsuntersuchung notwendig. Dazu wird im Allgemeinen zwischen dem 50. Und 70. Lebensjahr empfohlen, Mammografien durchzuführen und Patientinnen zur Selbstuntersuchung der Brust zu schulen (Brüggemann 2018a).

### **1.2.2.2 Die Selbstuntersuchung der Brust**

Empfohlen wird die Selbstuntersuchung der Brust ab dem 20. Lebensjahr und ohne obere Altersgrenze. Einmal im Monat, circa 5 Tage nach der Menstruation oder zumindest jeden Monat ungefähr zum selben Zeitpunkt, soll eine Durchführung stattfinden. Sinnvoll ist es, die Brust in liegender Position zu untersuchen. Anfänglich soll mit den Fingerkuppen der drei mittleren Finger von der Achselhöhle auf- und abwärts in mehreren Bahnen getastet werden. Auf der Brust soll die Abtastung in kreisförmigen Bewegungen erfolgen. Drei Kreise sollen abgetastet werden und es ist notwendig nach jeder Kreisbewegung den Druck auf die Brust zu verstärken. Diese Untersuchungsmethode bietet keinen Ersatz für die Mammographie, sie schafft jedoch Vertrautheit zur Brust, um Veränderungen frühzeitig erkennen zu können (Glaus 2008).

### **1.2.2.3 Vorsorgeuntersuchungen in Österreich**

Das EU-weit verbreitete Brustkrebsfrüherkennungsprogramm wurde 2014 auch in Österreich eingeführt. Dieses Programm wurde für die nicht an Brustkrebs erkrankten Frauen durchgeführt, also jene deren Mammografiebefund unauffällig war beziehungsweise jene, die noch nie bei einer Mammografieuntersuchung waren. Frauen zwischen dem 45. und 70. Lebensjahr erhalten eine Erinnerung in der Form eines Schreibens zur Mammografie, sowie Auflistungen von Stellen, die eine Mammografie anbieten. Jedoch ist es nicht nötig auf diese Erinnerung zu warten, um Früherkennungsuntersuchungen durchführen zu können. Frauen zwischen 40 und 44 Jahren, sowie Frauen ab 70 Jahren, erhalten solch eine Erinnerung nicht. Jedoch können sie ihre E-Card freischalten lassen, um an diesem Programm teilnehmen zu können. Für alle sozialversicherten Österreicherinnen und Österreicher ab dem 40. Lebensjahr ist die Teilnahme an diesem Programm gratis (Österreichische Krebshilfe 2013).

### **1.3 Pflegerelevanz**

Der Pflege wird international eine zentrale Rolle bei der Förderung von Health Literacy zugewiesen (Kolpatzik, Schaeffer & Vogt 2018). 2016 wurde eine neue Novelle des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes veröffentlicht. In diesem Gesetz wurden das Berufsbild und der Kompetenzbereich des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege genau definiert. Darin wurde verankert, dass die Aufgabe der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflege darin besteht, Strategien, Konzepte und Programme zur Stärkung von Health Literacy zu entwickeln. Der Bereich der pflegerischen Kernkompetenzen umfasst nicht nur die Planung, Durchführung und Kontrolle pflegerischer Tätigkeiten, sondern auch die Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitsberatung (Rechtsinformationssystem des Bundes 2016). Ziel ist, dass Pflegenden in Österreich das Konzept Health Literacy in den Berufsalltag integrieren und sich vergewissern, dass durch leicht verständliche Informationsübermittlung auch jene Patientinnen und Patienten erreicht werden, die eine geringe Gesundheitskompetenz aufweisen (Speros 2011).

### **1.3.1 Die Breast Care Nurse**

In Österreich ist die Breast Care Nurse bereits in einigen Krankenanstalten aufzufinden. Ihre Aufgaben sind nicht nur die unterstützende Pflege und die Zusammenarbeit mit anderen Disziplinen, sondern auch das Informieren und Aufklären von Patientinnen und Patienten mit Brustkrebs. Diese spezialisierte Pflegeperson wird in die Diagnosemitteilung bei erkrankten Frauen und Männern miteinbezogen und wirkt bei den Behandlungsplänen bis zur Nachsorge mit. Eine Breast Care Nurse nimmt nicht nur in Krankenhäusern, sondern auch in Palliativeinrichtungen und spezialisierten Brustzentren eine bedeutende Rolle ein. Dafür ist jedoch eine spezialisierte Ausbildung in Österreich zu absolvieren (Habersack & Lohrmann 2011).

2010 schlossen die ersten 18 Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen in Österreich den Lehrgang für Breast Care Nurses positiv ab (Barmherzige Brüder 2016).

Die Ausbildung in Österreich wird berufsbegleitend angeboten, umfasst 280 theoretische Unterrichtseinheiten und 40 Stunden Praktikum nach Wahl. Das Ziel dieser Ausbildung ist es, dass die Absolventinnen und Absolventen in der Lage sind Patientinnen und Patienten und deren Angehörige von der Diagnosestellung bis zur Nachsorge durch den ganzen Krankheitsverlauf zu betreuen und auch Patientinnen und Patienten über Vorsorge, Therapiemöglichkeiten und medizinische Interventionen zu informieren. Teilnahmevoraussetzungen für die Weiterbildung zur Breast Care Nurse sind ein abgeschlossenes Diplom für Gesundheits- und Krankenpflege, EDV Kenntnisse und zweijährige Berufserfahrung (Ausbildungszentrum West o. J.).

### **1.3.2 Forschungslücke**

In erster Hinsicht kommt der Begriff Health Literacy in der Forschung zu selten vor, obwohl diese Bezeichnung immer häufiger in den Medien verwendet wird. Wie im Kapitel zuvor angeführt, ist es die Aufgabe einer Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson Health Literacy zu stärken. Jedoch wird Health Literacy in der Literatur hauptsächlich mit der Medizin in Verbindung gebracht und die Pflege spielt

selten eine Rolle. Die Forschung befasst sich unter anderem vermehrt mit der Problematik von Brustkrebs und den Möglichkeiten präventiv dagegen vorzugehen, jedoch fehlt der Zusammenhang zwischen dem Begriff Health Literacy und bereits an Brustkrebs erkrankten Frauen. Dieses Wissen ist jedoch wichtig, um als Pflegeperson Health Literacy bei Frauen mit Mammakarzinom zu stärken, damit eine eigene Entscheidungsfindung möglich gemacht wird.

Weiters fehlen in der Literatur geeignete Messinstrumente, um Health Literacy speziell bei brustkrebserkrankten Frauen zu messen. Dadurch stellt es eine enorme Schwierigkeit dar, herauszufinden welche Patientin geringe Health Literacy aufweist und bei wem noch Aufklärungsbedarf besteht.

#### **1.4 Forschungsziel und Forschungsfrage**

Das Ziel dieser Bachelorarbeit ist es herauszufinden, welche Maßnahmen seitens der Pflege anzuwenden sind, um Health Literacy bei brustkrebserkrankten Frauen fördern zu können.

Davon lässt sich folgende Forschungsfrage ableiten:

Welche Maßnahmen sind seitens der Pflege anzuwenden, um Health Literacy bei brustkrebserkrankten Frauen zu fördern?

## 2 Methoden

In diesem Kapitel wird die genaue Vorgehensweise dieser Arbeit erläutert. Zu Beginn wird das Forschungsdesign definiert, anschließend wird die Methode der Datensammlung und der Datenanalyse näher beschrieben.

Als Forschungsdesign dieser Arbeit wurde ein Literaturreview gewählt, um die Forschungsfrage zu beantworten. Ein Literaturreview ist eine Zusammenfassung der aktuellen Forschungsergebnisse zu einem Forschungsproblem. Nach Forschungsergebnissen wird in einem Suchprotokoll recherchiert, um eine spezifische Forschungsfrage beantworten zu können (Polit & Beck 2017).

### 2.1 Literaturrecherche

Im Zeitraum von Oktober bis November 2018 fand die Literatursuche in den Datenbanken PubMed (Public Medical Literature Online) und CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) statt. In den Datenbanken wurden englische Suchbegriffe verwendet, da das Spektrum der in Englisch verfassten Studien überwiegt.

In diesem Zeitraum fanden ebenfalls Treffen mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Frauengesundheitszentrums Graz und der Pflegeleitung der Breast Care Nurses am LKH Univ. Klinikum Graz statt, um relevante Literatur auszutauschen.

Wie in Tabelle 1 ersichtlich, wurden folgende Suchbegriffe eingesetzt: health literacy, patient education, health education, information literacy, breast neoplasms, nursing interventions, risk und prevention. Diese wurden als Stichwörter und wenn möglich als MeSH-Terms (Medical Subject Headings) verwendet und mit den Booleschen Operatoren „AND“, „OR“ und „NOT“ verknüpft.

MeSH-Terms sind Schlagwörter, die von Fachexpertinnen und Fachexperten mehreren Artikeln zugeordnet werden (Kleibel & Mayer 2011). Die Suchbegriffe wurden auf verschiedene Weisen verknüpft und die Suchstrategie mit den meisten

Studien, welche die Forschungsfrage am besten beantworten können, wurde verwendet, um Artikel zu finden.

Da in dieser Arbeit nur möglichst aktuelle Studien verwendet werden, wurden die Ergebnisse auf die letzten zehn Jahre beschränkt. Zusätzlich wurde eine Handsuche durchgeführt, wie etwa auf Google Scholar. Hier wurden die gleichen Limitationen (nicht älter als zehn Jahre und auf Englisch) wie in den anderen Datenbanken benutzt, um auf passende Ergebnisse zu stoßen. Die ersten fünf Seiten wurden durchsucht, wobei viele Treffer die gleichen waren wie auf PubMed und CINAHL. In bereits gefundenen Studien wurden die Referenzlisten durchgesehen, um weitere relevante Literatur zu finden.

Die nachfolgende Tabelle zeigt die Suchstrategie in den wissenschaftlichen Datenbanken, die Filter, die gesetzt wurden und die Trefferanzahl.

*Tabelle 1 - Suchstrategien in den Datenbanken PubMed und CINAHL*

| <b>Datenbanken</b> | <b>Suchbegriffe</b>  | <b>Filter</b>       | <b>Ergebnisse</b> |
|--------------------|--|---------------------|-------------------|
| <b>PubMed</b>      | <pre> (((((((((((((((health literacy[Title/Abstract]) OR health literacy[MeSH Terms]) OR health education[Title/Abstract]) OR health education[MeSH Terms]) OR patient education[Title/Abstract]) OR patient education[MeSH Terms]) OR information literacy[Title/Abstract]) OR information literacy[MeSH Terms]) AND breast neoplasm[Title/Abstract]) OR breast neoplasm[MeSH Terms]) AND nursing interventions[Title/Abstract]) NOT prevention[Title/Abstract]) NOT risk[Title/Abstract]) </pre> | 10 Jahre<br>English | 20                |

|               |   |                      |    |
|---------------|---|----------------------|----|
| <b>CINAHL</b> | ((((MH "health literacy" OR "health literacy" OR MH patient education OR patient education OR MH health education OR health education) AND (MH breast neoplasms OR breast neoplasms) AND (nursing interventions OR MH nursing interventions) NOT (risk OR prevention) | 2009-2018<br>English | 51 |
|---------------|---|----------------------|----|

## 2.2 Auswahl und Beurteilung der Studien

Eingeschlossen wurden nur Studien, die auf Health Literacy bzw. Gesundheitsedukation bei brustkrebserkrankten Frauen, unabhängig vom Erkrankungsstadium, eingehen. Ein Ausschlusskriterium war die Untersuchung von Patientinnen, die die Krankheit bereits überstanden haben. Weiters wurden Studien, in denen es sich um die Risikofaktoren oder die Vorbeugung von Brustkrebs handelt, exkludiert.

In einem Literaturverwaltungsprogramm (EndNote X8) wurden sämtliche Studien aus den Datenbanken und die, welche mittels Handsuche recherchiert wurden, gesammelt und, wie in Abbildung 3 ersichtlich, die Duplikate entfernt. Anschließend wurde ein Titel- und Abstractscreening durchgeführt, um nicht geeignete Studien zu exkludieren. Hier wurden der Titel und Abstract nach dem Inhalt überprüft und die Variablen begutachtet. Nachfolgend wurden die Volltexte der 21 Artikel genau beurteilt und dementsprechend aussortiert. Die übrigen zehn Studien wurden mit dem Bewertungsbogen Hawker et al. (2002) kritisch beurteilt, um die Qualität der Studien zu ermitteln. Dieses Beurteilungsinstrument kann sämtliche Studiendesigns bewerten. Mittels dieser Beurteilungsmethode wird jedes Kapitel der Studien einzeln begutachtet. Dieses Instrument nach Hawker et al. (2002) wird in neun Abschnitte unterteilt: Abstract and title, Introduction and aims, Method and data, Sampling, Data analysis, Ethics and bias, Results, Transferability or generalizability, Implications and usefulness. Jedem Abschnitt können Punkte von 1 bis 4 zugeteilt werden (*Very Poor* = 1, *Poor* = 2, *Fair* = 3, *Good* = 4.) In Summe ergibt sich daraus

ein Qualitätsscore. Nur Studien, die über 60% der maximalen Punkteanzahl erreicht haben, wurden in diese Arbeit eingeschlossen. Diese Prozentangabe wurde von der Autorin festgelegt, welche auch die Studien mittels dieses Beurteilungsbogens selbst bewertet hat. Alle zehn Studien haben das Limit erreicht und konnten für dieses Review verwendet werden. In der unten ersichtlichen Abbildung wird der Auswahlprozess dargestellt.

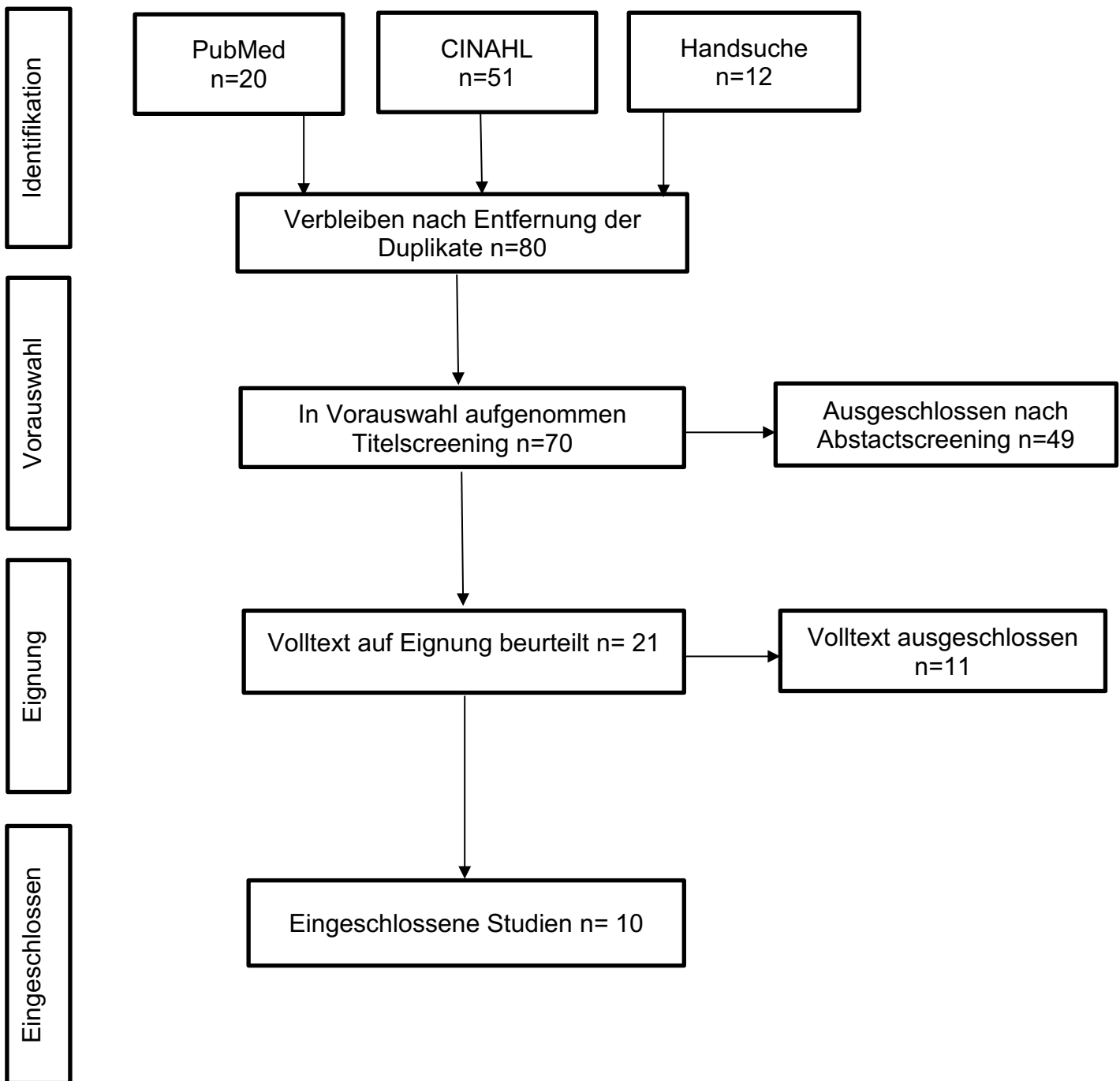


Abbildung 4 - Flowchart nach dem Schema des PRISMA-Statement (Ziegler, Antes & König 2011)

### 3 Ergebnisse

Die angeführten Tabellen beschreiben die groben Inhalte der inkludierten Studien. Autoren, Jahr, Land, Forschungsdesign und Datenerhebung, Stichprobe und Setting und die wichtigsten Ergebnisse werden anbei zusammengefasst und geben einen Überblick.

Tabelle 2 - Zusammenfassung der Ergebnisse der eingeschlossenen Studien

| <b>Autor, Land</b>   | <b>Jahr,</b> | <b>Ziel</b>   | <b>Forschungsdesign &amp; Datenerhebung</b>         | <b>Stichprobe &amp; Setting</b>   | <b>Zusammenfassung der Ergebnisse</b>   |
|--|--------------|---|---|---|---|
| Schmidt, Ernstmann, Wesselmann, Pfaff, Writz, M. & Kowalski, C.<br>2016<br>Deutschland |              | Das Ziel war es, den Informationsbedarf von Brustkrebserkrankten zu beschreiben und sich mit den Aspekten von Health Literacy in Verbindung zu setzen sowie verschiedene Gesundheitsberufe zu kontaktieren. | Multi-Center-Studie<br><br>Interviews, Fragebögen   | 1248 brustkrebserkrankte Frauen, 10 Wochen nach der Operation, die an der PIAT <sup>1</sup> -Studie teilgenommen haben.<br><br>Der Fragebogen wurde von den Frauen zuhause beantwortet. | •Den höchsten Informationsbedarf gibt es im Bereich Umgang mit langfristigen Nebenwirkungen, Nachsorge nach der Behandlung, genetische Vererbung, Maßnahmen zur Rehabilitation und Erschöpfung. |
| Campbell-Enns, H. J., Woodgate, R. L. & Chochinov, H. M.<br>2017                       |              | Das Ziel war es, die Erfahrungen bei Entscheidungen, die brustkrebserkrankte Frauen bei der Wahl der  | Grounded Theory<br><br>Halbstrukturierte Interviews | 22 Frauen, die seit mindestens einem Jahr die Diagnose Brustkrebs haben oder seit einem Jahr behandelt werden.<br>Ambulanter Bereich  | •Der medizinische Fachjargon als Barriere in der Kommunikation.<br>•Informationsübermittlung „zu persönlich“ oder „zu unpersönlich“,  |

<sup>1</sup> Ist eine prospektive multizentrische Kohortenstudie, in welcher mittels Fragebogen patientenseitige Informationsbedürfnisse nach einer Operation ermittelt wurden (Schmidt et al. 2015).

|   |  |   |   |  |
|---|--|---|---|--|
| Kanada  | Therapie treffen, zu untersuchen.  |   |   | Patientinnen fehlen Ansprechpartner. Kontaktinformation einer spezialisierten Pflegeperson.  |
| Boman, E. L., Sandelin, K., Wengström, Y. & Silén, C.<br>2017<br>Schweden | Das Ziel war es, zu erklären, wie Frauen während einer Brustkrebserkrankung über die eigene Erkrankung, Versorgung, Pflege und Lebenssituation lernen und sie verstehen. | Qualitatives Design<br><br>Halbstrukturierte Interviews | 16 Frauen, die an Brustkrebs erkrankt sind und schwedisch sprechen und verstehen.<br><br>Operative und onkologische Einrichtungen in Schweden | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dialoge mit Gesundheitspersonal machen individuelle Fragestellungen möglich.</li> <li>• Zeit nehmen und sichergehen, dass die Patientin die Informationen versteht.</li> <li>• Gemeinsam Informationsbroschüren lesen und besprechen.</li> <li>• Dramatische Stimme oder die Hand auf die Schulter legen, kann Unsicherheit und Angst übermitteln.</li> </ul> |

|   |   |  |   |  |
|---|---|--|---|--|
| <p>Recio-Saucedo, A., Gilbert, W. A., Gerty, Sue., Cutress, I. R., Eccles, D. &amp; Foster C.</p> <p>2018</p> <p>Großbritannien</p> | <p>Ziel war es, ein Verständnis der Informationsbedürfnisse junger Frauen mit invasivem Brustkrebs zu erlangen und zu verstehen, auf welche Weise Informationen die Behandlung und Entscheidungsfindung unterstützen.</p> | <p>Qualitatives Design</p> <p>Halbstrukturierte Interviews</p>   | <p>20 brustkrebserkrankte Frauen (40 Jahre oder jünger), die zumindest eine adjuvante Therapie hinter sich haben, wurden von einer anderen Studie rekrutiert.</p>           | <ul style="list-style-type: none"> <li>•Als erstes wollen die Partizipantinnen die Diagnose und Art des Tumors wissen.</li> <li>•Kein Fachjargon.</li> <li>•Von Anfang an Informationen über die Effekte und Nebenwirkungen von nichtoperativen Behandlungen.</li> <li>•Junge Frauen wollen über die mögliche Unfruchtbarkeit nach einer Chemotherapie aufgeklärt werden.</li> <li>•Informationen vor Entscheidungen.</li> </ul> |
| <p>Trevillion, K., Singh-Carlson, S., Wong, F. &amp; Sherriff, C.</p> <p>2015</p> <p>Kanada</p>                                     | <p>Das Ziel war es, die Wirksamkeit der Brustkrebsversorgung durch Brustkrebsnavigatoren für Frauen in einer Brustgesundheitsklinik zu bewerten.</p>  | <p>Qualitatives Design</p> <p>Likert-Skala und offene Fragen</p> | <p>154 Frauen, die in einer Brustgesundheitsklinik von Brustgesundheitsnavigatoren versorgt wurden oder noch werden.</p> <p>Brustgesundheitsklinik in British Columbia.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>•Unterstützungsbedarf bezüglich psychischem und emotionalem Wohlbefinden der Patientinnen und deren Familie.</li> <li>•Zu viele Informationen können Angst hervorrufen.</li> </ul>  |

|   |  |   |   |  |
|---|--|---|---|--|
|   |  |   |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>•Informationsbedarf bezüglich Port a Carth, postoperative Hautpflege, alternative Behandlung und Krebsprävention.</li> </ul>  |
| <p>Tsuchiya, M. &amp; Horn S. A.</p> <p>2009</p> <p>Japan</p>   | <p>Das Ziel war es, den Informationsbedarf zu verschiedenen Zeitpunkten bei Frauen mit Brustkrebs untersuchen.</p>               | <p>Qualitatives Design</p> <p>Halbstrukturierte Interviews</p>                  | <p>12 japanische brustkrebserkrankte Frauen, die eine Brustoperation hatten und Zugang zum Interviewort haben.</p> <p>Brustkrebsselbsthilfegruppe</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>•Informationsbedarf: Behandlungsoptionen, Rehabilitation und körperliche Unterstützung.</li> </ul>  |
| <p>Kimiafar, K., Sarbaz, M., Sales, S., S., Esmaeili, M. &amp; Ghazvini, J., Z.</p> <p>2016</p> <p>Iran</p> | <p>Das Ziel war es, den Informationsbedarf und das informationssuchende Verhalten von Brustkrebspatientinnen zu untersuchen.</p> | <p>Querschnittsstudie</p> <p>Fragebogen: Likert-Skala und eine offene Frage</p> | <p>120 brustkrebserkrankte Frauen, die bezüglich ihrer Diagnose informiert wurden</p> <p>Onkologische Ambulanz in Mashhad.</p>                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>•Der häufigste Informationsbedarf: Krankheitsmanagement und Ernährung.</li> <li>•Das größte Problem in der Informationsübermittlung: wenig Vertrautheit mit medizinischen Begriffen.</li> </ul> |

|  |   |  |  |  |
|--|---|--|--|--|
| <p>Goss, C., Deledda, G., Bottacini, A., Chiodera, F., Mazzi, A., M., Ballarin, M., Bighelli, I., Molino, A., Fiorio, E. &amp; Zimmermann, C.</p> <p>2015</p> <p>Italien</p> | <p>Das Ziel war es, die Häufigkeit und die Art der Fragen von italienischen Brustkrebspatientinnen zu beobachten und die zusammenhängenden Faktoren zu beschreiben.</p>                       | <p>Beobachtungsstudie</p> <p>Qualitative Datenerhebung (Tonbandaufnahmen)</p> <p>Quantitative Datenerhebung (Fragebogen)</p> | <p>95 Brustkrebs erkrankte Frauen, die noch keine Metastasen aufweisen.</p> <p>Ambulanz der onkologischen Station in einem Krankenhaus in Verona.</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>•Die meisten Fragen über Krankheitsmanagement, besondere Behandlungen und administratives Prozedere.</li> <li>•Wenig Fragen über Prognose, Prävention und Ätiologie.</li> </ul>   |
| <p>Sajjad, S., Ali, A., Gul, B., R., Mateen, A. &amp; Rozi, S.</p> <p>2016</p> <p>Pakistan</p>   | <p>Das Ziel war es, den Effekt von individueller Patientenaufklärung einer Pflegeperson auf die Lebensqualität von Brustkrebs erkrankten Frauen während der Chemotherapie zu untersuchen.</p> | <p>Pilotstudie</p> <p>Quasi-experimentelles Design</p> <p>Assessment</p>   | <p>50 Frauen, die über ihre Brustkrebsdiagnose aufgeklärt sind, keine psychiatrischen Erkrankungen aufweisen, Chemotherapie seit mindestens sechs Wochen erhalten und Zugang zu einem Telefon haben.</p> <p>Öffentliches Krankenhaus in Karachi.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>•Informationslücken bezüglich Ätiologie, Heilungsprozess und Symptome.</li> <li>•Die meisten Sorgen über physiologische Probleme (Fieber, Anorexia, Übelkeit/Erbrechen...)</li> <li>•Frauen berichteten, dass eine Pflegeperson während der Chemotherapie, die für Fragen bereitsteht, sich als sehr hilfreich herausstellt.</li> </ul> |

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| <p>Korber, F., S., Padula, C., Gray, J. &amp; Powell, M.</p> <p>2011</p> <p>USA</p> | <p>Das Ziel war es, die Barrieren und Verbesserung des Abschlusses der Brustkrebsbehandlung aus der Sicht der Teilnehmerinnen eines Brustgesundheitsnavigationsprogramms zu identifizieren.</p> | <p>Qualitatives Design</p> <p>Fokusgruppe und Telefoninterviews</p> | <p>13 brustkrebserkrankte Frauen, die Chemotherapie und Radiotherapie vollendet haben und eine Frau, die die Therapie noch nicht beendet hat.</p> <p>2 Krankenhäuser in den USA</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>•Unterstützung wird als „einfach nur da sein“ wahrgenommen.</li> <li>•Notwendigkeit einer stärkeren Erstaufklärung und Vorbereitung auf Nachwirkungen.</li> <li>•Interesse für alternative Behandlungen</li> <li>.</li> <li>•Navigator als Möglichkeit für Verständnis und Kommunikation im Laufe der Behandlung.</li> </ul> |
|---|---|---|---|---|

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der inkludierten Studien zusammengefasst und erläutert. Die Studien beinhalten einen quantitativen und/oder qualitativen Ansatz, mit dem sie die Maßnahmen zur Förderung von Health Literacy bei Brustkrebserkrankten Frauen beschreiben. Die oben angeführten Tabellen geben einen Einblick in die ausgewählten Studien. Die Ergebnisse werden in den unteren Absätzen in Informationsbedarf und Informationsübermittlung unterteilt. Im Abschnitt Informationsbedarf werden die Themen beschrieben, über welche Brustkrebserkrankte Frauen in verschiedenen Lebensumständen aufgeklärt werden möchten. Anschließend werden die bevorzugten Arten der Informationsbereitstellung aufgezeigt.

### **3.1 Informationsbedarf von Frauen mit Brustkrebs**

Die Studie von Schmidt et al. (2016) hebt hervor, dass zehn Wochen nach der Diagnose von Brustkrebs der Informationsbedarf von Patientinnen im Bereich der Nachsorge nach akuten Behandlungen, Umgang mit Langzeitnebenwirkungen, Vererbung von Brustkrebs und Rehabilitation am höchsten ist. In dieser deutschen Studie wurden 1248 Frauen mittels Interviews und Fragebögen über deren Bedürfnisse befragt. Die Daten wurden im Rahmen einer anderen Kohortenstudie, zehn Wochen nach der ersten Brustoperation, erhoben. Patientinnen im Erwachsenenalter, mit Kindern und geringerer Gesundheitskompetenz haben höheren Informationsbedarf bezüglich Erblichkeit der Krankheit. Die Ergebnisse zeigen, dass ein vermehrter Wissensbedarf über die Nachsorge nach der Operation mit geringer Health Literacy zusammenhängt.

Auch eine weitere Studie beschäftigt sich mit den Bedürfnissen von Frauen mit Mammakarzinom. In dieser Querschnittsstudie wurden 120 Frauen mit der Diagnose Brustkrebs befragt, mit dem Ziel den Informationsbedarf und das informationssuchende Verhalten zu untersuchen. Die Resultate zeigen, dass die Themen Langzeitnebenwirkungen der Behandlung und Ursachen der Erkrankung eine große Bedeutung für die Teilnehmerinnen haben. Jedoch auch der Bedarf an Informationen über die bestmögliche Behandlung, das Krankheitsmanagement und

die optimale Ernährung werden als notwendig beschrieben. Die Studie zeigt einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Alter und der Informationsrecherche. Jüngere Frauen neigen häufiger dazu Auskunft zu erlangen und nach Informationen zu suchen. 85% der Teilnehmerinnen wünschen sich mehr Auskunft über ihre Erkrankung (Kimiagar et al. 2016).

Fragen über Krankheitsmanagement, besondere Behandlungen und administratives Prozedere äußerten auch Teilnehmerinnen der Studie von Goss et al. (2015). Weniger Fragen jedoch stellten die Patientinnen über Prognose, Prävention und Ätiologie. Diese Observationsstudie hat das Ziel die Art und Häufigkeit der Fragen von Patientinnen zu untersuchen. In dieser Studie wurden 95 Patientinnen, zwischen 18 und 75 Jahren, in einer onkologischen Ambulanz in Italien mittels Interviews und Fragebögen befragt. Jüngere Patientinnen beziehen sich hauptsächlich auf Fragen über Nebenwirkungen der Radiotherapie und dem Krankheitsmanagement, wobei die Studien von Campbell-Enns, Woodgate und Chochinov (2017) und Recio-Saucedo et al. (2018) hervorheben, dass junge Frauen, im gebärfähigen Alter, verstehen wollen, wie sich die Erkrankung auf die Fruchtbarkeit auswirkt und ob Möglichkeiten zur Fruchtbarkeitserhaltung zur Verfügung stehen. Ältere Teilnehmerinnen legen den Schwerpunkt wiederum auf die Chemotherapie. Frauen, die zurzeit eine Chemotherapie erhalten, benötigen einen höheren Informationsbedarf bezüglich dieser Behandlung. Je länger brustkrebserkrankte Frauen über ihre Diagnose Bescheid wissen, desto mehr Fragen über Prävention kommen auf (Goss et al. 2015).

Eine britische Studie fand ebenfalls heraus, dass die Informationen zu nicht-chirurgischen Behandlungen, wie die Chemotherapie, zu den fünf bedeutsamsten Informationsbedürfnissen zählen. Die Auswirkungen nicht-chirurgischer Eingriffe waren ein Thema, über das die Teilnehmerinnen von Anfang an informiert werden wollten. Junge Frauen berichteten, dass die wichtigste Komponente des Verständnisses erstmals darin besteht alles über ihre Diagnose zu erfahren. In den Ergebnissen der Studie wird dargestellt, dass das Bedürfnis den Effekt der verschiedenen Operationen zu verstehen, sehr groß ist und ein enormes Interesse bezüglich der verschiedenen operativen Behandlungen besteht. Ähnlich wie die

Resultate der Studien von Schmidt et al. (2016) und Kimiafar et al. (2016) kam diese Studie zu dem Entschluss, dass Bedarf, über die gängigsten Langzeitnebenwirkungen der Behandlung Bescheid zu wissen, besteht. Zusammengefasst haben Frauen das starke Bedürfnis über alle möglichen Alternativen der Behandlung informiert zu sein, bevor sie Entscheidungen treffen (Recio-Saucedo et al. 2018).

Auch Jahre zuvor fand die Studie von Tsuchiya und Horn (2009) heraus, dass ein großer Bedarf im Hinblick auf die Auskunft über alle anderen Behandlungsmöglichkeiten besteht. Zwölf japanische Frauen mit der Diagnose Brustkrebs wurden über ihren Informationsbedarf befragt und berichteten von Auskunftswünschen im Hinblick auf Themen wie Rehabilitation, Lymphödeme und körperliche Unterstützung.

Die Ergebnisse von Sajjad et al. (2016) zeigten, dass ein gewisses Missverständnis bezüglich der Ätiologie von Brustkrebs, dem Heilungsprozess und den Symptomen besteht. Die Teilnehmerinnen wurden in eine Interventionsgruppe und eine Kontrollgruppe unterteilt. Die Intervention bestand aus vier Teilen: mündliche und schriftliche Patientenaufklärung, die Pflegeperson besucht die Patientinnen während der Chemotherapie und führt Telefonate mit den Teilnehmerinnen und deren Familien. Während den Telefonaten und den Informationsgesprächen berichteten die Patientinnen von Sorgen in Bezug auf die Familie, die Finanzierung und soziale Angelegenheiten. Physiologische Probleme wie Fieber, Anorexie, Übelkeit, Erbrechen und Fatigue werden als größte Sorgen beschrieben.

Korber et al. (2011) zeigen, dass für viele Frauen ein Interesse besteht, über alternative Medizin zu lernen. Auch Trevillion et al. (2015) berichteten von einem hohen Informationsbedarf im Hinblick auf alternative Behandlungen, jedoch auch auf Krankheitsprävention, Port-a-Cath und postoperative Hautpflege.

## 3.2 Informationsübermittlung

Mit dem Ziel, zu erklären wie Frauen ihre Erkrankung kennen und verstehen lernen, wurden 16 an Brustkrebs erkrankte Frauen aus Schweden mittels halbstrukturierten Interviews befragt. In die Studie eingeschlossen wurden Frauen mit primärem Mammakarzinom und mit der Fähigkeit schwedisch zu verstehen und zu sprechen. Die Ergebnisse zeigen, dass schriftliche Informationen das Verständnis unterstützen und, dass zu umfangreiche oder irrelevante Auskunft schwer zu erfassen ist (Boman et al. 2017).

Auch Trevillion et al. (2015) kommen zu dem Ergebnis, dass zu viele Informationen Angst bei der Patientin hervorrufen können.

Viele Frauen bevorzugen schrittweise Auskunft zu erhalten, wobei andere lieber alles auf einmal erfahren wollen. Es wird geschätzt, wenn Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sich bei der Informationsübermittlung Zeit nehmen, den Patientinnen Zeit geben und überprüfen ob die Auskunft auch verstanden wurde (Boman et al. 2017).

Die plötzliche Veränderung des Verhaltens des medizinischen Personals, das Kippen des Kopfes auf die Seite, eine dramatische Stimme oder das Legen der Hand auf die Schulter der Patientin kann beängstigende Informationen über die Erkrankung vermitteln. Wenn Informationen in einer ruhigen Atmosphäre geliefert werden, übermittelt die Pflegeperson Hoffnung. Das Gegenteil kann jedoch der Fall sein, wenn die Auskunft auf dramatische und beängstigende Weise stattfindet. Die Teilnehmerinnen der Studie berichteten, dass Unsicherheit entsteht, wenn eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter auf Fragen nicht antwortet oder im medizinischen Fachjargon spricht. Gut geplante Pflege gibt den Frauen das Gefühl von Sicherheit in einer vulnerablen Situation (Boman et al. 2017).

Wenn Patientinnen ihr Verständnis zum Ausdruck bringen, indem sie darüber reden, Fragen stellen oder Fähigkeiten, wie zum Beispiel das Abtasten der Brüste, zeigen, kann das Personal Notiz davon nehmen und Feedback geben (Boman et al. 2017). Auch die Studie von Korber et al. (2011) berichtet von der wichtigen Aufgabe des Personals die Informationen zu wiederholen, zu klären und zu verstärken.

Nach der Diagnose und während der Behandlung kämpfen Frauen damit, das Geschehene zu verarbeiten. Der Dialog mit dem Personal nimmt eine bedeutende Rolle für die erkrankten Frauen ein. Um die Informationen zu verstehen, benötigen die Patientinnen Gespräche mit dem Gesundheitspersonal und vor allem Zeit. Solch ein Dialog schafft Möglichkeiten für Fragen und Feedback und bietet Unterstützung, sowohl bei der Entscheidungshilfe, als auch bei der Selbsthilfe. Laut den Teilnehmerinnen der Studie kann die Vorbereitung einer Liste mit Fragen hilfreich sein, da es manchmal schwer ist, entsprechende Fragen an den Arzt verständlich zu formulieren (Boman et al. 2017).

2017 wurde eine kanadische Studie veröffentlicht, in der 22 Frauen mit Brustkrebs über ihre Erfahrungen mit Entscheidungsfindungen interviewt wurden (Campbell-Enns, Woodgate & Chochinov 2017). Wie bei Boman et al. (2017) berichteten die Teilnehmerinnen dieser Studie vom Fachjargon als Barriere zwischen den Patientinnen und dem medizinischen Personal. Auch die Teilnehmerinnen der Studie von Korber et al. (2011) berichteten von Ärztinnen und Ärzten, die eine für Patientinnen unverständliche Sprache benutzen. Nicht nur im Dialog bei Beratungsterminen, auch in Pathologieberichten wurden für Patientinnen unverständliche medizinische Fachausdrücke verwendet. Zusätzlich beschrieben die Frauen, dass sie das gesamte Spektrum an Behandlungsoptionen nicht verstanden haben (Campbell-Enns, Woodgate & Chochinov 2017).

Fehlende Kommunikation zwischen dem Personal stellte sich als bedeutendste Ursache für eine Barriere in der Informationsbereitstellung heraus. Frauen berichteten, dass dadurch das Gefühl aufkam, dass nicht das gesamte behandelnde Team in den Therapieplan involviert wurde. Auch weil sich das Personal bezüglich Diagnosen und Behandlungen nicht einig war, kam für Frauen ein Gefühl von Unbehagen bezüglich ihrer Entscheidungsfindung auf (Campbell-Enns, Woodgate & Chochinov 2017).

Die Teilnehmerinnen berichteten auch von Gesundheitspersonal, welches die Informationen zu unpersönlich oder zu persönlich übermittelten. Beides stellten Hindernisse in der Informationsübermittlung dar. Eine zu persönliche oder zu emotionale Sprache vermittelt Vertrautheit und Nähe. Das führt dazu, dass Frauen zum Beispiel der ersten empfohlenen Behandlung einwilligen und sich nicht

mehrere Auskünfte zu Alternativen einholen. So wird durch die emotionale Sprache verhindert, dass Frauen auf alle Informationen zugreifen können, die sie für eine optimale Entscheidungsfindung brauchen. Während Behandlungsinformationen zu persönlich übermittelt werden können, gibt es die Möglichkeit Auskünfte zu unpersönlich zu geben. Dies gibt vielen Frauen das Gefühl, dass für sie als wichtig empfundenen Wissen ausgelassen wird. Alles in allem wollen Frauen individualisierte Aufklärungsgespräche mit dem Gesundheitspersonal führen (Campbell-Enns, Woodgate & Chochinov 2017).

Die Unwissenheit, wen Frauen auf spezifische Fragen ansprechen dürfen, stellt sich als großes Hindernis in der Kommunikation heraus. Die Teilnehmerinnen wussten, dass ihnen grundlegende Informationen zur Verfügung standen, jedoch bestanden Unklarheiten was sie fragen sollen und an wen sie sich außerhalb der Krankenanstalt für zusätzliche Informationen wenden können (Campbell-Enns, Woodgate & Chochinov 2017).

95% der Teilnehmerinnen der Studie von Schmidt et al. (2016) fassen zusammen, dass durch eine gute Informationsbereitstellung der Informationsbedarf minimiert wird (Schmidt et al. 2016).

## 4 Diskussion

Das Ziel dieser Arbeit ist es herauszufinden, welche Maßnahmen seitens der Pflege anzuwenden sind, um Health Literacy bei brustkrebserkrankten Frauen zu fördern. Die herausgefilterten Ergebnisse konnten in „Informationsbedarf“ und „Informationsübermittlung“ unterteilt werden.

Frauen, die an Brustkrebs erkrankt sind, wünschen sich Auskunft über ihre Erkrankung (Kimiafar et al. 2016). Auch Recio-Saucedo et al. (2018) haben in ihrer qualitativen Studie herausgefunden, dass die Patientinnen zuerst alle Informationen ihrer Krankheit erhalten wollen, bevor sie eine wichtige Entscheidung über ihren Krankheitsverlauf treffen müssen. Die Art des Informationsbedarfes wird von den derzeitigen Lebensumständen beeinflusst, ob sie verheiratet sind, Kinder haben oder eine erfolgreiche Karriere vor ihnen liegt. In den zehn integrierten Studien wurden der Informationsbedarf und die Art der Informationsübermittlung genauer untersucht. Vier Studien davon beschäftigen sich mit den gewünschten Informationen, welche Frauen für sehr bedeutsam empfinden. Die Arten der Informationsübermittlung erforschten zwei Studien und vier berichteten von beiden Themengebieten.

Schmidt et al. (2016) heben hervor, dass die Auskunft über den Umgang mit Langzeitnebenwirkungen und die Nachsorge nach der Krebstherapie die bedeutsamsten sind. Wobei die Studie von Tsuchiya und Horn (2009) von Informationsbedarf im Hinblick auf Behandlungsoptionen und Rehabilitation spricht und Kimiafar et al. (2016) und Goss et al. (2015) Krankheitsmanagement als das wichtigste Themengebiet hervorheben. Der Unterschied ist, dass Schmidt et al. (2016) und Tsuchiya und Horn (2009) Teilnehmerinnen rekrutierten, die sich zuvor einer Brustoperation unterzogen haben. Wobei die Patientinnen der Studie von Kimiafar et al. (2016) und Goss et al. (2015) nicht zwingend eine Operation hinter sich haben mussten. Frauen, die einen operativen Eingriff hatten, haben andere Informationsbedürfnisse als Frauen, die mit andere Behandlungsmöglichkeiten versorgt wurden. Auch das Setting könnte einen Einfluss auf die Resultate haben.

Während die Studien von Schmidt et al. (2016) und Tsuchiya & Horn (2009) in Deutschland und in Japan stattfanden, stellten Kimiafar et al. (2016) einen Fragebogen an Frauen in einem Entwicklungsland aus.

Die Teilnehmerinnen der Studie von Schmidt et al. (2016) waren sich einig, dass durch eine gute Informationsübermittlung der Informationsbedarf sinkt. Um dies umzusetzen, müssen jedoch alle Angehörigen des gehobenen Dienstes der Gesundheits- und Krankenpflege in der Lage sein, zu erkennen, wenn Patientinnen Schwierigkeiten haben gesundheitsbezogene Informationen zu erfassen und angemessen eingreifen, um sicherzustellen, dass die Patientinnen ihren Gesundheitszustand und das dafür erforderliche Selbstpflegeverhalten zu verstehen. Aus diesem Grund ist es von großer Bedeutung so früh wie möglich anzusetzen und gesundheitsfördernde Inhalte in die Pflegeausbildung zu integrieren, damit frisch ausgebildete Pflegepersonen in der Kommunikation mit Patientinnen mit geringer Gesundheitskompetenz qualifiziert sind (Sand-Jecklin et al. 2010).

Im Curriculum des Studienganges Gesundheits- und Krankenpflege an der Fachhochschule Joanneum in Graz ist das Modul „Gesundheit und Gesundheitskompetenz“ im dritten Semester integriert. In diesem Unterricht werden Gesundheit und die unterschiedlichen Gesundheitsmodelle definiert (FH Joanneum 2018). Es stellt sich jedoch die Frage, ob ein Modul über die Gesundheitsmodelle mit einer Semesterwochenstunde ausreicht, um Health Literacy in der Praxis zu fördern.

Eine weitere Ausbildung wird an der Schule für Gesundheits- und Krankenpflege Graz angeboten. Am Ende dieser Weiterbildung schließen die zukünftigen Pflegepersonen mit einem Diplom ab. Auch in diesem Ausbildungsplan ist das Fach „Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung im Rahmen der Pflege, Arbeitsmedizin“ enthalten (Das Land Steiermark 2019).

Das Institut für Pflegewissenschaft an der Medizinischen Universität Graz nimmt sich das Ziel, den Studentinnen und Studenten im Rahmen der universitären Lehrgänge das Thema Gesundheitskompetenz näher zu bringen. Mithilfe von Lehrveranstaltungen und Wahlfächern soll den Studierenden die Möglichkeit

geboten werden, sich mit dieser Thematik zu beschäftigen (Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz 2018b). Jedoch auch in anderen Ausbildungen sollten Unterrichtsfächer integriert werden, in denen nicht nur der theoretische Hintergrund vermittelt wird, sondern auch praxisbezogene Schulungen durchgeführt werden. Zum Beispiel sollte ein Modell, um Health Literacy zu messen, so wie jenes der HLS-EU Studie, vorgestellt werden und auch wie es im Pflegealltag umsetzbar ist. Wenn eine Person niedrige Health Literacy aufweist, sollten Kommunikationsschulen dementsprechend durchgeführt werden. Es sollte gelehrt werden, wie man Nicht-Wissende erfolgreich aufklärt damit alle Informationen verstanden werden und die Fragen der Patientinnen dadurch auf ein Minimum reduziert werden. Auch Informationen in einer vulnerablen Situation, wie bei brustkrebserkrankten Frauen, zu übermitteln, sollte einen großen Schwerpunkt in solch einem Unterrichtsfach darstellen.

Ein großer Fortschritt wäre es, die Teach-Back-Methode in die Ausbildung zu integrieren. Den Auszubildenden muss eine Methode gezeigt werden, um zu kontrollieren, ob das Patientengut die übermittelten Informationen verstanden hat. Indem von den Patientinnen verlangt wird das Wissen über ihre Gesundheit in eigenen Worten widerzugeben, kann das Verständnis überprüft werden. Es ist ein Weg, um zu bestätigen, dass die Informationen verständlich für Patientinnen und Patienten erklärt wurden. Diese Methode dient zur Verbesserung des Patientenverständnisses und optimiert die Patientenzufriedenheit (Agency for Healthcare Research and Quality 2015).

Die Breast Care Nurse unterstützt brustkrebserkrankte Patientinnen und Patienten und deren Familien im gesamten Krankheitsverlauf. Die berufsbegleitende Ausbildung in Österreich dauert ein Jahr und hat das Ziel den Auszubildenden physiologische, pathologische, soziale und kommunikative Kenntnisse in Bezug auf die Erkrankung zu vermitteln. Die Absolventinnen und Absolventen sollen in der Lage sein, sowohl die Patientinnen und Patienten über Vorsorge und Umgang mit der Erkrankung zu schulen und unterstützen, als auch über die gesamten Therapiemöglichkeiten und medizinischen Interventionen zu informieren. Im Curriculum sind verschiedene Module für die Förderung von Health Literacy bei

brustkrebserkrankten Frauen und Männer verankert. Dazu gehören die Fächer „Entscheidungsfindung“ und „Beratung von Patientinnen und Patienten mit Brustkrebs und deren Angehörigen“ (Ausbildungszentrum West o. J.). Hier stellt sich wiederum die Frage, inwiefern in diesen Modulfächern Health Literacy thematisiert wird. Außerdem müssen auch in dieser Ausbildung die Messinstrumente zur Beurteilung von Health Literacy bei brustkrebserkrankten Personen erklärt werden, um als Pflegeperson überhaupt erkennen zu können, bei welcher Patientin oder welchem Patienten noch Aufklärungsbedarf besteht.

#### **4.1 Stärken & Limitationen**

Als Limitation dieses Reviews kann gesehen werden, dass in nur zwei Datenbanken (PubMed und CINAHL) nach deutsch- und englischsprachigen Studien recherchiert wurde. Eventuell wäre mit der Suche in anderen Datenbanken und mit der Miteinbeziehung anderssprachiger Literatur eine größere Menge an Studien gefunden worden. Ebenfalls zu berücksichtigen ist, dass die Literatursuche lediglich im Zeitraum von Oktober bis November 2018 stattgefunden hat. Auch die Literaturdurchsicht und die Bewertung der Studien wurde nur von der Autorin dieses Reviews durchgeführt, weshalb es sich um kein systematisches Review handelt. Auch zu erwähnen ist, dass die Studiendesigns und Methoden der inkludierten Studien sich voneinander unterscheiden, daher ist die Vergleichbarkeit der Studien eingeschränkt.

Positiv zu bewerten ist, dass nur aktuelle Literatur, von den letzten zehn Jahren, miteinbezogen wurde. Als Stärke kann auch die internationale Vielfalt der Studien gesehen werden. Literatur aus neun verschiedenen Ländern wurde kritisch bewertet und in die Arbeit integriert. Alle Studien wurden nach dem Bewertungsbogen von Hawker et al. (2002) von der Autorin dieses Reviews beurteilt und nur Literatur, die über 60% der Punkte dieser Bewertung erreicht haben, wurden in diese Bachelorarbeit miteinbezogen.

## 4.2 Empfehlung für Praxis und Forschung

Kurze Krankenhausaufenthalte verbunden mit einer wachsenden Anzahl an Informationen, stellen hohe Anforderungen an die brustkrebserkrankten Patientinnen. Da es in den Aufgabenbereich der pflegenden Person fällt, diese Informationen zu übermitteln, ist es von großer Bedeutung sich bei diesen Aufklärungsgesprächen Zeit zu nehmen, um auf Fragen zu antworten. Zu empfehlen ist ein persönlicher Dialog mit Einbeziehung von Informationsmaterialien, damit sich für die Patientinnen die Möglichkeit zum Nachlesen bietet und bei Unklarheiten direkt Fragen gestellt werden können. Das Verständnis kann durch gezieltes Abfragen des Pflegepersonals überprüft werden und dementsprechend Feedback gegeben werden. Das Verwenden von Laiensprache hilft den Frauen und deren Familie zum besseren Verständnis der Informationen und führt zu weniger Unklarheiten. Medizinische Fachausdrücke verursachen Unverständnis und sollen aus diesem Grund vermieden werden. Eine angenehme Stimmlage und die richtige Körperhaltung spielen eine große Rolle in der Kommunikation zwischen dem Gesundheitspersonal und den Patientinnen. Aus diesem Grund sollten spezielle Kommunikationsschulungen für Pflegepersonen angeboten werden, um zwischenmenschliche Kommunikationsprobleme zu vermeiden. Die Wichtigkeit dieser Thematik muss den Pflegepersonen in diesen Schulungen nähergebracht werden. Eine gute Zusammenarbeit und Kommunikation im Kollegium des Gesundheitspersonals hat eine positive Auswirkung auf die Informationsübermittlung an Patientinnen. Doch nicht nur die Aufklärung der Frauen ist von Bedeutung, auch das Informieren der Familien ist wesentlich, um die Erkrankten besser verstehen zu können.

Aufgrund der Literatursuche in den Datenbanken ist ersichtlich, dass Health Literacy bei brustkrebserkrankten Frauen noch wenig erforscht wurde und kaum Forschung zu dieser Thematik in Österreich existiert. Deshalb ist es von Bedeutung Studien mithilfe von Messinstrumenten durchzuführen, um die Ergebnisse nachzuvollziehen. Ein Messinstrument um Health Literacy zu beurteilen ist zum Beispiel TOFHLA (Test of Functional Health Literacy in Adults). Dieses Instrument besteht aus einem 50-teiligem Leseverständnis und 17-teiligem numerischen

Fähigkeitstest (Parker et al. 1995). Eine andere Möglichkeit ist die Verwendung des Beurteilungsinstruments REALM (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine) (Dumenci et al. 2013).

Für die Forschung wird ein Mixed-Methods Ansatz empfohlen, da mit diesem Design die Forschungsfrage aus verschiedenen Perspektiven untersucht wird. Nachdem in diesem Studiendesign qualitativ und quantitativ geforscht wird, werden die Vorteile beider Ansätze genutzt. In diesem Fall könnte ein Fragebogen erstellt werden, der die Gesundheitskompetenz bei brustkrebserkrankten Frauen misst und beurteilt. Vor und nach der Aufklärung der Patientinnen soll dieser Fragebogen ausgehändigt werden und zusätzlich ein Interview durchgeführt werden, um die Meinungen der Frauen über die Art der Informationsübermittlung einzuholen. Dies gibt einen Einblick, inwiefern die verschiedenen Maßnahmen zur Bereitstellung von Informationen einen Einfluss auf Health Literacy der Patientinnen haben.

## 5 Schlussfolgerung

Die Resultate dieser Arbeit haben gezeigt, dass sich vor allem in der Kommunikation Probleme herausstellen. Die Bedeutung für brustkrebserkrankte Frauen, in einem persönlichen Dialog zu kommunizieren, ist aus den Untersuchungen herauszulesen. Ohne komplizierte, medizinische Ausdrücke sollte solch ein Informationsgespräch stattfinden. Der Wunsch nach einem Ansprechpartner, der sich Zeit nimmt, um alle Fragen in Ruhe zu beantworten, ist in fast jeder der ausgewählten Studien zu finden. Gut geplante Pflege gibt den Frauen in dieser vulnerablen Situation Sicherheit.

Zu berücksichtigen ist, dass der Informationsbedarf von Frauen mit Brustkrebs, aufgrund der Einzigartigkeit jeder Frau individuell ist und sich die Wünsche im Laufe der Erkrankung ändern können. Ebenso sind die Bedürfnisse der Patientinnen den derzeitigen Lebensumständen angepasst. Patientinnen, die eine Chemotherapie hinter sich haben, wünschen sich mehr über die Nebenwirkungen dieser Therapie zu erfahren, während sich junge Frauen im gebärfähigen Alter Auskunft über die mögliche Unfruchtbarkeit, aufgrund der Erkrankung, wünschen. Daher ist es von enormer Bedeutung die Bedürfnisse an Informationen im Krankheitsverlauf zu evaluieren und die Thematiken der Aufklärungsgespräche dementsprechend anzupassen, damit die Patientinnen in der Lage sind selbstständig Entscheidungen über ihre eigene Gesundheit treffen zu können.

## 6 Literaturverzeichnis

Aebi, S 2008, 'Frühes Mammakarzinom-Therapiekonzepte', in *Brustkrebs* 1edn, Hans Huber Bern, pp. 144-150.

Agency for Healthcare Research and Quality 2015, *Use the Teach-Back Method: Tool 5#*, viewed 09. March 2019, <https://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/quality-resources/tools/literacy-toolkit/healthlittoolkit2-tool5.html>.

Ausbildungszentrum West o. J., *Weiterbildung Breast Care Nurse* viewed 13. February 2019, [https://www.azw.ac.at/page.cfm?vpath=pflegeausbildungen/weiterbildungen/breast\\_care\\_nurse](https://www.azw.ac.at/page.cfm?vpath=pflegeausbildungen/weiterbildungen/breast_care_nurse).

Barmherzige Brüder 2016, *Brustkrebszentrum Kärnten*, viewed 14. February 2019, <https://www.barmherzige-brueder.at/site/stveit/medizinpflege/kompetenzzentren/bzk/aktuelles/article/10607.html>.

Boman, L, Sandelin, K, Wengström, Y & Silén, C 2017, 'Patients' learning and understanding during their breast cancer trajectory', *Patient Education and Counseling*, vol. 100, no. 5, pp. 795-804, doi:<https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.12.024>.

Brüggemann, S 2018a, *Mammakarzinom*, viewed 14. February 2019, <https://www-1psyhyrembel-1de-10013b49f0184.han.medunigraz.at/mammakarzinom/K0DMW/doc/>.

Brüggemann, S 2018b, *Mammakarzinom* viewed 28. October 2018, <https://www.psyhyrembel.de/Mammakarzinom/K0DMW>.

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen 2012, *Gesundheitsziele Österreich* viewed 29. November 2018, [https://gesundheitsziele-oesterreich.at/website2017/wp-content/uploads/2018/08/gz\\_kurzfassung\\_2018.pdf](https://gesundheitsziele-oesterreich.at/website2017/wp-content/uploads/2018/08/gz_kurzfassung_2018.pdf).

Campbell-Enns, HJ, Woodgate, RL & Chochinov, HM 2017, 'Barriers to information provision regarding breast cancer and its treatment', *Support Care Cancer*, vol. 25, no. 10, pp. 3209-3216, doi:10.1007/s00520-017-3730-8.

Das Land Steiermark 2019, *Informationen über die Ausbildung im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege*, viewed 13. February 2019, [http://www.gesundheitsausbildungen.steiermark.at/cms/dokumente/11139583\\_73431642/5cce7c4b/SAGKG%20Diplom%201019.pdf](http://www.gesundheitsausbildungen.steiermark.at/cms/dokumente/11139583_73431642/5cce7c4b/SAGKG%20Diplom%201019.pdf).

Dumenci, L, Matsuyama, RK, Kuhn, L, Perera, RA & Siminoff, LA 2013, 'On the Validity of the Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM) Scale as a

Measure of Health Literacy', *Communication methods and measures*, vol. 7, no. 2, pp. 134-143, doi:10.1080/19312458.2013.789839.

Feffer-Holik, S 2016, *Brustkrebs (Mammakarzinom)* viewed 30. November 2018, <https://www.minimed.at/medizinische-themen/krebs/brustkrebs/>.

FH Joanneum 2018, *Gesundheits- und Krankenpflege* viewed 13. February 2019, <https://www.fh-joanneum.at/gesundheits-und-krankenpflege/bachelor/im-studium/studienplan/>.

Fuchsjäger, M 2011, 'Diagnose und Staging ', in ÖGfC Onkologie (ed.), *Manual der chirurgischen Krebstherapie* Krause & Pachernegg Wien pp. 75-86.

Glaus, A 2008, 'Sekundärprevention und Früherfassung ', in *Brustkrebs 1* edn, Hans Huber, Bern, pp. 104-115.

Goss, C, Deledda, G, Bottacini, A, Chiodera, F, Mazzi, MA, Ballarin, M, Bighelli, I, Molino, A, Fiorio, E & Zimmermann, C 2015, 'Information needs of female Italian breast cancer patients during their first oncological consultation', *European Journal of Oncology Nursing*, vol. 19, no. 5, pp. 451-457, doi:<https://doi.org/10.1016/j.ejon.2015.02.003>.

Habersack, M & Lohrmann, C 2011, 'Breast Care Nurse-eine notwendige Qualifizierung auch für Österreich ', *Österreichische Pflegezeitschrift*, vol. 64, pp. 22-25

Halbach, SM, Ernstmann, N, Kowalski, C, Pfaff, H, Pförtner, T-K, Wesselmann, S & Enders, A 2016, 'Unmet information needs and limited health literacy in newly diagnosed breast cancer patients over the course of cancer treatment', *Patient Education and Counseling*, vol. 99, no. 9, pp. 1511-1518, doi:<https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.06.028>.

Hawker, S, Payne, S, Kerr, C, Hardey, M & Powell, J 2002, 'Appraising the evidence: reviewing disparate data systematically', *Qual Health Res*, vol. 12, no. 9, pp. 1284-1299, doi:10.1177/1049732302238251.

Kickbusch, I & Hartung, S 2014, *Die Gesundheitsgesellschaft 2* edn, Hans Huber Bern

Kimiafar, K, Sarbaz, M, Shahid Sales, S, Esmaili, M & Javame Ghazvini, Z 2016, 'Breast cancer patients' information needs and information-seeking behavior in a developing country', *Breast*, vol. 28, pp. 156-160, doi:10.1016/j.breast.2016.05.011.

Kleibel, V & Mayer, H 2011, *Literaturrecherche für Gesundheitsberufe 2* edn, Facultas, Wien.

Koay, K, Schofield, P & Jefford, M 2012, 'Importance of health literacy in oncology', *Asia Pac J Clin Oncol*, vol. 8, no. 1, pp. 14-23, doi:10.1111/j.1743-7563.2012.01522.x.

Kolpatzik, K, Schaeffer, D & Vogt, D 2018, *Förderung der Gesundheitskompetenz-eine Aufgabe der Pflege* viewed 02.12.2018, <https://pdfs.semanticscholar.org/7081/09db2ef8d37765c3d56582da26e8dc72e464.pdf>.

Kunze, U 2011, 'Epidemiologie und Risikofaktoren ', in ÖGfC Onkologie (ed.), *Manual der Chirurgischen Krebstherapie* Krause & Pachernegg, Wien pp. 72-74.

Marquard, S 2008, 'Betrachtungsweise der weiblichen Brust', in M Eicher & S Marquard (eds), *Brustkrebs: Lehrbuch für Breast Care Nurses, Pflegende und Gesundheitsberufe* 1 edn, Verlag Hans Huber, Bern pp. 31-39

Österreichische Krebshilfe 2013, *Brustkrebs - Früherkennungsprogramm* viewed 14. February 2019, <https://www.krebshilfe.net/information/krebsvorsorge/mammografie-screening/>.

Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz 2018a, *Gesundheitskompetenz* viewed 24. October 2018, <https://oepgk.at/glossary/gesundheitskompetenz-2/>.

Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz 2018b, *Stärkung der Gesundheitskompetenz in der tertiären Pflegeausbildung*, viewed 09. March 2019, <https://oepgk.at/staerkung-der-gesundheitskompetenz-in-der-tertiaeren-pflegeausbildung/>.

Parker, RM, Baker, DW, Williams, MV & Nurss, JR 1995, 'The test of functional health literacy in adults: a new instrument for measuring patients' literacy skills', *J Gen Intern Med*, vol. 10, no. 10, pp. 537-541

Polit, DF & Beck, CT 2017, *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice* 10 edn, Wolters Kluwer Philadelphia, Baltimore, New York

Rechtsinformationssystem des Bundes 2016, *Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe* viewed 02.12.2018, <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011026>.

Recio-Saucedo, A, Gilbert, AW, Gerty, S, Cutress, RI, Eccles, D & Foster, C 2018, "'It's Like We Don't Exist": Tailoring Education for Young Women Undergoing Surgery for Early-Stage Breast Cancer', *Oncol Nurs Forum*, vol. 45, no. 2, pp. 165-175, doi:10.1188/18.onf.165-175.

Sand-Jecklin, K, Murray, B, Summers, B & Watson, J 2010, 'Educating Nursing Students about Health Literacy: From the Classroom to the Patient Bedside', *The Online Journal of Issues in Nursing*, vol. 15,

Schmidt, A, Ernstmann, N, Wesselmann, S, Pfaff, H, Wirtz, M & Kowalski, C 2016, 'After initial treatment for primary breast cancer: information needs, health literacy, and the role of health care workers', *Support Care Cancer*, vol. 24, no. 2, pp. 563-571, doi:10.1007/s00520-015-2814-6.

Schmidt, A, Kowalski, C, Wesselmann, S, Pfaff, H & Ernstmann, N 2015, 'Informationsbedürfnisse und Informationsprozesse aus Sicht von Brustkrebspatientinnen im Krankheitsverlauf', *Gesundheitswesen*, vol. 77, no. 08/09, p. A347, doi:10.1055/s-0035-1563303.

Sommerhalder, K & Abel, T 2007, *Gesundheitskompetenz: Eine konzeptuelle Einordnung* viewed 24. October 2018, [http://healthpolicy.ch/angebot/Gesundheitskompetenz\\_konzeptuelle\\_Einordnung.pdf](http://healthpolicy.ch/angebot/Gesundheitskompetenz_konzeptuelle_Einordnung.pdf).

Sorensen, K, Van den Broucke, S, Fullam, J, Doyle, G, Pelikan, J, Slonska, Z & Brand, H 2012, 'Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models', *BMC Public Health*, vol. 12, p. 80, doi:10.1186/1471-2458-12-80.

Speros, CI 2011, 'Promoting health literacy: a nursing imperative', *Nurs Clin North Am*, vol. 46, no. 3, pp. 321-333, vi-vii, doi:10.1016/j.cnur.2011.05.007.

Statistik Austria 2018, *Brust* viewed 30. November 2018 [https://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/gesundheit/krebserkrankungen/brust/index.html](https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/krebserkrankungen/brust/index.html).

Statistik Austria 2019, *Österreichisches Krebsregister* viewed 14. February 2019, [https://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/gesundheit/krebserkrankungen/krebs\\_im\\_ueberblick/index.html](https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/krebserkrankungen/krebs_im_ueberblick/index.html).

Stein, H 2008, 'Anatomie und Physiologie der Brust', in M Eicher & S Marquard (eds), *Brustkrebs: Lehrbuch für Breast Care Nurses, Pflegende und Gesundheitsberufe* 1 edn, Verlag Hans Huber Bern, pp. 57-61.

Steinbach, H 2017, *Gesundheitsförderung und Prävention* 5 edn, Facultas, Wien.

WHO 1998, *Health Promotion Glossary* viewed 29. November 2018, <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>.

WHO 2013, *Health Literacy - The solid facts*, viewed 03. February 2019, [http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0008/190655/e96854.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf).

Ziegler, A, Antes, G & König, I 2011, 'Bevorzugte Report-Items für systemische Übersichten und Meta-Analysen: Das PRISMA-Statement', *Dtsch Med Wochenschr*, vol. 139, pp. 9-15

# **Bewertungskriterien für qualitative und quantitative Studien (Hawker et al. 2002)**

**After initial treatment for primary breast cancer: information needs, health literacy, and the role of health care workers**

## **1. Abstract and title:**

### **Did they provide a clear description of the study?**

Good (4 Punkte). Der Titel enthält die wichtigsten Informationen, jedoch könnte er das Forschungsdesign beinhalten. Der Abstract wird in Unterpunkte unterteilt: Hintergrund, Methode, Ergebnissen und Schlussfolgerung. Er ist übersichtlich gegliedert und verständlich.

## **2. Introduction and aims:**

### **Was there a good background and clear statement of the aims of the research?**

Good (4Punkte). Die wichtigsten Begriffe werden definiert, der Hintergrund wird genau aufgezeigt und die Forschungslücke wird beschrieben. Das Forschungsziel befindet sich in einem eigenen Absatz, dies macht die Einleitung noch übersichtlicher.

## **3. Method and data:**

### **Is the method appropriate and clearly explained?**

Fair (3 Punkte). Der Methodenteil ist klar beschrieben und erklärt, dass die Datensammlung im Rahmen der PIAT-Studie erhoben wurde. Dieser Absatz enthält das Design, die Rekrutierung, das positive Ethikvotum, die Messinstrumente und die Datenanalyse. Jedoch unübersichtlich und kompliziert zu lesen. Schwierig herauszufinden in welcher Studie was durchgeführt wurde.

## **4. Sampling:**

### **Was the sampling strategy appropriate to address the aims?**

Fair (3 Punkte). Das Sample wurde beschrieben. Rekrutiert wurden die Patientinnen durch die Unterstützung von der "Frauenselbsthilfe nach Krebs". 1248 Frauen wurden rekrutiert. Rücklaufquote von 87%. Jedoch Ein- und Ausschlusskriterien sollten genauer beschrieben werden.

**5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?**

Fair (3 Punkte). Datenanalyse ist beschrieben. Jedoch fehlt das Programm der Analyse und eine genauere Beschreibung zum Verständnis ist notwendig.

**6. Ethics and bias:**

**Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?**

Good (4 Punkte). Die Ethikkommission des Universitätskrankenhauses in Köln gab das positive Ethikvotum. Die Partizipantinnen wurden mittels „informed consent“ aufgeklärt.

**7. Results:**

**Is there a clear statement of the findings?**

Fair (3 Punkte). Die Ergebnisse wurden im Text und in Tabellen erklärt. Jedoch schwer zu lesen aufgrund der vielen im Text vorkommenden Prozentzahlen. Behindert den Lesefluss.

**8. Transferability or generalizability:**

**Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?**

Good (4 Punkte). Aufgrund der großen Anzahl an Teilnehmerinnen sind diese Ergebnisse generalisierbar.

**9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?**

Poor (2 Punkte). Empfehlungen für Forschung sind gegeben. Für die Praxis jedoch werden Empfehlung nicht erwähnt.

|  |
|--|
| <b>Barriers to information provision regarding breast cancer and its treatment</b> |
|--|

**1. Abstract and title:**

**Did they provide a clear description of the study?**

Good (4 Punkte). Der Titel wurde gut ausgewählt, jedoch könnte er noch das Forschungsdesign enthalten. Der Abstract ist übersichtlich strukturiert und wird in Unterpunkte unterteilt: Hintergrund, Methode, Ergebnisse und Schlussfolgerung.

**2. Introduction and aims:**

**Was there a good background and clear statement of the aims of the research?**

Good (4 Punkte). Definitionen sind keine vorhanden, jedoch sind die Begrifflichkeiten allgemein verständlich. Die Einleitung ist mit genügend Literatur belegt und zum Schluss ist das Ziel der Studie angeführt.

**3. Method and data:**

**Is the method appropriate and clearly explained?**

Good (4 Punkte). Die Methode beinhaltet das Design der Studie, die Rekrutierung der Partizipantinnen, die Datensammlung, das positive Ethikvotum und die Einwilligung der Partizipantinnen. Das Design der Studie ist eine Grounded Theory. Es wurden Fragebögen, semistrukturierte Interviews und Feldnotizen zur Datensammlung durchgeführt.

**4. Sampling:**

**Was the sampling strategy appropriate to address the aims?**

Good (4 Punkte). Das Sample ist detailliert und verständlich beschrieben. 22 Frauen, die an Brustkrebs erkrankt sind, egal in welchem Stadium, wurden in die Studie eingeschlossen. Rekrutiert wurden die Partizipantinnen aus ambulanten Pflegeeinrichtungen.

**5. Data analysis:**

**Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?**

Poor (2 Punkte). Die Datenanalyse ist in einem Satz erklärt. Wichtige Details fehlen. Nur wer die Daten analysiert hat, wurde beschrieben.

**6. Ethics and bias:**

Fair (3 Punkte). Die Ethikkommission genehmigte den Forschungsprozess.

**7. Results:**

**Is there a clear statement of the findings?**

Good (4 Punkte). Die Resultate sind klar, leicht verständlich erklärt und werden in sechs Unterpunkte gegliedert. Verschiedene Zitationen werden in einer übersichtlichen Tabelle präsentiert.

**8. Transferability or generalizability:**

**Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?**

Good (4 Punkte). Das Sample ist nachvollziehbar und angemessen. Die Übertragbarkeit der Ergebnisse der Studie in die Praxis ist gegeben.

**9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?**

Good (4 Punkte). Die Ergebnisse stellen eine enorme Wichtigkeit für die Praxis dar. Durch diese Studie können Barrieren in einem Informationsgespräch zwischen Brustkrebserkrankten Frauen und dem Gesundheitspersonal Barrieren minimiert werden.

|   |
|---|
| <b>Patients' learning and understanding during their breast cancer trajectory</b> |
|---|

**1. Abstract and title:**

**Did they provide a clear description of the study?**

Fair (3 Punkte). Der Titel ist kurz und verständlich, jedoch fehlt das Forschungsdesign. Der Abstract enthält alle wichtigen Informationen über die Studie, jedoch steht im Absatz „Hintergrund“ nur das Forschungsziel der Studie. Die Zusammenfassung untergliedert sich in Hintergrund, Methode, Resultate, Schlussfolgerung und Empfehlungen für die Praxis. Empfehlungen für die Forschung fehlen jedoch.

**2. Introduction and aims:**

**Was there a good background and clear statement of the aims of the research?**

Good (4 Punkte). Die Einleitung ist detailliert und verständlich. Der Hintergrund ist mit ausreichender Literatur belegt und die Problemstellung erläutert. Am Schluss der Einleitung wird das Forschungsziel genannt.

**3. Method and data:**

**Is the method appropriate and clearly explained?**

Good (4 Punkte). Der Methodenteil ist in drei Unterpunkten gegliedert und daher sehr übersichtlich. Design, Sample, Datensammlung und Datenanalyse sind erklärt. Genaue Details (Herbst 2014 bis Frühling 2015, halbstrukturierte Interviews, durchführende Personen, grober Inhalt der Fragen, Dauer der Interviews) bezüglich der Datensammlung sind angeführt.

**4. Sampling:**

**Was the sampling strategy appropriate to address the aims?**

Good (4 Punkte). Der Rekrutierungsprozess ist detailliert erklärt. Brustkrebserkrankte Frauen wurden von chirurgischen und onkologischen Abteilungen eines Universitätskrankenhauses in Schweden rekrutiert. Einschlusskriterien und die Samplegröße sind angeführt.

#### **5. Data analysis:**

##### **Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?**

Good (4 Punkte). Die Datenanalyse ist genau angeführt. Auch wer welche Daten wie analysiert hat, wurde bis ins Detail erklärt.

#### **6. Ethics and bias:**

##### **Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?**

Good (4 Punkte). Die Studie wurde von der Ethikkommission in Stockholm genehmigt. Die Teilnehmerinnen wurden schriftlich und mündlich über die freiwillige Teilnahme und über die Möglichkeit, jederzeit ohne Konsequenzen die Studie verlassen zu können, aufgeklärt.

#### **7. Results:**

##### **Is there a clear statement of the findings?**

Good (4 Punkte). Die Ergebnisse sind verständlich angeführt und einige Zitate der Teilnehmerinnen wurden in Tabellen angeführt.

#### **8. Transferability or generalizability:**

##### **Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?**

Fair (3 Punkte). Die Generealisierbarkeit auf eine größere Population ist aufgrund der kleinen Stichprobenanzahl nicht gegeben. Die Ergebnisse dienen jedoch als Wissenserweiterung.

#### **9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?**

Fair (4 Punkte). Die Resultate dieser Studie sind relevant für die Praxis. Empfehlungen für die Forschung fehlen jedoch.

**„It's like we don't exist“: tailoring education for young women undergoing surgery for early-stage breast cancer.**

### **1. Abstract and title:**

#### **Did they provide a clear description of the study?**

Fair (3 Punkte). Der Titel ist passend gewählt und motiviert zum Weiterlesen. Er enthält zwar die Population, jedoch fehlt eine Andeutung auf das Design und das Setting. Im Abstract werden Hintergrund, Teilnehmer und Setting, Methode, Ergebnisse und Empfehlungen für die Praxis angeführt. Forschungsempfehlungen fehlen.

### **2. Introduction and aims:**

#### **Was there a good background and clear statement of the aims of the research?**

Fair (3 Punkte). In der Einleitung werden wesentliche Hintergründe genannt und mit aktueller Literatur hinterlegt. Das Forschungsziel und die zwei Forschungsfragen findet man jedoch in der Methodik.

### **3. Method and data:**

#### **Is the method appropriate and clearly explained?**

Good (4 Punkte). Die Methodik ist gut strukturiert und durch Unterpunkte übersichtlich gestaltet. Design, Rekrutierung der Partizipantinnen und Datensammlung werden ausführlich erklärt. Die Fragen des Interviews sind in einer Abbildung dargestellt und genaue Details über die Zusammenstellung der Fragen sind angegeben.

### **4. Sampling:**

#### **Was the sampling strategy appropriate to address the aims?**

Fair (3 Punkte). Die Teilnehmerinnen wurden von einer anderen Studie ausgewählt. Es wird beschrieben, dass neun Frauen aus klinischen Gründen ausgeschlossen wurden, jedoch fehlen detailliert Ein- und Ausschlusskriterien.

### **5. Data analysis:**

#### **Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?**

Good (4 Punkte). Die Daten wurden mittels einer genau genannten Software analysiert und die weitere Vorgehensweise beschrieben.

### **6. Ethics and bias:**

**Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?**

Good (4 Punkte). Die Studie erhält ein positives Ethikvotum von der Ethikkommission in Southampton und South West Hampshire. Eine schriftliche Vereinbarung wurde von den Teilnehmerinnen unterschrieben bevor die Interviews stattfanden.

#### **7. Results:**

**Is there a clear statement of the findings?**

Good (4 Punkte). Die Resultate sind verständlich beschrieben und mit Aussagen der Teilnehmerinnen hinterlegt. Sie wurden übersichtlich gegliedert und eine Abbildung wurde verwendet um die Ergebnisse verständlicher darzustellen.

#### **8. Transferability or generalizability:**

**Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?**

Fair (3 Punkte). Diese Studie ist nicht generalisierbar, da sich aufgrund der kleine Samplegröße die Anwendbarkeit der Ergebnisse auf die Bevölkerung beschränkt, die die Einschlusskriterien erfüllt (40 Jahre oder jünger).

**9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?**

Fair (3 Punkte). Für die Praxis sind diese Resultate sehr wichtig, da es dem Personal hilft den Informationsbedarf von Patientinnen im Laufe der Behandlung zu erkennen und die Entscheidungshilfen, wie Broschüren und Informationspakete, auf die Patientinnen abzustimmen. Forschungsempfehlungen fehlen jedoch.

**An exploration of unmet information needs among breast cancer patients in Japan: a qualitative study**

#### **1. Abstract and title:**

**Did they provide a clear description of the study?**

Poor (2 Punkte). Der Titel ist klar und verständlich. Er enthält das Sample, das Design und das Land, in dem die Studie stattgefunden hat. Der Abstract ist unübersichtlich und dadurch schwer zu lesen. Es fehlen Unterüberschriften und Absätze. Die Zusammenfassung beinhaltet den Hintergrund, das Forschungsziel,

die Methode und die Ergebnisse. Empfehlungen für Praxis und Forschung sind nicht vorhanden.

## **2. Introduction and aims:**

**Was there a good background and clear statement of the aims of the research?**

Fair (3 Punkte). Wesentliche Hintergrundinformationen sind erklärt und mit Literatur hinterlegt. Die Inzidenz in Japan ist zu Beginn angeführt. Am Ende befindet sich das Forschungsziel, in welchem jedoch das Setting fehlt. Begrifflichkeiten sind definiert.

## **3. Method and data:**

**Is the method appropriate and clearly explained?**

Good (4 Punkte). Halbstrukturierte Interviews wurden durchgeführt. 12 offene Fragen über ihre Erfahrungen wurden gestellt und mittels Rekorder aufgenommen. Die 12 Fragen werden im Anhang angeführt.

## **4. Sampling:**

**Was the sampling strategy appropriate to address the aims?**

Good (4 Punkte). 12 Frauen, mit den Einschlusskriterien Operation in den letzten zwei Jahren und Zugang zum Interviewort, wurden rekrutiert. Die Studie wurde in einem Newsletter angeführt. Rücklaufquote beträgt 17,4%.

## **5. Data analysis:**

**Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?**

Good (4 Punkte). Genaue Beschreibung vorhanden. Codierung wird erklärt und auch in einer Tabelle dargestellt.

## **6. Ethics and bias:**

**Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?**

Fair (3 Punkte). Positives Ethikvotum. Jedoch wurde nur erklärt, dass die Zustimmung von einer Ethikkommission gegeben wurde und nicht von welcher. Vor den Interviews wurden "written consents" verteilt.

## **7. Results:**

**Is there a clear statement of the findings?**

Good (4 Punkte). Die Ergebnisse wurden in zwei Themen unterteilt und jedes Resultat mit einem oder mehreren Zitaten hinterlegt. Verständlich beschrieben und übersichtlich gegliedert.

#### **8. Transferability or generalizability:**

**Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?**

Fair (3 Punkte). Diese Studie ist aufgrund der Samplegröße nicht generalisierbar.

**9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?**

Poor (2 Punkte). Wichtige Erkenntnisse für die Praxis, jedoch sind keine Empfehlungen für die Forschung zu finden und Tipps für die Praxis wurden nur kurz angeführt.

**An evaluation report of the nurse navigator services for the breast cancer support program.**

#### **1. Abstract and title:**

**Did they provide a clear description of the study?**

Fair (3 Punkte). Der Abstract beschreibt den Inhalt der Studie ausführlich. Das Ziel, Methode, Resultate und Empfehlungen für die Praxis werden erwähnt. Es fehlen jedoch ein paar Hintergrundinformationen der Studie. Der Titel umfasst das Design der Studie und das Sample.

#### **2. Introduction and aims:**

**Was there a good background and clear statement of the aims of the research?**

Fair (3 Punkte). Hintergrundinformationen sind gegeben. Nachvollziehbar geschrieben und mit Literatur hinterlegt. Das Forschungsziel könnte noch mittels Überschriften oder Absätzen ersichtlicher gemacht werden und am Schluss der Einleitung beschrieben werden.

#### **3. Method and data:**

**Is the method appropriate and clearly explained?**

Fair (3 Punkte). Ein qualitatives Design wurde verwendet um Interviews mit den Teilnehmerinnen zu führen. Die Fragen bezogen sich auf die erhaltene Pflege und

die emotionalen Gedanken der Teilnehmerinnen. Jedoch könnte noch erwähnt werden wer die Fragen gestellt hat.

#### **4. Sampling:**

##### **Was the sampling strategy appropriate to address the aims?**

Poor (2 Punkte). 154 Teilnehmerinnen nahmen an dem Interview teil. Die Frauen wurden an einer Brustgesundheitsklinik in British Columbia versorgt. Weitere Informationen über Rekrutierungsinterventionen fehlen.

#### **5. Data analysis:**

##### **Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?**

Good (4 Punkte). Genau beschrieben. Zuerst in eine Excel Tabelle geordnet und nachfolgend mit SPSS gearbeitet. Genauer Codierungsprozess beschrieben.

#### **6. Ethics and bias:**

##### **Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?**

Very Poor (1 Punkt). Laut Artikel war kein positives Ethikvotum notwendig, da es ein Projekt zur Qualitätsverbesserung, mit dem Ziel die Qualität der Pflege zu verbessern, war.

#### **7. Results:**

##### **Is there a clear statement of the findings?**

Good (4 Punkte). Die Resultate wurden gut beschrieben und mit übersichtlichen Tabellen hinterlegt. Verständlich und nachvollziehbar geschrieben.

#### **8. Transferability or generalizability:**

##### **Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?**

Fair (3 Punkte). Aufgrund der Samplegröße und des Designs nicht generalisierbar.

#### **9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?**

Fair (3 Punkte). Empfehlungen für die Praxis gegeben, jedoch nicht für die Forschung.

**The effect of individualized patient education, along with emotional support, on the quality of life of breast cancer patients – a pilot study.**

**1. Abstract and title:**

**Did they provide a clear description of the study?**

Fair (3 Punkte). Der Abstract wird in Hintergrund, Methodik, Resultate und Schlussfolgerung mittels Unterüberschriften unterteilt. Das Ziel der Studie steht am Anfang des Abstracts. Das Design, Sample und die genauen Informationen zu den Interventionen sind ebenfalls angeführt. Empfehlungen für die Praxis fehlen, jedoch gibt es Empfehlungen für weitere Forschungen.

**2. Introduction and aims:**

**Was there a good background and clear statement of the aims of the research?**

Good (4 Punkte). Die Einleitung ist sehr ausführlich mit vielen Hintergrundinformationen. Die Lebensqualität wird nach der WHO definiert und auch die gesundheitsbezogene Lebensqualität wird geschildert. In eigenen Absätzen befinden sich das Forschungsziel und die Forschungsfragen.

**3. Method and data:**

**Is the method appropriate and clearly explained?**

Fair (3 Punkte). Eine quasi-experimentelle Studie mit einer nicht-äquivalenten Kontrollgruppe und ein Test vor und nach der Intervention wurden durchgeführt. Auch der Zeitraum wurden angeführt. Jedoch fehlen genauere Beschreibungen.

**4. Sampling:**

**Was the sampling strategy appropriate to address the aims?**

Good (4 Punkte). Für die Studie wurden 50 brustkrebserkrankte Patientinnen ohne bekannte psychische Erkrankungen, die von ihrer Diagnose Bescheid wissen und Chemotherapie erhalten haben, rekrutiert. Die Patientinnen wurden von dem Karachi Krankenhaus für Onkologie ausgewählt.

**5. Data analysis:**

**Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?**

Good (4 Punkte). Die Datenanalyse wurde mittels SPSS Version 19 durchgeführt. Informationen wurden in Tabellen dargestellt. Eine sehr übersichtliche und ausführliche Beschreibung.

## **6. Ethics and bias:**

**Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?**

Good (4 Punkte). Alle wichtigen Informationen sind enthalten. Die Ethikkommission von der Aga Khan Universität gab ein positives Ethikvotum und die Teilnehmerinnen wurden mittels einem schriftlichen „informed consent“ über die freiwillige Basis aufgeklärt.

## **7. Results:**

**Is there a clear statement of the findings?**

Good (4 Punkte). Die Resultate wurden in 3 Unterkapiteln unterteilt und in jedem wurden genaue Informationen angeführt. Unter anderem sind die Ergebnisse auch in 2 übersichtlichen Tabellen zu finden.

## **8. Transferability or generalizability:**

**Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?**

Fair (3 Punkte). Aufgrund der kleinen Samplegröße kann man die Ergebnisse nicht auf eine größere Population transferieren.

**9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?**

Good (4 Punkte). Die Empfehlungen für die Praxis wurden in einem eigenen sehr übersichtlich und detailliert Absatz beschrieben. Auch die Forschungsempfehlungen stehen in einem eigenen Unterkapitel.

|  |
|--|
| <b>Information needs of female Italian breast cancer patients during their first oncological consultation.</b> |
|--|

### **1. Abstract and title:**

**Did they provide a clear description of the study?**

Fair (3 Punkte). Der Titel beinhaltet fast alle wichtigen Informationen bis auf das Studiendesign. Trotzdem kann man herauslesen worum es sich in der Studie handelt. Im Abstract werden Hintergrund, Methode, Resultate und Schlussfolgerung angeführt. Die jeweiligen Unterüberschriften machen den Abstract übersichtlich und

leichter zu lesen. Die Forschungs- und Praxisempfehlungen fehlen jedoch im Abstract.

## **2. Introduction and aims:**

**Was there a good background and clear statement of the aims of the research?**

Good (4 Punkte). Die Einleitung enthält alle wichtigen Hintergrundinformationen, welche mit Literatur hinterlegt sind. Das Forschungsziel befindet sich am Schluss der Einleitung.

## **3. Method and data:**

**Is the method appropriate and clearly explained?**

Good (4 Punkte). Eine Beobachtungsstudie mit einem qualitativen Teil (Interviews) und einem quantitativen Teil (Fragebögen) wurde durchgeführt. Der Methodenteil wird in Patientinnen und Setting, Datensammlung, Maßnahmen vor der Intervention, Maßnahmen nach der Intervention, Audiotapeanalyse und Statistik unterteilt.

## **4. Sampling:**

**Was the sampling strategy appropriate to address the aims?**

Good (4 Punkte). 95 Patientinnen wurden in 6 Monaten in einer onkologischen Ambulanz eines Krankenhauses in Verona rekrutiert. Die Patientinnen mussten schon mit dieser Erkrankung diagnostiziert worden sein. Die Ausschlusskriterien waren Metastasen, mentale Verschlechterung und schlechtes Verständnis der italienischen Sprache.

## **5. Data analysis:**

**Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?**

Fair (3 Punkte). 3 Autoren wurden in den Codierungsprozess hinzugezogen und sie unterteilten die sechs großen Thematiken. Weitere Unterteilungen und der genaue Codierungsprozess wurden beschrieben. Jedoch fehlt die Beschreibung des Analyseprogramms.

## **6. Ethics and bias:**

**Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?**

Poor (2 Punkte). Teilnehmerinnen wurden mittels „informed consent“ aufgeklärt. Die Ethikkommission gab ein positives Ethikvotum, jedoch ist nicht beschrieben welche Kommission beziehungsweise weitere Details darüber.

#### **7. Results:**

##### **Is there a clear statement of the findings?**

Good (4 Punkte). Zuerst werden Samplecharakteristika beschrieben und danach wird der Ergebnisteil in Informationsbedarf und Variable, die sich auf die Fragen beziehen, unterteilt. Eine Tabelle beschreibt über welches Thema die meisten Patientinnen Fragen gestellt haben. Gut und übersichtlich erklärt.

#### **8. Transferability or generalizability:**

##### **Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?**

Fair (3 Punkte). Die Samplegröße ist zu klein, um diese Ergebnisse zu verallgemeinern.

#### **9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?**

Poor (2 Punkte). Wichtige Erkenntnisse für Forschung und Praxis, jedoch sind keine Empfehlungen für die Forschung und für die Praxis zu finden.

|  |
|--|
| <b>Breast cancer patients' information needs and information-seeking behavior in a developing country.</b> |
|--|

#### **1. Abstract and title:**

##### **Did they provide a clear description of the study?**

Poor (2 Punkte). Der Titel beinhaltet alle wichtigen Informationen, jedoch fehlt das Studiendesign. Der Abstract ist unterteilt in Hintergrund, Methode, Resultate und Schlussfolgerung. Empfehlungen für Forschung und Praxis fehlen.

#### **2. Introduction and aims:**

##### **Was there a good background and clear statement of the aims of the research?**

Good (4 Punkte). Die Einleitung enthält Statistiken, Hintergrundinformationen und das Forschungsziel. Die Hintergrundinformationen sind mit Literatur hinterlegt. Definitionen sind keine vorhanden, jedoch auch keine notwendig.

### **3. Method and data:**

#### **Is the method appropriate and clearly explained?**

Good (4 Punkte). Eine Querschnittsstudie wurde von März bis Juni 2015 durchgeführt. Der Methodenteil umfasst das Design, Sample, Fragebogen und Datenanalyse.

### **4. Sampling:**

#### **Was the sampling strategy appropriate to address the aims?**

Good (4 Punkte). 120 Brustkrebs erkrankte Frauen beantworteten einen Fragebogen. Die Rücklaufquote betrug 80%. Rekrutiert wurden sie durch eine onkologische Ambulanz und ein Radiotherapiecenter in Mashhad. Die Ausschlusskriterien waren Männer, eine andere Sprache, Müdigkeit aufgrund von Chemotherapie und mentale Probleme.

### **5. Data analysis:**

#### **Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?**

Poor (2 Punkte). Im Absatz der Datenanalyse wird nur die SPSS Version 11,5 beschrieben.

### **6. Ethics and bias:**

#### **Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?**

Good (4 Punkte). Ein positives Ethikvotum bekam die Studie von der Ethikkommission der Mashhad Universität. Erst wenn der implied consent der Teilnehmerinnen akzeptiert wurde, wurde ein Fragebogen ausgeteilt.

### **7. Results:**

#### **Is there a clear statement of the findings?**

Good (4 Punkte). Die Ergebnisse wurden verständlich erklärt und übersichtlich in zwei Tabellen dargestellt.

### **8. Transferability or generalizability:**

#### **Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?**

Poor (2 Punkte). Aufgrund des Settings sind die Ergebnisse nicht zu generalisieren.

## **9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?**

Poor (2 Punkte). Nur ein Satz mit Empfehlungen für die Forschung war zu finden. Empfehlungen für die Praxis fehlen.

### **A breast navigator program: barriers, enhancers, and nursing interventions.**

#### **1. Abstract and title:**

##### **Did they provide a clear description of the study?**

Fair (3 Punkte). Im Titel fehlen das Design und das Setting. Die Gliederung des Abstracts ist sehr übersichtlich und mit mehreren Unterüberschriften unterteilt. Forschungs- und Praxisempfehlungen können noch beschrieben werden.

#### **2. Introduction and aims:**

##### **Was there a good background and clear statement of the aims of the research?**

Good (4 Punkte). In der Einleitung wird der Hintergrund erklärt und am Ende davon steht das Forschungsziel. Auch mit passender Literatur hinterlegt.

#### **3. Method and data:**

##### **Is the method appropriate and clearly explained?**

Good (4 Punkte). Ein qualitativer Ansatz mit einer Fokusgruppe und Telefoninterviews wurde verwendet, um die Daten zu sammeln. Genaues Prozedere wird in einem eigenen Absatz angeführt. Sehr genaue Beschreibung der Methodik.

#### **4. Sampling:**

##### **Was the sampling strategy appropriate to address the aims?**

Fair (3 Punkte). An 113 potentiellen Teilnehmerinnen, von zwei verschiedenen Krankenhäusern, wurde ein Brief geschrieben mit den Informationen über die Studie. 13, also eine Rücklaufquote von 13%, stimmten den Interventionen zu. Die Interviews wurden von zwei Forschern durchgeführt. Genaue Ein- und Ausschlusskriterien fehlen.

#### **5. Data analysis:**

##### **Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?**

Good (4 Punkte). Genauer Vorgang der Datenanalyse wurde erklärt. Vier Kriterien der Evaluierung wurden beschrieben.

#### **6. Ethics and bias:**

**Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?**

Good (4 Punkte). Die Studie wurde von der Lifespan Überprüfungscommission genehmigt. Genaues Vorgehen und Informationen über die freiwillige Teilnahme wurden im Brief, den die Partizipantinnen am Beginn bekommen haben, beschrieben.

#### **7. Results:**

**Is there a clear statement of the findings?**

Good (4 Punkte). Die Resultate wurden in mehreren Absätzen angeführt und in einer Tabelle mit Zitaten hinterlegt. Sehr übersichtlich und verständlich.

#### **8. Transferability or generalizability:**

**Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?**

Poor (2 Punkte). Aufgrund der Samplegröße sind die Ergebnisse nicht generalisierbar.

**9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?**

Fair (3 Punkte). Sehr lange und ausführliche Empfehlung für die Praxis, jedoch keine für die Forschung.