

Bachelorarbeit

Das Berufsbild der Breast Care Nurse – positive Aspekte in der Pflege

Eine Literaturübersicht

eingereicht von

Christina Theresia Biei

zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Nursing Science
(BScN)

Medizinische Universität Graz
Institut für Pflegewissenschaft

Unter der Anleitung von
Mag. Monika Consolati, BScN

Graz, 23.03.2020

Eidesstattliche Erklärung

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

Graz am 23.03.2020

Christina Theresia Biei, eh.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	III
Abbildungsverzeichnis	III
Tabellenverzeichnis	III
Zusammenfassung	IV
Abstract	VI
1. Einleitung	1
1.1 Hintergrund	1
1.2 Die Breast Care Nurse	2
1.2.1 Entwicklung des Berufsbildes	2
1.2.2 Begriffsdefinition und Berufsbezeichnung	3
1.2.3 Ausbildungsmodelle	4
1.2.4 Erforderliche Kompetenzen, Aufgaben und Rollenbild	5
1.3 Forschungslücke, Forschungsziel und Forschungsfrage	9
2. Methode	10
2.1 Untersuchungsdesign	10
2.2 Suchstrategie und Datensammelungsprozess	10
2.3 Datenanalyse	14
3. Ergebnisse	15
3.1 Positive Aspekte durch die psychosoziale Betreuung	20
3.1.1 Gefühlsmanagement und Auswirkungen auf den Genesungsprozess ..	20
3.1.2 Stärkung Selbstwirksamkeit, Selbsteffektivität und Selbstvertrauen	22
3.1.3 Beziehungsaufbau und Förderung der Individualität	22
3.1.4 Wahrnehmung unerfüllter Bedürfnisse	23
3.2 Positive Aspekte durch Information und Edukation	24
3.2.1 Verbesserung der Aufnahmefähigkeit von Informationen	24

3.2.2	Unterstützende Entscheidungsfindung	24
3.2.3	Optimales Informationsmanagement	25
3.2.4	Praktische Informationen	26
3.3	Positive Aspekte durch die Koordination der Betreuung	26
3.3.1	Reduktion von Verzögerungen und Beschleunigung der Prozesse	26
3.3.2	Kontinuität in der Betreuung	27
3.3.3	Verfügbarkeit und Flexibilität.....	28
4	Diskussion	29
4.1	Limitationen und Stärken	34
4.2	Praxisempfehlungen.....	34
4.3	Forschungsempfehlungen.....	35
5	Schlussfolgerung	37
	Literaturverzeichnis	VIII
	Anhang	XIII

Abkürzungsverzeichnis

BCN(s).....	Breast Care Nurse(s)
bzw.....	beziehungsweise
ca.....	circa
CINAHL.....	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
EUSOMA	European Society of Mastology
MESH.....	Medical Subject Heading
MMAT.....	Mixed Method Appraisal Tool
PupMed.....	Public Medical Literature Online
WHO.....	World Health Organisation
z.B.....	zum Beispiel
&.....	und
%.....	Prozent

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Rollen der BCN übernommen aus (Eicher & Marquard 2008).	7
Abbildung 2: Auswahl der Studien mittels PRISMA Flowcharts adaptiert nach (Moher et al. 2009).	13
Abbildung 3: Bewertungsinstrument von (Hong et. al 2018).	XIII

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Verwendete Suchstrategien und gesetzte Limitationen je Datenbank.....	12
Tabelle 2: Übersicht der inkludierten Studien.....	16
Tabelle 3: Bewertung der Studie Admi et.al 2011 nach (Hong et. al 2018).....	XIV
Tabelle 4: Bewertung der Studie Halkett et. al 2006 nach (Hong et. al 2018).....	XV
Tabelle 5: Bewertung der Studie Kadmon et. al 2015 nach (Hong et. al 2018).	XVI
Tabelle 6: Bewertung der Studie Brown et. al 2018 nach (Hong et. al 2018).....	XVII
Tabelle 7: Bewertung der Studie Eley und Rogers-Clark 2012 nach (Hong et. al 2018).	XVIII
Tabelle 8: Bewertung der Studie Liebert und Furber 2004 nach (Hong et. al 2018).	XIX
Tabelle 9: Bewertung der Studie Ahern et. al 2016 nach (Hong et. al 2018).	XX
Tabelle 10: Bewertung der Studie Albert et. al 2011 nach (Hong et. al 2018).	XXI

Zusammenfassung

Hintergrund: Das Mammakarzinom ist die am häufigste diagnostizierte Krebserkrankung und führt zu den meisten krebsbedingten Todesfällen bei Frauen weltweit. In den kommenden Jahren werden diese Erkrankungsraten weiter ansteigen. Der Erhalt dieser Diagnose stellt für Frauen und deren Angehörige eine enorme Belastung dar. Für eine adäquate und qualitätsvolle Pflege dieser Gruppe von Patientinnen, ist der Einsatz von speziell ausgebildeten Pflegekräften, sogenannten Breast Care Nurses, erforderlich.

Ziel: Das Ziel dieser Bachelorarbeit ist es, die positiven Aspekte, die sich durch den Einsatz von Breast Care Nurses, für Frauen mit der Diagnose Mammakarzinom ergeben, aufzuzeigen und zu beschreiben.

Methode: Um die Forschungsfrage zu beantworten wurde eine Literaturrecherche durchgeführt. Diese fand von Oktober 2019 bis November 2019 in den Datenbanken PubMed, CINAHL, Web of Science, mittels Handsuche in der Suchmaschine Google Scholar und mittels Referenzlistenscreening statt. Beim Suchverfahren wurden Keywords und MeSH-Terms verwendet. Dadurch konnten acht Studien herangezogen werden, um die Forschungsfrage zu beantworten. Die inkludierten Studien wurden zusätzlich mittels Mixed Methods Appraisal Tool kritisch bewertet.

Ergebnisse: Mithilfe der acht hinzugezogenen Studien konnten positive Aspekte, die durch die Pflege und Betreuung der Breast Care Nurse entstehen, aufgezeigt werden. Durch die Koordinierung der Behandlung der betroffenen Frauen wird eine kontinuierliche Versorgung durch die Breast Care Nurse gewährleistet. Die psychosoziale Unterstützung durch dieses Berufsbild zeigt weiters viele positive Aspekte. Zum Beispiel wirkt sich diese positiv auf den Genesungsprozess und die Gefühlsbewältigung der Frauen aus. Die Bereitstellung praktischer Informationen seitens der Breast Care Nurse führt zu einem verbesserten Wissensstand der Frauen.

Schlussfolgerung: Der Einsatz von Breast Care Nurses zeigt durchwegs positive Aspekte für Frauen mit der Diagnose Mammakarzinom. Eine Generalisierbarkeit der Ergebnisse erweist sich jedoch als schwierig, da die meisten Studien in Australien

durchgeführt wurden und vor allem im deutschsprachigen Raum hierfür es an pflegewissenschaftlichen Studien mangelt. Deshalb sollte hier Forschung, in Bezug auf das Berufsbild durchgeführt werden. Um die in den kommenden Jahren steigenden Erkrankungsraten bestmöglichst versorgen zu können, sollte vor allem in Österreich dieses Berufsbild stärker implementiert werden.

Schlüsselwörter: Brustkrebs, Breast Care Nurse, positive Aspekte, Frauen;

Abstract

Background: Breast cancer is the most diagnosed cancer and causes the most cancer-related deaths among women worldwide. These disease rates will continue to increase in the coming years. Receiving this diagnosis is an enormous burden for women and their families. For an adequate and high-quality of care of this patient group, the use of specially trained nursing staff, so-called Breast Care Nurses, is required.

Aim: The aim of this bachelor thesis is to describe the positive aspects that result from the employment of breast care nurses for women diagnosed with breast cancer.

Method: A literature review was carried out to answer the research question. From October 2019 to November 2019, a literature research was conducted in the PubMed, CINAHL and Web of Science databases, through hand search in the Google Scholar search engine and through reference list screening. Keywords and MeSH-terms were used in the searching procedure. This enabled eight studies to be used to answer the research question. These eight included studies were also critically evaluated using the Mixed Methods Appraisal Tool.

Results: With the included studies it was possible to show positive aspects that result from the care and support of the Breast Care Nurse. By coordinating the treatment of the affected women by the Breast Care Nurse, continuous care is guaranteed. The psychosocial support offered by the breast nurse also demonstrates many positive aspects. For example, this support has a positive effect on the recovery process and women can better deal with their feelings. The provision of practical information by the Breast Care Nurse leads to an improved level of knowledge of the women.

Conclusion: The employment of breast care nurses shows positive aspects for the entire process of treatment for women diagnosed with breast cancer. However, it is difficult to generalize the results, since most of the studies were carried out in Australia and there is a lack of nursing science studies, especially in the German-speaking countries. Therefore, additional research is necessary.

In order to be able to provide the best possible care for the rising number of cases in the coming years, the Breast Care Nurse should be implemented more strongly, especially in Austria.

Keywords: Breast Cancer, Breast Care Nurse, positive aspects, women;

1. Einleitung

Die vorliegende Bachelorarbeit beschäftigt sich mit dem Berufsbild der Breast Care Nurse. Die zunehmende Spezialisierung in der Betreuung und Pflege von Brustkrebspatientinnen erfordert eine immer spezifischere Ausbildung. Der Inhalt dieser Arbeit geht auf die unterschiedlichen und aktuell praktizierten Ausbildungsmodelle ein und durchleuchtet die positiven Effekte dieser speziellen Pflege und Betreuung von an Brustkrebs erkrankten Frauen.

1.1 Hintergrund

Das Mammakarzinom, auch besser bekannt als Brustkrebs, ist ein Karzinom der Brustdrüse (Mamma). Ein Karzinom ist ein bösartiger Tumor, der durch die plötzlich auftretende abnorme Vermehrung von Körperzellen, die meistens von den obersten Haut- und Schleimhautschichten (Epithelzellen) ausgeht, entsteht (Brügermann Silke & Psychrembel Redaktion 2018; Lecturio 2017).

Brustkrebs ist laut der Weltgesundheitsorganisation (WHO) mit 2,1 Millionen betroffenen Frauen pro Jahr weltweit die häufigste Krebserkrankung. Das heißt, dass etwa jede vierte aller neu diagnostizierten Krebserkrankungen auf Brustkrebs fällt. Zusätzlich verursacht Brustkrebs mit 15% die meisten krebsbedingten Todesfälle bei Frauen (International Agency for Research on Cancer 2018; World Health Organization 2019).

Mit einem Anteil von 30% aller Tumorarten und 5.355 Neuerkrankungen im Jahr 2017 zählt das Mammakarzinom auch in Österreich zur verbreitetsten Krebsform mit den meisten Todesfällen bei Frauen (Statistik Austria 2020). Aufgrund der Alterung der weiblichen Bevölkerung werden die Zahlen an Neuerkrankungen um jährlich 10% weiter ansteigen (Statistik Austria 2015).

Der Erhalt der Diagnose Brustkrebs ist bei viele Frauen und deren Angehörigen mit enormen Belastungen und mit starken Emotionen wie Hilflosigkeit, Depressionen, Ängsten und Befürchtungen rund um das eigene Leben verbunden. Gleichzeitig müssen schwierige Entscheidungen bezüglich der Therapie inklusive der daraus resultierenden Nebenwirkungen, wie zum Beispiel Brustverlust, Haarausfall und

Erschöpfung getroffen werden. Zusätzlich zu diesem schweren Krankheitsbild, müssen sich die Frauen mit der Vereinbarkeit der Erkrankung mit ihrer Familie und ihrem Beruf auseinandersetzen (Cruickshank S et al. 2008; Eicher 2006; Habersack & Lohrmann 2011).

Mit Beginn ihrer Behandlung, müssen sich die Frauen zusätzlich mit der Komplexität des Gesundheitssystems befassen, denn in ihrem Behandlungsprozess sind sie mit einer Vielzahl von Fachpersonal konfrontiert. Es existiert daher vielfach Unsicherheit bezüglich der richtigen Ansprechpersonen (Eicher 2006). Das Bedürfnis einer kontinuierlichen Begleitperson, mit der sie über Probleme ihrer Erkrankung reden können, steht hier im Vordergrund (Ahern et al. 2016; Eicher & Marquard 2008). Deshalb benötigen Frauen mit der Diagnose Mammakarzinom Unterstützung, beginnend von der Diagnosemitteilung, während dem Therapiezeitraum und in der Nachbehandlung. Speziell dafür ausgebildete Pflegepersonen, sogenannte Breast Care Nurses, sollen dies übernehmen (Habersack & Lohrmann 2011).

1.2 Die Breast Care Nurse

In diesem Kapitel wird auf die Entwicklung, die verschiedenen Ausbildungsmodelle, die Kompetenzen und Rollen dieses Berufsbildes näher eingegangen.

1.2.1 Entwicklung des Berufsbildes

In den Studien von Maguire 1978 und Maguire 1983 wurden erstmals die psychosozialen und emotionalen Bedürfnisse von Frauen mit Brustkrebs festgestellt. Die Notwendigkeit, sowohl psychischer als auch physischer Pflege, um die Genesung der Frauen zu unterstützen, wurde hier aufgezeigt. Ihre Arbeit legte den Grundstein für die Entwicklung der Rolle der Breast Care Nurses im Vereinigten Königreich (Cruickshank S et al. 2008; Habersack & Lohrmann 2011). So wurde hier bereits in den 80er Jahren mit den ersten Ausbildungen für spezialisierte Pflege im Bereich Brustkrebs begonnen (Eicher & Marquard 2008). In den letzten 20 Jahren folgten Länder wie Amerika, Australien und Skandinavien mit der Einführung und Weiterentwicklung dieses Berufsbildes (Cruickshank S et al. 2008).

Mit der Etablierung von sogenannten Brustzentren und der im Jahr 2000 veröffentlichten Anforderungen an diese Zentren durch die EUSOMA (European Society of Mastology /Europäische Gesellschaft für Brustkunde) wurde auch zunehmend das Berufsbild der Breast Care Nurse in Deutschland und Österreich bekannt (Eicher & Marquard 2008). Eine Anforderung dieser Veröffentlichung setzt voraus, dass als Teil des interdisziplinären Kernteams zwei Breast Care Nurses, gegeben sein müssen. Somit sind die Breast Care Nurses gesetzliche Voraussetzung für jedes zertifizierte Brustgesundheitszentrum (Wilson et al. 2013). In Österreich sind bis heute dadurch 30 zertifizierte Brustzentren entstanden wo bereits 80 Prozent aller Mammakarzinom Patientinnen behandelt werden (Österreichische Zertifizierungskommission 2019).

1.2.2 Begriffsdefinition und Berufsbezeichnung

Breast Care Nurses (BCNs) sind PflegeexpertInnen für Brustkrankungen. Durch eine adäquate Weiterbildung können sich diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, für die Pflege von an Brustkrebs erkrankten Frauen, spezialisieren. Mit dieser Zusatzausbildung sind sie befähigt, Frauen und deren Angehörige in allen Belangen und Bedürfnissen betreffend Brustpflege, zu beraten und zu begleiten. BCNs können in verschiedenen Settings, wie zum Beispiel im chirurgisch- gynäkologischen Bereich mit onkologischem Schwerpunkt, in Brustzentren oder im extramuralen Bereich tätig sein. BCNs fungieren als kontinuierliche Begleitpersonen für die betroffenen Frauen und deren Angehörige über den gesamten Behandlungszeitraum, von der Eröffnung der Diagnose über die Therapie bis hin zur Nachsorge. Im Mittelpunkt steht die Patientin, ihre Erkrankung und alles was sie betrifft, auch ihre Familie (Vorstand Österreichische Gesellschaft der Breast Care Nurses 2019).

Die Berufsbezeichnung dieses spezialisierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonal kann je nach Land stark variieren. Bezeichnungen wie Breast Cancer Nurse, Breast Care Nurse, Specialist Breast Care Nurse, Specialist Breast Nurse oder Advanced Nurse Practitioner sind nur einige Beispiele die in der Literatur zu finden sind (Cruickshank S et al. 2008; Eicher & Marquard 2008).

1.2.3 Ausbildungsmodelle

Um als BCN arbeiten zu können, bedarf es einer spezialisierten Ausbildung. Um die Vergleichbarkeit und einen einheitlichen Lehrplan für die Ausbildung zur BCN in Europa zu gewährleisten, wurde im Jahr 2012 ein Curriculum im Rahmen des Positionspapieres „*Training breast care nurses throughout Europe: The EONS postbasic curriculum for breast cancer nursing*“ veröffentlicht. Dieses Curriculum beinhaltet verschiedene Lehrinhalte, die in der Ausbildung zur BCN in Europa enthalten sein sollen. Dennoch ist nicht klar in welchen Ländern und wie dieser Lehrplan umgesetzt und praktiziert wird (Eicher et al. 2012).

Deshalb bestehen bis heute viele international differierende und keine einheitlichen Ausbildungsmodelle (Cruickshank S et al. 2008; Eicher & Marquard 2008). Infolgedessen, werden hier nur die wichtigsten im Überblick zusammengefasst.

Nicht deutschsprachiger Raum

In Großbritannien und Australien gibt es die Ausbildung zur BCN seit den 90er Jahren. Zu den Aufnahmevoraussetzungen zählen hier eine ein- bis zweijährige Berufserfahrung in der onkologischen Pflegepraxis von Brustkrankungen. Fertigkeiten in den Bereichen Dokumentation, Assessment und Gesprächsführung zählen hier als Grundbedingungen. Werden die Aufnahmekriterien erfüllt, so findet die Ausbildung in Modulen bzw. Kursen, sowohl in England als auch in Australien in verschiedensten Stufen statt. Die Dauer dieser Weiterbildung beträgt 12 bis 13 Wochen. Inhalte wie psychosoziale Unterstützung, Kontinuität in der Pflege, Familie und Partnerschaft im Umgang mit Brustkrebs und Prävention von Brustkrebs, werden hier gelehrt (Eicher & Marquard 2008).

In Irland gibt es die Ausbildung ebenfalls seit den späten 90ern. Hier gilt es die Weiterbildung zur BCN im Zuge eines Onkologie Studiums zu absolvieren. Die Dauer des Studiums beträgt vier Semester und gliedert sich in zwei Studienabschnitte. Im ersten Abschnitt müssen drei Kernmodule absolviert werden. Danach kann aus drei vertiefenden Spezialisierungen, darunter auch der Schwerpunkt „Breast Care“, ausgewählt werden (Eicher & Marquard, 2008).

Deutschsprachiger Raum

Die ersten Ausbildungen zur BCN in Deutschland gibt es seit 2004 im Rahmen von Fortbildungen (Eicher & Marquard 2008). Dafür gibt es eigens vorgesehene Schulen, wie zum Beispiel die Schule für BCNs am Jerusalem Krankenhaus in Hamburg. Diese Zusatzausbildung findet hier berufsbegleitend statt. Die Lehrinhalte sind nach den Richtlinien der EUSOMA gestaltet. Zusätzlicher Praxisbezug ist durch die Anbindung an das dort vorhandene Brustzentrum gegeben (Zimmermann 2011).

Ähnlich wie in Irland, findet auch in der Schweiz die Qualifizierung im Zuge eines Onkologie Studiums, durch Absolvierung des Schwerpunktmoduls „Breast Care Nursing“, statt (Eicher & Marquard 2008; ZHAW 2019).

In Österreich gibt es die Weiterbildung zur BCN erst seit ca. 2010. Die erste und bis heute einzige Ausbildungsstätte für ganz Österreich befindet sich in Innsbruck. Der Lehrplan beinhaltet einen fachtheoretischen Teil im Ausmaß von 280 Stunden und ein Fachpraktikum mit 40 Stunden. Die Zugangsvoraussetzungen für diesen Bildungsweg sind das Diplom im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege, eine zweijährige Berufserfahrung und EDV-Grundkenntnisse. Die Ausbildung wird in Blockwochen abgehalten und erstreckt sich in etwa über 12 Monate. Inhalte wie Psychoonkologie, Umgang mit dem veränderten Körperbild, Entscheidungsfindung, Wundmanagement oder Follow-up werden in diesem Ausbildungszeitraum gelehrt (Ausbildungszentrum West für Gesundheitsberufe der Tirol Kliniken GmbH 2019).

1.2.4 Erforderliche Kompetenzen, Aufgaben und Rollenbild

Kompetenzvorgaben

Wie bereits erwähnt, wurden im Jahr 2000 durch die EUSOMA die speziellen Pflegeanforderungen für Brustzentren definiert. Damit gab es auch erstmals eine Spezifizierung hinsichtlich der erforderlichen Kompetenzen für das Berufsbild der BCN auf europäischer Ebene. Diese gliedern sich in vier Bereiche: (Cataliotti et al. 2007; Eicher & Marquard 2008)

- Klinische Tätigkeiten
- Management
- Ausbildung
- Forschung (Cataliotti et al. 2007; Eicher & Marquard 2008).

Zur weiteren kurzen Erläuterung dieser Kompetenzanforderungen, soll nachfolgend für jeden Bereich ein Beispiel dienen.

Die klinische Tätigkeit der BCN umfasst die Unterstützung und Beratung von Patientinnen und deren Familien im gesamten Betreuungsprozess.

Im Bereich Management soll die BCN laut EUSOMA den multidisziplinären Betreuungsansatz fördern und damit die Zusammenarbeit mit allen Beteiligten gewährleisten (z.B. Selbsthilfegruppen, etc.). Im Bereich Ausbildung ermöglicht die Gesundheits- und Krankenpflegeperson Schulungen nicht nur für das Personal und Auszubildende, sondern auch für Patientinnen und deren Familien. Der Forschungsbereich umfasst die Beteiligung der BCN an pflegewissenschaftlicher Forschung und klinischen Studien (Cataliotti et al. 2007; Eicher & Marquard 2008).

Aufgaben und Rollenbild

Da BCNs je nach Gesundheitssystem und Land unterschiedlich eingesetzt werden und bis heute kein internationaler Standard existiert (Eicher & Marquard 2008) fällt es schwer die Aufgaben und das Rollenbild zu definieren. Deshalb gibt es heute noch, im deutschsprachigen Raum, eine starke Variation der spezifischen Aufgaben. BCNs sind häufig im normalen Stationsalltag integriert und werden vielfach nur als Arbeitskräfte mit Teilfreistellung geführt, weshalb sie ihre spezifischen Aufgaben nicht in vollem Umfang ausführen können. Diese reduzieren sich dann meist nur auf die Durchführung von Beratungsgesprächen (Eicher & Marquard 2008).

Ziel und Zweck dieser Rolle sind aber genauestens definiert. BCNs sollen Frauen während ihres gesamten Behandlungsweges praktische Ratschläge geben und emotionale Unterstützung leisten. Erläuterungen und Hinweise zum Behandlungsplan und Informationen zu Nebenwirkungen sind ebenfalls als Rolle definiert (Wilson et al. 2013).

In Eicher & Marquard (2008) wird das Rollenbild und der Aufgabenbereich der BCN an das Advanced Nursing Practice Modell, kurz ANP, angelehnt. Daher gilt die BCN Ausbildung als das bekannteste ANP Modell in der Onkologiepflege. ANP steht für erweiterte und vertiefte Pflegepraxis. Es ist ein Ansatz für spezialisiert ausgebildete Pflegende und wird als eine Individuen-, familien- und gruppenorientierte Pflegepraxis beschrieben. Pflegende in der ANP zeichnen sich unter anderem durch Fähigkeiten wie ExpertInnenwissen in einem Fachgebiet (hier Brustkrebs) und interdisziplinäre Zusammenarbeit, aus. Nachfolgend ergibt sich daher folgendes Rollenbild:



Abbildung 1: Rollen der BCN übernommen aus (Eicher & Marquard 2008).

Die Rolle der UnterstützerIn hat vor allem im psychosozialen Bereich eine große Bedeutung. Die BCN schätzt hier den psychosozialen Hilfebedarf der Frauen ein und gibt den Betroffenen die Möglichkeit, über etwaige Gefühle wie Angst und Trauer zu reden. Daraufhin entwickelt die BCN gemeinsam mit der Patientin Strategien zur Krankheits- und Alltagsbewältigung und passt das Unterstützungsangebot an den jeweiligen individuellen Krankheitsverlauf an. Die Familie und Angehörige werden je nach Bedarf miteinbezogen. In der psychosozialen Unterstützung nimmt die Körperbildarbeit einen großen Aufgabenbereich ein. Die BCN

hilft den Frauen dabei, indem sie präoperativ verschiedenen Auswirkungen der Therapien aufzeigt, zum Beispiel über möglichen Haarausfall informiert und Anleitung zur Tuchbindetechnik anbietet (Eicher & Marquard 2008).

In der beratenden Rolle liefert die BCN ab der Diagnosestellung den betroffenen Frauen notwendige Informationen, um zum Beispiel den Behandlungsplan und die daraus resultierenden Nebenwirkungen zu verstehen (Eicher & Marquard 2008). Die individuelle Beratung der Frauen in der Zeit der Therapieentscheidung stellt in dieser Rolle weiters einen großen Aufgabenbereich dar (Vorstand Österreichische Gesellschaft der Breast Care Nurses 2019).

Als ManagerIn ist die BCN für sämtliche Terminkoordinationen, z.B. Chemotherapie Behandlungssitzungen, zuständig. Um jeder Patientin eine bedarfsgerechte Versorgung im Gesundheits- und Sozialsystem zu ermöglichen, vermitteln BCNs Kontakte zu Institutionen wie den Sozialdienst oder Selbsthilfegruppen. Darüber hinaus stärkt und fördert eine BCN die Selbstorganisationskräfte und die Fähigkeiten der Patientinnen (z.B. Alltagsbewältigung, Empowerment) und steht auch nach dem Krankenhausaufenthalt, als AnsprechpartnerIn für die Frauen zur Verfügung (Eicher & Marquard 2008).

Als Teammitglied ist die BCN Teil eines interdisziplinären Teams und nimmt unter anderem an Fallkonferenzen teil, wodurch diese auch in den Prozess der Therapieplanung involviert ist. Des Weiteren sind BCNs als Lehrende in die Fortbildung und Ausbildung ihrer TeamkollegInnen eingebunden. Als GesundheitsförderIn ist die BCN auch im präventiven Bereich zuständig, wo sie zum Beispiel Anleitungen zur Selbstuntersuchung der Brust gibt. Vor allem letztere Rolle wird im Bereich der Gesundheitsförderung immer mehr an Bedeutung gewinnen (Eicher & Marquard 2008; Vorstand Österreichische Gesellschaft der Breast Care Nurses 2019).

1.3 Forschungslücke, Forschungsziel und Forschungsfrage

Forschungslücke

Im Rahmen der Literaturrecherche gefundenen Studien ist der Großteil australischem Ursprung. Eine einzige Studie resultiert aus dem deutschsprachigen Raum. Deshalb wurde ersichtlich, dass in einigen Ländern, wie zum Beispiel Australien, die Tätigkeitsbereiche und das Rollenbild einer BCN erforscht sind. Dennoch konnten auch hier nur wenige Studien gefunden werden, die sich spezifisch mit den daraus resultierenden positiven Aspekten für Frauen befassen.

Nachdem aber einige wenige Studien und Literaturübersichten positive Auswirkungen durch die BCN aufzeigen, wie zum Beispiel die Früherkennung von depressiven Symptomen und Angstzuständen (Cruickshank S et al. 2008), ist es besonders wichtig hier weiterhin Schwerpunktforschung durchzuführen.

Da das Berufsbild der BCN in Österreich, im Gegensatz zu anderen Ländern, relativ spät eingeführt wurde und auch keine Studie aus Österreich resultiert, ist es hier besonders notwendig umfangreiche Forschung im Bereich der Betreuung von Brustkrebspatientinnen durch die BCNs zu betreiben. Vor allem die damit verbundenen positiven Auswirkungen auf den gesamtheitlichen Behandlungs- und Genesungsfortschritt sollten aufgezeigt werden.

Forschungsziel & Forschungsfrage

Das Ziel dieser Bachelorarbeit ist es, die positiven Aspekte, die sich durch den Einsatz von Breast Care Nurses, bei der Betreuung von Frauen mit der Diagnose Mammakarzinom ergeben, aufzuzeigen und zu beschreiben. Aus diesem Ziel wurde folgende Forschungsfrage abgeleitet:

Welche positiven Aspekte ergeben sich durch den Einsatz von Breast Care Nurses für Frauen mit der Diagnose Mammakarzinom?

2. Methode

Im folgenden Abschnitt werden das Untersuchungsdesign, die Suchstrategien in den verschiedenen Datenbanken, der Prozess der Datensammlung und die Datenanalyse dieser Arbeit näher erläutert.

2.1 Untersuchungsdesign

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde hierfür eine Literaturübersicht gewählt. Diese Literaturübersicht ist eine interpretative, organisierte und schriftliche Darstellung dessen, was der Autor gelesen hat. Weiters wird darunter eine Zusammenführung von verschiedenen Forschungsergebnissen, ein Überblick über relevante Theorien und eine Beschreibung des vorhandenen Wissens zu einem Thema verstanden. Dieses Design beinhaltet die Antwort auf die Frage was man bereits über ein bestimmtes Thema weiß. Zu Beginn wird nach relevanter Literatur zu einem interessierenden Thema recherchiert. Danach besteht die Herausforderung darin, dass man aus einer großen Anzahl an Quellen die wichtigsten Informationen herausfiltert. Ziel dieses Designs ist es, die gelesenen Artikel zu bewerten, interpretieren und zusammenzufassen (Gray et al. 2017).

2.2 Suchstrategie und Datensammlungsprozess

Der Zeitraum der Datensammlung begann mit Oktober 2019 und endete mit November 2019. Die Literatursuche wurde in den wissenschaftlichen Datenbanken PubMed (Public Medical Literature Online), CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) und Web of Science durchgeführt. Zusätzlich wurde mittels Handsuche in Google Scholar und mittels Durchsicht der Referenzlisten nach weiterer passender Literatur recherchiert.

Um in den oben genannten Datenbanken passende Studien zur Beantwortung der Forschungsfrage zu finden, wurden zuerst Schlüsselwörter aus der Forschungsfrage abgeleitet und für die Suche festgelegt. Diese waren „Breast Care Nurse“ und „Breast Cancer“. In der Datenbank PubMed wurde mit dem MeSH-Term (Medical Subject Headings) für „Breast Cancer“ und den Synonymen für „Breast Care Nurse“ gearbeitet, da kein passender MeSH-Term für „Breast Care Nurse“ gefunden wurde. Als Mesh Term für „Breast Cancer“ wurde „Breast Neoplasm“ verwendet und für

„Breast Care Nurse“ wurden „nurse specialist“, „breast nurse“, „cancer care nurse“ und „breast cancer nurse“ als Synonyme festgelegt. In der Datenbank CINAHL wurde ausschließlich mittels der Synonyme für „Breast Care Nurse“ gearbeitet, da die Suche mit „Breast Cancer“ und dem MeSH-Term „Breast Neoplasm“ keine spezifische Literatur ergab und es die Trefferanzahl zu sehr eingeschränkt hat. Auch das Synonym „nurse specialist“ wurde hier weggelassen, da die Trefferanzahl dadurch nicht beeinflusst wurde und sich diese nicht erhöhte. In der Datenbank Web of Science wurde einmal mit der Suchstrategie von PubMed und einmal mit der von CINAHL gearbeitet, da diese jeweils unterschiedliche Ergebnisse gebracht haben. Die an die drei Datenbanken angepassten MeSH-Terms und Synonyme wurden dann mittels den Booleschen Operatoren „AND“ und „OR“ kombiniert und je nach Datenbank wurden verschiedene Suchstrategien entwickelt. Für das Wort nurse wurde zusätzlich die Trunkierung nurs* vorgenommen und bei PubMed die Trunkierung für specialist*.

Ein- und Ausschlusskriterien

Um die Suchergebnisse einzugrenzen, wurden im Vorfeld Ein- und Ausschlusskriterien festgelegt. Eingeschlossen wurden nur Studien, die nicht älter als 15 Jahre alt waren, um die Aktualität zu gewährleisten. Weiters wurden ausschließlich Studien eingeschlossen, die in den Sprachen Deutsch und Englisch verfügbar waren. Zusätzlich wurden nur Studien eingeschlossen, in denen die festgelegten Schlüsselwörter im Titel oder Abstract vorkamen. Ein weiteres Einschlusskriterium waren Frauen mit der Diagnose Brustkrebs, die über das Berufsbild der Breast Care Nurse befragt worden sind oder berichteten. Ausgeschlossen wurden alle Studien, die diesen Kriterien nicht entsprachen. Die Suchstrategie in der jeweiligen Datenbank sowie die gesetzten Limitationen werden in der nachfolgenden Tabelle 1 genauer erläutert.

Tabelle 1: Verwendete Suchstrategien und gesetzte Limitationen je Datenbank

Datenbank	Suchstrategie	Limitationen
PubMed	((((("breast cancer"[Title/Abstract]) OR breast neoplasm[MeSH Terms]) AND nurse specialist*[Title/Abstract]) OR breast care nurs*[Title/Abstract]) OR breast nurs*[Title/Abstract]) OR cancer care nurs*[Title/Abstract]) OR breast cancer nurs*[Title/Abstract]	<ul style="list-style-type: none"> • Sprache: Englisch und Deutsch • Publikationszeitraum: 2004 - 2019
CINAHL	TI "breast care nurs*" OR TI "breast nurs*" OR TI "cancer care nurs*" OR TI "breast cancer nurs*"	<ul style="list-style-type: none"> • Sprache: Englisch und Deutsch • Publikationszeitraum: 2004 - 2019
Web of Science	TITLE: ("breast care nurs*" OR "breast nurs*" OR "cancer care nurs*" OR "breast cancer nurs*"	<ul style="list-style-type: none"> • Sprache: Englisch und Deutsch • Publikationszeitraum: 2004 - 2019
Web of Science	TITLE: (breast cancer OR breast neoplasm) AND TITLE: ("breast care nurs*" OR "breast nurs*" OR "cancer care nurs*" OR "breast cancer nurs*")	<ul style="list-style-type: none"> • Sprache: Englisch und Deutsch • Publikationszeitraum: 2004 - 2019

Insgesamt wurden durch diese festgelegten Suchstrategien in den Datenbanken PubMed, CINAHL und Web of Science 415 Studien gefunden. Hinzu kam noch eine Studie die mittels Handsuche und Referenzlistenscreening ausfindig gemacht werden konnte. Die insgesamt 416 gefundenen Studien wurden in das Literaturverwaltungsprogramm EndNote X9 importiert und daraufhin die Duplikate entfernt. Gefunden wurden 132 Duplikate. Übrig blieben daher noch 284 Studien für die weitere Prüfung von Titel, Abstract und Volltext. Begonnen wurde mit dem Titelscreening. 181 Studien, wo der Titel den Einschlusskriterien nicht entsprach,

wurden aussortiert. Daraufhin verblieben 102 Studien zur Prüfung des Abstracts. Nach Screening des Abstracts wurden wiederum 72 unpassende Studien entfernt. Somit blieben 30 Studien für die Volltextdurchsicht übrig. Davon konnten 22 Studien die Forschungsfrage nicht adäquat beantworten. Daraus resultierten schlussendlich acht Studien, die für die Beantwortung der Forschungsfrage dieser Bachelorarbeit verwendet wurden. Der Vorgang der Studienaushwahl ist in Abbildung 2 mittels Flowchart dargestellt.

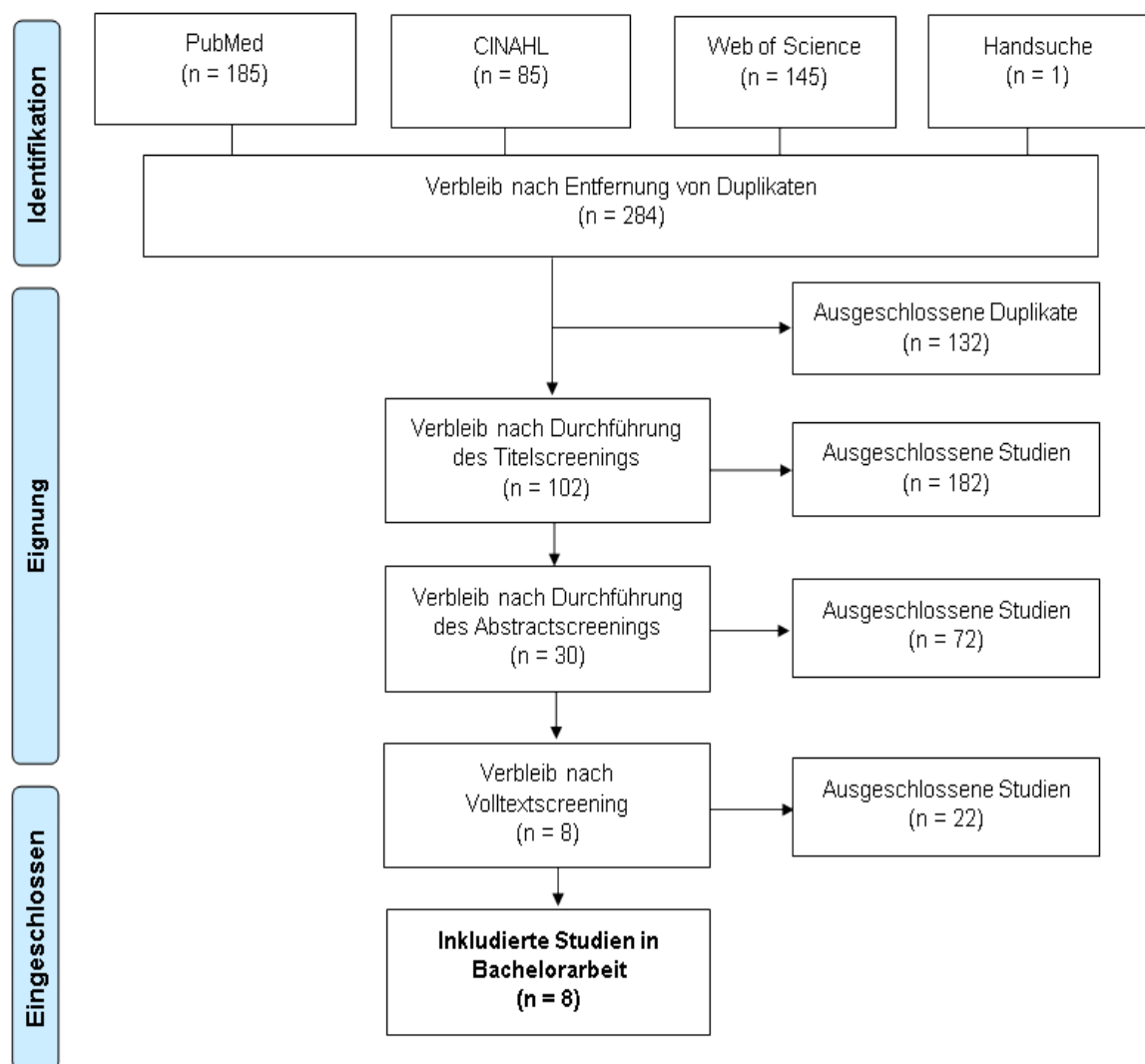


Abbildung 2: Auswahl der Studien mittels PRISMA Flowcharts adaptiert nach (Moher et al. 2009).

2.3 Datenanalyse

Die Studienauswahl wurde mittels Durchsicht von Titel, Abstract und Volltext getroffen. Titel oder Abstract mussten die zuvor festgelegten Schlüsselwörter beinhalten. Der Volltext sollte für die Beantwortung der Forschungsfrage passend sein und diese adäquat beantworten können.

Die kritische Bewertung der ausgewählten Studien wurde mittels Bewertungsbogen Mixed Method Appraisal Tool (MMAT) in der Version von 2018 durchgeführt. Der MMAT ist ein kritisches Bewertungsinstrument für die Bewertung der Qualität von empirischen Studien. Er ermöglicht die Bewertung der gängigsten Arten von Studienmethoden und Designs: qualitative, quantitative und Mixed Method Studien. Der Bewertungsbogen umfasst zwei Teile. Zuerst werden die beiden Überprüfungsfragen mit „ja“, „nein“ oder „kann nicht sagen“ beantwortet. Danach wird für die eingeschlossene Studie die entsprechende Kategorie gewählt und nur die fünf Fragen der gewählten Kategorie mit „ja“, „nein“ oder „kann nicht sagen“ beantwortet. Zum Beispiel handelt es sich bei der zu bewerteten Studie um ein qualitatives Design, so werden auch nur die fünf Fragen in der qualitativen Kategorie beantwortet. Eine Punktezahl wird bei dieser Art von Bewertungsinstrument nicht vergeben (Hong et al. 2018). Die Bewertung der inkludierten Studien befindet sich im Anhang dieser Arbeit.

3. Ergebnisse

Durch den oben beschriebenen Prozess der Literaturrecherche konnten acht Studien gefunden werden, die zur Beantwortung der Forschungsfrage herangezogen wurden. Bei den Studiendesigns handelt es sich um zwei qualitative, zwei Mixed Method und vier quantitative Studien. Mithilfe dieser war es möglich, die Forschungsfrage zu beantworten und die positiven Aspekte, die sich für Patientinnen mit der Diagnose Brustkrebs ergeben, darzustellen. Die Kategorienbildung wurde anhand der Rollen bzw. Tätigkeiten einer BCN, die positive Aspekte mit sich bringen, durchgeführt. Demnach ergeben sich folgende Kategorien:

- Positive Auswirkungen durch die psychosoziale Betreuung
- Positive Auswirkungen durch Information und Edukation
- Positive Auswirkungen durch Koordination der Betreuung

Eine Übersicht der wichtigsten Informationen der acht inkludierten Studien ist in der nachfolgenden Tabelle 2 zusammengefasst.

Tabelle 2: Übersicht der inkludierten Studien

Autor/Autorin, Jahr & Land	Forschungsziel	Forschungsdesign	Datenerhebung & Stichprobe	Zusammenfassung der Ergebnisse
Admi, Zohar & Rudner (2011) Israel	Die Rolle der BCN wird aus Sicht der Patientinnen beschrieben.	Qualitative Studie	Deskriptive Inhaltsanalyse anhand von Dankesbriefen. n = 125 Frauen mit der Diagnose Brustkrebs	Anhand der Beschreibungen der befragten Frauen werden die Tätigkeiten der BCN in drei Bereiche unterteilt: instrumentelle, kognitive und emotionale Tätigkeiten. Diese zeigen verschiedenste Auswirkungen auf das Wohlbefinden und den Genesungsprozess der Frauen.
Ahern, Gardner & Courtney (2016) Australien	Ob die Betreuung durch eine BCN während der Behandlungsphase unerfüllte Bedürfnisse reduziert und die Selbstwirksamkeit bei Frauen mit Brustkrebs erhöht wird.	Quantitative - Querschnittsstudie	Online Befragung n = 902 Frauen mit Brustkrebs, die ihre Behandlung mindestens sechs Monate abgeschlossen haben	Frauen, die eine Betreuung durch eine BCN hatten, berichteten weniger unerfüllte Bedürfnisse zu haben und zeigten eine höhere Selbsteffektivität in Bezug auf Informationen zu suchen, zu erlangen und entwickelten ein

				Verständnis für die Teilnahme an der Pflege.
Albert, Zemlin, Hadji, Ziller, Kuhler, Frank-Hahn, Wagner & Kalder (2011) Deutschland	Die Erfahrungen von Patientinnen während ihrer Behandlung durch eine BCN in einem Brustzentrum zu erforschen.	Quantitative – retrospektive Studie	Fragebogen per Post n = 207 Brustkrebspatientinne n	Durch die informierende Rolle der BCN zeigen hier Patientinnen mit BCN Kontakt einen besseren Wissensstand. Weiters führt die Betreuung durch BCNs zu einer verbesserten Lebensqualität von Patientinnen mit Brustkrebs und erhöhen die Patientenzufriedenheit.
Brown, Refeld & Cooper (2018) Australia	Unterschiede zwischen Patientinnen mit BCN Kontakt und Patientinnen ohne BCN Kontakt aufzuzeigen.	Mixed Method Studie	Fragebögen n = 67 Frauen mit Brustkrebs die eine Brustoperation hatten und eine bzw. keine Betreuung durch eine BCN hatten.	Frauen mit Kontakt zu einer BCN zeigten ein besseres Verständnis für ihre Situation und erhielten mehr psychosoziale Unterstützung als Frauen ohne Kontakt zu einer BCN.

<p>Eley & Rogers-Clark (2012)</p> <p>Australia</p>	<p>Die Wirksamkeit einer BCN in der Unterstützung von an Brustkrebs erkrankten Frauen zu beurteilen.</p>	<p>Quantitative Studie</p>	<p>Telefoninterviews</p> <p>n = 28 Frauen mit Diagnose Mammakarzinom die Kontakt oder keinen Kontakt zu einer BCN hatten.</p>	<p>Teilnehmerinnen gaben an, dass mehr Informations- und Unterstützungsbedürfnisse erfüllt wurden als Teilnehmerinnen ohne BCN Unterstützung.</p>
<p>Halkett, Arbon, Scutter, & Borg (2006)</p> <p>Australien</p>	<p>Die Rolle der BCN aus Sicht der Patientinnen darzustellen.</p>	<p>Qualitative Studie - Phänomenologie</p>	<p>Interviews</p> <p>n = 18 Frauen, die die Behandlung für Brustkrebs im Frühstadium abgeschlossen haben.</p>	<p>Die von der BCN geleistete Unterstützung wurde hier in den folgenden positiven Aspekten zusammengefasst:</p> <p>Beziehungsaufbau und ein Bewusstsein für die Bedürfnisse der Frauen, Verfügbarkeit, Sicherheit und praktische Informationen.</p>

<p>Kadmon, Halag, Dinur, Katz, Zohar, Damari, Cohen, Levin & Kislev (2015)</p> <p>Israel</p>	<p>Die Rolle der BCN in einem interdisziplinären Team aus Sicht von israelischen Frauen wird hier beschrieben.</p>	<p>Mixed Method Studie</p>	<p>Fragebögen</p> <p>n = 321 Frauen mit nicht metastasiertem Brustkrebs, die ihre Behandlung vor 5 Jahren abgeschlossen haben.</p>	<p>Im Allgemeinen empfanden die Frauen die Unterstützung der BCN während ihres Behandlungsprozesses als sehr hoch. Die qualitativen Daten zeigen hier zusätzlich, dass die BCN die unerfüllten Bedürfnisse der Frauen verstand und dadurch dementsprechend reagieren konnte.</p>
<p>Liebert & Furber (2004)</p> <p>Australien</p>	<p>Die Perspektiven der Frauen über das Berufsbild der BCN zu untersuchen.</p>	<p>Quantitative Studie</p>	<p>Fragebögen</p> <p>n = 40 Frauen mit Brustkrebs, die eine Betreuung durch eine BCN hatten</p>	<p>Die Frauen nahmen die BCN als Bindeglied zwischen ihnen und ihrem Behandlungsteam wahr wobei dadurch die Kontinuität der Versorgung als Hauptvorteil eingestuft wurde.</p>

3.1 Positive Aspekte durch die psychosoziale Betreuung

Durch die psychosoziale Betreuung der BCN ergeben sich folgende positive Aspekte für Frauen mit der Diagnose Mammakarzinom.

3.1.1 Gefühlsmanagement und Auswirkungen auf den Genesungsprozess

„It was great to have someone who understand my anxiety”. (Brown et al. 2018)

Mit dieser zentralen Aussage beschrieb eine betroffene Frau in der Studie von Brown et. al (2018) den positiven Aspekt der Gefühlsbewältigung, den sie durch die psychosoziale und emotionale Unterstützung der BCN während ihres Behandlungsprozesses erfahren durfte. Mittels Fragebogen wurde in dieser Studie Vergleiche zwischen Frauen mit und Frauen ohne präoperativen Kontakt zu einer BCN hergestellt. Die betroffenen Frauen, die eine Betreuung durch eine BCN während ihres Behandlungsprozesses erfahren durften, gaben an, dass die BCN durch die empathische Haltung und Gesprächsführung half, ihre Gefühle wie Angst zu verstehen und zu lernen damit umzugehen. Außerdem gab die BCN ihnen immer die Möglichkeit, Gefühle zu besprechen und zu teilen. Die Frauen hatten während des gesamten Behandlungsprozesses immer das Empfinden, dass die BCN in allen Angelegenheiten unterstützend zur Verfügung stand. Die dadurch geschaffene gemeinsame Vertrauensbasis war letztendlich ein wesentlicher Aspekt für einen positiven Genesungsprozess. Die emotionale Unterstützung der BCN und ihre Eigenschaften wie Aufmerksamkeit, Verständnis, Einfühlungsvermögen und Ermutigung waren ein Trost für die Frauen und förderte deren Hoffnung und Optimismus (Brown et al. 2018).

Frauen, die keinen präoperativen Kontakt zu einer BCN hatten, äußerten in der Studie von Brown et. al (2018) häufiger, dass sie emotional besser auf die Operation vorbereitet gewesen wären, wenn sie eine BCN zuvor betreut hätte. Des Weiteren äußerten sie Gefühle wie Überforderung und Verwirrtheit. Vielfach wurde ein professioneller Zuhörer vermisst, der für Fragen und Informationen kontaktiert werden konnte. Als wesentlich wurde auch das Fehlen einer Person, die zur

Beruhigung der emotionalen Situation oder einfach als Gesprächspartner zu Verfügung stand, genannt (Brown et al. 2018).

Auch in der Studie von Eley und Rogers-Clark (2012) ging es um die Betreuung von Frauen, während des Behandlungsprozesses, durch eine BCN. Durch telefonische Befragung, mit vordefiniertem Fragebogen wurden die Antworten und Aussagen erhoben. Die Ergebnisse zeigten auch hier eindeutig, dass die Abwesenheit einer BCN bei den betroffenen Patientinnen mehr Unsicherheit und Unruhe hervorgerufen hatte. Auch hier war das Hauptargument die fehlende emotionale Unterstützung (Eley & Rogers-Clark 2012).

In der qualitativen Studie von Admi et. al (2011) wurden Dankesbriefe von Frauen an BCNs inhaltlich analysiert. Vielfach wurde beschrieben, dass die Aufmerksamkeit, das entgegengebrachte Verständnis, die Sensibilität und die laufende Ermutigung durch die BCN den Patientinnen gegenüber, ein wesentlicher Trost waren. In diesem Kontext wurden die BCNs als „einzige Quelle des Mitgefühls“ beschrieben. Im Gegensatz dazu, wurde vielfach die mangelnde Sensibilität beim übrigen betreuenden medizinischen Personal, reklamiert. Des Weiteren wurde wiederholt beschrieben, dass es sehr oft zu emotionalen Einschränkungen kam und dadurch vereinbarte Termine nicht wahrgenommen bzw. eingehalten werden konnten. Die Unterstützung durch die BCN hierbei wurde als sehr wichtig beschrieben (Admi et al. 2011).

In der Studie von Kadmon et. al (2015) wurden 321 Frauen, welche eine Betreuung durch eine BCN erfahren hatten, befragt. Besonders hervorgehoben wurde hier wiederum die emotionale und psychosoziale Unterstützung durch die BCN. Es gaben 78% der Patientinnen an, dass die Betreuung besonders beim Bewältigungsprozess der Diagnose hilfreich war und die BCN dabei eine zentrale Schlüsselfigur einnahm. Die begleitende Unterstützung und der kontinuierliche Beistand in den laufend aufgetretenen Stimmungs- und Gefühlsschwankungen fanden 67% der Frauen sehr wichtig. Die Frauen beschreiben hier die BCN als „Stütze des Patienten“, die in jeder Phase des Bewältigungsprozesses eine zentrale Anlaufstelle ist. Die Intensität der Hilflosigkeit vieler Patientinnen, konnte durch die Betreuung durch eine BCN, wesentlich verringert werden (Kadmon et al. 2015).

„Any crisis or difficulty was solved by the BCN“. “I didn’t feel as though I was alone in my battle with the disease“. (Kadmon et al. 2015)

3.1.2 Stärkung Selbstwirksamkeit, Selbsteffektivität und Selbstvertrauen

In der Studie Admi et. al (2011) wurden die Frauen durch die BCN dazu ermutigt ihren unabhängigen Standpunkt, vor allem gegenüber dem anderen medizinischen Personal, beizubehalten. So war es für die Frauen möglich, zum Beispiel die Behandlung, die sie bevorzugten, auch zu bekommen (Admi et al. 2011). Ahern, Gardney und Courtney (2016) erzielten ähnliche Ergebnisse durch eine Online Umfrage von Frauen, die bereits ihre Brustkrebsbehandlung abgeschlossen hatten. Frauen mit Kontakt zu einer BCN zeigten einen deutlich höheren Grad an Selbstwirksamkeit, in Bezug auf die Fähigkeiten Pflege zu verstehen und daran teilzunehmen sowie Informationen zu suchen und zu erhalten (Ahern et al. 2016). Dadurch entwickelten die Frauen auch ein höheres Selbstvertrauen, weil sie sich in deren Ansichten durch die BCN, stets unterstützt fühlten (Brown et al. 2018).

3.1.3 Beziehungsaufbau und Förderung der Individualität

Die besondere Art und Weise wie die BCN mit den Patientinnen kommuniziert, wurde in den Studien Brown et. al (2018) und Admi et. al (2011) betont. Die empathische Haltung gegenüber den Patientinnen, die Liebe und Fürsorge und vor allem die Geduld, wurden als besonders beruhigend empfunden, was wiederum zu einer sehr emotionalen Verbindung führte. Dadurch konnte auch mit jeder Patientin ein individueller Beziehungsaufbau erreicht werden, wodurch die BCN belastende Stresssituationen leichter erkennen konnte, ohne dass die Frauen viel erzählen mussten (Brown et al. 2018; Admi et al. 2011).

In der Studie von Halkett et. al (2006) berichteten 18 Frauen von der positiven Stärkung ihres Individualitätsempfinden, das sie durch die Betreuung einer BCN, erlebten. Die Vermittlung des Gefühls der Einzigartigkeit und Individualität wurde durch die fürsorgliche und spezielle Betreuung der BCN, besonders gefördert. Dies war bei der Erfassung des individuellen Informationsbedarfs der Patientinnen sehr förderlich. In weiterer Folge konnte dadurch wiederum einfacher und auf die individuelle Situation angepasst, kommuniziert werden. Des Weiteren zeigt diese

Studie, dass eine zusätzliche Stärkung des Individualitätsgefühls bei den Frauen dadurch erzielt werden konnte, wenn sich die BCN für den privaten Alltag und das Wohlergehen im persönlichen Umfeld der Betroffenen, interessierte. Die Betreuung der Patientinnen durch BCNs ging dadurch über das normale Maß des anderen medizinischen Personals hinaus (Halkett et al. 2006).

„As if I am your only patient“. (Kadmon et al. 2015)

Mit dieser Aussage einer betroffenen Frau wird der positive Aspekt der Individualität, bei der Betreuung durch die BCN, besonders unterstrichen.

3.1.4 Wahrnehmung unerfüllter Bedürfnisse

Im Rahmen des gesamten Behandlungsprozesses treten bei betroffenen Frauen verschiedenste Bedürfnisse auf, die ohne Betreuung durch eine BCN oft auch unerfüllt bleiben. Durch die psychosoziale und emotionale Unterstützung und den daraus resultierenden Beziehungsaufbau ist es der BCN im Laufe der Behandlungsphase möglich, ein besseres Bewusstsein für die Bedürfnisse der Frauen, zu entwickeln. Auch ist sie deshalb in der Lage den Unterstützungsbedarf, den die Frauen benötigen, zu erkennen (Halkett et al. 2006).

In der Studie von Brown et al. (2018) beschreiben die befragten Frauen die besonderen Fähigkeiten der BCNs, emotionale und psychosoziale Bedürfnisse, vor allem in der Zeit der Brustoperation, zu erkennen, aufzugreifen und die Frauen daraufhin zu unterstützen (Brown et al. 2018).

In der Studie von Ahern et. al (2016) wurde der Fokus auf die unerfüllten Bedürfnisse der betroffenen Frauen gelegt. Der Einsatz einer BCN zeigte hier klar, dass betreute Patientinnen vor allem im psychologischen Bereich, weniger unerfüllte Bedürfnisse hatten. Die betroffenen Frauen berichteten hier über weniger Müdigkeit, Angstzustände und negative Gefühle (Ahern et al. 2016).

Ebenfalls wird dieser positive Aspekt in den Studien von Kadmon et. al (2015) und Elay und Roger-Clark (2012) dokumentiert (Kadmon et al. 2015; Eley & Rogers-Clark 2012).

3.2 Positive Aspekte durch Information und Edukation

Zusätzlich zu den positiven Aspekten durch die psychosoziale Betreuung, ergeben sich durch die beratende Rolle der BCN, weitere positive Aspekte für an Brustkrebs erkrankte Frauen.

3.2.1 Verbesserung der Aufnahmefähigkeit von Informationen

Das ärztliche Personal agiert vielfach in der Kommunikation gegenüber Patientinnen mit medizinischen Begrifflichkeiten, die von den Frauen zum Großteil nicht verstanden werden und eine gewissen Angst in ihnen hervorruft. Die BCN hingegen übersetzt diese medizinischen Fachbegriffe und Informationen für die Betroffenen so, dass diese leicht verstanden, aufgenommen und auch akzeptiert werden. Diese werden von der BCN auch ganzheitlich, leicht verständlich und mit klarer und einfacher Sprache vermittelt. Die Studie von Admi et. al (2011) ergab, dass ärztliches Personal und BCNs idente Informationen an die Frauen weitergaben jedoch wurden jene Inhalte, die von den BCNs vermittelt wurden, besser verstanden und fanden eine höhere Akzeptanz als jene des ärztlichen Personals. Die BCN wird hier als „source of all information“ bezeichnet (Admi et al. 2011).

3.2.2 Unterstützende Entscheidungsfindung

Durch ihr fundiertes Wissen über den Behandlungsprozess und die individuellen Behandlungsoptionen vereinfacht die BCN die Situationslage für Patientinnen. Die BCN bindet die Patientinnen von Anfang an in den Entscheidungsprozess mit ein und gemeinsam wird nach einer Entscheidungsfindung gesucht. In weiterer Folge äußerten die betroffenen Frauen, dass die BCN sie in ihren bereits getroffenen Entscheidungen und gewählten Behandlungsoptionen unterstützt, bestärkt und begleitet hat. Eine Patientin war über ihre Entscheidung eine Mastektomie durchführen zu lassen sehr besorgt. In zahlreichen Aufklärungsgesprächen und mit entsprechenden statistischen Unterlagen konnte durch die BCN diese Besorgnis reduziert werden. Wichtig für die Patientinnen war es hier zu erfahren, welche Folgen und Konsequenzen getroffene Entscheidungen mit sich ziehen (Brown et al. 2018; Halkett et al. 2006; Admi et al. 2011). Auch in Liebert und Furber (2004) half die BCN Behandlungsoptionen klarer zu gestalten und 92% der befragten Frauen

gaben an, dass die BCN sie bei der Entscheidungsfindung bezüglich der Behandlung unterstützt hat (Liebert & Furber 2004).

3.2.3 Optimales Informationsmanagement

In der Studie von Albert et. al (2011) wurden die Unterschiede zwischen Frauen mit Kontakt und Frauen ohne Kontakt zu einer BCN während ihres Behandlungsprozesses mittels Fragebogen untersucht. Die daraus resultierenden Ergebnisse zeigten, dass Frauen mit Kontakt zu einer BCN in folgenden Aspekten bessere Ergebnisse erreichten:

- Erhalt von Informationsmaterialien zu follow-up care
- Informationen zu organisatorischen Abläufen und zum Behandlungsplan
- Kenntnisstand des eigenen Tumorhormonrezeptorstatus
- Medikamenteneinnahme deutlich häufiger da der Kenntnisstand über den Tumorhormonrezeptorstatus höher ist (Albert et al. 2011).

Auch in der Studie von Elay und Rogers-Clark (2012) wurden zwei Gruppen von Frauen verglichen. Gruppe A bildeten Frauen, die während ihres Behandlungsprozesses eine BCN hatten. Die Gruppe B hatte keinen Kontakt zu einer BCN. Diese zwei Gruppen wurden miteinander verglichen. Die Mehrheit der Teilnehmer in Gruppe A (24 von 28 Frauen) waren der Ansicht, dass sie die ausreichende Menge und richtige Art an Informationen von der BCN erhalten haben. Die häufigsten Antworten dieser Gruppe waren:

- sie war exzellent informiert
- sie ließ mich nicht in dem Zweifel um welche Art von Krebs es sich handelte
- sie wusste die beste Behandlungsoption
- sie hat Bücher über die Erkrankung zur Verfügung gestellt (Eley & Rogers-Clark 2012).

Im Gegensatz dazu glaubten nur 10 von 22 Personen aus der Gruppe B, die keinen Kontakt zu einer BCN hatten, dass die Informationen, die sie aus anderen Quellen erhalten haben, ausreichend waren. Mehrere Teilnehmerinnen gaben an, dass die

Informationen auch nicht in geeigneter Weise präsentiert wurden (Eley & Rogers-Clark 2012).

Ganz allgemein zeigt die Studie von Brown et. al (2018), dass bei Abwesenheit einer BCN ein signifikanter Mangel an Informationen und Betreuung, subjektiv von den Patientinnen empfunden wurde. Frauen beanstandeten hier besonders die Zeitspanne vor der Operation als äußerst belastend und vermissten eine Ansprechperson die erklärend das Prozedere am Tag der Operation, adäquat erläuterte (Brown et al. 2018).

3.2.4 Praktische Informationen

Patientinnen sehen jegliche ergänzende Aufklärungsarbeit und zusätzliche praktische Informationen, als positive wertvolle Unterstützungsmöglichkeit. Die BCN präsentierte den Frauen zum Beispiel Hilfsmittel wie Prothesen und unterstützende Büstenhalter, holte Informationen von anderen Institutionen oder Quellen ein, organisierte und koordinierte Selbsthilfegruppen. Generell wurde hier von den Frauen angemerkt, dass durch diese Maßnahmen der BCNs die Rückkehr in ein normales Leben durchaus leichter war und bezeichneten diesen Service, den sie von der BNC als Unterstützung erfahren konnten, als einzigartig (Brown et al. 2018).

In der Studie von Liebert und Furber (2004) hatten die Frauen sogar die Möglichkeit, die Gespräche, die sie mit den BCNs führten, aufzuzeichnen. Viele Frauen empfanden es als sehr hilfreich, wenn sie die Aufnahmen zu einem späteren Zeitpunkt wieder anhörten (Liebert & Furber 2004).

3.3 Positive Aspekte durch die Koordination der Betreuung

Aufgrund der koordinierenden Tätigkeiten der BCN während des gesamten Behandlungsprozesses der Frauen, resultieren dadurch weitere positive Aspekte.

3.3.1 Reduktion von Verzögerungen und Beschleunigung der Prozesse

Allein schon die Diagnose Mammakarzinom zu erhalten ist niederschmetternd und lebensbedrohlich. Zusätzlich zu den Emotionen, die im Laufe des Erkrankungsprozesses empfunden werden, treten häufig belastende Verzweiflung und

Frustration in der Begegnung mit dem medizinischen Gesundheitssystem auf. Vielfach wird die eigene persönliche Erkrankung als das kleinere Übel angesehen. Die Studie von Admi et. al (2011) beschrieb hier, dass wesentliche Ressourcen des Fachbereichs während des Behandlungsprozesses, durch institutionelle und bürokratische Angelegenheiten gebunden waren. Die BCN übernimmt hier eine zentrale Koordinationsfunktion und greift in das medizinische System und den Behandlungsprozess ein. Zum Beispiel half sie den Frauen zu jeder Tageszeit bei Änderungen von Terminen, wenn die Frauen an diesen nicht teilnehmen konnten. Dadurch können unnötige Verzögerungen vermieden werden und ein planmäßiger Verlauf der Therapien gewährleistet werden. Ob dieser wichtigen Funktion ist der Anerkennungsgrad einer BCN grundsätzlich bei den Ärzten/Ärztinnen, Krankenpflegepersonen und Sekretärinnen sehr hoch. Frauen messen grundsätzlich der BCN in der Funktion als Koordinatorin zwischen den einzelnen Institutionen, hohe Bedeutung bei. Auch die Beschleunigung von Prozessen, die Vermittlungsfunktion zwischen den beteiligten Akteuren und die ständige Bereitstellung praktischer und kontinuierlicher Hilfe, gehören dazu (Admi et al. 2011).

Eine weitere Studie untermauert dieses Rollenbild der BCN als Vermittlerin und Bindeglied zwischen dem gesamten Behandlungsteam und den Frauen. In Liebert und Furber (2004) bezeichneten 98% der Frauen die BCN als eine gute Kommunikatorin. 96 % meinten, dass nur die BCN in der Lage war, ÄrztInnen im Behandlungsteam die Bedürfnisse der Frauen, zu vermitteln (Liebert & Furber 2004).

3.3.2 Kontinuität in der Betreuung

In der Studie von Admi et. al (2011) wurde festgestellt, dass durch die koordinierende Rolle der BCN, zwischen dem behandelnden Team und den Patientinnen, bürokratische Hindernisse reduziert und dadurch die Prozesse beschleunigt werden konnten. Eine kontinuierliche Aufrechterhaltung der medizinischen Behandlung, wurde von den Frauen in diesem Kontext als wesentlich erachtet. Die ständige Anwesenheit und die laufenden Hilfestellungen der BCNs, erwirken einen großen Beitrag zur Kontinuität, während der gesamten Behandlungsphase (Admi et al. 2011).

In der Studie Halkett et.al (2006) stellten die Frauen fest, dass die BCN vom Zeitpunkt der Diagnose bis zum Abschluss der Behandlung kontinuierliche Unterstützung anbietet und leistet (Halkett et al. 2006). Bei Liebert und Furber (2004) wurde der Aspekt der Versorgungskontinuität von 88% der Frauen als großer Vorteil bewertet. 97% der Frauen gaben an, dass sie von dem ständigen und kontinuierlichen Kontakt mit der BCN während ihres gesamten Behandlungsprozesses profitierten (Liebert & Furber 2004).

3.3.3 Verfügbarkeit und Flexibilität

In einigen Studien wurden die hohe Verfügbarkeit und Flexibilität von BCNs besonders hervorgehoben. Die befragten Frauen betonten bei Admi et. al (2011) und Halkett et. al (2006) mehrmals die Bedeutung des Grades der Verfügbarkeit der BCN. Speziell im Umfeld von relativ starren Systemen und Institutionen, mit klar geregelten und hierarchischen Strukturen und Abläufen, ist es für die betroffenen Patientinnen nicht immer einfach. Die gute Verfügbarkeit und die hohe Flexibilität der BCN, brachten den betroffenen Frauen in diesen Situationen, wesentliche Erleichterung sich mit dem System zu arrangieren. Die BCN war während des gesamten Behandlungsprozesses immer für die Frauen verfügbar und in der Lage, flexibel zu unterstützen. Als wesentliche Wahrnehmung berichteten Frauen, dass das medizinische Personal – in der Studie wurde hier konkret der Chirurg beispielhaft genannt – zeitlich keine Reserven für offene Fragen der Frauen hatte. Diesen Zeitmangel des ärztlichen Personals, der generell von den Frauen wahrgenommen wurde, konnte dann durch entsprechende Flexibilität und Verfügbarkeit von BCNs ausgeglichen werden (Halkett et al. 2006; Admi et al. 2011).

4 Diskussion

Das Ziel dieser Arbeit war es, die positiven Aspekte, die sich durch die persönliche Betreuung einer Breast Care Nurse, für Frauen mit der Diagnose Mammakarzinom ergeben, aufzuzeigen und zu beschreiben. Die Forschungsfrage konnte mit den acht inkludierten Studien beantwortet werden. Der Sachverhalt, dass die meisten inkludierten Studien in Australien durchgeführt wurden, führen zur Erkenntnis, dass die erforschten Inhalte nicht generell auf andere Länder übertragen werden können. Hinsichtlich der international unterschiedlich bestehenden Ausbildungsmodelle, Berufsbezeichnungen und Tätigkeitsprofile der Breast Care Nurse, können die erzielten Ergebnisse auch nicht für andere Länder angewendet werden. Ganz generell jedoch konnte festgestellt und aufgezeigt werden, dass der Einsatz von BCNs, absolut positive Auswirkung auf den ganzheitlichen Behandlungsprozess hatte.

Durch die psychosoziale Unterstützung der BCN werden den Patientinnen die Ängste und Unsicherheiten rund um diese lebensbedrohliche Krankheit genommen. Sie entwickeln Vertrauen, Hoffnung und Optimismus was wiederum ihren Genesungsprozess positiv beeinflusst (Brown et. al 2018). Durch diese emotionale Verbindung entsteht ein Beziehungsaufbau, der die Individualität der Pflege dieser Patientengruppe fördert. Durch diese persönliche Nähe zu den Frauen konnte die BCN eventuelle unerfüllte Bedürfnisse der Frauen besser erkennen und daraufhin reagieren. Dadurch wurden vor allem im psychosozialen Bereich die unerfüllten Bedürfnisse verringert (Ahern et. al 2016). In ihrer informierenden und aufklärenden Rolle vereinfacht die BCN medizinische Begrifflichkeiten. Dadurch zeigten die Frauen einen deutlich besseren Wissensstand und wurden auch in der Entscheidungsfindung bezüglich der richtigen Therapie gefestigt (Admi et. al 2011; Liebert & Furber 2004).

Durch die koordinierende Rollenfunktion der BCN zwischen den Frauen und den unterschiedlichen Akteuren des Gesundheitssystem konnten durchaus positive Aspekte, wie die Beschleunigung von bürokratischen Prozessen, festgestellt und erreicht werden. Dies sahen viele Frauen als entscheidend für die Aufrechterhaltung der Kontinuität in ihrer Behandlung (Admi et. al 2011).

In Brown et. al (2018) und Eley und Rogers-Clark (2012) äußerten die Frauen ohne Kontakt zu einer BCN, dass sie emotional nicht entsprechend auf die bevorstehende Operation vorbereitet waren. Der Wunsch nach einer Ansprechperson war in dieser Situation sehr groß (Brown et al. 2018; Eley & Rogers-Clark 2012). In Ahern et. al (2016) zeigten die Frauen, die von einer BCN betreut wurden, einen deutlichen höheren Grad an Selbstwirksamkeit in Bezug auf die Fähigkeiten Pflege zu verstehen und daran teilzunehmen sowie Informationen zu suchen und zu verstehen (Ahern et al. 2016).

Bei Patientinnen, die eine Betreuung durch eine BCN erfahren hatten, war auch die Zufriedenheit während des Behandlungsprozesses wesentlich höher als bei Patientinnen, die nicht explizit von einer BCN betreut wurden. Des Weiteren spiegelt sich die Patientenzufriedenheit auch im Empfehlungsverhalten für Krankenhäuser, in der eine BCN arbeitet, wider. Die meisten befragten Frauen in der Studie von Brown et. al waren sich einig, dass sie ein Krankenhaus, welches eine BCN beschäftigt, bevorzugen würden (Brown et al. 2018). Auch in Albert et. al (2011) führten die positiven Erfahrungen der befragten Patientinnen zu dem Ergebnis und 81% empfehlen die Beratung und Unterstützung durch eine BCN. Durch diese hohe Weiterempfehlungsrate wird in dieser Studie auf eine höhere Zufriedenheit der Patientinnen geschlossen (Albert et al. 2011). Dieser positive Aspekt wird durch die Studie Liebert und Furber (2004) untermauert. Hier geben 51% der befragten Frauen an, dass sie einem Freund/einer Freundin empfehlen würden ein Krankenhaus mit einer BCN vorzuziehen. Weitere 48% raten überhaupt nur ein Krankenhaus, welches eine BCN beschäftigt, zu wählen (Liebert & Furber 2004).

Durch die Diagnose Brustkrebs und den daraus resultierenden Konsequenzen und Nebenwirkungen wird die Lebensqualität der Betroffenen stark eingeschränkt.

In der Studie von Albert et. al (2011) wurde unter anderem auch die Lebensqualität der Frauen, die eine Betreuung durch eine BCN hatten, gemessen. Der weltweite Durchschnittswert für die Lebensqualität der Frauen mit Kontakt zu einer BCN betrug 66,3%, während der Wert für Frauen ohne solchen Kontakt 62,5% betrug (Albert et al. 2011). Um diese Lebensqualität von Brustkrebspatientinnen zu messen wurde in den Briefumfragen der EORTC-QLQ-C30 Fragebogen verwendet. Dieser wird im medizinischen, hier vor allem im onkologischen Bereich angewendet, um

die Lebensqualität von TumorpatientInnen abzuschätzen. Weltweit wurde diese Erhebung bereits in über 3000 Studien durchgeführt (Prochazka, 2017). Deshalb ist die Vergleichbarkeit der Ergebnisse in der Studie von Albert et. al (2011), speziell in Bezug auf den Aspekt der Lebensqualität, mit anderen Studienergebnissen gegeben.

Wesentliche Aussagen der im Ergebnisteil inkludierten Studien bestätigen viele positive Aspekte bei der Betreuung von Brustkrebspatientinnen, durch BCNs. Da im Ergebnisteil nur Studien inkludiert wurden, die Argumente und Aussagen aus Sicht der betroffenen Frauen darstellen, ist es umso wichtiger zu diskutieren inwieweit BCNs selbst und übriges Gesundheitspersonal, vergleichbar ähnlich positive Aspekte für Frauen in der Betreuung durch eine BCN sehen.

In der Studie von Jones et.al (2010) werden BCNs und acht weitere Health Professionals zum Berufsbild der BCN befragt. Es wurde festgestellt, dass auch hier die positiven Aspekte durch Informationsvermittlung und Aufklärungsarbeit und durch die psychosoziale Unterstützung der BCN entstehen. Health Professionals sehen dadurch ein besseres Umgangsverhalten der Frauen mit ihrer Diagnose und können so leichter die weiteren Therapieschritte verstehen. Die BCN erleichtert den Weg durch die Erkrankung für Patientinnen. Health Professionals sahen BCNs für die zentrale Koordination der Pflegephase verantwortlich. In dieser Studie sehen die Health Professionals die Pflegekoordination der BCN darin, dass sie an multidisziplinären Sitzungen teilnimmt, wo sie die Betreuung ihrer Patientinnen besprechen und deren Standpunkte darstellen (Jones et al. 2010).

In einer weiteren Studie wurden Interviews und Beobachtungen mit 16 multidisziplinären Teams in England durchgeführt. Wie im Einleitungsteil erwähnt, sind BCNs Teil dieses multidisziplinären Teams in Brustgesundheitszentren. BCNs reagieren auch hier auf die unmittelbaren Bedürfnisse der Patientinnen und handeln dementsprechend. Auch in dieser Studie entstehen positive Aspekte durch die Koordination der Betreuung durch die BCN und es gelang dadurch auch, Prozesse innerhalb des bürokratischen Gesundheitssystems zu beschleunigen, die wiederum zu besseren Gesundheitsoutcomes der Patientinnen führten. BCNs zeigten hier Innovation und fanden immer wieder Wege, um das bürokratische System zu

umgehen und so eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung zu gewährleisten (Amir et al. 2004).

In der Literaturrecherche ist aufgefallen, dass die Studien hauptsächlich Untersuchungen beinhalten, die sich auf die Zeitspanne während der Behandlungsphase beziehen. Die Nachsorge spielt aber bei Brustkrebs eine große Rolle. Die Überlebensraten von 2015-2017 in Österreich betragen nach einem Jahr 96% und nach 3 Jahren 90%. Diese zeigen deutlich, dass es gute Heilungsprognosen für an Brustkrebs erkrankte Frauen gibt und sie häufiger diese Erkrankung überleben, jedoch mit den Folgeerscheinungen und Nebenwirkungen weiterhin ihr Leben bewältigen müssen. Bis 2030 steigt die Prävalenz um 45% an. Einerseits kommen geburtenstärkere Frauengenerationen in ein höheres Alter andererseits steigen die Überlebenschancen durch den medizinischen Fortschritt und somit überleben auch mehr erkrankte Frauen (Statistik Austria 2019).

Deshalb wird die Notwendigkeit einer umfassenden weiteren Unterstützung nach erfolgreicher Bekämpfung der Erkrankung, in der Studie von Mathews und Semper, thematisiert. Frauen beschrieben hier das Öfteren, dass die Unterstützung abrupt nach Beendigung der Behandlung endete und folglich die Bedürfnisse zu Hause nicht ausreichend erfüllt worden sind. Frauen hätten sich gewünscht, dass die Betreuung durch die BCN, die sie während ihrer Behandlungsphase erhalten haben, danach weitererfolgt. Denn wie eine Frau beschreibt, hat sie auch noch Jahre nach ihrer Behandlung mit den Folgen wie Juckreiz und Schmerzen im Arm zu kämpfen und wünsche sich jemanden mit dem sie zu Hause reden konnte. Die Forderung nach entsprechender kontinuierlicher Weiterbetreuung durch den Einsatz einer BCN, auch nach abgeschlossener Therapiebehandlung, ist daher verständlicherweise groß (Matthews & Semper 2017).

Um die Weiterbetreuung nach abgeschlossener Therapiebehandlung zu gewährleisten, wurden bereits vereinzelt speziell darauf abgestimmte Nachsorgeprogramme etabliert. In Western Australien zum Beispiel werden schon spezielle ambulante Kliniken geführt. Jeder Patientin wird hier jährlich ein Nachsorgetermin angeboten. In diesen Kliniken werden sie zusätzlich zum ärztlichen Personal von den BCNs betreut. Zu den Schwerpunkten dieser Nachsorgedienste zählen nicht nur die Früh-erkennung eines eventuell neuerlich

auftretenden Tumors, sondern auch mögliche Nach- und Nebenwirkungen der Behandlung in den Griff zu bekommen. Die Nachsorge berücksichtigt auch psychosoziale und psychoonkologische Aspekte. Insgesamt sollen die Angebote die Lebensqualität der betroffenen Frauen verbessern (Deutsches Krebsforschungszentrum 2018; Jiwa et al. 2010).

Eine Studie zeigte, dass auch während der Nachsorge, ähnliche positive Aspekte durch die Betreuung der BCN entstehen. Zum Beispiel erkennen BCNs während der routinemäßigen Nachsorge häufiger psychische Probleme der Patientinnen als die betreuenden ÄrztInnen. BCNs ermutigten auch hier die Frauen, Angst und Trauer auszudrücken und mit solchen Gefühlen umzugehen. Sie untersuchten Frauen auf pathologische Angstzustände oder Depressionen, einschließlich Selbstmordgedanken. Ganz generell förderte die BCN auch hier das Selbstwertgefühl wie vergleichsweise in der im Ergebnisteil inkludierten Studie von Brown et. al. BCNs versuchen auch hier die positive Einstellungen der Frauen aufrechtzuerhalten (Jiwa et al. 2010).

Da die vereinbarten Nachsorgetermine in diesen Kliniken aber häufig nicht planmäßig verlaufen, nicht pünktlich wahrgenommen werden und es speziell mit dem Berufsleben der Frauen schwer zu vereinbaren ist wurde eine sogenannte telefonische Nachsorge eingeführt. Diese wird hauptsächlich durch die BCN durchgeführt. Jede Konsultation findet, wenn möglich, mit derselben BCN statt, die die Frauen während der Behandlungsphase begleitet hat. Auch hier zeigen sich positive Aspekte in der Kontinuität der Betreuung und die BCNs sind auch hier weiter in der Lage die individuellen Bedürfnisse der Frauen zu erfüllen. Dieses telefonische Nachsorgeprogramm, wurde von den Frauen weiters als praktisch eingestuft, da die Konsultationen in der häuslichen Umgebung und nicht in einer ambulanten Krankenhausabteilung stattfanden (Beaver et al. 2010).

Die Tätigkeiten einer BCN zeigen nicht nur während der Behandlungsphase positive Auswirkungen auf die Frauen mit Brustkrebs, sondern auch durch ihren Einsatz in der Nachsorge und darüber hinaus.

4.1 Limitationen und Stärken

Eine Limitation dieser Arbeit ist, dass nur Studien inkludiert wurden, die in deutscher und englischer Sprache publiziert wurden. Deshalb konnten möglicherweise anderssprachige relevante Studien nicht in diese Bachelorarbeit miteinbezogen werden. Eine weitere Schwäche ist, dass die Literaturrecherche und die Bewertung der inkludierten Studien nur von der Autorin dieser Arbeit durchgeführt wurde und nicht von mehreren erfolgte. Das bedeutet, dass diese Arbeit keine systematische Literaturübersicht darstellt. Weiters ist die länderübergreifende Generalisierbarkeit der Ergebnisse eingeschränkt, da die eingeschlossenen Studien hauptsächlich in Australien durchgeführt wurden.

Als Stärke dieser Bachelorarbeit kann genannt werden, dass die Literaturrecherche nicht nur in den Datenbanken PubMed, CINAHL und Web of Science durchgeführt wurde, sondern auch mittels Referenzlistenscreening und Handsuche. Dadurch konnte eine breitgefächerte Suche gewährleistet werden. Weiters wurde das zeitliche Limit der inkludierten Studie auf die letzten 15 Jahre eingeschränkt, um möglichst aktuelle Studienergebnisse in dieser Bachelorarbeit darstellen zu können. Die Qualität der Studien kann in weiterer Folge als gut befunden werden, da eine einheitliche Bewertung mittels MMAT Bewertungsbogen nach Hong et. al durchgeführt wurde. Auch konnte die Forschungsfrage dieser Bachelorarbeit mithilfe der acht inkludierten Studien beantwortet werden.

4.2 Praxisempfehlungen

Die durchgeführte Literaturrecherche hat gezeigt, dass die Kompetenzen und Rollenfunktion des Berufsbildes der BCN teilweise unklar sind. Es existiert auch kein einheitliches Ausbildungsmodell und keine einheitliche Berufsbezeichnung für diese Berufsgruppe. Dies ist aber unbedingt anzustreben, um Forschungsergebnisse besser länderübergreifend gegenüberstellen zu können und damit die Weiterentwicklung und Implementierung dieses Berufstandes in der Praxis schneller vorangetrieben werden kann.

Weiters hat die Literaturrecherche gezeigt, dass das Berufsbild der BCN in Australien weit verbreitet ist und erfolgreich umgesetzt wird. In Österreich werden betroffene Frauen, vor allem in Brustgesundheitszentren, von den BCNs betreut. Dennoch ist es empfehlenswert das Berufsbild der BCN in Österreich, aufgrund der demographischen Entwicklung der weiblichen Bevölkerung und der steigenden Neuerkrankungsraten fester zu implementieren und weiter auszubauen. Dies könnte erreicht werden indem zu allererst mehr Ausbildungsstätten für die Weiterbildung des Pflegepersonales zur BCN in Österreich zur Verfügung gestellt werden. Dadurch kann nicht nur sichergestellt werden, dass die Behandlungs- und Lebensqualität der Frauen während dieser schwierigen Phase gegeben ist, sondern auch die in Zukunft ansteigende Anzahl an neuerkrankten Patientinnen bestmöglich versorgt werden und um jeder betroffenen Frau Zugang zu einer BCN gewährleisten zu können.

Um die unterschiedlichen individuellen Bedürfnisse der Frauen zu erkennen und darauf eingehen zu können, bedarf es die volle zeitliche Aufmerksamkeit der BCN für die Patientinnen. Das Modell der Teilzeitfreistellung wird hier in Frage gestellt. Denn BCNs gaben in einer Studie die zeitliche Einschränkung (z.B. Teilzeit) als große Herausforderung an. Ihre Unzufriedenheit begründeten sie damit, nicht genügend Zeit mit den Patientinnen verbringen zu können (Jones et al. 2010). Deshalb ist es notwendig BCNs vom Stationsalltag freizustellen.

4.3 Forschungsempfehlungen

Um in Zukunft Studien länderübergreifend miteinander vergleichen zu können und um einheitliche Ergebnisse zu bekommen, ist es zunächst einmal notwendig, international gültige Modelle mit klaren Rollen- und Kompetenzmodellen und eine einheitliche Bezeichnung für das Berufsbild der Breast Care Nurses zu entwickeln.

In einigen Ländern, wie z.B. in Australien, ist das spezialisierte Berufsbild der BCN viel länger etabliert. Dadurch ist der Forschungsstand für spezialisierte Pflege im Bereich Brustkrebs hier bereits weiter fortgeschritten als in anderen Ländern. Vor allem existieren Studien über die Tätigkeiten und das Rollenbild der BCN. Dennoch mangelt es auch hier an Literatur, die sich ausschließlich mit den positiven Aspekten, die sich aus diesen Tätigkeiten bzw. Rollen ergeben. Um signifikante

Aussagen diesbezüglich treffen zu können, sollten mehr Studien, die diese Thematik aufzeigen, durchgeführt werden.

Aktuell gibt es noch immer zu wenig vorhandene Literatur und auch vielfach fehlendes Wissen über das Berufsbild der BCN im deutschsprachigen Raum. Vor allem in Österreich mangelt es hier stark an umfangreicher Grundlagenforschung, da die ersten BCNs in Österreich erst im Jahre 2010 ausgebildet wurden. Deshalb wäre die Intensivierung der Forschung in diesem Bereich eine sehr sinnvolle und nützliche Maßnahme, dass das Berufsbild der BCN im deutschsprachigen Raum, vor allem in Österreich, an Bekanntheitsgrad gewinnt und der Ausbau der BCN forciert wird.

Da Männer nur selten von der Diagnose Brustkrebs betroffen sind, laut Statistik Austria 2017 zuletzt 62 Männer in Österreich (Statistik Austria 2020) und in der Literaturrecherche dazu auch keine Studie gefunden wurde, die Männer miteinbezieht, wurden männliche Patienten in dieser Arbeit nicht berücksichtigt. Ein möglicher zukünftiger interessanter Forschungsansatz wäre es sicherlich, männliche Personen miteinzubeziehen und deren spezifischen Bedürfnisse in der Pflegephase zu durchleuchten. Auch stellt sich die Frage, ob eine eigens dafür abgestimmte und spezialisierte Ausbildung für das Gesundheits- und Krankenpflegepersonal erforderlich ist.

5 Schlussfolgerung

In dieser Bachelorarbeit konnten die positiven Aspekte, die sich durch das Berufsbild der Breast Care Nurse für Frauen mit der Diagnose Mammakarzinom ergeben, dargestellt werden. Die Ergebnisse der inkludierten Studien zeigen deutlich, dass Frauen durch die Betreuung einer Breast Care Nurse viele positive Aspekte während ihrer Betreuungsphase erfahren. Durch die psychosoziale Unterstützung der BCN, entwickeln die Frauen Hoffnung und Optimismus und sehen dadurch dem Genesungsprozess positiver entgegen. Dieser wird demnach auch positiver beeinflusst. Weiters hilft die BCN den Frauen ihre Gefühle zu managen und bestärkt sie in ihrem Selbstvertrauen. Durch die ergänzende Aufklärungsarbeit, vereinfacht die BCN zum Beispiel medizinische Begrifflichkeiten. Deshalb zeigen, Frauen mit Kontakt zu einer BCN einen deutlich besseren Wissensstand und wurden auch in der Entscheidungsfindung bezüglich der richtigen Therapie bestärkt. Weiters koordiniert und beschleunigt die BCN Prozesse innerhalb des gesamten Behandlungsteams. Dadurch wird die Behandlungskontinuität der betroffenen Frauen gewährleistet. All diese positiven Faktoren, die durch den Einsatz einer BCN entstehen, führen wiederum zu einer erhöhten Patientenzufriedenheit und Lebensqualität der Frauen.

Durch die weltweiten unterschiedlich existierenden Berufsbezeichnungen, Ausbildungsmodelle, Rollen und Tätigkeiten dieses speziellen Berufsbildes, ist es schwierig einheitliche Feststellungen zu diesem Berufsbild zu machen. Da in einigen Ländern, speziell auch Österreich, die Forschungslage hierzu minimal ist, bedarf es hier an weiterem Forschungsbedarf, um die positiven Aspekte und Wichtigkeit dieses Berufsbildes darzustellen und den Ausbau dieses Berufsbildes schneller vorantreiben zu können.

Literaturverzeichnis

ADMI, H., ZOHAR, H. & RUDNER, Y. 2011. "Lighthouse in the dark": a qualitative study of the role of breast care nurse specialists in Israel. *Nurs Health Sci*, 13, 507-13.

AHERN, T., GARDNER, A. & COURTNEY, M. 2016. Exploring patient support by breast care nurses and geographical residence as moderators of the unmet needs and self-efficacy of Australian women with breast cancer: Results from a cross-sectional, nationwide survey. *Eur J Oncol Nurs*, 23, 72-80.

AMIR, Z., SCULLY, J. & BORRILL, C. 2004. The professional role of breast cancer nurses in multi-disciplinary breast cancer care teams. *Eur J Oncol Nurs*, 8, 306-14.

AUSBILDUNGSZENTRUM WEST FÜR GESUNDHEITSBERUFE DER TIROL KLINIKEN GMBH. 2019. *Weiterbildung Breast Care Nurse* [Online]. Available: https://www.azw.ac.at/page.cfm?vpath=pflegeausbildungen/weiterbildungen/breast_care_nurse [Accessed 02.12. 2019].

BEAVER, K., WILLIAMSON, S. & CHALMERS, K. 2010. Telephone follow-up after treatment for breast cancer: views and experiences of patients and specialist breast care nurses. *J Clin Nurs*, 19, 2916-24.

BROWN, J., REFELD, G. & COOPER, A. 2018. Timing and Mode of Breast Care Nurse Consultation From the Patient's Perspective. *Oncol Nurs Forum*, 45, 389-398.

BRÜGERMANN SILKE & PSYCHREMBEL REDAKTION. 2018. *Mammakarzinom* [Online]. Available: <https://www-1pschyrembel-1de-10013b4lh35db.han.medunigraz.at/Mammakarzinom/K0DMW> [Accessed 25.10. 2019].

CATALIOTTI, L., DE WOLF, C., HOLLAND, R., MAROTTI, L., PERRY, N., REDMOND, K., ROSSELLI DEL TURCO, M., RIJKEN, H., KEARNEY, N., ELLIS, I. O., DI LEO, A., ORECCHIA, R., NOEL, A., ANDERSSON, M., AUDRETSCH, W., BJURSTAM, N., BLAMEY, R. W., BLICHERT-TOFT, M., BOSMANS, H., BURCH, A., BUSSOLATI, G., CHRISTIAENS, M. R., COLLEONI, M., CSERNI, G., CUFER, T., CUSH, S., DAMILAKIS, J., DRIJKONINGEN, M., ELLIS, P., FOUBERT, J., GAMBACCINI, M., GENTILE, E., GUEDEA, F., HENDRIKS, J., JAKESZ, R., JASSEM, J., JERECZEK-FOSSA, B. A., LAIRD, O., LARTIGAU, E., MATTHEIEM, W., O'HIGGINS, N., PENNERY, E., RAINSBURY, D., RUTGERS, E., SMOLA, M., VAN LIMBERGEN, E., VON SMITTEN, K., WELLS, C. & WILSON, R. 2007. Guidelines on the standards for the training of specialised health professionals dealing with breast cancer. *Eur J Cancer*, 43, 660-75.

CRUICKSHANK S, KENNEDY C, LOCKHART K, DOSSER I & L, D. 2008. *Specialist breast care nurses for supportive care of women with breast cancer (Review)* [Online]. Available: https://dspace.stir.ac.uk/bitstream/1893/22970/1/Cruickshank_et_al-2008-The_Cochrane_library.sup-2.pdf [Accessed 02.12 2019].

DEUTSCHES KREBSFORSCHUNGSZENTRUM. 2018. *Nachsorge* [Online]. Available: <https://www.krebsinformationsdienst.de/tumorarten/brustkrebs/nachsorge.php> [Accessed 15.02. 2020].

EICHER, M. 2006. *Die Breast und Cancer Care Nurse* [Online]. Available: https://www.researchgate.net/profile/Manuela_Eicher/publication/245611813_Breast_and_cancer_care_nurse_A_model_for_specialised_nursing_in_breast_and_cancer_centres/links/00b4953468b65acd93000000.pdf [Accessed 01.12. 2019].

EICHER, M., KADMON, I., CLAASSEN, S., MARQUARD, S., PENNERY, E., WENGSTROM, Y. & FENLON, D. 2012. Training breast care nurses throughout Europe: the EONS postbasic curriculum for breast cancer nursing. *Eur J Cancer*, 48, 1257-62.

EICHER, M. & MARQUARD, S. 2008. *Brustkrebs: Lehrbuch für Breast Care Nurses, Pflegende und Gesundheitsberufe*, Bern, Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.

ELEY, R. & ROGERS-CLARK, C. 2012. Consumer perceptions of the effectiveness of a breast care nurse in providing coordinated care to women with breast cancer in Queensland, Australia. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 29, 56-61.

GRAY, J. R., GROVE, S. K. & SUTHERLAND, S. 2017. *BURNS AND GROVE'S: The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence*, ELSEVIER.

HABERSACK & LOHRMANN. 2011. *Breast Care Nurse – eine notwendige Qualifizierung auch für Österreich* [Online]. *Österreichische Pflegezeitschrift* 64(3), 22-25. [Accessed 12.12 2019].

HALKETT, G., ARBON, P., SCUTTER, S. & BORG, M. 2006. The role of the breast care nurse during treatment for early breast cancer: the patient's perspective. *Contemp Nurse*, 23, 46-57.

HONG, Q., PLUYE, P., FÀBREGUES, S., BARTLETT, G., BOARDMAN, F., CARGO, M., DAGENAI, P., GAGNON, M.-P., GRIFFITHS, F., NICOLAU, B., O'CATHAIN, A., ROUSSEAU, M.-C. & VEDEL, I. 2018. *MIXED METHODS APPRAISAL TOOL (MMAT) VERSION 2018: User guide* [Online]. Industry Canada: Canadian Intellectual Property Office. Available: http://mixedmethodsappraisaltoolpublic.pbworks.com/w/file/attach/127916259/MMAT_2018_criteria-manual_2018-08-01_ENG.pdf [Accessed 14.11. 2019].

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER. 2018. *Latest global cancer data: Cancer burden rises to 18.1 million new cases and 9.6 million cancer deaths in 2018* [Online]. Available: <https://www.who.int/cancer/PRGlobocanFinal.pdf> [Accessed 26.10. 2019].

JIWA, M., HALKETT, G., DEAS, K., WARD, P., O'CONNOR, M., O'DRISCOLL, C., O'BRIEN, E., WILSON, L., BOYLE, S. & WEIR, J. 2010. How do specialist breast

nurses help breast cancer patients at follow-up? *Collegian*, 17, 143-9.

JONES, L., LEACH, L., CHAMBERS, S. & OCCHIPINTI, S. 2010. Scope of practice of the breast care nurse: a comparison of health professional perspectives. *Eur J Oncol Nurs*, 14, 322-7.

KADMON, I., HALAG, H., DINUR, I., KATZ, A., ZOHAR, H., DAMARI, M., COHEN, M., LEVIN, E. & KISLEV, L. 2015. Perceptions of Israeli women with breast cancer regarding the role of the Breast Care Nurse throughout all stages of treatment: a multi center study. *Eur J Oncol Nurs*, 19, 38-43.

LECTURIO. 2017. *Das Mammakarzinom I – Ursachen, Klassifikation und Symptome* [Online]. Available: <https://www.lecturio.de/magazin/mammakarzinom-i/#definition> [Accessed 25.10. 2019].

LIEBERT, B. & FURBER, S. 2004. Australian women's perceptions of a specialist breast nurse model. *Aust Health Rev*, 27, 88-93.

MATTHEWS, H. & SEMPER, H. 2017. 'Dropped from the system': the experiences and challenges of long-term breast cancer survivors. *J Adv Nurs*, 73, 1355-1365.

MOHER, D., LIBERATI, A., TETZLAFF, J. & ALTMAN, D. 2009. *PRISMA Flow Diagram* [Online]. Available: <http://prisma-statement.org/PRISMAStatement/FlowDiagram.aspx> [Accessed 05.12. 2019].

ÖSTERREICHISCHE ZERTIFIZIERUNGSKOMMISSION. 2019. *Flächendeckend Spitzenversorgung für Brustkrebs-PatientInnen Erfolgsmodell: 10 Jahre zertifizierte Brustgesundheitszentren* [Online]. Available: https://plenos.at/fileadmin/user_upload/190614_Final_PT_DocCert_Brustgesundh_eit.pdf [Accessed 04.12. 2019].

STATISTIK AUSTRIA. 2015. *Trends der Entwicklung von Krebserkrankungen in Österreich: Eine Prognose bis 2030* [Online]. Available: https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/9/3/0/CH4157/CMS1553763471281/bericht_krebsprognose_3_2_2015.pdf [Accessed 26.10. 2019].

STATISTIK AUSTRIA. 2019. *Brust (C50) - Relative Überlebensraten in Österreich nach Geschlecht (1990-2017)* [Online]. Available: https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/krebserkrankungen/brust/080572.html [Accessed 02.02 2020].

STATISTIK AUSTRIA. 2020. *Brust* [Online]. Available: https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/krebserkrankungen/brust/index.html [Accessed 02.02. 2020].

VORSTAND ÖSTERREICHISCHE GESELLSCHAFT DER BREAST CARE NURSES. 2019. *BREAST CARE NURSES: Österreichische Gesellschaft der Breast Care Nurses* [Online]. Available: <https://www.breastcarenurses.at/home.html> [Accessed 25.10. 2019].

WILSON, A. R., MAROTTI, L., BIANCHI, S., BIGANZOLI, L., CLAASSEN, S., DECKER, T., FRIGERIO, A., GOLDBIRSCHE, A., GUSTAFSSON, E. G., MANSEL, R. E., ORECCHIA, R., PONTI, A., POORTMANS, P., REGITNIG, P., ROSSELLI DEL TURCO, M., RUTGERS, E. J., VAN ASPEREN, C., WELLS, C. A., WENGSTROM, Y. & CATALIOTTI, L. 2013. The requirements of a specialist Breast Centre. *Eur J Cancer*, 49, 3579-87.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2019. *Cancer. Breast Cancer*. [Online]. Available: <https://www.who.int/cancer/prevention/diagnosis-screening/breast-cancer/en/> [Accessed 11.12 2019].

ZHAW. 2019. *Breast Care* [Online]. Available: <https://www.zhaw.ch/de/gesundheit/weiterbildung/detail/kurs/breast-care/> [Accessed 12.12. 2019].

ZIMMERMANN, D. 2011. *Neue Schule für Breast Care Nurses* [Online]. Available: <https://healthcare-in-europe.com/de/news/neue-schule-fuer-breast-care-nurses.html> [Accessed 03.12. 2019].

Anhang

In der nachfolgenden Abbildung 3 wird der MMAT Bewertungsbogen von Hong et.al (2018) dargestellt. Die Bewertungen der einzelnen Studien wurden mit diesem Bewertungsinstrument durchgeführt und diese sind in den nachfolgenden Tabellen 3-10 abgebildet.

Part I: Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT), version 2018

Category of study designs	Methodological quality criteria	Responses			
		Yes	No	Can't tell	Comments
Screening questions (for all types)	S1. Are there clear research questions?				
	S2. Do the collected data allow to address the research questions?				
<i>Further appraisal may not be feasible or appropriate when the answer is 'No' or 'Can't tell' to one or both screening questions.</i>					
1. Qualitative	1.1. Is the qualitative approach appropriate to answer the research question?				
	1.2. Are the qualitative data collection methods adequate to address the research question?				
	1.3. Are the findings adequately derived from the data?				
	1.4. Is the interpretation of results sufficiently substantiated by data?				
	1.5. Is there coherence between qualitative data sources, collection, analysis and interpretation?				
2. Quantitative randomized controlled trials	2.1. Is randomization appropriately performed?				
	2.2. Are the groups comparable at baseline?				
	2.3. Are there complete outcome data?				
	2.4. Are outcome assessors blinded to the intervention provided?				
	2.5. Did the participants adhere to the assigned intervention?				
3. Quantitative non-randomized	3.1. Are the participants representative of the target population?				
	3.2. Are measurements appropriate regarding both the outcome and intervention (or exposure)?				
	3.3. Are there complete outcome data?				
	3.4. Are the confounders accounted for in the design and analysis?				
	3.5. During the study period, is the intervention administered (or exposure occurred) as intended?				
4. Quantitative descriptive	4.1. Is the sampling strategy relevant to address the research question?				
	4.2. Is the sample representative of the target population?				
	4.3. Are the measurements appropriate?				
	4.4. Is the risk of nonresponse bias low?				
	4.5. Is the statistical analysis appropriate to answer the research question?				
5. Mixed methods	5.1. Is there an adequate rationale for using a mixed methods design to address the research question?				
	5.2. Are the different components of the study effectively integrated to answer the research question?				
	5.3. Are the outputs of the integration of qualitative and quantitative components adequately interpreted?				
	5.4. Are divergences and inconsistencies between quantitative and qualitative results adequately addressed?				
	5.5. Do the different components of the study adhere to the quality criteria of each tradition of the methods involved?				

Abbildung 3: Bewertungsinstrument von (Hong et. al 2018).

Tabelle 3: Bewertung der Studie Admi et.al 2011 nach (Hong et. al 2018).

Category of study design	Methodological quality criteria	Responses			
		Yes	No	Can't tell	Comments
Screening questions (for all types)	Are there clear research questions?	x			Es ist zwar keine klare Forschungsfrage formuliert, aber diese kann aus dem Forschungsziel abgeleitet werden.
	Do the collected Data allow to address the research questions?	x			
1. Qualitative	1.1. Is the qualitative approach appropriate to answer the research question?	x			
	1.2. Are the qualitative data collection methods adequate to address the research question?	x			Meiner Meinung nach sind 125 Briefe und drei zusätzlich geführte Interviews ausreichend.
	1.3. Are the findings adequately derived from the data?	x			Ja. Die gefundenen Daten kommen direkt von den geschriebenen Briefen. Drei Forscher haben die Briefe unabhängig voneinander analysiert. Deskriptive Inhaltsanalyse wurde durchgeführt. Ergebnisse wurden kodiert und Kategorienbildungen durchgeführt.
	1.4. Is the interpretation of results sufficiently substantiated by data?	x			Ja, da eine Erreichung der Datensättigung angegeben ist.
	1.5. Is there coherence between qualitative data sources, collection, analysis and interpretation?	x			

Tabelle 4: Bewertung der Studie Halkett et. al 2006 nach (Hong et. al 2018).

Category of study design	Methodological quality criteria	Responses			
		Yes	No	Can't tell	Comments
Screening questions (for all types)	Are there clear research questions?	x			Es ist zwar keine klare Forschungsfrage formuliert, aber diese kann aus dem Forschungsziel abgeleitet werden.
	Do the collected Data allow to address the research questions?	x			
1. Qualitative	1.1. Is the qualitative approach appropriate to answer the research question?	x			Interviews sind hier meiner Meinung nach einer geeigneten Methode, um die Perspektiven von Frauen darzustellen.
	1.2. Are the qualitative data collection methods adequate to address the research question?	x			
	1.3. Are the findings adequately derived from the data?	x			Ja. Die Interviews wurden auf Bänder aufgenommen und wortwörtlich transkribiert.
	1.4. Is the interpretation of results sufficiently substantiated by data?	x			Ja. 18 Interviews sind meiner Meinung nach hier ausreichend.
	1.5. Is there coherence between qualitative data sources, collection, analysis and interpretation?	x			

Tabelle 5: Bewertung der Studie Kadmon et. al 2015 nach (Hong et. al 2018).

Category of study design	Methodological quality criteria	Responses			
		Yes	No	Can't tell	Comments
Screening questions (for all types)	Are there clear research questions?	x			Es ist zwar keine klare Forschungsfrage formuliert, aber diese kann aus dem Forschungsziel abgeleitet werden
	Do the collected Data allow to address the research questions?	x			
5. Mixed Methods	5.1. Is there an adequate rationale for using a mixed methods design to address the research question?	x			Ja. Die qualitative Komponente dieser Studie wurde gemacht, um den Frauen zusätzlich die Möglichkeit zu geben, in ihren eigenen Worten zu antworten.
	5.2. Are the different components of the study effectively integrated to answer the research question?	x			
	5.3. Are the outputs of the integration of qualitative and quantitative components adequately interpreted?			x	
	5.4. Are divergences and inconsistencies between quantitative and qualitative results adequately addressed?			x	Nicht angegeben.
	5.5. Do the different components of the study adhere to the quality criteria of each tradition of the methods involved?			x	

Tabelle 6: Bewertung der Studie Brown et. al 2018 nach (Hong et. al 2018).

Category of study design	Methodological quality criteria	Responses			
		Yes	No	Can't tell	Comments
Screening questions (for all types)	Are there clear research questions?	x			Es ist zwar keine klare Forschungsfrage formuliert, aber es kann diese aus dem Forschungsziel abgeleitet werden.
	Do the collected Data allow to address the research questions?	x			
5. Mixed Methods	5.1. Is there an adequate rationale for using a mixed methods design to address the research question?	x			Es ist angegeben, dass die qualitative Datenerhebung die quantitativen Ergebnisse zusätzlich unterstützen sollten.
	5.2. Are the different components of the study effectively integrated to answer the research question?	x			Beim Fragebogen für den quantitativen Teil wurde die Likert Skala verwendet und um qualitative Ergebnisse zu erhalten wurden zusätzlich Open ended questions in den Fragebogen integriert.
	5.3. Are the outputs of the integration of qualitative and quantitative components adequately interpreted?	x			Quantitative Daten wie z.B. demographische Daten wurden mittels Microsoft Excel analysiert und die open ended questions mittels thematic analysis. Alle drei Forscher haben die Daten unabhängig voneinander analysiert bevor sie zusammen die Ergebnisthemen gebildet haben.
	5.4. Are divergences and inconsistencies between quantitative and qualitative results adequately addressed?			x	Wird nicht angegeben.
	5.5. Do the different components of the study adhere to the quality criteria of each tradition of the methods involved?			x	

Tabelle 7: Bewertung der Studie Eley und Rogers-Clark 2012 nach (Hong et. al 2018).

Category of study design	Methodological quality criteria	Responses			
		Yes	No	Can't tell	Comments
Screening questions (for all types)	Are there clear research questions?	x			Es ist zwar keine klare Forschungsfrage formuliert, aber es kann diese aus dem Forschungsziel abgeleitet werden.
	Do the collected Data allow to address the research questions?	x			
3. Quantitative non-randomized	3.1. Are the participants representative of the target population?	x			
	3.2. Are measurements appropriate regarding both the outcome and intervention (or exposure)?	x			
	3.3. Are there complete outcome data?	x			
	3.4. Are the confounders accounted for in the design and analysis?			x	Nicht angegeben.
	3.5. During the study period, is the intervention administered (or exposure occurred) as intended?	x			

Tabelle 8: Bewertung der Studie Liebert und Furber 2004 nach (Hong et. al 2018).

Category of study design	Methodological quality criteria	Responses			
		Yes	No	Can't tell	Comments
Screening questions (for all types)	Are there clear research questions?	x			Es ist zwar keine klare Forschungsfrage formuliert, aber es kann diese aus dem Forschungsziel abgeleitet werden.
	Do the collected Data allow to address the research questions?	x			
3. Quantitative non-randomized	3.1. Are the participants representative of the target population?	x			
	3.2. Are measurements appropriate regarding both the outcome and intervention (or exposure)?	x			
	3.3. Are there complete outcome data?	x			
	3.4. Are the confounders accounted for in the design and analysis?			x	Nicht angegeben.
	3.5. During the study period, is the intervention administered (or exposure occurred) as intended?	x			

Tabelle 9: Bewertung der Studie Ahern et. al 2016 nach (Hong et. al 2018).

Category of study design	Methodological quality criteria	Responses			
		Yes	No	Can't tell	Comments
Screening questions (for all types)	Are there clear research questions?	x			Es sind sogar vier Forschungsfragen angegeben.
	Do the collected Data allow to address the research questions?	x			Alle vier werden beantwortet.
4. Quantitativ – descriptive	4.1. Is the sampling strategy relevant to address the research question?	x			
	4.2. Is the sample representative of the target population?	x			902 Teilnehmerinnen sind repräsentativ. Die große Stichprobengröße trug zur statistischen Aussagekraft der Studie bei.
	4.3. Are the measurements appropriate?	x			
	4.4. Is the risk of nonresponse bias low?			x	Nicht angegeben.
	4.5. Is the statistical analysis appropriate to answer the research question?	x			

Tabelle 10: Bewertung der Studie Albert et. al 2011 nach (Hong et. al 2018).

Category of study design	Methodological quality criteria	Responses			
		Yes	No	Can't tell	Comments
Screening questions (for all types)	Are there clear research questions?	x			Es ist zwar keine klare Forschungsfrage formuliert, aber es kann diese aus dem Forschungsziel abgeleitet werden.
	Do the collected Data allow to address the research questions?	x			
4. Quantitativ – descriptive	4.1. Is the sampling strategy relevant to address the research question?	x			
	4.2. Is the sample representative of the target population?	x			207 Teilnehmerinnen sind meiner Meinung nach repräsentativ.
	4.3. Are the measurements appropriate?	x			
	4.4. Is the risk of nonresponse bias low?			x	
	4.5. Is the statistical analysis appropriate to answer the research question?	x			