

Masterarbeit

Wünsche und Bedürfnisse von Brustkrebspatientinnen an
Pflegefachkräfte: Ein „Scoping Review“

eingereicht von

Katharina Hermann, BScN, DGKP

zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Science

(MSc)

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt am

Institut für Pflegewissenschaft

unter der Anleitung von

Priv. Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ scient. med. Franziska Großschädl, BSc, MSc

&

Univ.- Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ rer. cur., Diplompflegepädagogin Christa Lohrmann

Graz, 07.08.2020

Eidesstattliche Erklärung

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

Graz, 07.08.2020

Katharina Hermann BScN, DGKP eh.

Danksagung

Ich bedanke mich bei all jenen Personen, die mich während des Verfassens dieser Arbeit unterstützt haben. Ein großer Dank gebührt demnach Priv. Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ scient. med. Franziska Großschädl, BSc, MSc und Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ rer. cur., Diplompflegepädagogin Christa Lohrmann für die Betreuung meiner Masterarbeit. Besonders bedanke ich mich bei meiner Familie und meinen Freundinnen und Freunden, die mich während der gesamten Studienzeit großartig unterstützt haben.

Katharina Hermann

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|-------|--|-----|
| I. | Abbildungsverzeichnis | VI |
| II. | Tabellenverzeichnis | VII |
| III. | Abstract | IX |
| IV. | Zusammenfassung | X |
| 1. | Einleitung | 1 |
| 1.1 | Brustkrebs | 3 |
| 1.2 | Wünsche und Bedürfnisse | 5 |
| 1.3 | Rolle professionell Pflegender..... | 6 |
| 1.4 | Relevanz der Arbeit..... | 8 |
| 1.5 | Forschungsziel und Forschungsfrage | 9 |
| 2. | Methode..... | 10 |
| 2.1 | Design | 10 |
| 2.2 | Schlüsselkonzept | 11 |
| 2.3 | Literaturrecherche | 12 |
| 2.3.1 | Einschlusskriterien..... | 13 |
| 2.3.2 | Recherchetätigkeit..... | 14 |
| 2.3.3 | Suchstrategie..... | 15 |
| 2.3.4 | Studienqualitätsbewertung | 18 |
| 2.3.5 | Studienauswahlverfahren | 19 |
| 2.4 | Studienqualität | 21 |
| 2.5 | Extraktion und Synthese der Daten..... | 23 |
| 3. | Ergebnisse | 32 |
| 3.1 | Altersgruppenstratifizierte Wünsche und Bedürfnisse..... | 33 |
| 3.2 | Wünsche und Bedürfnisse im Erwachsenenalter | 34 |
| 3.2.1 | Adäquate Information | 34 |

| | | |
|-------|--|----|
| 3.2.2 | Emotionale und psychische Unterstützung..... | 35 |
| 3.2.3 | Physische Unterstützung..... | 36 |
| 3.2.4 | Professionelle Unterstützung..... | 37 |
| 3.2.5 | Soziale Unterstützung..... | 37 |
| 3.2.6 | Spirituelle Unterstützung..... | 38 |
| 4. | Diskussion..... | 41 |
| 4.1 | Stärken..... | 46 |
| 4.2 | Schwächen..... | 46 |
| 5. | Schlussfolgerung..... | 47 |
| 5.1 | Empfehlungen für die Praxis..... | 47 |
| 5.2 | Empfehlungen für die Forschung..... | 50 |
| 6. | Referenzliste..... | 52 |
| V. | Anhang..... | 57 |
| V.I. | Details zur Suchstrategie..... | 57 |
| V.II | Details zur Studienqualitätsbewertung..... | 62 |
| V.III | Details zu den quantitativen Hauptergebnissen..... | 76 |

I. Abbildungsverzeichnis

| | |
|---|----|
| Abbildung 1: Altersgruppenunterteilung des Erwachsenenalters (PubMed, 1996, 1966b, 1966a, 1987, World Health Organization, 2013) | 1 |
| Abbildung 2: Flowchart (Von Elm et al., 2019) | 20 |
| Abbildung 3: Qualität der inkludierten Studien..... | 22 |

II. Tabellenverzeichnis

| | |
|---|----|
| Tabelle 1: Altersstandardisierte Inzidenz- und Mortalitätsrate brustkrebserkrankter Frauen nach Ländern (World Health Organization, 2014, Statistik Austria, 2019b, Statistik Austria, 2019c)..... | 3 |
| Tabelle 2: Menschliche Grundbedürfnisse nach Henderson (1978)..... | 6 |
| Tabelle 3: Schlüsselkonzept mit Altersgruppen nach den konzeptionellen Alterskategorien (vgl. PubMed, 1996, 1966b, 1966a, 1987) | 11 |
| Tabelle 4: Einschlusskriterien anhand des PCC-Akronyms..... | 13 |
| Tabelle 5: Schlüsselwörter mit Synonymen und Schlagwörtern | 16 |
| Tabelle 6: Charakteristika der Studien (alphabetisch gelistet nach Autor*innen). 24 | |
| Tabelle 7: Länder der Studiendurchführung | 32 |
| Tabelle 8: Unterstützungsbedarf nach Altersgruppen (Lindop and Cannon, 2001) | 33 |
| Ergebnistabelle 9: Abgeleitete Wünsche und Bedürfnisse erwachsener Brustkrebspatientinnen an Pflegefachkräfte | 39 |
| Tabelle 10: Handlungsleitfaden für Pflegefachkräfte | 48 |
| Tabelle 11: Suchprotokoll mit Suchstrategie und Trefferanzahl pro Datenbank für die Alterskategorie: 19 bis 44 Jahre (PubMed, 1996)..... | 58 |
| Tabelle 12: Suchprotokoll mit Suchstrategie und Treffer pro Datenbank für die Alterskategorie: 45 bis 64 Jahre (PubMed, 1966b) | 59 |
| Tabelle 13: Suchprotokoll mit Suchstrategie und Treffer pro Datenbank für die Alterskategorie: 65 bis 79 Jahre (PubMed, 1966a) | 60 |
| Tabelle 14: Suchprotokoll mit Suchstrategie und Treffer pro Datenbank für die Alterskategorie: Ab 80 Jahre (PubMed, 1987)..... | 61 |
| Tabelle 15: Qualitätsbewertung (Joanna Briggs Institute, 2017a) der Studie von Ahern et al. (2016)..... | 63 |
| Tabelle 16: Qualitätsbewertung (Joanna Briggs Institute, 2017a) der Studie von Faller et al. (2003) | 64 |
| Tabelle 17: Qualitätsbewertung (Joanna Briggs Institute, 2017a) der Studie von Fang et al. (2018)..... | 65 |
| Tabelle 18: Qualitätsbewertung (Joanna Briggs Institute, 2017a) der Studie von Liao et al. (2012) | 66 |

| | |
|--|----|
| Tabelle 19: Qualitätsbewertung (Joanna Briggs Institute, 2017a) der Studie von Schmid-Büchi et al. (2013) | 67 |
| Tabelle 20: Qualitätsbewertung (Joanna Briggs Institute, 2017b) der Studie von Anarado et al. (2015)..... | 68 |
| Tabelle 21: Qualitätsbewertung (Joanna Briggs Institute, 2017b) der Studie von Boman et al. (1997)..... | 69 |
| Tabelle 22: Qualitätsbewertung (Joanna Briggs Institute, 2017b) der Studie von Klungrit et al. (2019) | 70 |
| Tabelle 23: Qualitätsbewertung (Joanna Briggs Institute, 2017b) der Studie von Landmark et al. (2008) | 71 |
| Tabelle 24: Qualitätsbewertung (Joanna Briggs Institute, 2017b) der Studie von Llewellyn et al. (2019) | 72 |
| Tabelle 25: Qualitätsbewertung (Joanna Briggs Institute, 2017b) der Studie von Remmers et al. (2010)..... | 73 |
| Tabelle 26: Qualitätsbewertung (Joanna Briggs Institute, 2017b) der Studie von Stephens et al. (2008) | 74 |
| Tabelle 27: Qualitätsbewertung (Joanna Briggs Institute, 2017a, Joanna Briggs Institute, 2017b) der Studie von Lindop und Cannon (2001) | 75 |
| Tabelle 28: Details zu den extrahierten quantitativen Hauptergebnissen (alphabetisch gelistet nach Autor*innen) | 77 |

III. Abstract

Background: Breast cancer represents a major challenge for adult women and health care systems worldwide. Breast cancer patients of different ages have wishes and needs that must be met. Therefore, research on these patients of different age groups is important. The grouping of adulthood into 19 to 44 years, 45 to 64 years, 65 to 79 years, 80 years and older is done globally. Preliminary research has shown that, until now, the wishes and needs of breast cancer patients for nurses have not been investigated in the international literature using this age grouping. This indicates that age-group-stratified knowledge in this field is limited. **Aim:** The aim is to identify the differences in the wishes and needs of breast cancer patients for nurses in the international literature if they are divided according to the age groups mentioned. **Methods:** The design of a "Scoping Review" (ScR) was selected and a search for literature was done in eight databases between April and May 2020. The studies were chosen according to the defined inclusion criteria. The quality of the studies was also assessed. The data were then extracted and synthesized. **Results:** 13 studies could be used to answer the research question. No major differences in the wishes and needs of breast cancer patients in adulthood could be identified based on the age grouping used. Six generic terms could be derived: 1. "adequate information", 2. "emotional and psychological support", 3. "physical support", 4. "professional support", 5. "social support" and 6. "spiritual support". **Conclusion:** If the derived wishes and needs of breast cancer patients are taken into account in future practice, a targeted and holistic professional care can be provided in accordance with them. Nurses should use their acquired knowledge and provide support to enable individuals to age in a healthy manner. The wishes and needs of breast cancer patients according to age groups have not been sufficiently investigated until now, therefore further research on this topic should be promoted.

IV. Zusammenfassung

Hintergrund: Brustkrebs stellt global eine große Herausforderung für erwachsene Frauen und Gesundheitssysteme dar. Brustkrebserkrankte unterschiedlichen Alters haben Wünsche und Bedürfnisse, denen es gilt, gerecht zu werden. Daher ist die Erforschung dieser für verschiedene Altersgruppen bedeutend. Die Gruppierung des Erwachsenenalters nach 19 bis 44 Jahre, 45 bis 64 Jahre, 65 bis 79 Jahre und ab 80 Jahre wird häufig vorgenommen. Eine Vorabrecherche hat gezeigt, dass die Wünsche und Bedürfnisse von Brustkrebspatientinnen an Pflegefachkräfte in der internationalen Literatur anhand dieser Altersgruppierung bisher nicht untersucht wurden. Dies zeigt auf, dass altersgruppenstratifiziertes Wissen darüber begrenzt ist. **Ziel:** Dargestellt werden soll, inwiefern sich die Wünsche und Bedürfnisse von brustkrebserkrankten Patientinnen an professionell Pflegende in der internationalen Literatur unterscheiden, wenn diese nach den erwähnten Altersgruppen unterteilt werden. **Methode:** Das Design eines „Scoping Reviews“ (ScR) wurde gewählt und eine Recherche nach Literatur in acht Datenbanken im Zeitraum zwischen April und Mai 2020 durchgeführt. Anhand festgelegter Einschlusskriterien wurden die Studien ausgewählt. Zusätzlich wurde die Qualität der Studien beurteilt. Folgend wurden die Daten extrahiert und synthetisiert. **Ergebnisse:** 13 Studien konnten herangezogen werden, um die Forschungsfrage zu beantworten. Es konnten keine wesentlichen Unterschiede der Wünsche und Bedürfnisse von brustkrebserkrankten Patientinnen im Erwachsenenalter anhand der vorgenommenen Altersgruppierung aufgezeigt werden. Sechs Oberbegriffe konnten abgeleitet werden: 1. „Adäquate Information“, 2. „Emotionale und psychische Unterstützung“, 3. „Physische Unterstützung“, 4. „Professionelle Unterstützung“, 5. „Soziale Unterstützung“ und 6. „Spirituelle Unterstützung“. **Schlussfolgerung:** Werden künftig die abgeleiteten Wünsche und Bedürfnisse von Brustkrebspatientinnen in der Praxis wahrgenommen, kann eine gezielte sowie eine ganzheitliche professionelle Versorgung entsprechend dieser bereitgestellt werden. Pflegefachkräfte sollten ihr erlangtes Wissen einsetzen und unterstützend mitwirken, um Individuen ein Altern in Gesundheit zu ermöglichen. Die Wünsche und Bedürfnisse brustkrebserkrankter Frauen nach Altersgruppen wurden bisher nur unzureichend untersucht, weshalb weitere Forschung darüber forciert werden sollte.

1. Einleitung

Demografische Entwicklungen belegen den weltweiten Alterungsprozess innerhalb der Bevölkerungsstrukturen. Schätzungen zufolge wird sich der Anteil der Menschen mit einem Alter von über 60 Jahren bis zum Jahr 2050 verdoppeln und auf rund zwei Milliarden ansteigen (World Health Organization, 2018a). In Österreich werden im Jahr 2050 etwa neunehalb Millionen Menschen leben, und der Anteil der über 60-jährigen Frauen wird rund 54 % betragen (Statistik Austria, 2020b). Diese Entwicklungen sind auf die stagnierenden Geburtenzahlen und die durchschnittliche Lebenserwartung (Statistik Austria, 2019a), die bei Männern derzeit bei etwa 80 Jahren und bei Frauen bei etwa 84 Jahren liegt, zurückzuführen (Statistik Austria, 2020a).

Das Altern stellt einen natürlichen, nicht aber linearen Prozess dar, der zu Zellschädigungen führt, das Morbiditätsrisiko erhöht und letztlich den Tod bedingt (World Health Organization, 2018a). Das Alter definiert einerseits die gelebten Jahre eines Menschen und andererseits die gesellschaftliche Lebensphase, in der sich ein Mensch befindet (Kramer, 2018). Im Alter differieren die Altersbilder von Menschen sowohl aufgrund kultureller, geschlechterspezifischer, gesundheitlicher als auch sozialer Aspekte (Kramer, 2018, World Health Organization, 2018a).

Internationalen Definitionen zufolge beginnt das Erwachsenenalter eines Menschen mit dem 19. Lebensjahr – der Befähigung zum autonomen Handeln –, und es endet erst mit dem Tod (World Health Organization, 2013). Dementsprechend kann es eine lange Zeitspanne umfassen, die beliebig und vielfältig nach Altersgruppen unterteilt werden kann (Abb.1).

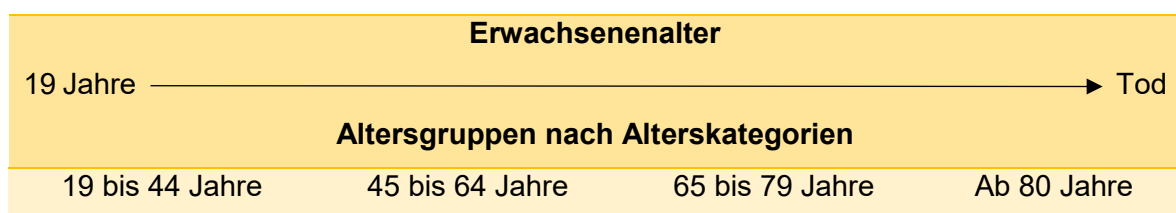


Abbildung 1: Altersgruppenunterteilung des Erwachsenenalters (PubMed, 1996, 1966b, 1966a, 1987, World Health Organization, 2013)

Wird das Erwachsenenalter derart nach Kategorien (Abb.1) eingeteilt, kann das gesamte Erwachsenenalter abgebildet werden. Dieselbe Unterteilung wird zudem in internationalen wissenschaftlichen Datenbanken wie „PubMed“ und „CINAHL“ vorgenommen, um Studienpopulationen dem Alter entsprechend kategorisieren zu können. Mittels einer durchgeführten Altersgruppenunterteilung kann anhand wissenschaftlicher Untersuchungen wie einem „Scoping Review“ (Von Elm et al., 2019) altersgruppenstratifiziertes Wissen abgeleitet und es können Unterschiede der jeweiligen Altersgruppen aufgezeigt werden. Auf diese Weise gestaltete Studienergebnisse können dazu beitragen, Menschen unterschiedlichen Alters eine gezielte und professionelle Gesundheits- und Krankenversorgung zu bieten.

Mit steigendem Alter nimmt nicht nur das generelle Erkrankungsrisiko, sondern auch das Krebserrkrankungsrisiko zu. Krebs führt häufig zum Tod und ist nach Herz-Kreislaufkrankungen weltweit die zweithäufigste Todesursache. Die „World Health Organization“ (WHO) veröffentlicht regelmäßig Strategien, wie zum Beispiel die Förderung der Krebsprimärprävention, um Regierungen dabei zu unterstützen, die hohen Mortalitätsraten zu senken (World Health Organization, 2018b).

Krebserkrankungen stehen für eine Vielzahl von Krankheiten, die jeden Teil des menschlichen Körpers betreffen können. Brustkrebs ist bei Frauen weltweit die häufigste Krebserkrankung (World Health Organization, 2020) und in Österreich bei Frauen ebenso die häufigste Krebserkrankung und -todesursache (Statistik Austria, 2020c). Dabei wird Brustkrebs bei weiblichen Personen meist im mittleren Erwachsenenalter diagnostiziert (American Cancer Society, 2019, Brüggemann, 2018, Leitlinienprogramm Onkologie, 2018). Im Jahr 2018 waren auf der ganzen Welt etwa zwei Millionen Menschen von der Diagnose Brustkrebs betroffen, während im selben Jahr rund 600.000 Menschen an den Folgen von Brustkrebs verstorben sind (World Health Organization, 2018b). Allein in Österreich lebten im Jahr 2017 insgesamt 79.096 Menschen mit Brustkrebsdiagnosen, davon 78.433 Frauen (Statistik Austria, 2019d).

Weltweit liegt die altersstandardisierte Brustkrebsinzidenzrate (Tab.1) zwischen 20 und 100 pro 100.000 Frauen und die altersstandardisierte Brustkrebsmortalitätsrate (Tab.1) zwischen 4 und 28 pro 100.000 Frauen (World Health Organization, 2014).

Österreich weist eine altersstandardisierte Brustkrebsinzidenzrate von 113 pro 100.000 Frauen (Tab.1) und 2 pro 100.000 Männern auf (Statistik Austria, 2019b), die altersstandardisierte Brustkrebsmortalitätsrate liegt bei 32 pro 100.000 Frauen (Tab.1) und bei 1 pro 100.000 Männern (Statistik Austria, 2019c).

Tabelle 1: Altersstandardisierte Inzidenz- und Mortalitätsrate brustkrebserkrankter Frauen nach Ländern (World Health Organization, 2014, Statistik Austria, 2019b, Statistik Austria, 2019c)

| Land | Brustkrebsinzidenzrate | Brustkrebsmortalitätsrate |
|------------|------------------------|---------------------------|
| Dänemark | ~ 100 pro 100.000 | ~ 19 pro 100.000 |
| USA | ~ 88 pro 100.000 | ~ 21 pro 100.000 |
| Australien | ~ 82 pro 100.000 | ~ 16 pro 100.000 |
| Spanien | ~ 60 pro 100.000 | ~ 12 pro 100.000 |
| Slowakei | ~ 52 pro 100.000 | ~ 15 pro 100.000 |
| Kolumbien | ~ 50 pro 100.000 | ~ 10 pro 100.000 |
| China | ~ 45 pro 100.000 | ~ 6 pro 100.000 |
| Japan | ~ 44 pro 100.000 | ~ 9 pro 100.000 |
| Costa Rica | ~ 40 pro 100.000 | ~ 11 pro 100.000 |
| Indien | ~ 32 pro 100.000 | - |
| Uganda | ~ 31 pro 100.000 | - |
| Österreich | 113 pro 100.000 | 32 pro 100.000 |

1.1 Brustkrebs

„Brustkrebs“ oder „Mammakarzinom“ wird als bösartige Neubildung der Brustdrüse definiert und nach der „International Classification of Diseases“ (ICD) unter der Kennzahl „C50“ geführt (World Health Organization, 2019).

Die weibliche Brust, lateinisch „Mamma“, besteht vorwiegend aus Drüsen-, Fett- und Bindegewebe und wird von Blut-, Nerven- und Lymphgefäßen durchzogen. Dabei erstrecken die Lymphgefäße sich über die Achselhöhle, das Schlüssel- und Brustbein bis zum Rippenbogen unter der Brust. Das Brustdrüsengewebe besteht aus sogenannten Drüsenlappen, in denen Muttermilch produziert wird, die über

Milchgänge bis zu den Brustwarzen reichen. Diese Drüsen werden wiederum von Geschlechtshormonen wie Östrogen und Gestagen beeinflusst, und durch Schwangerschaft oder Menopause verändert sich die Beschaffenheit der Brust. Um Veränderungen der Brust exakt und lokal angeben zu können, wird die Brust in vier Quadranten unterteilt, wobei jeweils die Brustwarze den Mittelpunkt bildet. Am häufigsten wird Brustkrebs zwischen der Achselhöhle und dem Schlüsselbein, am oberen äußeren Quadranten lokalisiert (Brüggemann, 2018, Leitlinienprogramm Onkologie, 2018).

Krebs entsteht oftmals durch eine veränderte Genetik respektive physikalische, chemische und biologische Karzinogene. Die Krankheit bedingt die beschleunigte Bildung abnormer Körperzellen, die auf Organe begrenzt sind oder Organgrenzen überschreiten und zu Metastasierung führen können (World Health Organization, 2018b). Bei der Diagnosestellung von Brustkrebs wird das Tumorstadium klassifiziert, wobei Medizinerinnen und Mediziner Tumor, Lymphknoten und Metastasen beurteilen. Auf diesem Tumorstadium basieren die individuelle Brustkrebsprognose und das weitere Prozedere (Brüggemann, 2018). Wird Brustkrebs in einem frühen Tumorstadium festgestellt, besteht durchaus die Chance auf Heilung (World Health Organization, 2018b). Die Brustkrebsüberlebensraten liegen weltweit zwischen 40 % und 80 % (World Health Organization, 2020) und in Österreich zwischen 78 % und 95 % (Statistik Austria, 2020c).

Brustkrebssymptome können schmerzlose oder schmerzhafte tastbare Knoten in der Brust und Achselhöhle sein. Dadurch können Verhärtungen oder Veränderungen der Brust und Brustwarze mit oder ohne Sezernierung verursacht werden, und es kann zu einer Bildung von Ödemen, Ekzemen, Ulzerationen, Blutergüssen oder Hautrötungen kommen. Diese Geschehnisse bewirken, dass das Wohlbefinden, die Lebensqualität und die Autonomie von Brustkrebserkrankten eingeschränkt werden. Risikofaktoren wie beispielsweise genetische Dispositionen, Alterungsprozesse, Hormoneinflüsse, Strahlenbelastungen oder auch ein ungesunder Lebensstil mit erhöhtem Alkohol- und/oder Nikotinkonsum, hohem Übergewicht und Bewegungsmangel begünstigen die Entstehung von Brustkrebs (American Cancer Society, 2019, Brüggemann, 2018, Leitlinienprogramm Onkologie, 2018, World Health Organization, 2020).

Zur Brustkrebsfrüherkennung werden unter anderen Inspektion und Palpation der Brust, Mammografien und Sonografien und zur diagnostischen Abklärung Magnetresonanzmammografien und Biopsien durchgeführt. Je nach Ausmaß der Brustkrebserkrankung werden in der klinischen Praxis diverse Behandlungen wie Operationen, System-, Chemo-, Palliativ- und Strahlentherapien eingesetzt, die hohe Gesundheitsausgaben erforderlich machen (World Health Organization, 2020). Allein in Österreich betragen die Kosten für die gesamten Gesundheitsausgaben, die vom Staat inklusive Versicherungen getragen wurden, etwa 30 Milliarden Euro im Jahr 2018 (Statistik Austria, 2020d).

1.2 Wünsche und Bedürfnisse

Das tägliche Leben von Brustkrebserkrankten wird durch die Erkrankung selbst und die Folgen der Behandlung unweigerlich beeinflusst. Dementsprechend verändern sich auch die Wünsche und Bedürfnisse brustkrebserkrankter Patientinnen und Patienten im Laufe der Krankheit (Leitlinienprogramm Onkologie, 2018). Innerhalb der Literatur wird ein Wunsch definiert als Sehnsucht, Verlangen oder Begehren nach etwas, das ersucht wird, und ein Bedürfnis als Sehnsucht, Verlangen oder Begehren nach etwas, das gebraucht wird (OpenThesaurus, o.J.-a, OpenThesaurus, o.J.-c).

Als theoretische Basis für diese Arbeit dient das ganzheitliche Pflegemodell der „14 Grundbedürfnisse“ nach Henderson (Tab.2). Virginia Henderson war als Pflegefachkraft und Pflege-theoretikerin tätig und beschrieb bereits im Jahr 1939 anhand ihres Modells die essenziellen Grundbedürfnisse von Menschen. Schon damals war ersichtlich, dass der Mensch als Ganzheit betrachtet und nicht auf eine etwaige Krankheit reduziert werden darf. Darüber hinaus werden Wünsche und Bedürfnisse von Menschen von unterschiedlichen Aspekten wie physischen, psychischen und sozialen Ressourcen, persönlichen Werten und Normen, kulturellen und religiösen Überzeugungen, Willensstärke, Motivation, Alter, Gesundheit sowie Krankheit beeinflusst (Henderson, 1978).

Tabelle 2: Menschliche Grundbedürfnisse nach Henderson (1978)

| 14 Grundbedürfnisse von Menschen | |
|---|--|
| 01. Grundbedürfnis | Normale Atmung |
| 02. Grundbedürfnis | Angemessene Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme |
| 03. Grundbedürfnis | Ausscheidung mittels aller Ausscheidungsorgane |
| 04. Grundbedürfnis | Bewegung und Einhaltung der gewünschten Lage |
| 05. Grundbedürfnis | Ruhe und Schlaf |
| 06. Grundbedürfnis | Auswahl passender Kleidung, An- und Ausziehen |
| 07. Grundbedürfnis | Aufrechterhaltung normaler Körpertemperatur |
| 08. Grundbedürfnis | Sauberkeit und Körperpflege, Schutz des Äußeren |
| 09. Grundbedürfnis | Vermeidung von Gefahren |
| 10. Grundbedürfnis | Ausdruck von Bedürfnissen und Gefühlen |
| 11. Grundbedürfnis | Seiner religiösen Überzeugung nachgehen |
| 12. Grundbedürfnis | Befriedigende Beschäftigung |
| 13. Grundbedürfnis | Spiel oder Teilnahme an verschiedenen Unterhaltungsformen |
| 14. Grundbedürfnis | Wissbegier, die zu normaler Entwicklung und Gesundheit führt |

Innerhalb der professionellen pflegerischen Gesundheits- und Krankenversorgung bildet der Mensch den Mittelpunkt. Ist ein Mensch aufgrund von Alter respektive Krankheit nicht in der Lage, die überlebensnotwendigen Bedürfnisse selbstständig zu erfüllen, nehmen Pflegefachkräfte diese wahr und übernehmen sie bei Bedarf. Erlernte Kompetenzen und in der Ausbildung erlangtes Wissen ermöglichen es Pflegefachkräften, eine pflegerische Versorgung entsprechend den Wünschen und Bedürfnissen von Menschen bereitstellen zu können. Dadurch können professionell Pflegende in weiterer Folge das Wohlbefinden, die Lebensqualität und die Autonomie von Menschen fördern und wahren (Henderson, 1978).

1.3 Rolle professionell Pflegender

Die Rolle der Pflege liege Virginia Henderson zufolge darin,

„[...] dem kranken oder auch gesunden Individuum bei der Verrichtung von Aktivitäten zu helfen, die seiner Gesundheit oder Wiederherstellung (oder auch einem friedlichen Sterben) förderlich sind und die er ohne Beistand selbst ausüben würde, wenn er über die dazu erforderliche Stärke, Willenskraft oder Kenntnis verfügte. Sie leistet ihre Hilfe auf eine Weise, dass er seine Selbständigkeit so rasch wie möglich wiedergewinnt“ (Henderson 1978: 34).

Im Rahmen des Krebsmanagements werden professionell Pflegende weltweit mit Zusatzqualifikationen zu einer professionellen Gesundheits- und Krankenversorgung von Krebserkrankten eingesetzt (World Health Organization Europe, 2003). In Österreich werden einige wenige Weiterbildungen nach § 64 des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes angeboten, um Zusatzqualifikationen in diesem Bereich zu erwerben und damit eine gezielte und professionelle Versorgung gewährleisten zu können (Rechtsinformationssystem des Bundes, 2020b).

Brustkrebserkrankte unterschiedlichen Alters haben jedoch spezifische Wünsche und Bedürfnisse, denen es gilt, gerecht zu werden (Ahern et al., 2016, Eicher et al., 2012). Deshalb werden im Rahmen des Brustkrebsmanagements in allen Ländern Weiterbildungen angeboten, wobei diese Weiterbildungen zur spezialisierten Pflegefachkraft im Bereich des Brustkrebsmanagements sich im internationalen Vergleich deutlich voneinander unterscheiden. Nicht nur die Inhalte der Weiterbildungen, sondern auch die Berufsbezeichnungen und Rollen spezialisierter Pflegefachkräfte sind länderspezifisch (Gerlach und Wiedemann, 2010, Eicher et al., 2012, Yates et al., 2007, Royal College of Nursing, 2007, Del Turco et al., 2010). In Österreich sind Weiterbildungen zur spezialisierten Pflegefachkraft im Bereich des Brustkrebsmanagements aufgrund der dürftigen Angebotsauswahl bisher nur eingeschränkt möglich.

In Europa werden Weiterbildungen im Rahmen des Brustkrebsmanagements grundsätzlich anhand eigens entwickelter Curricula angeboten. Dadurch erhalten spezialisierte Pflegefachkräfte die gesonderte Berufsbezeichnung „Breast Care Nurse“ (BCN) und erlangen Kompetenzen und evidenzbasiertes Wissen, um eine

professionelle Versorgung entsprechend den Wünschen und Bedürfnissen von Patientinnen und Patienten mit Brustkrebserkrankungen anbieten zu können (Eicher et al., 2012).

BCN sollen sich den Herausforderungen, denen Brustkrebserkrankte bezüglich Diagnose, Behandlung und Nachsorge während des gesamten Krankheitsverlaufs begegnen, bewusst sein, und sie nehmen eine begleitende und unterstützende Rolle innerhalb der Versorgung brustkrebserkrankter Menschen ein. Der Mensch wird dabei ganzheitlich wahrgenommen und nicht auf die Erkrankung reduziert, weshalb psychische, physische und soziale Aspekte in die pflegerische Versorgung integriert werden. Zudem werden die Wünsche und Bedürfnisse brustkrebserkrankter Patientinnen und Patienten wahrgenommen und bei Bedarf erfüllt. In weiterer Folge kann nicht nur das Wohlbefinden von Brustkrebserkrankten erhöht werden, sondern es werden ebenso die Lebensqualität und die Autonomie gefördert und bestmöglich gewahrt (Eicher et al., 2012). Dies zeigt neben anderem auf, dass professionell Pflegende eine essenzielle Rolle im Rahmen des Brustkrebsmanagements und innerhalb der Gesundheits- und Krankenversorgung von Menschen weltweit einnehmen (Eicher et al., 2012, Henderson, 1978, Ahern et al., 2016).

1.4 Relevanz der Arbeit

Das Wissen hinsichtlich der Wünsche und Bedürfnisse von Menschen sowie die Anpassung der Gesundheitssysteme an diese sind Schlüsselemente, um eine professionelle Gesundheits- und Krankenversorgung sicherstellen zu können (Henderson, 1978, World Health Organization, 2018a). Die menschlichen Grundbedürfnisse (Tab.2) unterscheiden sich nicht wesentlich voneinander (Henderson, 1978), allerdings differieren die Altersbilder von Menschen mit steigendem Alter (Kramer, 2018, World Health Organization, 2018a). Demzufolge ist davon auszugehen, dass die Wünsche und Bedürfnisse sich im Alter unterscheiden. Jüngere Brustkrebserkrankte können im Vergleich zu älteren Brustkrebserkrankten andere Wünsche und Bedürfnisse haben, beispielsweise im Bereich des Körperbildes oder der Informationsbereitstellung (Lindop und Cannon,

2001). Daher ist es wesentlich, die Wünsche und Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten mit der Diagnose Brustkrebs für unterschiedliche Altersgruppen aufzuzeigen.

Um Wissen über altersgruppenstratifizierte Wünsche und Bedürfnisse erlangen zu können, werden Studienpopulationen nach Altersgruppen unterteilt. Wie bereits erläutert, wird das Erwachsenenalter oft folgendermaßen untergliedert: 19 bis 44 Jahre (PubMed, 1996), 45 bis 64 Jahre (PubMed, 1966b), 65 bis 79 Jahre (PubMed, 1966a) und ab 80 Jahre (PubMed, 1987), weshalb diese Einteilung in der vorliegenden Untersuchung übernommen wird.

Eine sensitive Vorabrecherche in diversen Datenbanken hat verdeutlicht, dass bisher in keiner aktuellen Untersuchung aufgezeigt wurde, inwiefern sich Wünsche und Bedürfnisse erwachsener Brustkrebspatientinnen an Pflegefachkräfte in der internationalen Literatur unterscheiden, wenn Patientinnen anhand der dargestellten Altersgruppen unterteilt werden. Damit ist das bestehende Wissen in der Pflegepraxis über die altersgruppenstratifizierten Wünsche und Bedürfnisse von Brustkrebspatientinnen an Pflegefachkräfte begrenzt, weshalb die gezielte und professionelle Versorgung von Brustkrebspatientinnen nach Altersgruppen in dieser Hinsicht derzeit womöglich nicht ideal ist. Aus dieser Problematik lassen sich das Forschungsziel und die Forschungsfrage für die vorliegende Untersuchung ableiten.

1.5 Forschungsziel und Forschungsfrage

Ziel dieser Arbeit ist es aufzuzeigen, inwiefern Wünsche und Bedürfnisse erwachsener Patientinnen mit Brustkrebs an Pflegefachkräfte sich innerhalb der internationalen Literatur unterscheiden, wenn Brustkrebspatientinnen anhand von Altersgruppen unterteilt werden.

Die konkrete Forschungsfrage lautet: Inwiefern unterscheiden sich Wünsche und Bedürfnisse erwachsener Brustkrebspatientinnen an Pflegefachkräfte innerhalb der internationalen Literatur, wenn Brustkrebspatientinnen anhand der Altersgruppen 19 bis 44 Jahre, 45 bis 64 Jahre, 65 bis 79 Jahre und ab 80 Jahre unterteilt werden?

2. Methode

Um altersgruppenstratifiziertes Wissen generieren und die Forschungsfrage beantworten zu können, wurde das Design eines Scoping Reviews (ScR) gewählt. Dieses Design grenzt sich deutlich von anderen Übersichtsarbeiten (Reviewarten) wie beispielsweise von „Systematischen Reviews“, „Rapid Reviews“, „Narrativen Reviews“, „Mixed-Method Reviews“, „Literature Reviews“, „Overviews“, „Critical Reviews“, „Metasynthesen“, „State of the Art Reviews“, „Umbrella Reviews“ und „Realist Reviews“ ab (Grant and Booth, 2009, Gray et al., 2016, Levac et al., 2010, Polit and Beck, 2008, Von Elm et al., 2019).

2.1 Design

ScR, auch bekannt als „Mapping Reviews“, „Scoping Studies“ oder „Systematic Maps“, werden im Bereich der Forschung eingesetzt, um eine umfassende Übersicht über vorhandene Literatur zu einem zu behandelnden Thema zu erhalten. Das systematische und transparente Vorgehen schafft eine Synthese der bestehenden Evidenz, Wissen wird generiert, und ferner werden bestehende Forschungslücken dargelegt, um mit den Ergebnissen die Pflegepraxis, die Pflegeforschung und gegebenenfalls die Politik zu unterstützen (Grant and Booth, 2009, Gray et al., 2016, Levac et al., 2010, Polit and Beck, 2008, Von Elm et al., 2019).

Gekennzeichnet ist das Design dadurch, dass jedes Studienergebnis glaubwürdige Evidenz beinhaltet, weshalb die Studien keiner Qualitätsbeurteilung unterliegen. Demnach wird keine Studie aufgrund mangelnder Qualität aus der Arbeit ausgeschlossen, sondern das oberste Ziel ist die konzeptionelle Kategorienbildung anhand eines Schlüsselkonzepts. Das Forschungsziel wird weit definiert und eine Forschungsfrage mittels „PCC“-Akronym abgeleitet, anhand dessen Population (population), Kontext (context) und Konzept (concept) der Arbeit festgelegt werden. Ein- und Ausschlusskriterien werden vorab bestimmt, um ausschließlich relevante Studien in die Arbeit aufzunehmen. Für eine möglichst umfassende Identifizierung der Literatur werden eine systematische Recherche sowohl in wissenschaftlichen

als auch nicht wissenschaftlichen Datenbanken und zusätzlich eine Handsuche durchgeführt. Die Literatursuche passiert anhand einer gezielt entwickelten Suchstrategie, darüber hinaus werden identifizierte Studien einer Titel-, Abstrakt- und Volltextsichtung unterzogen. Die aus den inkludierten Studien gewonnenen Daten werden extrahiert und synthetisiert. In Hinblick auf eine vereinfachte Darstellung des gesamten Prozesses wird ein Flowchart (Von Elm et al., 2019) erstellt, die Ergebnisse werden den konzeptionellen Kategorien zugeteilt und unterstützt durch Tabellen und/oder Grafiken in narrativer Form dargestellt. Treten dabei Unsicherheiten auf, können weitere Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler zur Entscheidungsfindung herangezogen werden. Bei einem ScR handelt es sich um einen iterativen Prozess, bei dem Änderungen vorbehalten sind (Grant and Booth, 2009, Gray et al., 2016, Levac et al., 2010, Polit and Beck, 2008, Von Elm et al., 2019).

2.2 Schlüsselkonzept

Die Altersgruppen werden anhand konzeptioneller Alterskategorien eingeteilt: 19 bis 44 Jahre (PubMed, 1996), 45 bis 64 Jahre (PubMed, 1966b), 65 bis 79 Jahre (PubMed, 1966a) und ab 80 Jahre (PubMed, 1987). Sie bilden das Schlüsselkonzept, weshalb sie die elementaren Bestandteile dieser Arbeit darstellen (Tab.3).

Tabelle 3: Schlüsselkonzept mit Altersgruppen nach den konzeptionellen Alterskategorien (vgl. PubMed, 1996, 1966b, 1966a, 1987)

| Schlüsselkonzept | Alterskategorie | Altersgruppenbezeichnung |
|--|------------------------|---------------------------------|
| Altersgruppen mit konzeptionellen Alterskategorien | 19 bis 44 Jahre | Jüngeres Erwachsenenalter |
| | 45 bis 64 Jahre | Mittleres Erwachsenenalter |
| | 65 bis 79 Jahre | Älteres Erwachsenenalter |
| | Ab 80 Jahre | Älteres Erwachsenenalter ab 80 |

Anhand dieser Alterskategorien können die erwachsenen Brustkrebspatientinnen den jeweiligen Altersgruppen zugeteilt und altersgruppenstratifiziertes Wissen kann daraus abgeleitet werden. Die Altersgruppen wurden mithilfe dieser Alterskategorien (Tab.3) ausgewählt, um das gesamte Erwachsenenalter abbilden und Unterschiede in den jeweiligen Altersgruppen aufzeigen zu können.

Diese Untersuchung soll eine umfassende Übersicht über vorhandene Literatur bieten und aufzeigen, inwiefern die Wünsche und Bedürfnisse von Brustkrebspatientinnen an Pflegefachkräfte sich innerhalb der internationalen Literatur nach dem Schlüsselkonzept (Tab.3) unterscheiden. Zugleich soll die Praxis unterstützt werden, indem begrenztes Wissen erweitert wird. In weiterer Folge kann künftig eine gezielte und professionelle Versorgung entsprechend den altersgruppenstratifizierten Wünschen und Bedürfnissen von Patientinnen mit der Diagnose Brustkrebs bereitgestellt werden. Zusätzlich sollen die Qualität der Pflege und die Ergebnisse von Patientinnen verbessert, und die Forschung soll unterstützt werden, indem etwaige Lücken identifiziert werden. Hier soll verdeutlicht werden, in welchen wissenschaftlichen Bereichen weitere Untersuchungen vonnöten sind, um altersgruppenstratifizierte Erkenntnisse gewinnen zu können. Der Politik können die Ergebnisse gleichermaßen zunutze sein, da gewonnene Erkenntnisse künftig eingesetzt werden können, um die Gesundheitssysteme an die Wünsche und Bedürfnisse von Menschen anzupassen und ihnen damit noch mehr als bisher eine gezielte und professionelle Gesundheits- und Krankenversorgung anbieten zu können (World Health Organization, 2018a).

2.3 Literaturrecherche

Zu Beginn der Bearbeitung wurde im April 2020 eine sensitive Vorabrecherche in diversen Datenbanken wie beispielsweise „PubMed“, „Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature“ (CINAHL) und „Google Scholar“ durchgeführt, um einen Überblick über das Thema und die Literatur zu erhalten.

Um die Forschungsfrage beantworten zu können, passierte im Mai 2020 eine gezielte Recherche nach Literatur in acht ausgewählten Datenbanken: „PubMed“,

„CINAHL“, „Cochrane“, „LIVIVO“, „PubPsych“, „Embase“, „Web of Science“ und „Google Scholar“.

2.3.1 Einschlusskriterien

Die Einschlusskriterien wurden vorab definiert und festgelegt (Tab.4).

Tabelle 4: Einschlusskriterien anhand des PCC-Akronyms

| PCC-Akronym | Einschlusskriterien |
|---------------------|--|
| P Population | <ul style="list-style-type: none">• Patientinnen ab 19 Jahren mit der Diagnose Brustkrebs |
| C Kontext | <ul style="list-style-type: none">• Wünsche & Bedürfnisse von Patientinnen an Pflegefachkräfte |
| C Konzept | <ul style="list-style-type: none">• Angaben zum Alter |

Studien, die den festgelegten Einschlusskriterien entsprachen, wurden in die Arbeit aufgenommen, und Studien, welche die Einschlusskriterien nicht erfüllten, wurden als nicht relevant aus der Untersuchung ausgeschlossen.

Aufgrund der deutlich geringeren Betroffenheit von Männern und der hohen Prävalenz-, Inzidenz- und Mortalitätsraten bei Frauen (Statistik Austria, 2020c, World Health Organization, 2020) wurde der Fokus dieser Erhebung auf die Population der Brustkrebspatientinnen gelegt. Fokussiert wurde das Erwachsenenalter, da Brustkrebs meist erst ab dem 45. Lebensjahr diagnostiziert wird und Wünsche und Bedürfnisse erwachsener Brustkrebspatientinnen durch autonomes Handeln gekennzeichnet sind (American Cancer Society, 2019, Brüggemann, 2018, Leitlinienprogramm Onkologie, 2018, World Health Organization, 2013). Anhand der sensitiven Vorabrecherche wurde deutlich, dass bisher in keiner Studie die Wünsche und Bedürfnisse brustkrebserkrankter Männer untersucht wurden. Anhand einer Studie (Wessels et al., 2010) wurde außerdem deutlich, dass geschlechterspezifische Unterschiede zwischen krebserkrankten Frauen und Männer vorherrschend sind, was sich beispielsweise im Verhalten und dem benötigten Informationsbedarf zeigt. Aufgrund dieser Umstände musste die

vorliegende Arbeit den Fokus auf Erhebungen mit weiblichen Brustkrebspatientinnen legen und bleibt in dieser Hinsicht inhaltlich beschränkt auf das weibliche Geschlecht.

Die Berufsgruppe der professionellen Pflege wurde gewählt, um ein spezifisches Bild der Wünsche und Bedürfnisse brustkrebserkrankter Patientinnen speziell für den Pflegekontext zeichnen zu können, da Pflegefachkräfte eine zentrale Rolle bei der Bedürfniserfüllung von Menschen einnehmen und eine gezielte professionelle Versorgung entsprechend dieser bereitstellen können (Eicher et al., 2012, Henderson, 1978, Ahern et al., 2016). Um Unterschiede zwischen den Altersgruppen aufzeigen und Altersgruppierungen anhand des Schlüsselkonzepts (Tab.3) vornehmen zu können, sind Angaben zum Studienpopulationsalter in den Studien erforderlich.

2.3.2 Recherchetätigkeit

Die Suche nach Literatur fand in wissenschaftlichen und nichtwissenschaftlichen Datenbanken durch eine gezielt entwickelte Suchstrategie statt. Zusätzlich wurde eine Literatursuche mittels „Hand“ getätigt.

Die genannten acht Datenbanken, in denen die systematische Literaturrecherche stattfand, wurden aufgrund pflegerischer, medizinischer und psychologischer Inhalte gewählt. Dabei ist „PubMed“ die umfassendste medizinrelevante und „CINAHL“ die größte pflegerelevante Datenbank weltweit. Der beträchtlichste Teil der pflegerelevanten Studien wurde dementsprechend innerhalb der Datenbank „CINAHL“ identifiziert.

Zusätzlich fand eine Handsuche mithilfe der global größten Metasuchmaschine „Google Scholar“ und den Referenzlisten der eingeschlossenen Studien statt. Anhand von „Google Scholar“ wurden pro Alterskategorie jeweils die ersten 50 Studientreffer aufgrund iterativer Literaturvorschläge gesichtet. Nach einer Referenzlistensichtung der inkludierten Studien war keine weitere Studie in die Untersuchung aufzunehmen.

2.3.3 Suchstrategie

Eine entsprechende Suchstrategie zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde mithilfe zahlreicher und zu beachtender Aspekte wie Schlüsselwörter, Schlagwörter, Trunkierungen, boolesche Operatoren, Klammern, Limitationen und auch Auswahl pflegerelevanter Datenbanken entwickelt.

Die Schlüsselwörter mit deutschen Synonymen (OpenThesaurus, o.J.-b) und auch englischen Synonymen (Thesaurus, 2020) sowie Schlagwörter aus der Datenbank „PubMed“ wurden identifiziert und in Tabelle 5 dargestellt. Dabei sind Schlagwörter festgelegte Begriffe in diversen wissenschaftlichen Datenbanken, denen Synonyme zugeordnet sind, die während der Literatursuche automatisch inkludiert werden. Die Schlüsselwörter, auf welchen die Suchstrategie aufgebaut wurde, waren: „Breast Cancer“, „Wishes“, „Needs“, „Patients“, „Age Groups“ und „Nurses“.

Trunkierungen wurden bei den Begriffen, bei denen keine Schlagwörter identifiziert werden konnten, gesetzt, um jede mögliche Wortvariation zu erhalten (Tab.5). Für den Begriff „Patients“ wurde jedoch keine Trunkierung gesetzt, da mehr als 600 Wortvariationen gegeben waren und keine adäquate Literatursuche gewährleistet gewesen wäre. Die Schlüsselwörter und Schlagwörter wurden durch die booleschen Operatoren „AND“ und „OR“ verbunden. Zudem wurde die Funktion des „Advanced Builder“ eingesetzt, um Klammern korrekt und ordnungsgemäß zu setzen. Dadurch wurden die einzelnen Suchstrings der Suchstrategie gebildet. Es wurden keine weiteren Filter oder Limitationen gesetzt. Das Schlüsselkonzept (Tab.3) der Untersuchung bildeten die Altersgruppen anhand der konzeptionellen Alterskategorien, weshalb für die Altersgruppen vier Suchstrings mit „Adult“, „Middle Aged“, „Aged“, „Aged, 80 and over“ gebildet wurden. Diese wurden einzeln bei der Literatursuche in den Datenbanken eingesetzt.

Die Schlagwörter waren an die einzelnen Datenbanken anzupassen und nicht in jeder der verwendeten Datenbank vorhanden, weshalb auch die Suchstrategie an die jeweilige Datenbank angepasst wurde. Es wurden vier Suchprotokolle geführt (Anhang: Tab.11, Tab.12, Tab.13, und Tab.14).

Tabelle 5: Schlüsselwörter mit Synonymen und Schlagwörtern

| Schlüsselwörter | Deutsche Synonyme (OpenThesaurus, o.J.-b) | Englische Synonyme (Thesaurus, 2020) | Schlagworte (PubMed) |
|--|---|---|--|
| Brustkrebs | <ul style="list-style-type: none"> • Brustkrebs • Mammakarzinom | <ul style="list-style-type: none"> • Breast Cancer • Breast Neoplasms | <ul style="list-style-type: none"> • Breast Neoplasms |
| Wünsche und Bedürfnisse von Patientinnen | <ul style="list-style-type: none"> • Patientinnen • Wünsche • Präferenzen • Begierden • Sehnsüchte • Verlangen • Bedarf • Bedürfnisse | <ul style="list-style-type: none"> • Patients • Patient Preference • Wish* • Preference* • Request* • Desire* • Need* • Demand* | <ul style="list-style-type: none"> • Patients • Patient Preference |

*Trunkierung/Wortvariation

| Schlüsselwörter | Deutsche Synonyme (OpenThesaurus, o.J.-b) | Englische Synonyme (Thesaurus, 2020) | Schlagworte (PubMed) |
|------------------------|---|--|--|
| Pflegefachkräfte | <ul style="list-style-type: none"> • Professionell Pflegende • Pflegefachkräfte | <ul style="list-style-type: none"> • Nurses | <ul style="list-style-type: none"> • Nurses |

Altersgruppen nach Kategorien:

- | | | | |
|---------------|---------------|---------------|----------------------------|
| • 19–44 Jahre | • 19–44 Jahre | • 19–44 years | • Adult: 19–44 years |
| • 45–64 Jahre | • 45–64 Jahre | • 45–64 years | • Middle Aged: 45–64 years |
| • 65–79 Jahre | • 65–79 Jahre | • 65–79 years | • Aged: 65–79 years |
| • Ab 80 Jahre | • Ab 80 Jahre | • 80 and over | • Aged, 80 and over |

*Trunkierung/Wortvariation

2.3.4 Studienqualitätsbewertung

Die Qualität der einzelnen Studien wurde von der Autorin dieser Arbeit anhand einer Volltextsichtung bewertet. Da keine Unsicherheiten bei der Qualitätsbeurteilung der Studien auftraten, wurden keine weiteren Forschenden für eine Entscheidungsfindung herangezogen. Grundsätzlich berücksichtigen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler bei der Studienbewertung drei Qualitätsaspekte: die interne Validität, die Stichprobengröße und die externe Validität von Studienergebnissen. Das Ausmaß der Beurteilung dieser drei Aspekte ist abhängig von der jeweiligen Forschungsfrage (Cochrane Deutschland, o.J.).

Unterschiedliche Qualitätsbewertungsinstrumente werden je nach Forschungsfrage vom „Joanna Briggs Institute“ (JBI) (Joanna Briggs Institute, 2018) bereitgestellt. Diese wurden für die Qualitätsbewertung der Studien nach der Volltextsichtung herangezogen. Die Bewertungsinstrumente für Prävalenzstudien (Joanna Briggs Institute, 2017a) und qualitative Studien (Joanna Briggs Institute, 2017b) wurden eingesetzt, um die Vertrauenswürdigkeit, Relevanz und die Ergebnisse der Studien zu bewerten. Die genannten Instrumente wurden gewählt, um eine vergleichbare Qualität zu erhalten.

Mit dem Instrument für Prävalenzstudien (Joanna Briggs Institute, 2017a) wurden die Studien mit quantitativen Forschungsansätzen und die Studien mit qualitativen Forschungsansätzen wurden mit dem Instrument für qualitative Studien (Joanna Briggs Institute, 2017b) bewertet. Eine Studie mit „Mixed-Method“-Ansatz wurde mithilfe des kombinierten Einsatzes der Instrumente für Prävalenzstudien und qualitative Studien (Joanna Briggs Institute, 2017a, Joanna Briggs Institute, 2017b) beurteilt. Die Qualitätsbewertungen der 13 Studien wurden tabellarisch dargestellt (Anhang: Tab.15, Tab.16, Tab.17, Tab.18, Tab.19, Tab.20, Tab.21, Tab.22, Tab.23, Tab.24, Tab.25, Tab.26 und Tab.27).

Die verwendeten Instrumente (Joanna Briggs Institute, 2017a, Joanna Briggs Institute, 2017b) unterliegen den Einschätzungskategorien „Ja“, „Nein“ und „Unklar“. Um die Qualität der Studien korrekt und ordnungsgemäß einzuschätzen, wurde das Handbuch des JBI unterstützend eingesetzt. Die Qualität der inkludierten Studien

wurde bewertet, indem von der Autorin pro Fragestellung Punkte vergeben wurden. Wurde eine Frage mit der Kategorie „Ja“ beantwortet, wurde ein Punkt vergeben, bei „Nein“ oder „Unklar“, wurden null Punkte vergeben. Die Studienqualität wurde von der Autorin berechnet, indem die Anzahl der Punkte addiert und anschließend die Gesamtpunkteanzahl durch die Anzahl der Fragen dividiert wurde. Dadurch konnte die Studienqualität schließlich in Prozenten dargelegt werden (Unterkapitel: 2.4: Abb.3).

Um Ergebnisverfälschungen zu vermeiden, werden Studien unter einer Qualität von 70 % normalerweise aus wissenschaftlichen Untersuchungen ausgeschlossen (Littlewood et al., 2010). Da es sich bei dieser Arbeit um einen ScR handelt, war keine Studie aufgrund mangelnder Qualität aus dieser Untersuchung auszuschließen.

2.3.5 Studienauswahlverfahren

Aufgrund der gezielt entwickelten Suchstrategie konnten innerhalb der genannten acht Datenbanken insgesamt 4.672 Studien identifiziert werden. Anhand des Literaturverwaltungsprogramms „Endnote“ wurde diese Literatur verwaltet. Danach wurden die Studien einem systematischen Auswahlverfahren unterzogen, bei dem eine Titel-, Abstrakt- und Volltextsichtung durchgeführt wurde, um ausschließlich tatsächlich relevante Studien, die den Einschlusskriterien entsprachen, einzubeziehen; zusätzlich wurde die Qualität der Studien beurteilt.

Im Rahmen eines Duplikatausschlusses wurden 3.308 von insgesamt 4.672 identifizierten Studien entfernt. Bei 1.364 Studien wurde eine Titelsichtung durchgeführt, und 1.215 Studien wurden aufgrund der Vernachlässigung der Einschlusskriterien ausgeschlossen. Eine Abstraktsichtung wurde bei 149 Studien vorgenommen, wonach 109 Artikel aufgrund mangelnder Einschlusskriterien ausgegliedert wurden. In einem weiteren Schritt wurde bei 40 Studien eine Volltextsichtung durchgeführt, wobei 27 Studien die Einschlusskriterien nicht erfüllten. Schließlich verblieben 13 Studien, bei denen die Einschlusskriterien erfüllt waren, und diese wurden einer Qualitätsbewertung unterzogen. Dieser Prozess des Studienauswahlverfahrens wurde nachfolgend dargestellt (Abb.2).

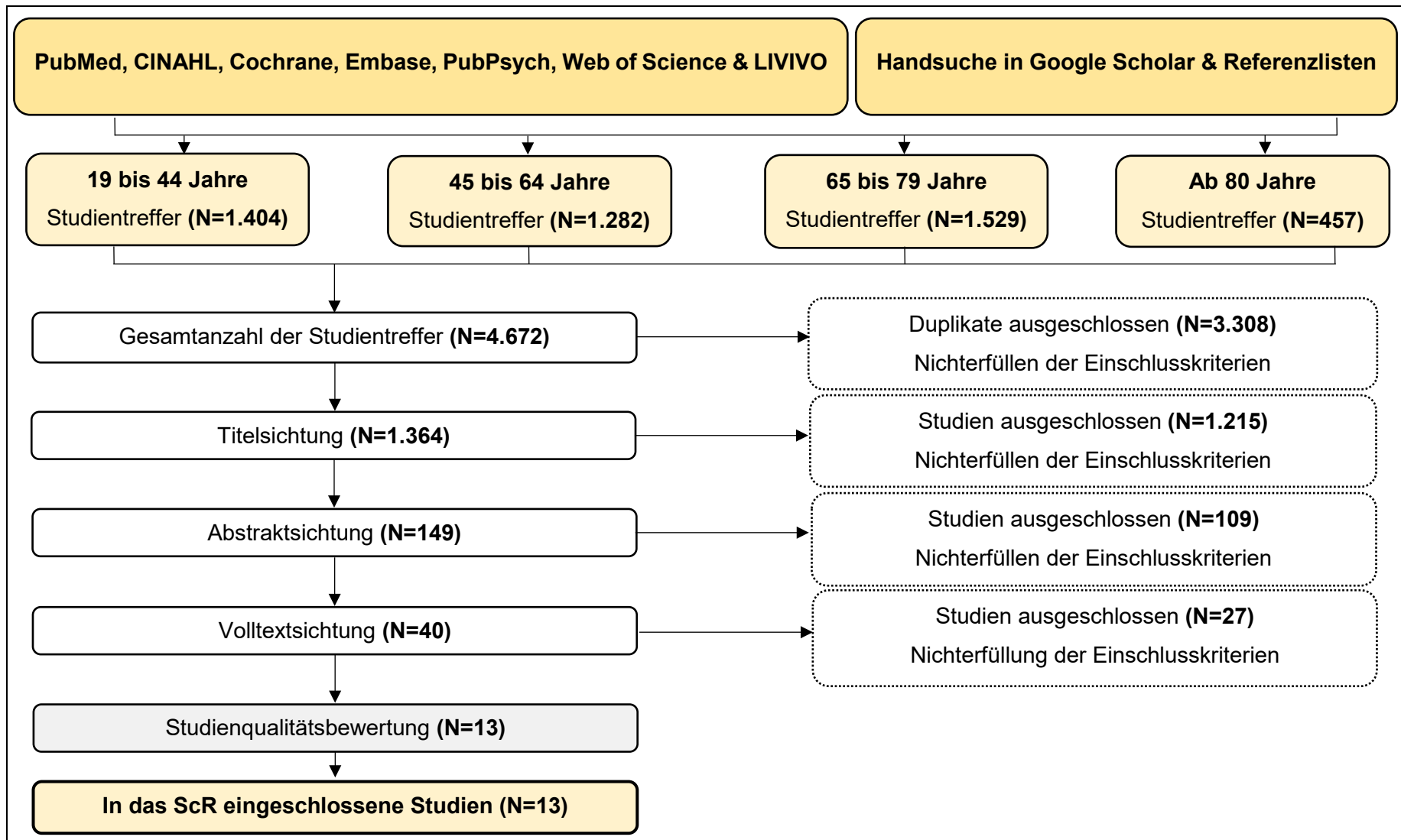


Abbildung 2: Flowchart (Von Elm et al., 2019)

2.4 Studienqualität

Die Studienqualität lag zwischen 80 % und 90 %, weshalb die Studien als insgesamt von guter Qualität zu beurteilen sind (Littlewood et al., 2010).

In den Studien von Ahern et al. (2016), Faller et al. (2003), Fang et al. (2018), Liao et al. (2012), Lindop und Cannon (2001) sowie Schmid-Büchi et al. (2013) wurden die Stichprobengrößen nicht klar dargelegt und deshalb mit der Kategorie „Unklar“ bewertet. Da die Studien keine eindeutigen Angaben bezüglich der Stichprobenberechnung beinhalteten, wurden null Punkte verteilt.

Desgleichen wurde innerhalb der Untersuchungen von Anarado et al. (2015), Boman et al. (1997), Klungrit et al. (2019), Landmark et al. (2008), Llewellyn et al. (2019), Remmers et al. (2010), Stephens et al. (2008) und Lindop und Cannon (2001) die Hinweise zu kulturellen oder theoretischen Positionen der Forschenden nicht deutlich gemacht und deshalb mit der Kategorie „Unklar“ bewertet. Da mögliche Einflüsse durch die Forschenden nicht ausgeschlossen werden konnten, wurden null Punkte vergeben.

In den beiden Studien von Boman et al. (1997) und Stephens et al. (2008) wurden Genehmigungen zur Studiendurchführung durch ein Ethikkomitee nicht unmissverständlich dargelegt und aufgrund dessen mit der Kategorie „Unklar“ bewertet. Hier wurden null Punkte verteilt, da die Einhaltung aktueller ethischer Kriterien fraglich war.

Im Rahmen der Erhebung von Lindop und Cannon (2001) wurde ein Fragebogen als Messinstrument eingesetzt, allerdings wurden keine expliziten Angaben zu Reliabilität und Validität dargelegt. Daher wurde diese Frage mit der Kategorie „Unklar“ bewertet, und es wurden null Punkte vergeben.

Die Studienqualität ist der folgenden Abbildung zu entnehmen ([Abb.3](#)).

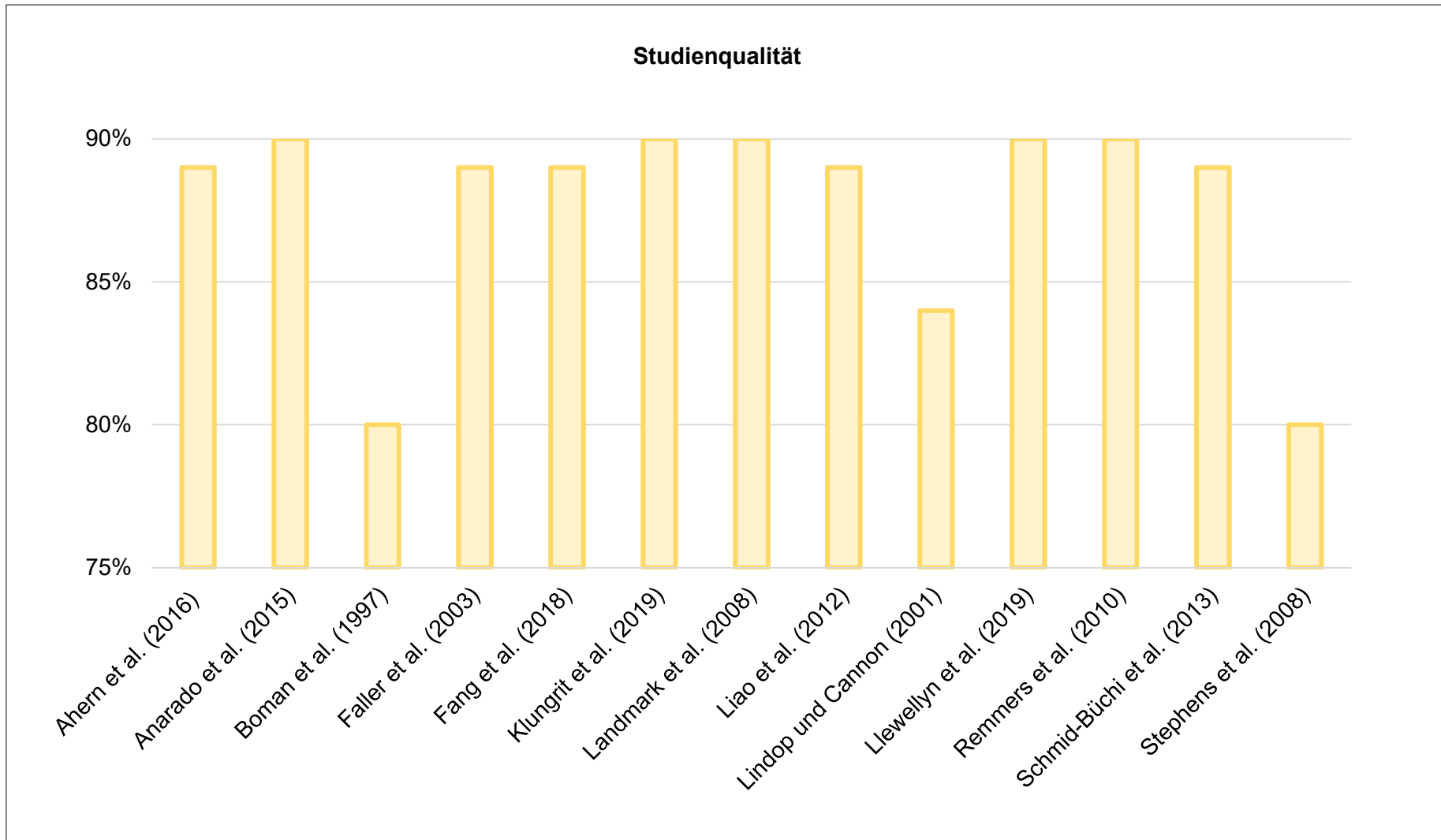


Abbildung 3: Qualität der inkludierten Studien

2.5 Extraktion und Synthese der Daten

Die Daten der eingeschlossenen Studien wurden nach Autorinnen und Autoren, Studiendesign, Land, Anzahl der Teilnehmerinnen, Alter in Jahren, Datenerhebung/Messinstrument und Hauptergebnisse extrahiert. Die gewonnenen Ergebnisse wurden nach Domänen aufgelistet, woraus die Wünsche und Bedürfnisse brustkrebserkrankter Patientinnen an Pflegefachkräfte abgeleitet werden konnten. Die gewonnenen Daten und abgeleiteten Wünsche und Bedürfnisse wurden auf den nachfolgenden Seiten dargelegt (Tab.6). Die Details zu den extrahierten Ergebnissen der einzelnen eingeschlossenen quantitativen Studien wurden dargelegt (Anhang: Tab.28).

In die vorliegende Arbeit wurden Studien mit quantitativen, qualitativen und „Mixed-Method“-Forschungsansätzen eingeschlossen, wobei die Integrationsmethodik nach Sandelowski et al. (2006) eingesetzt wurde, um die inhaltlichen Resultate zusammenzufassen. Eine ausreichende Ähnlichkeit der Studien war gegeben, da die eingeschlossenen Studien qualitative oder Querschnittstudien waren und sowohl die Wünsche als auch die Bedürfnisse von Patientinnen mit Brustkrebs erhoben wurden. Diese Vergleichbarkeit der Studiendesigns ermöglichte die Ergebnissynthese in narrativer Darstellungsform (Sandelowski et al., 2006, Joanna Briggs Institute, 2014). Die einzelnen Studien wurden sorgfältig und wiederholt gelesen, und im Anschluss wurden die relevanten Daten aus den Studien entnommen und synthetisiert.

Tabelle 6: Charakteristika der Studien (alphabetisch gelistet nach Autor*innen)

| Autor*innen | Land | Design | Anzahl der Teilnehmerinnen | Alter in Jahren | Datenerhebung/Messinstrument & Hauptergebnisse | Abgeleitete Wünsche & Bedürfnisse |
|-----------------------|-------|---|----------------------------|-----------------|--|---|
| Ahern et al. (2016) | (AUS) | Querschnittstudie | 839 | 28–82 | <ul style="list-style-type: none"> • „Supportive Care Needs Survey“ nach Boyes et al. (2009) • Domäne: Physische Bedürfnisse • Domäne: Psychische Bedürfnisse • Domäne: Versorgung/Unterstützung • Domäne: Gesundheitssystem/Information • Domäne: Sexualität | <ul style="list-style-type: none"> • Adäquate Information • Emotionale Unterstützung • Psychische Unterstützung • Physische Unterstützung • Professionelle Unterstützung • Soziale Unterstützung |
| Anarado et al. (2015) | (NGA) | Grounded Theory nach Glaser et al. (1967) | 20 | 36–66 | <ul style="list-style-type: none"> • Semistrukturierte Fokusgruppeninterviews • Domäne: Information & Vorbereitung • Domäne: Angst & Belastung • Domäne: Hoffnung & Ermutigung • Domäne: Selbstmanagement • Domäne: Unterstützung | <ul style="list-style-type: none"> • Adäquate Information • Emotionale Unterstützung • Psychische Unterstützung • Physische Unterstützung • Professionelle Unterstützung • Soziale Unterstützung • Spirituelle Unterstützung |
| Boman et al. (1997) | (SWE) | Grounded Theory nach Glaser et al. (1967) | 97 | 32–85 | <ul style="list-style-type: none"> • Singlefrage aus Boman et al. (1993) • Domäne: Vertrauen & Information • Domäne: Beziehung & Umgang • Domäne: Unterstützung | <ul style="list-style-type: none"> • Adäquate Information • Emotionale Unterstützung • Psychische Unterstützung • Physische Unterstützung • Professionelle Unterstützung • Soziale Unterstützung |

| Autor*innen | Land | Design | Anzahl der Teilnehmerinnen | Alter in Jahren | Datenerhebung/Messinstrument & Hauptergebnisse | Abgeleitete Wünsche & Bedürfnisse |
|----------------------|-------|-------------------|----------------------------|-----------------|---|--|
| Faller et al. (2003) | (DEU) | Querschnittstudie | 77 | 33–77 | <ul style="list-style-type: none"> • „Hospital Anxiety and Depression Scale“ nach Herrmann et al. (1995) Domäne: Angst und Domäne: Depression • „Hornheider Questionnaire“ nach Strittmatter (1997) & Rumpold et al. (2001) Domäne: Belastung | <ul style="list-style-type: none"> • Emotionale Unterstützung • Psychische Unterstützung |
| Fang et al. (2018) | (TWN) | Vergleichsstudie | 192 | 27–84 | <ul style="list-style-type: none"> • „Cancer Survivors Unmet Needs“ nach Hodgkinson et al. (2007) Domäne: Zusätzliche Unterstützung Domäne: Existenzielles Überleben Domäne: Versorgung Domäne: Information Domäne: Lebensqualität Domäne: Beziehung • „Center for Epidemiologic Studies Depression Scale“ nach Radloff (1977) Domäne: Depression • „Visual Analog Scale“ nach Mehnert et al. (2009) Domäne: Angst | <ul style="list-style-type: none"> • Adäquate Information • Emotionale Unterstützung • Psychische Unterstützung • Physische Unterstützung • Professionelle Unterstützung • Soziale Unterstützung |

| Autor*innen | Land | Design | Anzahl der Teilnehmerinnen | Alter in Jahren | Datenerhebung/Messinstrument & Hauptergebnisse | Abgeleitete Wünsche & Bedürfnisse |
|------------------------|-------|---------------------------------------|----------------------------|-----------------|--|---|
| Klungrit et al. (2019) | (THA) | Inhaltsanalyse nach Elo et al. (2008) | 10 | 39–60 | <ul style="list-style-type: none"> • Semistrukturierte Interviews Domäne: Physische Unterstützung Domäne: Ermutigung Domäne: Belastung Domäne: Kommunikation Domäne: Information | <ul style="list-style-type: none"> • Adäquate Information • Emotionale Unterstützung • Psychische Unterstützung • Physische Unterstützung • Professionelle Unterstützung • Soziale Unterstützung • Spirituelle Unterstützung |
| Landmark et al. (2008) | (NOR) | Inhaltsanalyse nach Kavale (1997) | 7 | 39–63 | <ul style="list-style-type: none"> • Semistrukturierte Fokusgruppeninterviews Domäne: Wissen Domäne: Information Domäne: Soziale Unterstützung Domäne: Psychische Unterstützung | <ul style="list-style-type: none"> • Adäquate Information • Emotionale Unterstützung • Psychische Unterstützung • Physische Unterstützung • Professionelle Unterstützung • Soziale Unterstützung |

| Autor*innen | Land | Design | Anzahl der Teilnehmerinnen | Alter in Jahren | Datenerhebung/Messinstrument & Hauptergebnisse | Abgeleitete Wünsche & Bedürfnisse |
|--------------------|-------|--------------------|----------------------------|-----------------|---|--|
| Liao et al. (2012) | (TWN) | Longitudinalstudie | 124 | 25–70 | <ul style="list-style-type: none"> • „Supportive Care Needs Survey“ nach Boyes et al. (2009) & Bonevski et al. (2000) Domäne: Psychische Bedürfnisse Domäne: Physische Bedürfnisse Domäne: Versorgung/Unterstützung Domäne: Gesundheitssystem/Information Domäne: Sexualität • „State-Trait Anxiety Inventory“ nach Chung et al. (1984) & Spielberger et al. (1983) Domäne: Angst • „Social Support Scale“ nach Cohen et al. (1983) & Lin (2002) Domäne: Soziale Unterstützung • „Symptom Distress Scale“ nach Lai (1998) Domäne: Belastung | <ul style="list-style-type: none"> • Adäquate Information • Emotionale Unterstützung • Psychische Unterstützung • Physische Unterstützung • Professionelle Unterstützung • Soziale Unterstützung |

| Autor*innen | Land | Design | Anzahl der Teilnehmerinnen | Alter in Jahren | Datenerhebung/Messinstrument & Hauptergebnisse | Abgeleitete Wünsche & Bedürfnisse |
|--------------------------|-------|--|----------------------------|---|---|--|
| Lindop und Cannon (2001) | (GBR) | Inhaltsanalyse nach Weber (1990) mit folgender Querschnittstudie | 487 | 20–58 Gruppe: 1: 20–45 2: 46–53 3: Ab 54 | <ul style="list-style-type: none"> Semistrukturierte Interviews (N=12) <p>Domäne: Diagnose</p> <p>Domäne: Unterstützung</p> <p>Domäne: Weiblichkeit & Körperbild</p> <p>Domäne: Familie & Freundinnen, Freunde</p> <p>Domäne: Information</p> <p>Domäne: Nachsorge</p> <ul style="list-style-type: none"> Fragebogen (keine weiteren Angaben) <p>Domäne: Diagnose: 1 (Ø 54); 2 (Ø 56); 3 (Ø 52)</p> <p>Domäne: Unterstützung: 1 (Ø 29); 2 (Ø 30); 3 (Ø 28)</p> <p>Domäne: Weiblichkeit & Körperbild: 1 (Ø 24); 2 (Ø 23); 3 (Ø 17)</p> <p>Domäne: Familie & Freundinnen, Freunde: 1 (Ø 23); 2 (Ø 22); 3 (Ø 20)</p> <p>Domäne: Information: 1 (Ø 20); 2 (Ø 20); 3 (Ø 17)</p> <p>Domäne: Nachsorge: 1 (Ø 14); 2 (Ø 14); 3 (Ø 13)</p> | <ul style="list-style-type: none"> Adäquate Information Emotionale Unterstützung Psychische Unterstützung Physische Unterstützung Professionelle Unterstützung Soziale Unterstützung |

| Autor*innen | Land | Design | Anzahl der Teilnehmerinnen | Alter in Jahren | Datenerhebung/Messinstrument & Hauptergebnisse | Abgeleitete Wünsche & Bedürfnisse |
|-------------------------|-------|---|----------------------------|-----------------|--|--|
| Llewellyn et al. (2019) | (GBR) | Phänomenologie nach Smith et al. (1999) | 13 | 72–81 | <ul style="list-style-type: none"> • Semistrukturierte Interviews Domäne: Ressourcen Domäne: Unterstützung | <ul style="list-style-type: none"> • Adäquate Information • Emotionale Unterstützung • Psychische Unterstützung • Physische Unterstützung • Professionelle Unterstützung • Soziale Unterstützung |
| Remmers et al. (2010) | (DEU) | Inhaltsanalyse nach Mayring (2000) | 42 | 33–79 | <ul style="list-style-type: none"> • Semistrukturierte Interviews Domäne: Belastung Domäne: Unterstützung | <ul style="list-style-type: none"> • Adäquate Information • Emotionale Unterstützung • Psychische Unterstützung • Physische Unterstützung • Professionelle Unterstützung • Soziale Unterstützung |

| Autor*innen | Land | Design | Anzahl der Teilnehmerinnen | Alter in Jahren | Datenerhebung/Messinstrument & Hauptergebnisse | Abgeleitete Wünsche & Bedürfnisse |
|----------------------------|-------|-------------------|----------------------------|-----------------|--|--|
| Schmid-Büchi et al. (2013) | (CHE) | Querschnittstudie | 175 | 31–88 | <ul style="list-style-type: none"> • „Supportive Care Needs Survey“ nach Bonevski et al. (2000), Holdener-Mascheroni (2003) & Schmid-Büchi et al. (2011) Domäne: Psychische Bedürfnisse Domäne: Gesundheitssystem/Information Domäne: Physische Bedürfnisse Domäne: Versorgung/Unterstützung Domäne: Sexualität • „Cancer/Treatment-related Symptom Scale“ nach Schmid-Büchi et al. (2011) Domäne: Symptome • „Interpersonal Relationship Inventory“ nach Tinden et al (1990) & Douglas (1997) Domäne: Beziehung • „Hospital Anxiety and Depression Scale“ nach Zigmond et al. (1983) & Herrmann (1997) Domäne: Angst und Domäne: Depression • „Distress Thermometer“ nach Roth et al. (1998) Domäne: Belastung | <ul style="list-style-type: none"> • Adäquate Information • Emotionale Unterstützung • Psychische Unterstützung • Physische Unterstützung • Professionelle Unterstützung • Soziale Unterstützung |

| Autor*innen | Land | Design | Anzahl der Teilnehmerinnen | Alter in Jahren | Datenerhebung/Messinstrument & Hauptergebnisse | Abgeleitete Wünsche & Bedürfnisse |
|------------------------|-------|--|----------------------------|-----------------|--|---|
| Stephens et al. (2008) | (USA) | Exploration mit Kategorienbildung durch Forschende | 199 | 23–90 | ninterviews Domäne: Angst Domäne: Information Domäne: Bewältigung | <ul style="list-style-type: none"> • Adäquate Information • Emotionale Unterstützung • Psychische Unterstützung • Physische Unterstützung • Professionelle Unterstützung • Soziale Unterstützung • Spirituelle Unterstützung |

3. Ergebnisse

Um die Forschungsfrage bestmöglich beantworten zu können, wurden anhand der durchgeführten systematischen Literaturrecherche in den acht Datenbanken insgesamt 13 Studien (Ahern et al., 2016, Anarado et al., 2015, Boman et al., 1997, Faller et al., 2003, Fang et al., 2018, Klungrit et al., 2019, Landmark et al., 2008, Liao et al., 2012, Lindop and Cannon, 2001, Llewellyn et al., 2019, Remmers et al., 2010, Schmid-Büchi et al., 2013, Stephens et al., 2008) in diese Arbeit eingeschlossen.

An diesen Studien, die in zehn Ländern im Zeitraum zwischen 1997 und 2019 durchgeführt wurden (Tab.7), nahmen insgesamt 2282 Brustkrebspatientinnen zwischen 23 und 90 Jahren teil.

Tabelle 7: Länder der Studiendurchführung

| Nr. | Land | | Autor*innen | Jahr |
|-----|----------------|-------|--------------------------------------|-------------|
| 01. | Australien | (AUS) | Ahern et al. | 2016 |
| 02. | Nigeria | (NGA) | Anarado et al. | 2015 |
| 03. | Schweden | (SWE) | Boman et al. | 1997 |
| 04. | Deutschland | (DEU) | Faller et al. & Remmers et al. | 2003 & 2010 |
| 05. | Taiwan | (TWN) | Fang et al. & Liao et al. | 2018 & 2012 |
| 06. | Thailand | (THA) | Klungrit et al. | 2019 |
| 07. | Norwegen | (NOR) | Landmark et al. | 2008 |
| 08. | Großbritannien | (GBR) | Lindop und Cannon & Llewellyn et al. | 2001 & 2019 |
| 09. | China | (CHE) | Schmid-Büchi et al. | 2013 |
| 10. | Nordamerika | (USA) | Stephens et al. | 2008 |

Fünf Studien (Ahern et al., 2016, Faller et al., 2003, Fang et al., 2018, Liao et al., 2012, Schmid-Büchi et al., 2013) weisen einen quantitativen Forschungsansatz auf, sieben Studien (Anarado et al., 2015, Boman et al., 1997, Klungrit et al., 2019, Landmark et al., 2008, Llewellyn et al., 2019, Remmers et al., 2010, Stephens et

al., 2008) liegt ein qualitativer Forschungsansatz zugrunde, und eine Studie (Lindop and Cannon, 2001) basiert auf einem „Mixed-Method“-Forschungsansatz.

3.1 Altersgruppenstratifizierte Wünsche und Bedürfnisse

Auf Basis der aktuellen Studienlage können innerhalb der internationalen Literatur und anhand der Altersgruppierung (Tab.3) keine wesentlichen Unterschiede in Hinblick auf Wünsche und Bedürfnisse von Brustkrebspatientinnen an professionell Pflegende aufgezeigt werden.

Lindop und Cannon (2001) untersuchten den Unterstützungsbedarf bei insgesamt 487 Brustkrebspatientinnen anhand der Altersgruppen und -kategorien: 20 bis 45 Jahre (N=57), 46 bis 53 Jahre (N=112) und ab 54 Jahre (N=318) (Tab.8). Hierbei wurde deutlich, dass die Wünsche und Bedürfnisse der Patientinnen sich ähnelten, der Bedarf an Unterstützung in den jeweiligen Altersgruppen und Domänen sich hingegen statistisch signifikant unterschied.

Tabelle 8: Unterstützungsbedarf nach Altersgruppen (Lindop and Cannon, 2001)

| | Altersgruppen nach Alterskategorien | | |
|--------------------------------|-------------------------------------|-------------|-------------|
| | 20–45 Jahre | 46–53 Jahre | Ab 54 Jahre |
| | Unterstützungsbedarf nach Domänen | | |
| Diagnose | Ø 54 | Ø 56 | Ø 52 |
| Unterstützung | Ø 29 | Ø 30 | Ø 28 |
| Weiblichkeit & Körperbild | Ø 24 | Ø 23 | Ø 17 |
| Familie & Freundinnen, Freunde | Ø 23 | Ø 22 | Ø 20 |
| Information | Ø 20 | Ø 20 | Ø 17 |
| Nachsorge | Ø 14 | Ø 14 | Ø 13 |

Brustkrebspatientinnen benötigten demnach den höchsten Unterstützungsbedarf in der Domäne „Diagnose“. Patientinnen im Alter zwischen 46 und 53 Jahren wiesen einen statistisch signifikant höheren Unterstützungsbedarf in den Domänen

„Diagnose“, „Unterstützung“, „Weiblichkeit & Körperbild“, „Familie & Freundinnen, Freunde“, „Information“ und „Nachsorge“ auf als Patientinnen ab 54 Jahren. Zudem zeigten Patientinnen im Alter zwischen 20 und 45 Jahren einen statistisch signifikant höheren Bedarf an Unterstützung in den Domänen „Weiblichkeit & Körperbild“, „Familie & Freundinnen, Freunde“, „Information“ und „Nachsorge“ als Patientinnen ab 54 Jahren. Im Alter zwischen 20 und 45 Jahren machten Patientinnen einen statistisch signifikant höheren Bedarf an Unterstützung in der Domäne „Familie & Freundinnen, Freunde“ geltend als Patientinnen im Alter zwischen 46 und 53 Jahren. Ab 54 Jahren benötigten Patientinnen die geringste Unterstützung (Lindop and Cannon, 2001).

3.2 Wünsche und Bedürfnisse im Erwachsenenalter

Anhand der extrahierten Hauptergebnisse (Tab.6) und aufgrund der vorliegenden und bestehenden Ähnlichkeiten konnten sechs Oberbegriffe für Wünsche und Bedürfnisse von Brustkrebspatientinnen an Pflegefachkräfte abgeleitet werden: 1. „Adäquate Information“, 2. „Emotionale und psychische Unterstützung“, 3. „Physische Unterstützung“, 4. „Professionelle Unterstützung“, 5. „Soziale Unterstützung“, 6. „Spirituelle Unterstützung“. Im Folgenden werden die einzelnen Kategorien umrissen, und im Anschluss daran bildet eine Ergebnistabelle die erläuterten Oberbegriffe der Wünsche und Bedürfnisse der Patientinnen ab (Tab.9).

3.2.1 Adäquate Information

„Adäquate Information“ kann als Wunsch und Bedürfnis aus zwölf Studien (Ahern et al., 2016, Anarado et al., 2015, Boman et al., 1997, Fang et al., 2018, Klungrit et al., 2019, Landmark et al., 2008, Liao et al., 2012, Lindop and Cannon, 2001, Llewellyn et al., 2019, Remmers et al., 2010, Schmid-Büchi et al., 2013, Stephens et al., 2008) abgeleitet werden.

Patientinnen benötigen umfassende und evidenzbasierte Kenntnisse rund um die Brustkrebsdiagnose, um sowohl das Erkrankungsbild als auch die Folgen der Erkrankung verstehen und erfassen zu können. Beratungsgespräche dienen von

Anfang an dazu, das bestehende Wissen von Patientinnen zu erweitern. Allerdings soll von professionell Pflegenden darauf geachtet werden, die Informationsinhalte an den Informationsbedarf der jeweiligen Patientin anzupassen. Daran sollen sich auch einschlägige Empfehlungen orientieren, beispielsweise einen gesundheitsförderlichen Lebensstil einzuhalten. Als weitere wertvolle Hilfestellung gelten unter Patientinnen die Wiederholung und Validierung erhaltener Informationen gemeinsam mit professionell Pflegenden, da dadurch Klarheit erlangt und Unsicherheiten begegnet werden kann. Demnach nehmen professionell Pflegende ebenfalls eine unterstützende Rolle bei der Entscheidungsfindung ein, da Entscheidungen erneut mit Pflegefachkräften diskutiert und Vor- und Nachteile erörtert werden können. Pflegefachkräfte sollen außerdem einheitliche Informationen bereitstellen, um der fachlichen Kompetenz Ausdruck zu verleihen, weitere Unsicherheiten zu vermeiden und im Gegenzug ein Gefühl von Vertrauen und Sicherheit erzeugen zu können. Soziale und hohe fachliche Fähigkeiten und Fertigkeiten sind Kompetenzen von Pflegefachkräften, die von Patientinnen gewünscht werden, um adäquate Information und eine professionelle Versorgung zu erhalten. Darüber hinaus soll Patientinnen für die Informationsverarbeitung ausreichend Zeit zur Verfügung gestellt werden, da der Bedarf an Zeit, um nachzudenken, von Patientin zu Patientin unterschiedlich ist. Daneben soll von Pflegefachkräften ein passendes Nähe- und Distanzverhältnis gewählt und eine angenehme Atmosphäre und ein entspanntes Gesprächsklima erzeugt werden. Pflegefachkräfte sollen Patientinnen die Möglichkeit weiterer Unterstützungsmöglichkeiten anbieten und Kontaktadressen bereitstellen, um bei Notwendigkeit weitere Expertinnen und Experten beispielsweise im Ernährungs- und Bewegungsbereich hinzuziehen zu können.

3.2.2 Emotionale und psychische Unterstützung

Sämtliche Studienergebnisse machen eine „emotionale und psychische Unterstützung“ als Wunsch und Bedürfnis deutlich.

Patientinnen werden aufgrund der Diagnose Brustkrebs sowohl mit psychischen als auch mit emotionalen Herausforderungen konfrontiert. Ängste und Belastungen werden zu ständigen Begleitern, verlieren nie an Präsenz und sind allumfassend.

Die Bereitstellung diverser Bewältigungsstrategien wie Validation und Gesprächsführung sowie ein Angebot an weiteren Unterstützungsmöglichkeiten können Patientinnen stärken und unterstützen. Dabei soll die Unterstützung gezielt und individuell passieren. Als Schlüsselement innerhalb der emotionalen und psychischen Unterstützung gilt unter Patientinnen eine gute und positive Kommunikation, da Pflegefachkräfte als „Hoffnungsträger“ fungieren und Ermutigung, Hoffnung und Zuversicht vermitteln sollen.

3.2.3 Physische Unterstützung

„Physische Unterstützung“ geht aus zwölf Studien (Ahern et al., 2016, Anarado et al., 2015, Boman et al., 1997, Fang et al., 2018, Klungrit et al., 2019, Landmark et al., 2008, Liao et al., 2012, Lindop and Cannon, 2001, Llewellyn et al., 2019, Remmers et al., 2010, Schmid-Büchi et al., 2013, Stephens et al., 2008) als Wunsch und Bedürfnis hervor.

Das gewohnte Leben von Patientinnen wird durch Brustkrebs, die Behandlung und Nachbehandlung unweigerlich verändert. Patientinnen erfahren körperliche Herausforderungen, die mit Fatigue, Schmerzen und zahlreichen weiteren Symptomen und Nebenwirkungen einhergehen. Durch die Bereitstellung eines adäquaten Symptommanagements wie eines Schmerzmanagements kann den auftretenden körperlichen Einschränkungen und Beschwerden begegnet werden. Dabei soll von Pflegefachkräften eine individuelle und patientinnenzentrierte Versorgung bereitgestellt und Patientinnen sollen in allen erforderlichen Belangen und Bereichen je nach Notwendigkeit unterstützt werden. Professionell Pflegende werden deshalb von Patientinnen als „praktische Assistenz“ während des gesamten Krankheitsverlaufs wahrgenommen. Pflegefachkräfte sollen Patientinnen außerdem über das weitere Vorgehen und Prozedere der geplanten pflegerischen Versorgung adäquat informieren, um veränderte Situationen bewältigen zu können. Die Bereitstellung adäquater Selbstversorgungsstrategien wie Selbstmanagementstrategien bedeutet für Patientinnen eine wesentliche Hilfestellung, da Wissen über eine effektive und effiziente Selbstversorgung erlangt wird.

3.2.4 Professionelle Unterstützung

Die „professionelle Unterstützung“ als Wunsch und Bedürfnis verdeutlichen die Ergebnisse von zwölf Studien (Ahern et al., 2016, Anarado et al., 2015, Boman et al., 1997, Fang et al., 2018, Klungrit et al., 2019, Landmark et al., 2008, Liao et al., 2012, Lindop and Cannon, 2001, Llewellyn et al., 2019, Remmers et al., 2010, Schmid-Büchi et al., 2013, Stephens et al., 2008).

Die Bereitstellung einer professionellen pflegerischen Unterstützung während des gesamten Krankheitsverlaufs ist für Patientinnen essenziell. Nur eine konstante Begleitung ermöglicht es Patientinnen, den durch Brustkrebs verursachten Herausforderungen standhalten und diese auch bewältigen zu können. Aufgrund dessen erachten Patientinnen eine präsente und greifbare professionelle Bezugsperson als erforderlich. Die fortwährende Begleitung, Präsenz und Erreichbarkeit schaffen ein Gefühl des Vertrauens und der Sicherheit und wirken der Einsamkeit und Hilflosigkeit entgegen. In weiterer Folge werden dadurch nahestehende Personen entlastet und das Wohlbefinden, die Lebensqualität und die Autonomie von Patientinnen gefördert und gewahrt. Patientinnen brachten zum Ausdruck, dass durch eine professionelle Bezugsperson zeitliche Ressourcen optimal genutzt werden können, um Informationen auszutauschen und die weitere Versorgung zu koordinieren, da auf diese Weise ein Überblick über das Prozedere geschaffen wird. Der Einsatz professioneller Bezugspersonen bietet brustkrebserkrankten Patientinnen eine therapeutische Beziehung, die auf den Attributen „Individualität“, „Respekt“ und „Menschlichkeit“ basiert. Dies ist insofern zentral, als es für Betroffene unerlässlich ist, während des gesamten Krankheitsverlaufs als Mensch und insbesondere als Individuum wahrgenommen zu werden. Zudem beschreiben brustkrebserkrankte Patientinnen das individuelle Eingehen auf ihre Wünsche und Bedürfnisse mit zeitnaher Erfüllung als bedeutend.

3.2.5 Soziale Unterstützung

„Soziale Unterstützung“ kann als Wunsch und Bedürfnis anhand von zwölf Studien (Ahern et al., 2016, Anarado et al., 2015, Boman et al., 1997, Fang et al., 2018, Klungrit et al., 2019, Landmark et al., 2008, Liao et al., 2012, Lindop and Cannon,

2001, Llewellyn et al., 2019, Remmers et al., 2010, Schmid-Büchi et al., 2013, Stephens et al., 2008) belegt werden.

Patientinnen benötigen nicht nur eine formelle, sondern auch eine informelle Form der Unterstützung, um die Brustkrebserkrankung bewältigen zu können. Demnach sollen auch nahestehende und weitere unterstützende Personen in die Versorgung integriert werden, da Familienmitglieder, Freundinnen und Freunde als dringend benötigte Form der Unterstützung wahrgenommen werden. Deshalb stellen Patientinnen an pflegerisches Personal auch den Anspruch, nahestehende Personen über die Erkrankung und deren Verlauf zu informieren und in beratende Gespräche einzubinden, um eventuell auftretenden Spannungen und Unsicherheiten entgegenzuwirken. Überdies beschreiben Patientinnen Freiwillige, wie zum Beispiel Personen, die in Hilfsorganisationen unentgeltlich tätig sind, und andere Brustkrebserkrankte als wichtige Unterstützung, da Gefühle, Emotionen und Befindlichkeiten geteilt werden können. Dadurch stoßen Patientinnen auch auf ein zusätzliches Verständnis durch unabhängige Personen.

3.2.6 Spirituelle Unterstützung

Aus drei Studien (Anarado et al., 2015, Klungrit et al., 2019, Stephens et al., 2008) gehen der Wunsch und das Bedürfnis nach „spiritueller Unterstützung“ hervor.

Spiritualität wurde von Patientinnen als bedeutsam beschrieben, da spirituelle Ansichten mit der Grundeinstellung der jeweiligen Person verbunden sind und sich auf Werte, Normen, Überzeugungen und Entscheidungen eines Menschen auswirken. Nur ein professioneller und ganzheitlicher Versorgungsansatz bietet brustkrebserkrankten Frauen die Möglichkeit, die eigenen Werte, Normen, Einstellungen, Überzeugungen und Entscheidungen in die Versorgung einfließen zu lassen. Deshalb wünschen brustkrebserkrankte Patientinnen sich, dass ihre je eigene Spiritualität akzeptiert und eine werturteilsfreie und ganzheitliche professionelle Versorgung bereitgestellt wird.

Ergebnistabelle 9: Abgeleitete Wünsche und Bedürfnisse erwachsener Brustkrebspatientinnen an Pflegefachkräfte

Abgeleitete Oberbegriffe der Wünsche und Bedürfnisse* mit Erläuterungen

- | | |
|---|---|
| 1. Adäquate Information | <ul style="list-style-type: none">• Vorhandensein hoher sozialer und fachlicher Kompetenzen• Ausreichend Zeit für die Informationsverarbeitung bereitstellen• Auswahl eines passenden Nähe- und Distanzverhältnisses• Bereitstellung einer patientinnenzentrierten Kommunikation• Bereitstellung weiterer Unterstützungsmöglichkeiten• Einheitliche Informationsbereitstellung• Wiederholung und Validierung von Informationsinhalten |
| 2. Emotionale und psychische Unterstützung | <ul style="list-style-type: none">• Bereitstellung individueller Bewältigungsstrategien• Bereitstellung gelungener und positiver Kommunikation• Vermittlung von Hoffnung und Zuversicht |
| 3. Physische Unterstützung | <ul style="list-style-type: none">• Bereitstellung eines adäquaten Symptommanagements• Bereitstellung individueller Selbstversorgungsstrategien• Bereitstellung einer patientinnenzentrierten Versorgung mit praktischer Assistenz |

* **Autor*innen:** Ahern et al. (2016), Anarado et al. (2015), Boman et al. (1997), Faller et al. (2003), Fang et al. (2018), Klungrit et al. (2019), Landmark et al. (2008), Liao et al. (2012), Lindop und Cannon (2001), Llewellyn et al. (2019), Remmers et al. (2010), Schmid-Büchi et al. (2013) und Stephens et al. (2008)

Abgeleitete Oberbegriffe der Wünsche und Bedürfnisse* mit Erläuterungen

- | | |
|--|--|
| 4. Professionelle Unterstützung | <ul style="list-style-type: none">• Aufbau therapeutischer Beziehungen durch Respekt und Menschlichkeit• Bereitstellung einer konstanten, präsenten und erreichbaren Bezugsperson• Bereitstellung einer zeitnahen Bedürfniserfüllung• Eingehen auf die individuellen Wünsche und Bedürfnisse• Optimale Nutzung zeitlicher Ressourcen• Bereitstellung einer koordinierten Versorgung• Herbeiführen von Vertrauen und Sicherheit |
| 5. Soziale Unterstützung | <ul style="list-style-type: none">• Integration nahestehender Personen in die Versorgung• Bereitstellung weiterer informeller Unterstützungsmöglichkeiten |
| 6. Spirituelle Unterstützung | <ul style="list-style-type: none">• Bereitstellung einer ganzheitlichen und werturteilsfreien Versorgung• Akzeptanz individueller Werte, Überzeugungen und Entscheidungen |

* **Autor*innen:** Ahern et al. (2016), Anarado et al. (2015), Boman et al. (1997), Faller et al. (2003), Fang et al. (2018), Klungrit et al. (2019), Landmark et al. (2008), Liao et al. (2012), Lindop und Cannon (2001), Llewellyn et al. (2019), Remmers et al. (2010), Schmid-Büchi et al. (2013) und Stephens et al. (2008)

4. Diskussion

Die Intention dieser Arbeit bestand darin zu erfassen, inwiefern Wünsche und Bedürfnisse von Brustkrebspatientinnen im Erwachsenenalter sich hinsichtlich der Altersgruppen und konzeptionellen Alterskategorien (Tab.3) unterscheiden. Um die Forschungsfrage beantworten zu können, wurden 13 Studien der internationalen Literatur herangezogen, woraus wiederum sechs Oberbegriffe zu Wünschen und Bedürfnissen (Tab.9) gewonnen werden konnten, jedoch keine wesentlichen oder deutlichen Unterschiede zwischen den jeweiligen Altersgruppen ersichtlich waren.

Entsprechende altersgruppenstratifizierte Unterschiede waren nicht festzustellen, da die Studien keine Altersgruppenunterteilung anhand der konzeptionellen Alterskategorien (Tab.3) beinhalteten. Die Angaben zum Mindest- und Maximalalter der Studienpopulationen waren verfügbar, wodurch ersichtlich wurde, dass die Studienpopulationen sich im Alter zwischen 23 und 90 Jahren und damit im Erwachsenenalter befanden. Anhand der derzeitigen Studienlage war keine Altersgruppierung möglich, obwohl die Altersgruppierung an internationale wissenschaftliche Datenbanken angelehnt wurde. Die Berechnung des durchschnittlichen Alters der Studienpopulationen hätte allerdings die Ergebnisse verfälscht, weshalb sie nicht durchgeführt wurde.

Anhand einer Studie (Lindop and Cannon, 2001) konnte altersgruppenstratifiziertes Wissen hinsichtlich der Wünsche und Bedürfnisse von Brustkrebspatientinnen gewonnen werden – jedoch nicht nach dem ausgewählten Schlüsselkonzept (Tab.3). In der genannten Studie wurde deutlich, dass die Wünsche und Bedürfnisse von Patientinnen sich ähneln, der Unterstützungsbedarf variierte im Alter allerdings statistisch signifikant innerhalb der Altersgruppen 20 bis 45 Jahre, 46 bis 53 Jahre und ab 54 Jahre. Auffallend ist hierbei, dass Patientinnen zwischen 46 und 53 Jahren die meiste und Patientinnen ab 54 Jahren die geringste Unterstützung benötigten. Dies lässt sich vermutlich darauf zurückführen, dass Patientinnen ab 54 Jahren bereits zahlreiche Unterstützungsangebote und adäquate Informationen von professionell Pflegenden erhalten haben, da

Brustkrebs bei Frauen häufig im Erwachsenenalter ab 45 Jahren festgestellt wird (World Health Organization, 2020, Brüggemann, 2018).

Sowohl eine adäquate Information als auch die emotionale, psychische, physische, professionelle, soziale und spirituelle Unterstützung wurden in nahezu jeder der ausgewählten Studien von teilnehmenden Patientinnen als notwendig erachtet und aufgrund dessen als Oberbegriffe der Wünsche und Bedürfnisse an Pflegefachkräfte abgeleitet. Dies verdeutlicht, dass sich in der internationalen Literatur beschriebene Wünsche und Bedürfnisse von Brustkrebspatientinnen ähneln. Dementsprechend ist zu vermuten, dass nicht nur die Grundbedürfnisse (Henderson, 1978), sondern auch die Wünsche und Bedürfnisse nahezu aller Brustkrebspatientinnen weltweit vergleichbar sind. Deutlich wurde außerdem, dass die Wünsche und Bedürfnisse der Patientinnen sich trotz diverser Kulturen und Religionen kaum voneinander unterscheiden haben. Daraus kann geschlossen werden, dass Patientinnen weltweit eine gezielte und ganzheitliche professionelle pflegerische Versorgung benötigen, die auf den Attributen „Individualität“, „Menschlichkeit“ und „Kompetenz“ basiert. Ein ganzheitlicher Ansatz wurde bereits vor Jahrzehnten von Henderson (1978) als essenzieller und zentraler Bestandteil der professionellen Gesundheits- und Krankenversorgung beschrieben. Dies deshalb, da Menschen einer ganzheitlichen und keiner reduktionistischen Betrachtungsweise unterliegen, weil physische, psychische und soziale Aspekte korrelieren und untrennbar verbunden sind. Gleichermäßen wurde anhand einer Studie (Wessels et al., 2010) beleuchtet, dass Krebserkrankten eine gezielte und professionelle Versorgung bereitgestellt werden sollte, um ihren Wünschen und Bedürfnissen zu entsprechen. Eine Studie (Jensen et al., 1996) weist Parallelen zur vorliegenden Arbeit auf, da „Individualität“, „Menschlichkeit“ und „Kompetenz“ hier genauso als Merkmale einer exzellenten Pflegefachkraft beschrieben wurden. Sofern Menschen eine gezielte ganzheitliche, professionelle pflegerische Versorgung entsprechend ihren Wünschen und Bedürfnissen zukommt, können das Wohlbefinden, die Lebensqualität und die Autonomie der Betroffenen gefördert und gewahrt werden (Henderson, 1978, Eicher et al., 2012).

Ferner wurde mittels der durchgeführten Studie von Wessels et al. (2010) dargestellt, dass krebserkrankte Frauen und Männer sich im Verhalten und in Bezug auf den benötigten Informationsbedarf unterscheiden. An dieser Studie nahmen Patientinnen und Patienten mit diversen Krebserkrankungsarten, zum Beispiel im Bereich des Urogenital- und Gastrointestinaltraktes, und nicht ausschließlich brustkrebserkrankte Personen teil. Die Erkenntnisse aus der vorliegenden Erhebung können demnach aufgrund vorherrschender Genderdifferenzen nicht direkt auf Männer oder Personen mit anderen Krebsarten ausgelegt werden, da hier Wünsche und Bedürfnisse brustkrebserkrankter Frauen untersucht wurden.

Es konnten zwar Studien identifiziert werden, die Wünsche und Bedürfnisse von Brustkrebspatientinnen an Pflegefachkräfte untersuchten, allerdings war aktuell keine Studie vorhanden, die diesbezüglich in Österreich durchgeführt wurde. Dieser Umstand verdeutlicht, dass es österreichweit bisher keine oder vermutlich kaum Forschung betreffend die Wünsche und Bedürfnisse brustkrebserkrankter Patientinnen und Patienten gibt.

In die vorliegende Untersuchung wurden ausschließlich wissenschaftliche Studien mit einem vorwiegend schwachen Evidenzgrad eingeschlossen. Es konnten folglich keine Erhebungen mit hohem Evidenzgrad, wie zum Beispiel randomisierte kontrollierte Studien, aufgefunden und berücksichtigt werden. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Auswertung von Wünschen und Bedürfnissen von Menschen hauptsächlich keinen experimentellen Studiendesigns unterliegt und diese Themen vorzugsweise anhand qualitativer Studien und Querschnittstudien untersucht werden. Durch Versuchsreihen könnte beispielsweise der Einfluss einer koordinierten Versorgung, angepasst an die Wünsche und Bedürfnisse brustkrebserkrankter Patientinnen und Patienten, verifiziert werden. Grundsätzlich wurden randomisierte kontrollierte Studien bereits in der Vergangenheit geplant und durchgeführt, um die Einflüsse einer koordinierten Versorgung zu erforschen (Johnson et al., 2016, Detering et al., 2010).

Zahlreiche identifizierte Studien beinhalteten teilweise keine oder unklare Angaben zum Alter der Studienpopulationen, weshalb einige Studien aufgrund dieses Mangels an Einschlusskriterien auszuschließen waren. Korrekte und verwertbare

Angaben der demografischen Charakteristika in Publikationen würden es ermöglichen, bestehendes Wissen in Untersuchungen aufnehmen zu können und nicht wegen fehlender oder ungenauer Altersangaben ausschließen zu müssen.

Die Studien wurden zwischen den Jahren 1997 und 2019 durchgeführt, was verdeutlicht, dass Wünsche und Bedürfnisse von Brustkrebspatientinnen sich im Laufe der Zeit kaum verändert haben und nach wie vor hauptsächlich an Pflegefachkräfte gerichtet werden. Dies zeigt, dass das vorliegende Thema weiterhin aktuell und bedeutsam ist.

Die Studien wurden einer Qualitätsbewertung unterzogen, in deren Rahmen für unklare Informationen keine Punkte vergeben wurden, wodurch die Studienqualität der einzelnen Studien variiert. Auffällig war, dass in sechs „Surveys“ (Ahern et al., 2016, Faller et al., 2003, Fang et al., 2018, Liao et al., 2012, Lindop and Cannon, 2001, Schmid-Büchi et al., 2013) relevante Informationen über die Stichprobengröße nicht gegeben waren. Deshalb konnte möglicherweise keine repräsentative Stichprobengröße erreicht werden, und aufgrund der beeinträchtigten externen Validität können gewonnene Erkenntnisse nicht verallgemeinert werden. Zudem wurden in acht qualitativen Studien (Anarado et al., 2015, Boman et al., 1997, Klungrit et al., 2019, Landmark et al., 2008, Lindop and Cannon, 2001, Llewellyn et al., 2019, Remmers et al., 2010, Stephens et al., 2008) kulturelle und theoretische Positionen der Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler nicht klar angeführt. Die Forschenden könnten somit womöglich die Ergebnisse unbewusst beeinflusst haben. Ebenfalls wurden in zwei Studien (Boman et al., 1997, Stephens et al., 2008) die Genehmigungen für die Studiendurchführung anhand eines Ethikkomitees nicht eindeutig beschrieben, wodurch womöglich ethische Richtlinien nicht eingehalten wurden. Ethische Grundsätze sind beispielsweise in der Deklaration von Helsinki festgelegt, die von Forschenden strikt einzuhalten ist, wenn Forschung am und mit Menschen stattfindet. Darin wird beispielsweise auch die Wahrung der Gesundheit von Patientinnen und Patienten als ein ethischer Grundsatz beschrieben (Weltärztebund, 2008). Diese Studien wurden vor mehr als zehn Jahren durchgeführt. Im Rahmen einer Studie (Lindop and Cannon, 2001) wurde ein Fragebogen verwendet wobei keine eindeutigen Angaben bezüglich der Gütekriterien getätigt wurden. Da eventuell kein

zuverlässiges und gültiges Messinstrument für die Datenerhebung verwendet wurde, könnten die Daten nicht reliabel, valide und vergleichbar sein, denn nur Testungen von Messinstrumenten auf Validität und Reliabilität können die Vergleichbarkeit von Daten gewährleisten (Roberts and Priest, 2006). Anhand der Bewertungsinstrumente des JBI (Joanna Briggs Institute, 2017a, Joanna Briggs Institute, 2017b) konnte erhoben werden, dass die Qualität der Studien bei über 70 % lag und insgesamt gut war (Littlewood et al., 2010). Demnach können die Empfehlungen bei Interesse einer Graduierung nach „Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation“ (GRADE) unterzogen werden (Schünemann, 2009). Ein Empfehlungsgraduierungsinstrument wird dabei von GRADE (GRAdeproGDT, 2015) bereitgestellt.

Die Weiterbildungen zur spezialisierten Pflegefachkraft im Brustkrebsmanagement sind weltweit nicht einheitlich gestaltet (Gerlach and Wiedemann, 2010, Eicher et al., 2012, Yates et al., 2007, Royal College of Nursing, 2007, Del Turco et al., 2010), und eine entsprechende Weiterbildung zur BCN ist in Österreich kaum gegeben. Deshalb gibt es bisher keine einheitliche und internationale Weiterbildung zur BCN, in der die Inhalte, Berufsbezeichnungen und Rollen sich gleichen. Ein einheitliches und internationales Curriculum würde es ermöglichen, künftig eine professionelle Gesundheits- und Krankenversorgung entsprechend den Wünschen und Bedürfnissen brustkrebserkrankter Menschen bereitstellen zu können.

Prävention gilt global als effektive und auch effiziente Strategie, um Krebserkrankungen vorzubeugen. Werden präventive Maßnahmen zur Gesundheitsförderung frühzeitig gesetzt, wie zum Beispiel die Förderung eines gesundheitsförderlichen Lebensstils und die Bereitstellung unterschiedlicher Vorsorgeuntersuchungen, kann der Entwicklung von Krebs teilweise Einhalt geboten werden (World Health Organization, 2018b). Dies lässt professionell Pflegende eine essenzielle Rolle innerhalb der Gesundheits- und Krankenversorgung von Menschen einnehmen, da zu den zentralen Elementen einer professionellen pflegerischen Versorgung die Gesundheitsförderung und -wiederherstellung sowie die Krankheitsverhütung und die Linderung von Leiden zählen (International Council of Nurses, 2012). Professionell Pflegende können dementsprechend weltweit Menschen befähigen, einen gesundheitsförderlichen

Lebensstil zu führen, Krebsrisikofaktoren zu vermeiden und mitwirken ihnen dadurch in weiterer Folge ein Altern in Gesundheit zu ermöglichen. Nachfolgend werden die Limitationen dieser Arbeit erläutert.

4.1 Stärken

Die Auswahl des Designs führt zu einem umfassenden Überblick über vorhandene internationale Literatur, zusätzlich konnten dadurch bestehende Forschungslücken aufgezeigt werden. Zudem wurde aufgrund der Designauswahl keine Studie aufgrund eines schwachen Evidenzgrades aus der Arbeit ausgeschlossen. Die erläuterten Such- und Einschlusskriterien (Unterkapitel: 2.3) bedingten, dass ausschließlich wissenschaftliche Studien in die Arbeit eingeschlossen wurden. Transparenz wurde geschaffen, der Entstehung eines Reportingbias entgegengewirkt, und im Rahmen der Literatursuche wurden keine sprachlichen oder zeitlichen Limitationen gesetzt, um gegebene Evidenz einzuschließen und der Entstehung eines Publikationsbias vorzubeugen. Wünsche und Bedürfnisse brustkrebserkrankter Frauen an Pflegefachkräfte konnten für das gesamte Erwachsenenalter dargelegt werden, womit ein spezifisches Bild speziell für den Pflegekontext gezeichnet werden konnte.

4.2 Schwächen

Das Bestehen eines Publikationsbias wurde aufgrund der geringen Anzahl der Studien nicht erhoben und kann deshalb nicht ausgeschlossen werden. In die Erhebung wurden ausschließlich Studien in deutscher und englischer Sprache eingeschlossen, weshalb nicht gewährleistet werden kann, dass tatsächlich jegliche vorhandene internationale Literatur bedacht wurde. Die extrahierten Studiendaten wurden synthetisiert, obwohl unterschiedliche Forschungsansätze gegeben waren und die Ergebnissynthese auf wissenschaftlicher Basis dementsprechend kritisiert werden könnte, da eine solche unter Forschenden als herausfordernd gilt (Clark, 2015).

5. Schlussfolgerung

Anhand der derzeitigen internationalen Studienlage konnten keine wesentlichen Unterschiede hinsichtlich der Wünsche und Bedürfnisse erwachsener Patientinnen mit Brustkrebs nach Einordnung nach den Altersgruppen (Tab.3) präsentiert, aber bestehende Forschungslücken identifiziert werden. Mithilfe internationaler Literatur konnte dargelegt werden, dass Wünsche und Bedürfnisse von Patientinnen mit Brustkrebs sich trotz unterschiedlicher kultureller, religiöser und spiritueller Sichtweisen gleichen. Aufgrund dieser globalen Ähnlichkeiten der Wünsche und Bedürfnisse von Brustkrebspatientinnen war es möglich, sechs Oberbegriffe (Tab.9) zu bilden und ein spezifisches Abbild für professionell Pflegende zu generieren.

Werden die abgeleiteten Wünsche und Bedürfnisse (Tab.9) innerhalb der Pflegepraxis künftig wahrgenommen, kann eine ganzheitliche professionelle pflegerische Versorgung stattfinden. Anschließend werden Empfehlungen für die Pflegepraxis und Pflegeforschung abgegeben.

5.1 Empfehlungen für die Praxis

Die Ergebnisse dieser Arbeit lassen den Schluss zu, dass Betroffene einen ganzheitlichen und professionellen pflegerischen Versorgungsansatz präferieren, der ihre Wünsche und Bedürfnisse gezielt berücksichtigt und diesen auch gerecht wird. Um dies zu ermöglichen und professionell Pflegende in ihrem Handeln zu unterstützen, wurden die einzelnen Komponenten der vorliegend erarbeiteten Wünsche und Bedürfnisse (Tab.9) synthetisiert und in Form eines Handlungsleitfadens für Pflegefachkräfte aufbereitet. Dieser wurde nachfolgend in Tabelle 10 dargestellt.

Der Handlungsleitfaden (Tab.10) beinhaltet einerseits die Wünsche und Bedürfnisse von Brustkrebspatientinnen an professionell Pflegende, die der internationalen Literatur entnommen werden konnten, und andererseits die Attribute „Individualität“, „Menschlichkeit“ und „Kompetenz“, auf welchen eine professionelle pflegerische Versorgung künftig aufbauen soll. Darüber hinaus kann dieser

Handlungsleitfaden als Hilfestellung innerhalb der Pflegepraxis eingesetzt werden, um Pflegehandlungen daran anzupassen.

Tabelle 10: Handlungsleitfaden für Pflegefachkräfte

| Abgeleitete Wünsche und Bedürfnisse* erwachsener Brustkrebspatientinnen an Pflegefachkräfte |
|--|
| Individualität ↔ Menschlichkeit ↔ Kompetenz |
| <ul style="list-style-type: none"> • Akzeptanz von Werten, Überzeugungen und Entscheidungen • Aufbau therapeutischer und werturteilsfreier Beziehungen • Vorhandensein hoher sozialer und fachlicher Fähigkeiten und Fertigkeiten • Ausreichend Zeit für die Informationsverarbeitung bereitstellen • Auswahl eines passenden Nähe- und Distanzverhältnisses • Bereitstellung einer patientinnenzentrierten Versorgung und Kommunikation • Bereitstellung einer konstanten, präsenten und erreichbaren Bezugsperson • Bereitstellung eines adäquaten Symptommanagements • Bereitstellung von Bewältigungs- und Selbstversorgungsstrategien • Bereitstellung weiterer und informeller Unterstützungsmöglichkeiten • Eingehen auf Wünsche und Bedürfnisse mit zeitnaher Bedürfniserfüllung • Einheitliche und adäquate Informationsbereitstellung • Integration nahestehender Personen in die Versorgung • Optimale Nutzung zeitlicher Ressourcen durch koordinierte Versorgung • Vermittlung von Vertrauen, Sicherheit, Hoffnung und Zuversicht • Wiederholung und Validierung von Informationsinhalten |

* **Autor*innen:** Ahern et al. (2016), Anarado et al. (2015), Boman et al. (1997), Faller et al. (2003), Fang et al. (2018), Klungrit et al. (2019), Landmark et al. (2008), Liao et al. (2012), Lindop und Cannon (2001), Llewellyn et al. (2019), Remmers et al. (2010), Schmid-Büchi et al. (2013) und Stephens et al. (2008)

Werden pflegerische Handlungen anhand dieses Handlungsrahmens (Tab.10) gesetzt und wird ein ganzheitlicher Ansatz in die pflegerische professionelle Versorgung, wie zum Beispiel nach Henderson (1978), integriert, können

brustkrebserkrankte Frauen gezielt unterstützt werden, da adäquate Informationen sowie emotionale, psychische, physische, professionelle, soziale und spirituelle Unterstützung bereitgestellt werden. Dadurch kann eine ganzheitliche und professionelle pflegerische Gesundheits- und Krankenversorgung, die sich an den genannten Wünschen und Bedürfnissen von Frauen mit der Diagnose Brustkrebs orientiert, gewährleistet werden. Dies kann sich sowohl auf die Steigerung der Pflegequalität als auch auf die Verbesserung der Ergebnisse brustkrebserkrankter Patientinnen auswirken.

Zudem kann Pflegefachkräften in Österreich empfohlen werden, die bestehenden Angebote trotz eingeschränkter Weiterbildungsmöglichkeiten zur spezialisierten professionellen Pflegefachkraft im Rahmen des Brustkrebsmanagements zu nutzen, um den Wünschen und Bedürfnissen brustkrebserkrankter Frauen und Männern in Österreich noch gezielter begegnen zu können.

Die WHO verweist darauf, internationale Präventionsstrategien wie beispielsweise die Gesundheitsedukation zu forcieren, da diese als effektive krebsvorbeugende und -reduzierende Maßnahmen beschrieben werden (World Health Organization, 2018b). Die Gesundheitsedukation zählt mit diversen Elementen der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention international zu den Kernaufgaben professionell Pflegender (International Council of Nurses, 2012), womit Pflegefachkräfte weltweit eine zentrale Rolle innerhalb der professionellen Gesundheits- und Krankenversorgung einnehmen. Auch in Österreich zählen zu den pflegerischen Kernkompetenzen die Förderung der Gesundheit und Gesundheitskompetenz sowie die Prävention nach § 14 des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes (Rechtsinformationssystem des Bundes, 2020a).

Diesen Ausführungen folgend sind Pflegefachkräfte weltweit befähigt, Menschen darin zu bestärken, einen gesunden Lebensstil einzunehmen und Risikofaktoren der Krebsentstehung zu vermeiden und sollten künftig ihr Wissen einsetzen und mitwirken, um Individuen ein weitgehend gesundes Altern zu ermöglichen.

5.2 Empfehlungen für die Forschung

Da bisher keine Studie vorliegt, die sich mit den Wünschen und Bedürfnissen von Brustkrebspatientinnen an Pflegefachkräfte anhand der vorgenommenen Altersgruppenunterteilung (Tab.3) beschäftigt, wird empfohlen, künftig entsprechende Erhebungen durchzuführen. Altersgruppenstratifiziertes Wissen zu generieren, kann dazu beitragen, Brustkrebspatientinnen eine noch gezieltere und ganzheitlichere professionelle Gesundheits- und Krankenversorgung bieten zu können.

Die Studie von Wessels et al. (2010) bestätigt, dass die Wünsche und Bedürfnisse krebserkrankter Frauen und Männer sich aufgrund von Geschlechterdifferenzen unterscheiden. Demzufolge wäre es in Zukunft erforderlich, nicht nur die Wünsche und Bedürfnisse brustkrebserkrankter Frauen, sondern auch jene von brustkrebserkrankten Männern zu erheben, um umfassendere Aussagen tätigen zu können.

Innerhalb der internationalen Literatur konnte keine Studie identifiziert werden, die in Österreich zu diesem Thema durchgeführt wurde. Um aussagekräftigere Angaben in Hinblick auf Wünsche und Bedürfnisse betroffener Österreicherinnen und Österreicher machen und in weiterer Folge nationale und internationale Vergleiche anstellen zu können, sollte die österreichweite Forschung zum Thema forciert werden.

Dass vorwiegend Studien mit geringer Evidenzkraft identifiziert und in die Arbeit eingeschlossen werden konnten, macht den Bedarf an Studien mit experimentellen Designs wie beispielsweise randomisierten kontrollierten Studien deutlich. Damit könnte evidenzbasiertes Wissen mit hoher Evidenzkraft und entsprechend hoher Aussagekraft gewonnen werden. Beispielhaft könnte der Einfluss einer koordinierten Versorgung unter Berücksichtigung der Wünsche und Bedürfnisse untersucht werden.

Einige Studien enthielten keine oder unklare Angaben zum Alter der Probandinnen und Probanden und konnten damit nicht in die vorliegende Untersuchung aufgenommen werden. Diesbezüglich wird empfohlen, Publikationen einheitlich mit vollständigen demografischen Angaben zu den Studienteilnehmerinnen und -teilnehmern zu versehen, um jegliche vorhandene Evidenz in wissenschaftliche Erhebungen einschließen zu können.

Auffällig war, dass ähnliche Wünsche und Bedürfnisse bereits seit Jahrzehnten von Brustkrebspatientinnen vorwiegend an Pflegefachkräfte gerichtet werden. Demzufolge sollte eine einschlägige Forschung weiterhin präsent sein und gefördert werden, um die bestehende Versorgung zu optimieren und Patientinnen mit der Diagnose Brustkrebs auch künftig eine gezielte ganzheitliche professionelle Unterstützung zukommen zu lassen.

Anhand der durchgeführten Qualitätsbeurteilung wurde offenbar, dass die Studien teilweise unklare Angaben zu Stichprobengröße, Position der Forschenden, Studiengenehmigung durch ein Ethikkomitee und zu Validität und Reliabilität der Messinstrumente aufweisen. In dieser Hinsicht kann empfohlen werden, diese Angaben künftig eindeutiger zu gestalten, um die Studienqualität zu heben.

Empfehlenswert ist außerdem, die länderspezifischen Weiterbildungen zur BCN (Gerlach and Wiedemann, 2010, Eicher et al., 2012, Yates et al., 2007, Royal College of Nursing, 2007, Del Turco et al., 2010) auf internationaler Ebene zu vereinheitlichen und ein entsprechendes, länderübergreifendes Curriculum zu entwickeln. Dieses Vorgehen würde eine global einheitliche professionelle pflegerische Versorgung begünstigen.

Da die Wünsche und Bedürfnisse von Brustkrebspatientinnen nach dem Schlüsselkonzept (Tab.3) bisher nicht ausreichend untersucht wurden, sollte die Forschung intensiviert werden, um Pflegefachkräfte darin zu unterstützen, den Wünschen und Bedürfnissen brustkrebserkrankter Frauen unterschiedlichen Alters noch optimaler entsprechen zu können.

6. Referenzliste

- 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. *European Journal of Oncology Nursing*, 23, 72-80.
- AMERICAN CANCER SOCIETY 2019. Breast Cancer: Facts & Figures.
- ANARADO, A. N., EZEOME, E. R., OFI, O. B., NWANERI, A. C. & OGBOLU, Y. 2015. Experiences and desired nursing assistance of women on out-patient breast cancer chemotherapy in Southeastern Nigeria. *Psychooncology*, 26, 385-391.
- BOMAN, L., ANDERSSON, J. & BJORVELL, H. 1997. Needs as expressed by women after breast cancer surgery in the setting of a short hospital stay. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 11, 25-32.
- BRÜGGEMANN, S. 2018. Mammakarzinom. Pschyrembel Online.
- CLARK, M. 2015. History of evidence synthesis to assess treatment effects: Personal reflections on something that is very much alive: Commentaries on the history of treatment evaluation. The James Lind Library.
- COCHRANE DEUTSCHLAND. o.J. *Literaturbewertung* [Online]. Available: <https://www.cochrane.de/de/literaturbewertung> [Accessed 23.07.2020].
- DEL TURCO, M. R., PONTI, A., BICK, U., BIGANZOLI, L., CSERNI, G., CUTULI, B., DECKER, T., DIETEL, M., GENTILINI, O. & KUEHN, T. 2010. Quality indicators in breast cancer care. *European Journal of Cancer*, 46, 2344-2356.
- DETERING, K. M., HANCOCK, A. D., READE, M. C. & SILVESTER, W. 2010. The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 340, 1-9.
- EICHER, M., KADMON, I., CLAASSEN, S., MARQUARD, S., PENNER, E., WENGSTROM, Y. & FENLON, D. 2012. Training breast care nurses throughout Europe: The EONS postbasic curriculum for breast cancer nursing. *European Journal of Cancer*, 48, 1257-1262.
- FALLER, H., OLSHAUSEN, B. & FLENTJE, M. 2003. Emotional distress and needs for psychosocial support among breast cancer patients at start of

- radiotherapy. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 53, 229-235.
- FANG, S. Y., FETZER, S. J., LEE, K. T. & KUO, Y. L. 2018. Fear of Recurrence as a Predictor of Care Needs for Long-Term Breast Cancer Survivors. *Cancer Nursing*, 41, 69-76.
- GERLACH, A. & WIEDEMANN, R. 2010. Breast Care Nurses-nursing experts for breast cancer care. A path to "Advanced Nursing Practice" in Germany? *Pflege*, 23, 393-402.
- GRADEPROGDT. 2015. *GRADE your evidence and improve your guideline development in health care* [Online]. Available: <https://gradepro.org/> [Accessed 23.07.2020].
- GRANT, M. J. & BOOTH, A. 2009. A typology of reviews: An analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Information and Libraries Journal*, 26, 91-108.
- GRAY, J. R., GROVE, S. K. & SUTHERLAND, S. 2016. *Burns and Grove's The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence*, Elsevier.
- HENDERSON, J. V. 1978. *Textbook of the Principles and Practice of Nursing*, Macmillan.
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES 2012. The ICN Code of Ethics for Nurses.
- JENSEN, K. P., BACK-PETTERSSON, S. & SEGESTEN, K. 1996. 'Catching my wavelength': perceptions of the excellent nurse. *Nursing Science Quarterly*, 9, 115-120.
- JOANNA BRIGGS INSTITUTE 2014. Reviewers' Manual: Methodology for JBI Mixed Methods Systematic Reviews.
- JOANNA BRIGGS INSTITUTE 2017a. Checklist for Prevalence Studies.
- JOANNA BRIGGS INSTITUTE 2017b. Checklist for Qualitative Research.
- JOANNA BRIGGS INSTITUTE. 2018. *Critical Appraisal Tools* [Online]. Available: <http://joannabriggs-webdev.org/research/critical-appraisal-tools.html> [Accessed 23.07.2020].
- JOHNSON, S., CLAYTON, J., BUTOW, P. N., SILVESTER, W., DETERING, K., HALL, J., KIELY, B. E., CEBON, J., CLARKE, S. & BELL, M. L. 2016.

- Advance care planning in patients with incurable cancer: Study protocol for a randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 6, 1-10.
- KLUNGRIT, S., THANASILP, S. & JITPANYA, C. 2019. Supportive care needs: An aspect of Thai women with breast cancer undergoing chemotherapy. *European Journal of Oncology Nursing*, 41, 82-87.
- KRAMER, S. 2018. Alter. Pschyrembel Online.
- LANDMARK, B. T., BOHLER, A., LOBERG, K. & WAHL, A. K. 2008. Women with newly diagnosed breast cancer and their perceptions of needs in a health-care context. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 192-200.
- LEITLINIENPROGRAMM ONKOLOGIE 2018. Brustkrebs im frühen Stadium.
- LEVAC, D., COLQUHOUN, H. & O'BRIEN, K. K. 2010. Scoping studies: Advancing the methodology. *Implementation Science*, 5, 1-9.
- LIAO, M. N., CHEN, S. C., CHEN, S. C., LIN, Y. C., HSU, Y. H., HUNG, H. C., WANG, C. H., CHEN, M. F. & JANE, S. W. 2012. Changes and predictors of unmet supportive care needs in Taiwanese women with newly diagnosed breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 39, 380-389.
- LINDOP, E. & CANNON, S. 2001. Evaluating the self-assessed support needs of women with breast cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 34, 760-771.
- LITTLEWOOD, C., CHANCE-LARSEN, K. & MCLEAN, S. M. 2010. Quality appraisal as a part of the systematic review: A review of current methods. *International Journal of Physiotherapy and Rehabilitation*, 1, 53-58.
- LLEWELLYN, A., HOWARD, C. & MCCABE, C. 2019. An exploration of the experiences of women treated with radiotherapy for breast cancer: Learning from recent and historical cohorts to identify enduring needs. *European Journal of Oncology Nursing*, 39, 47-54.
- OPENTHESAURUS o.J.-a. Bedürfnis.
- OPENTHESAURUS. o.J.-b. *Wörterbuch* [Online]. Available: <https://www.openthesaurus.de/> [Accessed 23.07.2020].
- OPENTHESAURUS o.J.-c. Wunsch.
- POLIT, D. F. & BECK, C. T. 2008. *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*, Lippincott Williams & Wilkins.
- PUBMED 1966a. Aged.
- PUBMED 1966b. Middle Aged.
- PUBMED 1987. Aged, 80 and over.

- PUBMED 1996. Adult.
- RECHTSINFORMATIONSSYSTEM DES BUNDES 2020a. Pflegerische Kernkompetenzen.
- RECHTSINFORMATIONSSYSTEM DES BUNDES 2020b. Weiterbildungen.
- REMMERS, H., HOLTGRAEWE, M. & PINKERT, C. 2010. Stress and nursing care needs of women with breast cancer during primary treatment: A qualitative study. *European Journal of Oncology Nursing*, 14, 11-16.
- ROBERTS, P. & PRIEST, H. 2006. Reliability and validity in research. *Nursing Standard*, 20, 41-45.
- ROYAL COLLEGE OF NURSING 2007. *Clinical Standards for Working in a Breast Specialty: RCN Guidance for Nursing Staff*, Royal Collage of Nursing.
- SANDELOWSKI, M., VOILS, C. I. & BARROSO, J. 2006. Defining and Designing Mixed Research Synthesis Studies. *National Institute of Health*, 13, 1-15.
- SCHMID-BÜCHI, S., HALFENS, R. J. G., MÜLLER, M., DASSEN, T. & VAN DEN BORNE, B. 2013. Factors associated with supportive care needs of patients under treatment for breast cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 17, 22-29.
- SCHÜNEMANN, H. J. 2009. GRADE: Von der Evidenz zur Empfehlung: Beschreibung des Systems und Lösungsbeitrag zur Übertragbarkeit von Studienergebnissen. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 103, 391-400.
- STATISTIK AUSTRIA 2019a. Bevölkerungsprognosen.
- STATISTIK AUSTRIA 2019b. Brust (C50): Krebsinzidenz (Neuerkrankungen pro Jahr), Österreich ab 1983.
- STATISTIK AUSTRIA 2019c. Brust (C50): Krebsmortalität (Sterbefälle pro Jahr), Österreich ab 1983.
- STATISTIK AUSTRIA 2019d. Krebsprävalenz, nach ausgewählten Krebslokalisationen und Geschlecht.
- STATISTIK AUSTRIA 2020a. Bevölkerung.
- STATISTIK AUSTRIA 2020b. Bevölkerung im Jahresdurchschnitt nach Alter und Geschlecht.
- STATISTIK AUSTRIA 2020c. Brust.
- STATISTIK AUSTRIA 2020d. Überblick: Gesundheitsausgaben in Österreich laut System of Health Accounts.

- STEPHENS, P. A., OSOWSKI, M., FIDALE, M. S. & SPAGNOLI, C. 2008. Identifying the educational needs and concerns of newly diagnosed patients with breast cancer after surgery. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 12, 253-258.
- THESAURUS. 2020. *Dictionary* [Online]. Available: <https://www.thesaurus.com/> [Accessed 23.07.2020].
- VON ELM, E., SCHREIBER, G. & HAUPT, C. C. 2019. Methodische Anleitung für Scoping Reviews. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 143, 1-7.
- WELTÄRZTEBUND 2008. Deklaration von Helsinki: Ethische Grundsätze für die medizinische Forschung am Menschen.
- WESSELS, H., DE GRAEFF, A., WYNIA, K., DE HEUS, M., KRUITWAGEN, C. L. J. J., WOLTJER, G. T. G. J., TEUNISSEN, S. C. C. M. & VOEST, E. E. 2010. Gender-related needs and preferences in cancer care indicate the need for an individualized approach to cancer patients. *Oncologist*, 15, 648-655.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION 2013. Definition of key terms.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION 2014. World Cancer Report 2014.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION 2018a. Ageing and health.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION 2018b. Cancer.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION 2019. ICD-10.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION 2020. Breast Cancer: Prevention and Control.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION EUROPE 2003. WHO Europe Cancer Nursing Curriculum: WHO European Strategy for Continuing Education for Nurses and Midwives.
- YATES, P., EVANS, A., MOORE, A., HEARTFIELD, M., GIBSON, T. & LUXFORD, K. 2007. Competency standards and educational requirements for specialist breast nurses in Australia. *Collegian*, 14, 11-15.

V. Anhang

Um die notwendige Transparenz gewährleisten zu können, finden sich im Anhang weitere Informationen und Untersuchungsdetails.

V.I. Details zur Suchstrategie

Pro Datenbank sind vier Suchprotokolle mit jeweiliger Suchstrategie und Suchstrings für die einzelnen Altersgruppen mit Anzahl der Treffer dargestellt (Anhang: Tab.11, Tab.12, Tab.13, und Tab.14).

Tabelle 11: Suchprotokoll mit Suchstrategie und Trefferanzahl pro Datenbank für die Alterskategorie: 19 bis 44 Jahre (PubMed, 1996)

| Nr. | Datenbank | Datum | Suchstrategie mit Suchstring/Alterskategorie: 19 bis 44 Jahre | Treffer |
|-----------------------------------|------------------------|------------|---|-----------|
| 1. | PubMed | 13.05.2020 | ("Breast Neoplasms" [Mesh] OR "Breast Neoplasms" OR "Breast Cancer") AND (Patients[Mesh] OR Patients AND "Patient Preference" [Mesh] OR "Patient Preference" OR Wish* OR Preference* OR Request* OR Desire* AND Need* OR Demand*) AND (Nurses[Mesh] OR Nurses) AND (Adult[Mesh] OR Adult) | 101 |
| 2. | CINAHL | 13.05.2020 | (SU Breast Neoplasms OR Breast Neoplasms OR Breast Cancer) AND (SU Patients OR Patients AND SU Patient Preference OR Patient Preference OR Wish* OR Preference* OR Request* OR Desire* AND Need* OR Demand*) AND (SU Nurses OR Nurses) AND (SU Adult OR Adult) | 388 |
| 3. | Cochrane (CCTR) | 13.05.2020 | (Breast Neoplasms.sh. OR Breast Neoplasms OR Breast Cancer) AND (Patients.sh. OR Patients AND Patient Preference.sh. OR Patient Preference OR Wish* OR Preference* OR Request* OR Desire* AND Need* OR Demand*) AND (Nurses.sh. OR Nurses) AND (Adult.sh. OR Adult) | 8 |
| 4. | Cochrane (CDSR) | 13.05.2020 | (Breast Neoplasms OR Breast Cancer) AND (Patients AND Patient Preference OR Wish* OR Preference* OR Request* OR Desire* AND Need* OR Demand*) AND (Nurses) AND (Adult) | 26 |
| 5. | Embase | 13.05.2020 | (Breast Neoplasms.sh. OR Breast Neoplasms OR Breast Cancer) AND (Patients.sh. OR Patients AND Patient Preference.sh. OR Patient Preference OR Wish* OR Preference* OR Request* OR Desire* AND Need* OR Demand*) AND (Nurses.sh. OR Nurses) AND (Adult.sh. OR Adult) | 80 |
| 6. | Web of Science | 13.05.2020 | (Breast Neoplasms OR Breast Cancer) AND (Patients AND Patient Preference OR Wish* OR Preference* OR Request* OR Desire* AND Need* OR Demand*) AND (Nurses) AND (Adult) | 457 |
| 7. | Google Scholar | 13.05.2020 | (Breast Neoplasms OR Breast Cancer) AND (Patients AND Patient Preference OR Wish* OR Preference* OR Request* OR Desire* AND Need* OR Demand*) AND (Nurses) AND (Adult) | Ersten 50 |
| 8. | PubPsych | 13.05.2020 | (Breast Neoplasms OR Breast Cancer) AND (Patients AND Patient Preference OR Wish* OR Preference* OR Request* OR Desire* AND Need* OR Demand*) AND (Nurses) AND (Adult) | 16 |
| 9. | LIVIVO | 13.05.2020 | (Breast Neoplasms OR Breast Cancer) AND (Patients AND Patient Preference OR Wish* OR Preference* OR Request* OR Desire* AND Need* OR Demand*) AND (Nurses) AND (Adult) | 278 |
| Gesamttrefferanzahl: 1.404 | | | | |

Tabelle 12: Suchprotokoll mit Suchstrategie und Treffer pro Datenbank für die Alterskategorie: 45 bis 64 Jahre (PubMed, 1966b)

| Nr. | Datenbank | Datum | Suchstrategie mit Suchstring/Alterskategorie: 45 bis 64 Jahre | Treffer |
|-----------------------------------|-----------------|------------|--|-----------|
| 1. | PubMed | 13.05.2020 | ("Breast Neoplasms" [Mesh] OR "Breast Neoplasms" OR "Breast Cancer") AND (Patients[Mesh] OR Patients AND "Patient Preference" [Mesh] OR "Patient Preference" OR Wish* OR Preference* OR Request* OR Desire* AND Need* OR Demand*) AND (Nurses[Mesh] OR Nurses) AND ("Middle Aged" [Mesh] OR "Middle Aged") | 88 |
| 2. | CINAHL | 13.05.2020 | (SU Breast Neoplasms OR Breast Neoplasms OR Breast Cancer) AND (SU Patients OR Patients AND SU Patient Preference OR Patient Preference OR Wish* OR Preference* OR Request* OR Desire* AND Need* OR Demand*) AND (SU Nurses OR Nurses) AND (SU Middle Aged OR Middle Aged) | 283 |
| 3. | Cochrane (CTR) | 13.05.2020 | (Breast Neoplasms.sh. OR Breast Neoplasms OR Breast Cancer) AND (Patients.sh. OR Patients AND Patient Preference.sh. OR Patient Preference OR Wish* OR Preference* OR Request* OR Desire* AND Need* OR Demand*) AND (Nurses.sh. OR Nurses) AND (Middle Aged.sh. OR Middle Aged) | 7 |
| 4. | Cochrane (CDSR) | 13.05.2020 | (Breast Neoplasms OR Breast Cancer) AND (Patients AND Patient Preference OR Wish* OR Preference* OR Request* OR Desire* AND Need* OR Demand*) AND (Nurses) AND (Middle Aged) | 5 |
| 5. | Embase | 13.05.2020 | (Breast Neoplasms.sh. OR Breast Neoplasms OR Breast Cancer) AND (Patients.sh. OR Patients AND Patient Preference.sh. OR Patient Preference OR Wish* OR Preference* OR Request* OR Desire* AND Need* OR Demand*) AND (Nurses.sh. OR Nurses) AND (Middle Aged.sh. OR Middle Aged) | 35 |
| 6. | Web of Science | 13.05.2020 | (Breast Neoplasms OR Breast Cancer) AND (Patients AND Patient Preference OR Wish* OR Preference* OR Request* OR Desire* AND Need* OR Demand*) AND (Nurses) AND (Middle Aged) | 478 |
| 7. | Google Scholar | 13.05.2020 | (Breast Neoplasms OR Breast Cancer) AND (Patients AND Patient Preference OR Wish* OR Preference* OR Request* OR Desire* AND Need* OR Demand*) AND (Nurses) AND (Middle Aged) | Ersten 50 |
| 8. | PubPsych | 13.05.2020 | (Breast Neoplasms OR Breast Cancer) AND (Patients AND Patient Preference OR Wish* OR Preference* OR Request* OR Desire* AND Need* OR Demand*) AND (Nurses) AND (Middle Aged) | 17 |
| 9. | LIVIVO | 13.05.2020 | (Breast Neoplasms OR Breast Cancer) AND (Patients AND Patient Preference OR Wish* OR Preference* OR Request* OR Desire* AND Need* OR Demand*) AND (Nurses) AND (Middle Aged) | 319 |
| Gesamttrefferanzahl: 1.282 | | | | |

Tabelle 13: Suchprotokoll mit Suchstrategie und Treffer pro Datenbank für die Alterskategorie: 65 bis 79 Jahre (PubMed, 1966a)

| Nr. | Datenbank | Datum | Suchstrategie mit Suchstring/Alterskategorie: 65 bis 79 Jahre | Treffer |
|-----------------------------------|------------------------|------------|---|-----------|
| 1. | PubMed | 13.05.2020 | ("Breast Neoplasms" [Mesh] OR "Breast Neoplasms" OR "Breast Cancer") AND (Patients[Mesh] OR Patients AND "Patient Preference" [Mesh] OR "Patient Preference" OR Wish* OR Preference* OR Request* OR Desire* AND Need* OR Demand*) AND (Nurses[Mesh] OR Nurses) AND (Aged[Mesh] OR Aged) | 93 |
| 2. | CINAHL | 13.05.2020 | (SU Breast Neoplasms OR Breast Neoplasms OR Breast Cancer) AND (SU Patients OR Patients AND SU Patient Preference OR Patient Preference OR Wish* OR Preference* OR Request* OR Desire* AND Need* OR Demand*) AND (SU Nurses OR Nurses) AND (SU Aged OR Aged) | 329 |
| 3. | Cochrane (CCTR) | 13.05.2020 | (Breast Neoplasms.sh. OR Breast Neoplasms OR Breast Cancer) AND (Patients.sh. OR Patients AND Patient Preference.sh. OR Patient Preference OR Wish* OR Preference* OR Request* OR Desire* AND Need* OR Demand*) AND (Nurses.sh. OR Nurses) AND (Aged.sh. OR Aged) | 9 |
| 4. | Cochrane (CDSR) | 13.05.2020 | (Breast Neoplasms OR Breast Cancer) AND (Patients AND Patient Preference OR Wish* OR Preference* OR Request* OR Desire* AND Need* OR Demand*) AND (Nurses) AND (Aged) | 23 |
| 5. | Embase | 13.05.2020 | (Breast Neoplasms.sh. OR Breast Neoplasms OR Breast Cancer) AND (Patients.sh. OR Patients AND Patient Preference.sh. OR Patient Preference OR Wish* OR Preference* OR Request* OR Desire* AND Need* OR Demand*) AND (Nurses.sh. OR Nurses) AND (Aged.sh. OR Aged) | 56 |
| 6. | Web of Science | 13.05.2020 | (Breast Neoplasms OR Breast Cancer) AND (Patients AND Patient Preference OR Wish* OR Preference* OR Request* OR Desire* AND Need* OR Demand*) AND (Nurses) AND (Aged) | 567 |
| 7. | Google Scholar | 13.05.2020 | (Breast Neoplasms OR Breast Cancer) AND (Patients AND Patient Preference OR Wish* OR Preference* OR Request* OR Desire* AND Need* OR Demand*) AND (Nurses) AND (Aged) | Ersten 50 |
| 8. | PubPsych | 13.05.2020 | (Breast Neoplasms OR Breast Cancer) AND (Patients AND Patient Preference OR Wish* OR Preference* OR Request* OR Desire* AND Need* OR Demand*) AND (Nurses) AND (Aged) | 19 |
| 9. | LIVIVO | 13.05.2020 | (Breast Neoplasms OR Breast Cancer) AND (Patients AND Patient Preference OR Wish* OR Preference* OR Request* OR Desire* AND Need* OR Demand*) AND (Nurses) AND (Aged) | 383 |
| Gesamttrefferanzahl: 1.529 | | | | |

Tabelle 14: Suchprotokoll mit Suchstrategie und Treffer pro Datenbank für die Alterskategorie: Ab 80 Jahre (PubMed, 1987)

| Nr. | Datenbank | Datum | Suchstrategie mit Suchstring/Alterskategorie: Ab 80 Jahre | Treffer |
|---------------------------------|-----------------|------------|--|-----------|
| 1. | PubMed | 13.05.2020 | ("Breast Neoplasms" [Mesh] OR "Breast Neoplasms" OR "Breast Cancer") AND (Patients[Mesh] OR Patients AND "Patient Preference" [Mesh] OR "Patient Preference" OR Wish* OR Preference* OR Request* OR Desire* AND Need* OR Demand*) AND (Nurses[Mesh] OR Nurses) AND ("Aged, 80 and over" [Mesh] OR "Aged, 80 and over") | 20 |
| 2. | CINAHL | 13.05.2020 | (SU Breast Neoplasms OR Breast Neoplasms OR Breast Cancer) AND (SU Patients OR Patients AND SU Patient Preference OR Patient Preference OR Wish* OR Preference* OR Request* OR Desire* AND Need* OR Demand*) AND (SU Nurses OR Nurses) AND (SU Aged, 80 and over OR Aged, 80 and over) | 106 |
| 3. | Cochrane (CTR) | 13.05.2020 | (Breast Neoplasms.sh. OR Breast Neoplasms OR Breast Cancer) AND (Patients.sh. OR Patients AND Patient Preference.sh. OR Patient Preference OR Wish* OR Preference* OR Request* OR Desire* AND Need* OR Demand*) AND (Nurses.sh. OR Nurses) AND (Aged, 80 and over.sh. OR Aged, 80 and over) | 2 |
| 4. | Cochrane (CDJR) | 13.05.2020 | (Breast Neoplasms OR Breast Cancer) AND (Patients AND Patient Preference OR Wish* OR Preference* OR Request* OR Desire* AND Need* OR Demand*) AND (Nurses) AND (Aged, 80 and over) | 1 |
| 5. | Embase | 13.05.2020 | (Breast Neoplasms.sh. OR Breast Neoplasms OR Breast Cancer) AND (Patients.sh. OR Patients AND Patient Preference.sh. OR Patient Preference OR Wish* OR Preference* OR Request* OR Desire* AND Need* OR Demand*) AND (Nurses.sh. OR Nurses) AND (Aged, 80 and over.sh. OR Aged, 80 and over) | 0 |
| 6. | Web of Science | 13.05.2020 | (Breast Neoplasms OR Breast Cancer) AND (Patients AND Patient Preference OR Wish* OR Preference* OR Request* OR Desire* AND Need* OR Demand*) AND (Nurses) AND (Aged, 80 and over) | 173 |
| 7. | Google Scholar | 13.05.2020 | (Breast Neoplasms OR Breast Cancer) AND (Patients AND Patient Preference OR Wish* OR Preference* OR Request* OR Desire* AND Need* OR Demand*) AND (Nurses) AND (Aged, 80 and over) | Ersten 50 |
| 8. | PubPsych | 13.05.2020 | (Breast Neoplasms OR Breast Cancer) AND (Patients AND Patient Preference OR Wish* OR Preference* OR Request* OR Desire* AND Need* OR Demand*) AND (Nurses) AND (Aged, 80 and over) | 4 |
| 9. | LIVIVO | 13.05.2020 | (Breast Neoplasms OR Breast Cancer) AND (Patients AND Patient Preference OR Wish* OR Preference* OR Request* OR Desire* AND Need* OR Demand*) AND (Nurses) AND (Aged, 80 and over) | 101 |
| Gesamttrefferanzahl: 457 | | | | |

V.II Details zur Studienqualitätsbewertung

Die Qualität der Studien mit quantitativen Ansätzen (Ahern et al., 2016, Faller et al., 2003, Fang et al., 2018, Liao et al., 2012, Schmid-Büchi et al., 2013) wurde anhand des Bewertungsinstruments für Prävalenzstudien (Joanna Briggs Institute, 2017a), die Qualität der Studien mit qualitativen Ansätzen (Anarado et al., 2015, Boman et al., 1997, Klungrit et al., 2019, Landmark et al., 2008, Llewellyn et al., 2019, Remmers et al., 2010, Stephens et al., 2008) anhand des Instruments für qualitative Studien (Joanna Briggs Institute, 2017b) und die Qualität der Studie mit „Mixed-Method“-Ansatz (Lindop and Cannon, 2001) mithilfe der Instrumente für qualitative Studien (Joanna Briggs Institute, 2017b) und Prävalenzstudien (Joanna Briggs Institute, 2017a) bewertet und dargestellt (Anhang: Tab.15, Tab.16, Tab.17, Tab.18, Tab.19, Tab. 20, Tab.21, Tab.22, Tab.23, Tab.24, Tab.25, Tab.26 und Tab.27).

Table 15: Qualitätsbewertung (Joanna Briggs Institute, 2017a) der Studie von Ahern et al. (2016)

| Ahern et al. (2016) | Yes | No | Unclear |
|---|-----|----|---------|
| 1. Was the sample frame appropriate to address the target population? | X | | |
| 2. Were study participants sampled in an appropriate way? | X | | |
| 3. Was the sample size adequate? | | | X |
| 4. Were the study subjects and the setting described in detail? | X | | |
| 5. Was the data analysis conducted with sufficient coverage of the identified sample? | X | | |
| 6. Were valid methods used for the identification of the condition? | X | | |
| 7. Was the condition measured in a standard, reliable way for all participants? | X | | |
| 8. Was there appropriate statistical analysis? | X | | |
| 9. Was the response rate adequate, and if not, was the low response rate managed appropriately? | X | | |
| Gesamtpunkteanzahl: 8 | | | |
| Qualitätsbeurteilung: 89 % | | | |

Table 16: Qualitätsbewertung (Joanna Briggs Institute, 2017a) der Studie von Faller et al. (2003)

| Faller et al. (2003) | Yes | No | Unclear |
|---|-----|----|---------|
| 1. Was the sample frame appropriate to address the target population? | X | | |
| 2. Were study participants sampled in an appropriate way? | X | | |
| 3. Was the sample size adequate? | | | X |
| 4. Were the study subjects and the setting described in detail? | X | | |
| 5. Was the data analysis conducted with sufficient coverage of the identified sample? | X | | |
| 6. Were valid methods used for the identification of the condition? | X | | |
| 7. Was the condition measured in a standard, reliable way for all participants? | X | | |
| 8. Was there appropriate statistical analysis? | X | | |
| 9. Was the response rate adequate, and if not, was the low response rate managed appropriately? | X | | |
| Gesamtpunkteanzahl: 8 | | | |
| Qualitätsbeurteilung: 89 % | | | |

Tabelle 17: Qualitätsbewertung (Joanna Briggs Institute, 2017a) der Studie von Fang et al. (2018)

| Fang et al. (2018) | Yes | No | Unclear |
|---|-----|----|---------|
| 1. Was the sample frame appropriate to address the target population? | X | | |
| 2. Were study participants sampled in an appropriate way? | X | | |
| 3. Was the sample size adequate? | | | X |
| 4. Were the study subjects and the setting described in detail? | X | | |
| 5. Was the data analysis conducted with sufficient coverage of the identified sample? | X | | |
| 6. Were valid methods used for the identification of the condition? | X | | |
| 7. Was the condition measured in a standard, reliable way for all participants? | X | | |
| 8. Was there appropriate statistical analysis? | X | | |
| 9. Was the response rate adequate, and if not, was the low response rate managed appropriately? | X | | |
| Gesamtpunkteanzahl: 8 | | | |
| Qualitätsbeurteilung: 89 % | | | |

Tabelle 18: Qualitätsbewertung (Joanna Briggs Institute, 2017a) der Studie von Liao et al. (2012)

| Liao et al. (2012) | Yes | No | Unclear |
|---|-----|----|---------|
| 1. Was the sample frame appropriate to address the target population? | X | | |
| 2. Were study participants sampled in an appropriate way? | X | | |
| 3. Was the sample size adequate? | | | X |
| 4. Were the study subjects and the setting described in detail? | X | | |
| 5. Was the data analysis conducted with sufficient coverage of the identified sample? | X | | |
| 6. Were valid methods used for the identification of the condition? | X | | |
| 7. Was the condition measured in a standard, reliable way for all participants? | X | | |
| 8. Was there appropriate statistical analysis? | X | | |
| 9. Was the response rate adequate, and if not, was the low response rate managed appropriately? | X | | |
| Gesamtpunkteanzahl: 8 | | | |
| Qualitätsbeurteilung: 89 % | | | |

Tabelle 19: Qualitätsbewertung (Joanna Briggs Institute, 2017a) der Studie von Schmid-Büchi et al. (2013)

| Schmid-Büchi et al. (2013) | Yes | No | Unclear |
|---|------------|-----------|----------------|
| 1. Was the sample frame appropriate to address the target population? | X | | |
| 2. Were study participants sampled in an appropriate way? | X | | |
| 3. Was the sample size adequate? | | | X |
| 4. Were the study subjects and the setting described in detail? | X | | |
| 5. Was the data analysis conducted with sufficient coverage of the identified sample? | X | | |
| 6. Were valid methods used for the identification of the condition? | X | | |
| 7. Was the condition measured in a standard, reliable way for all participants? | X | | |
| 8. Was there appropriate statistical analysis? | X | | |
| 9. Was the response rate adequate, and if not, was the low response rate managed appropriately? | X | | |
| Gesamtpunkteanzahl: 8 | | | |
| Qualitätsbeurteilung: 89 % | | | |

Tabelle 20: Qualitätsbewertung (Joanna Briggs Institute, 2017b) der Studie von Anarado et al. (2015)

| Anarado et al. (2015) | | Yes | No | Unclear |
|-----------------------------------|---|------------|-----------|----------------|
| 1. | Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology? | X | | |
| 2. | Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives? | X | | |
| 3. | Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data? | X | | |
| 4. | Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data? | X | | |
| 5. | Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results? | X | | |
| 6. | Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically? | | | X |
| 7. | Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed? | X | | |
| 8. | Are participants, and their voices, adequately represented? | X | | |
| 9. | Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body? | X | | |
| 10. | Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data? | X | | |
| Gesamtpunkteanzahl: 9 | | | | |
| Qualitätsbeurteilung: 90 % | | | | |

Tabelle 21: Qualitätsbewertung (Joanna Briggs Institute, 2017b) der Studie von Boman et al. (1997)

| Boman et al. (1997) | | Yes | No | Unclear |
|-----------------------------------|---|------------|-----------|----------------|
| 1. | Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology? | X | | |
| 2. | Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives? | X | | |
| 3. | Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data? | X | | |
| 4. | Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data? | X | | |
| 5. | Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results? | X | | |
| 6. | Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically? | | | X |
| 7. | Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed? | X | | |
| 8. | Are participants, and their voices, adequately represented? | X | | |
| 9. | Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body? | | | X |
| 10. | Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data? | X | | |
| Gesamtpunkteanzahl: 8 | | | | |
| Qualitätsbeurteilung: 80 % | | | | |

Tabelle 22: Qualitätsbewertung (Joanna Briggs Institute, 2017b) der Studie von Klungrit et al. (2019)

| Klungrit et al. (2019) | | Yes | No | Unclear |
|-----------------------------------|---|------------|-----------|----------------|
| 1. | Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology? | ✗ | | |
| 2. | Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives? | ✗ | | |
| 3. | Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data? | ✗ | | |
| 4. | Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data? | ✗ | | |
| 5. | Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results? | ✗ | | |
| 6. | Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically? | | ✗ | |
| 7. | Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed? | ✗ | | |
| 8. | Are participants, and their voices, adequately represented? | ✗ | | |
| 9. | Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body? | ✗ | | |
| 10. | Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data? | ✗ | | |
| Gesamtpunkteanzahl: 9 | | | | |
| Qualitätsbeurteilung: 90 % | | | | |

Tabelle 23: Qualitätsbewertung (Joanna Briggs Institute, 2017b) der Studie von Landmark et al. (2008)

| Landmark et al. (2008) | | Yes | No | Unclear |
|-----------------------------------|---|------------|-----------|----------------|
| 1. | Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology? | X | | |
| 2. | Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives? | X | | |
| 3. | Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data? | X | | |
| 4. | Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data? | X | | |
| 5. | Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results? | X | | |
| 6. | Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically? | | | X |
| 7. | Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed? | X | | |
| 8. | Are participants, and their voices, adequately represented? | X | | |
| 9. | Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body? | X | | |
| 10. | Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data? | X | | |
| Gesamtpunkteanzahl: 9 | | | | |
| Qualitätsbeurteilung: 90 % | | | | |

Tabelle 24: Qualitätsbewertung (Joanna Briggs Institute, 2017b) der Studie von Llewellyn et al. (2019)

| Llewellyn et al. (2019) | | Yes | No | Unclear |
|-----------------------------------|---|------------|-----------|----------------|
| 1. | Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology? | X | | |
| 2. | Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives? | X | | |
| 3. | Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data? | X | | |
| 4. | Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data? | X | | |
| 5. | Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results? | X | | |
| 6. | Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically? | | | X |
| 7. | Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed? | X | | |
| 8. | Are participants, and their voices, adequately represented? | X | | |
| 9. | Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body? | X | | |
| 10. | Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data? | X | | |
| Gesamtpunkteanzahl: 9 | | | | |
| Qualitätsbeurteilung: 90 % | | | | |

Tabelle 25: Qualitätsbewertung (Joanna Briggs Institute, 2017b) der Studie von Remmers et al. (2010)

| Remmers et al. (2010) | | Yes | No | Unclear |
|-----------------------------------|---|------------|-----------|----------------|
| 1. | Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology? | X | | |
| 2. | Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives? | X | | |
| 3. | Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data? | X | | |
| 4. | Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data? | X | | |
| 5. | Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results? | X | | |
| 6. | Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically? | | | X |
| 7. | Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed? | X | | |
| 8. | Are participants, and their voices, adequately represented? | X | | |
| 9. | Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body? | X | | |
| 10. | Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data? | X | | |
| Gesamtpunkteanzahl: 9 | | | | |
| Qualitätsbeurteilung: 90 % | | | | |

Tabelle 26: Qualitätsbewertung (Joanna Briggs Institute, 2017b) der Studie von Stephens et al. (2008)

| Stephens et al. (2008) | | Yes | No | Unclear |
|-----------------------------------|---|------------|-----------|----------------|
| 1. | Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology? | X | | |
| 2. | Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives? | X | | |
| 3. | Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data? | X | | |
| 4. | Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data? | X | | |
| 5. | Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results? | X | | |
| 6. | Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically? | | | X |
| 7. | Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed? | X | | |
| 8. | Are participants, and their voices, adequately represented? | X | | |
| 9. | Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body? | | | X |
| 10. | Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data? | X | | |
| Gesamtpunkteanzahl: 8 | | | | |
| Qualitätsbeurteilung: 80 % | | | | |

Tabelle 27: Qualitätsbewertung (Joanna Briggs Institute, 2017a, Joanna Briggs Institute, 2017b) der Studie von Lindop und Cannon (2001)

| Studie von Lindop und Cannon (2001) | | Yes | No | Unclear |
|-------------------------------------|---|-----|----|---------|
| 1. | Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology? | X | | |
| 2. | Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives? | X | | |
| 3. | Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data? | X | | |
| 4. | Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data? | X | | |
| 5. | Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results? | X | | |
| 6. | Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically? | | | X |
| 7. | Is the influence of the researcher on the research, and vice- versa, addressed? | X | | |
| 8. | Are participants, and their voices, adequately represented? | X | | |
| 9. | Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body? | X | | |
| 10. | Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data? | X | | |
| 11. | Was the sample frame appropriate to address the target population? | X | | |
| 12. | Were study participants sampled in an appropriate way? | X | | |
| 13. | Was the sample size adequate? | | | X |
| 14. | Were the study subjects and the setting described in detail? | X | | |
| 15. | Was the data analysis conducted with sufficient coverage of the identified sample? | X | | |
| 16. | Were valid methods used for the identification of the condition? | X | | |
| 17. | Was the condition measured in a standard, reliable way for all participants? | | | X |
| 18. | Was there appropriate statistical analysis? | X | | |
| 19. | Was the response rate adequate, and if not, was the low response rate managed appropriately? | X | | |
| Gesamtpunkteanzahl: 16 | | | | |
| Qualitätsbeurteilung: 84 % | | | | |

V.III Details zu den quantitativen Hauptergebnissen

Dargelegt sind die Details zu den extrahierten Hauptergebnissen (Anhang: Tab.28) der fünf Studien mit quantitativen Forschungsansatz (Ahern et al., 2016, Faller et al., 2003, Fang et al., 2018, Liao et al., 2012, Schmid-Büchi et al., 2013).

Tabelle 28: Details zu den extrahierten quantitativen Hauptergebnissen (alphabetisch gelistet nach Autor*innen)

| Autor*innen | Domäne | Details |
|------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| Ahern et al. (2016) | Physische Bedürfnisse | Energieelos (14 %) |
| | | Selbstmanagement (13 %) |
| | | Schmerzen (12 %) |
| | Psychische Bedürfnisse | Angst vor Rezidiv (22 %) |
| | | Zukunftsangst (18 %) |
| | | Angstzustände (16 %) |
| | | Bewältigung (12 %) |
| | | Depression (15 %) |
| | | Sorge um Nahestehende (16 %) |
| | | Traurigkeit & Kontrollverlust (14 %) |
| | Versorgung/Unterstützung | - |
| | Gesundheitssystem/Information | Professionelle Beratung (16 %) |
| Professionelle Bezugsperson (15 %) | | |
| Sexualität | Sexualgefühle (17 %) | |
| | Sexualbeziehung (16 %) | |
| Faller et al. (2003) | Angst | Gesamt (Ø 9) |
| | Depression | Gesamt (Ø 6) |
| | Belastung | Gesamt (Ø 17) |

| Autor*innen | Domäne | Details |
|--------------------|----------------------------------|---|
| Fang et al. (2018) | Zusätzliche Unterstützung | Case Manager (63 %) |
| | | Finanzierung (23 %) |
| | | Versicherung (22 %) |
| | Existenzielles Überleben | Ängste vor Rezidiv (29 %) |
| | | Unerfüllt: Gesamt (Ø 2): Alter (Ø 58) Erfüllt: Gesamt (Ø 3): Alter (Ø 57) |
| | Versorgung | Zugang zur Versorgung (57 %) |
| | | Koordination (22 %) |
| | | Lokaler Service (19 %) |
| | | Unerfüllt: Gesamt (Ø 1): Alter (Ø 57) Erfüllt: Gesamt (Ø 3): Alter (Ø 59) |
| | Information | Information (45 %) |
| | | Angehörigeninformation (28 %) |
| | | Unerfüllt: Gesamt (Ø 1): Alter (Ø 58) Erfüllt: Gesamt (Ø 1): Alter (Ø 57) |
| | Lebensqualität | Symptommanagement (18 %) |
| | | Unerfüllt: Gesamt (Ø 0,3): Alter (Ø 58) Erfüllt: Gesamt (Ø 0,3): Alter (Ø 57) |
| | Beziehung | Unerfüllt: Gesamt (Ø 0,2): Alter (Ø 57) Erfüllt: Gesamt (Ø 0,2): Alter (Ø 57) |
| | Depression | Depression (90 %) |
| Angst | Gesamt (Ø 4) | |

| Autor*innen | Domäne | Details | | | | |
|--------------------|--------------------------------------|---------------------|------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|---------------|
| Liao et al. (2012) | Messzeitpunkte: | M1: Diagnose | M2: Ein Monat nach Diagnose | M3: Zwei Monate nach Diagnose | M4: Vier Monate nach Diagnose | |
| | Psychische Bedürfnisse | Gesamt (Ø 64) | Gesamt (Ø 46) | Gesamt (Ø 34) | Gesamt (Ø 27) | |
| | Physische Bedürfnisse | Gesamt (Ø 18) | Gesamt (Ø 34) | Gesamt (Ø 31) | Gesamt (Ø 37) | |
| | Versorgung/Unterstützung | Gesamt (Ø 48) | Gesamt (Ø 33) | Gesamt (Ø 27) | Gesamt (Ø 29) | |
| | Gesundheitssystem/Information | Gesamt (Ø 76) | Gesamt (Ø 57) | Gesamt (Ø 42) | Gesamt (Ø 38) | |
| | Sexualität | Gesamt (Ø 31) | Gesamt (Ø 21) | Gesamt (Ø 17) | Gesamt (Ø 16) | |
| | Angst | Gesamt (Ø 57) | Gesamt (Ø 44) | Gesamt (Ø 39) | Gesamt (Ø 37) | |
| | Soziale Unterstützung | Nahestehende | Gesamt (Ø 41) | Gesamt (Ø 44) | Gesamt (Ø 43) | Gesamt (Ø 42) |
| | | Fachkräfte | Gesamt (Ø 25) | Gesamt (Ø 32) | Gesamt (Ø 26) | Gesamt (Ø 24) |
| | Belastung | Gesamt (Ø 32) | Gesamt (Ø 37) | Gesamt (Ø 35) | Gesamt (Ø 38) | |

| Autor*innen | Domäne | Details | | | |
|----------------------------|--------------------------------------|----------------------------|---------------------|------------------------|--|
| Schmid-Büchi et al. (2013) | Psychische Bedürfnisse | Gesamt (Ø 2) | Unsicherheit (31 %) | | |
| | | | Angst (32 %) | | |
| | Gesundheitssystem/Information | Gesamt (Ø 2) | Information (24 %) | | |
| | | | Symptome (22 %) | | |
| | Physische Bedürfnisse | Gesamt (Ø 2) | | | |
| | Versorgung/Unterstützung | Gesamt (Ø 2) | | | |
| | Sexualität | Gesamt (Ø 2) | | | |
| | Symptome | Gastrointestinale Symptome | Gesamt (Ø 2) | | |
| | | Schmerz | Gesamt (Ø 2) | | |
| | | Psychosoziale Symptome | Gesamt (Ø 2) | Fatigue (88 %) | |
| | | | | Belastung (83 %) | |
| | | | | Tägliches Leben (74 %) | |
| | | | | Freizeit (74 %) | |
| | | Körperbild | Gesamt (Ø 2) | Erscheinung (56 %) | |
| | Wahrnehmung (56 %) | | | | |
| | Hitzewallung (72 %) | | | | |
| | Beziehung | Soziale Unterstützung | Gesamt (Ø 4) | Nahehestehende (97 %) | |
| | | Konflikt | Gesamt (Ø 2) | | |
| | | Reziprozität | Gesamt (Ø 4) | | |
| | Angst | Gesamt (Ø 5) | | | |
| Depression | Gesamt (Ø 3) | | | | |
| Belastung | Gesamt (Ø 4) | | | | |