

BACHELORARBEIT

**Körperbildveränderungen nach Mastektomie
bei Frauen mit Mamma-CA: Welche Rolle
spielt die pflegerische Versorgung für
die gesundheitsbezogene Lebensqualität?**

Vorgelegt am 03.Juni 2019

von Charlotte Bürger

1. Prüferin: Frau Prof. Dr. phil. habil. Corinna Petersen-Ewert
 2. Prüferin: Frau Katrin Behrens
-

**HOCHSCHULE FÜR ANGEWANDTE
WISSENSCHAFTEN HAMBURG**

Department Pflege und Management
Alexanderstrasse 1
20099 Hamburg

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	I
Abbildungsverzeichnis.....	I
Abkürzungsverzeichnis	II
Abstract.....	IV
1 Einleitung.....	1
2 Theoretischer Hintergrund.....	3
2.1 Körperbild(-veränderungen)	3
2.1.1 Definition und theoretische Annahmen.....	3
2.1.2 Erfassung des Körperbildes	6
2.2 Gesundheitsbezogene Lebensqualität in der Onkologie	7
2.2.1 Definition und Beschreibung des Konstruktes.....	7
2.2.2 Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität	8
3 Fragestellungen.....	10
4 Methodik.....	11
4.1 Systematik der Literaturrecherche	11
4.2 Durchführung der Literaturrecherche	13
5 Ergebnisse	16
5.1 Körperbild und gesundheitsbezogene Lebensqualität.....	16
5.1.1 Merkmale der quantitativen Studien	17
5.1.2 Auswirkungen der Mastektomie auf das Körperbild	18
5.1.3 Auswirkungen der Mastektomie auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität	21
5.1.4 Zusammenhang zwischen Körperbild und gesundheitsbezogener Lebensqualität	22
5.1.5 Merkmale der qualitativen Studien	23
5.1.6 Subjektive Wahrnehmung von Veränderungen des Erscheinungsbildes	24

5.1.7 Auswirkungen auf funktionaler Ebene	25
5.1.8 Auswirkungen auf psychischer Ebene.....	26
5.2 Pflegerische Unterstützungsmöglichkeiten	27
5.2.1 Präoperative Vorbereitung	27
5.2.2 Postoperatives psychoedukatives Programm	28
5.3 Methodische Qualität	29
6 Diskussion	32
6.1 Zusammenfassung der Ergebnisse.....	32
6.2 Relevanz für das pflegerische Handeln.....	36
6.3 Limitationen.....	38
6.4 Fazit	40
7 Literaturverzeichnis	41
Anhang.....	48
Eidesstattliche Erklärung	

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Suchkomponenten der systematischen Literaturrecherche	11-12
Tabelle 2: Übersicht über verwendeten Forschungsarbeiten geordnet nach Fragestellung und Studiendesign	14
Tabelle 3: Übersicht über die entsprechenden Bewertungsassessments	15
Tabelle 4: Suchprotokoll Cochrane	A-B
Tabelle 5: Suchprotokoll PubMed	C-D
Tabelle 6: Suchprotokoll CINAHL	E-F
Tabelle 7: Ausgeschlossene Studien mit Begründung	G-H
Tabelle 8: Ergebnistabelle für die quantitativen Forschungsdesigns	N-O
Tabelle 9: Ergebnistabelle für die qualitativen Forschungsdesigns	P
Tabelle 10: Ergebnistabelle für die experimentellen Studien	Q

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Merkmale von Körperbildstörungen nach Rothen (2016)	5
Abbildung 2: Flussdiagramm zur Literaturselektion (in Anlehnung an Moher et al., 2009, S.3)	15

Abkürzungsverzeichnis

AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V., Frankfurt am Main
BCS	Body Cathexis Scale
BET	brusterhaltende Therapie
BIS	Body Image Scale
CES-D	Center for Epidemiologic Studies Depression Scale
EORTC	European Organisation for Research and Treatment of Cancer, Brüssel
EORTC QLQ-BR23	Quality of Life Questionnaire Module for Breast Cancer Patients
EORTC QLQ-C30	Quality of Life Questionnaire Core for Cancer Patients
FACT	Functional Assessment of Cancer Therapy
FACT-B	Functional Assessment of Cancer Therapy – Breast
FSFI	Female Sexual Function Index
GKID	Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V.
HRQoL	Health-Related Quality of Life
JBI	Joanna Briggs Institute, Adelaide
MBSRQ	Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire
MeSH-Term	Medical Subject Heading-Term
MH	Major Headings
mini-MAC	Mental Adjustment to Cancer scale
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association

PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses
RCT	randomisiert kontrollierte Studie (randomized controlled trial)
RKI	Robert Koch-Institut, Berlin
SABA CCC	SABA Clinical Care Classification
SF-36	Short Form-36
WHO	World Health Organization, Genf
WHOQOL-Group	The World Health Organization Quality of Life Group

Abstract

Einleitung: In Deutschland gilt Brustkrebs als die häufigste maligne Tumorerkrankung der Frau. Die Mastektomie als eine Methode der chirurgischen Behandlung hat unter anderem Einfluss auf das Körpererleben von Frauen mit Mamma-CA. Ziel dieser Arbeit ist die Darstellung der Auswirkungen von Körperbildveränderungen infolge einer Mastektomie auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität, sowie die Überprüfung von Möglichkeiten pflegerischer Unterstützung.

Fragestellungen: Die Fragestellungen lauten demnach:

1. Welche Auswirkungen haben Körperbildveränderungen auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Frauen mit Brustkrebs nach einer Mastektomie?
2. Wie können betroffene Frauen mit Körperbildveränderungen nach einer Mastektomie pflegerisch professionell unterstützt werden?

Methode: Es handelt sich um eine zusammenfassende Literaturliteraturarbeit zur Erlangung des Grades Bachelor of Arts in der Pflege. Auf Grundlage einer im April 2019 durchgeführten systematischen Literaturrecherche in den Fachdatenbanken Cochrane, PubMed und CINAHL wurde der aktuelle Forschungsstand im Hinblick auf die Fragestellungen herausgearbeitet. Es konnten zehn Forschungsarbeiten in die Übersicht eingeschlossen werden.

Ergebnisse: Nach einer Mastektomie konnten bei Frauen mit Brustkrebs negative Auswirkungen auf das Körperbild und die gesundheitsbezogene Lebensqualität festgestellt werden. Es bestand ein signifikanter Zusammenhang zwischen diesen beiden Variablen. Die subjektiven Bedeutungen der Betroffenen hinsichtlich des Brustverlustes zeigten jedoch auch die Möglichkeit einer erfolgreichen Bewältigung. Pflegerische Maßnahmen sind eine Rarität und zeigen bislang keine Effektstärken.

Schlussfolgerungen: Die Bedeutung der Mastektomie sowie der pflegerische Interventionsbedarf in Bezug auf Körperbildprobleme und die damit einhergehenden Belastungen in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität sind unverkennbar. Diesbezüglich sind bereits vielversprechende Unterstützungsansätze vorhanden, die in Zukunft weiter erforscht werden sollten. Zudem ist für eine Optimierung der Versorgungsqualität der betroffenen Frauen ein Umdenken im beruflichen Selbstverständnis der Pflegenden erforderlich.

1 Einleitung

Im Jahr 2014 erkrankten rund 69.000 Frauen in Deutschland an Brustkrebs. Die Tendenz der Inzidenzrate ist steigend. Damit stellt das Mamma-Karzinom die häufigste maligne Tumorerkrankung der Frau dar (RKI & GKID, 2017, S.72).

Die Diagnose Krebs wird von den Betroffenen oftmals als belastendes und existenziell bedrohliches Ereignis empfunden, welches sich negativ auf das körperliche, seelische, soziale und geistige Befinden auswirken kann. Doch neben den erschöpfenden Symptomen durch die Erkrankung verlangt den Betroffenen auch die Behandlung an sich eine enorme Beanspruchung ab (Weis & Faller, 2017, S.501f.)

Operative Verfahren gehören in der Brustkrebstherapie laut der entsprechenden *S3-Leitlinie zur Früherkennung, Diagnose, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms* weiterhin zum Standard. Eine Amputation der Brust kann durch den medizinischen Fortschritt in der heutigen Zeit schon häufig umgangen werden (Leitlinienprogramm Onkologie, 2018, S.66). Dennoch gilt die Mastektomie bislang noch als mögliche und unumgängliche operative Maßnahme im Falle einer nicht durchführbaren brusterhaltenden Therapie (BET). Dazu führen zum einen eine notwendige, aber nicht realisierbare Nachbestrahlung infolge einer BET, zum anderen ein gegen die neoadjuvante Behandlung mittels Chemotherapeutika, resistentes Karzinom. Des Weiteren kann ein sich ausdehnender Tumor, der mit einem erhöhten Risiko für Rezidive einhergeht, eine Mastektomie indizieren. Als letzte Indikation ist das Verbleiben von Tumorzellen nach einer bereits durchgeführten zweiten Operation zu nennen. Neben diesen festgelegten Indikationen haben auch die Betroffenen selbst immer Mitspracherecht bei der Therapiewahl (Leitlinienprogramm Onkologie, 2018, S.93f.).

Für eine Frau kann die Ablation einer Brust als ein bedeutendes weibliches Geschlechtsmerkmal ein Verlust der Identität bedeuten. An diese einschneidenden Veränderungen des weiblichen Körpers müssen sich die Betroffenen anpassen und zugleich die Trauer über die entfernte Brust überwinden. Dieser Prozess kann für einige Frauen sehr langwierig und leidvoll sein (Marquard, 2016, S.179f.). Mit einem gestörten Körpererleben kann auch ein Verlust des Selbstwertgefühls und der Lebensqualität einhergehen. Zudem können insbesondere vorhandene

Partnerschaften und die Sexualität darunter leiden. Hinzu kommt, dass ein Schamgefühl der Betroffenen häufig die Ansprache des ohnehin schambesetzten Themas und der daraus folgenden Gefühle lähmt (Zettl, 2017, S.506f.).

Durch den täglichen und besonders intensiven Patientenkontakt kommt der Berufsgruppe der Pflege in diesem Zusammenhang eine Schlüsselrolle zu. Pflegende haben die Aufgabe, die Patient*innen im Umgang mit der Erkrankung und deren Auswirkungen zu unterstützen (Bartholomeyczik, 2014, S.67). In der *S3-Leitlinie zur psychoonkologischen Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten* heißt es: „Die psychoonkologische Versorgung im Krankenhaus [...] wird durch die behandelnden Ärzte und Pflegenden in Zusammenarbeit mit den psychoonkologischen Fachkräften [...] umgesetzt“ (Leitlinienprogramm Onkologie, 2014, S.28, Auslassung: C.B.). Interdisziplinäre Teamarbeit stellt einen zentralen Gedanken der Psychoonkologie dar. Das Ziel, welches primär verfolgt wird, ist die Erhöhung der Lebensqualität (Ackermann, 2017, S.330). Die Erfassung dieser wird für eine angemessene onkologische Behandlung mittlerweile grundlegend gefordert (Leitlinienprogramm Onkologie, 2018, S.247).

Die Zielsetzung der vorliegenden Arbeit richtet sich nach dieser Forderung. Es wird auf eine Untersuchung der Auswirkungen von Körperbildveränderungen infolge einer Mastektomie auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität abgezielt. Außerdem sollen entsprechende pflegerische Unterstützungsmöglichkeiten überprüft werden. Um diesen Zielen nachgehen zu können, werden im folgenden Kapitel zunächst wichtige und grundlegende Begriffe der dargestellten Problematik im Rahmen eines theoretischen Hintergrundes betrachtet. Für die Begrifflichkeiten der Fragestellungen, die im darauffolgenden Kapitel angeführt werden, sollte nach dem theoretischen Hintergrund ein gemeinsames Verständnis geschaffen sein. Zudem wird dadurch ein methodisch präzises Vorgehen ermöglicht. Im Kontext der Fragestellungen werden die Zielsetzung noch einmal näher erläutert und der Aufbau der restlichen Arbeit beschrieben.

2 Theoretischer Hintergrund

Der theoretische Hintergrund soll als eine Basis für das Verständnis dieser Arbeit dienen. Es werden einerseits das Phänomen des Körperbildes und andererseits die gesundheitsbezogene Lebensqualität fokussiert. An dieser Stelle sei jedoch angemerkt, dass diese fragestellungsspezifischen Aspekte im Hinblick auf den Umfang der Arbeit nur grob dargestellt werden können.

2.1 Körperbild(-veränderungen)

Dieses Unterkapitel beschäftigt sich mit dem Körperbild. Es werden zuerst unterschiedliche Ansätze zur Erklärung des Begriffes dargestellt und der Zustand von Veränderungen des Körperbildes beschrieben. Daraufhin wird die Erfassung des Körperbildes in den Blick genommen. Diese Punkte sollen im Rahmen der Onkologie bearbeitet werden.

2.1.1 Definition und theoretische Annahmen

Zum Begriff des Körperbildes (engl. „body image“) liegt keine universale Definition vor. In Abhängigkeit des vorausgesetzten Erklärungsansatzes können die Versuche der Begriffsklärungen und entsprechende Interpretationen voneinander abweichen (Küchenhoff & Agarwalla, 2013, S.4). Um diesen definatorischen Schwierigkeiten entgegenzuwirken, veröffentlichten Röhrich et al. im Jahre 2004 ein Konsensuspapier, welches als einheitliches Fundament für diesbezügliche Forschungsvorhaben dienen sollte (Röhrich et al., 2004, S.2). Röhrich et al. (2004, S.5) verstehen unter dem Körperbild „die kognitiv bestimmten, den Körper betreffenden mehrdimensionalen Erfahrungs- und Bewertungsaspekte [...]: das formale Wissen, die Fantasien/ Gedanken/ Einstellungen/ Bewertungen (sprachlich repräsentiert und kodiert bzw. symbolisiert) und die Bedeutungszuschreibungen (interpretative und motivationale)“ (Röhrich et al., 2004, S.5, Auslassung: C.B.). Demnach nimmt das Körperbild durch Kognitionen und Bewertungen Einfluss auf das Körpererleben. Das Körperbild repräsentiert dabei aber nur einen Teilaspekt des Körpererlebens. In das Gesamtkonzept des Körpererlebens sind als weitere Teilaspekte das physiologisch bestimmte Körperschema, das Körperempfinden (Körperperzepte) und die emotional-affektive Körper-Kathexis integriert (Röhrich et al., 2004, S.5f.). Küchenhoff und Agarwalla (2013, S.8f.) schließen sich diesen

Überlegungen an und ergänzen das Modell um die Mitwirkung von unbewussten Bestandteilen im Körperbild.

Andere Ansätze gehen hingegen von einer Multidimensionalität des Körperbildes an sich aus. Neben der kognitiv-evaluativen Variable bestimmen auch wahrnehmende und affektive Anteile, die im Körperbild eingeschlossen werden, das Verhalten maßgeblich mit (Martin & Svaldi, 2015, S.475). Unter dem wahrnehmenden Anteil summieren sich die Wahrnehmung des äußeren Erscheinungsbildes und die der inneren körperbezogenen Prozesse sowie das Körpergefühl. Aus den Gedanken und Bewertungen im Hinblick auf den Körper ergeben sich schließlich Emotionen und Handeln (Martin & Svaldi, 2015, S.475).

Unabhängig des herangezogenen Ansatzes ist das wesentliche Merkmal des Körperbildes jedoch der evaluative Charakter (Röhrich et al., 2004, S.5; Martin & Svaldi, 2015, S.475). Das Körperbild wird ebenso durch eine Subjektivität gekennzeichnet (White, 2000, S.186). Es kann durch verschiedene Faktoren beeinflusst werden. Einerseits wirken persönlichkeitsbezogene und biografische Anteile, andererseits soziale, gesellschaftliche sowie kulturelle Vorstellungen und Gegebenheiten auf das Körperbild ein (White, 2000, S.186; Röhrich et al., 2004, S.5).

Körperbildveränderungen können von Geburt an bestehen oder im Laufe des Lebens durch eine Erkrankung oder einen Unfall hervorgerufen werden (Martin & Svaldi, 2015, S.476). Im Kontext der Onkologie können Körperbildveränderungen vor allem im Zusammenhang mit den verschiedenen Therapien (Operation, Radiotherapie, Chemotherapie, Hormontherapie) oder aber mit tumorbedingten Symptomen stehen (Zettl, 2017, S.508). Körperbildveränderungen sind zunächst wertfrei, können aber positiv oder negativ Einfluss auf die Betroffenen ausüben (Rothen, 2017, S.536). Laut White (2000) wird eine Veränderung des Körperbildes wie folgt zum Problem: „A clinically significant body image problem is defined as the existence of a marked discrepancy between the actual or perceived appearance or function of a discrete bodily attribute(s), and an individual's expressed ideal regarding this bodily attribute(s)“ (S.189). Die beschriebene Diskrepanz kann sich negativ auf kognitiver, emotionaler und funktionaler Ebene äußern und viele Bereiche des Lebens der Betroffenen berühren (White, 2000, S.189). Die

amerikanische Pflegewissenschaftlerin Rothen erarbeitete eine Konzeptanalyse für Körperbildstörungen bei krebserkrankten Erwachsenen (Rothen, 2016, S.1003). Sie erfasste drei wichtige Kriterien für die Identifikation von Störungen des Körperbildes: „(1) self-perception of a change in appearance and displeasure with the change or perceived change in appearance; (2) decline in an area of function; and (3) psychological distress regarding changes in appearance and/or function“ (Rothen, 2016, S.1005). Rothen betont in diesem Zusammenhang, dass die einzelnen Merkmale unbedingt in einer Wechselwirkung gesehen werden müssen (Rothen, 2016, S.1008). Die Abbildung 1 soll die drei Merkmale und deren Beziehung untereinander sowie den Unterschied zwischen Körperbildveränderungen und Körperbildstörungen noch einmal verdeutlichen.

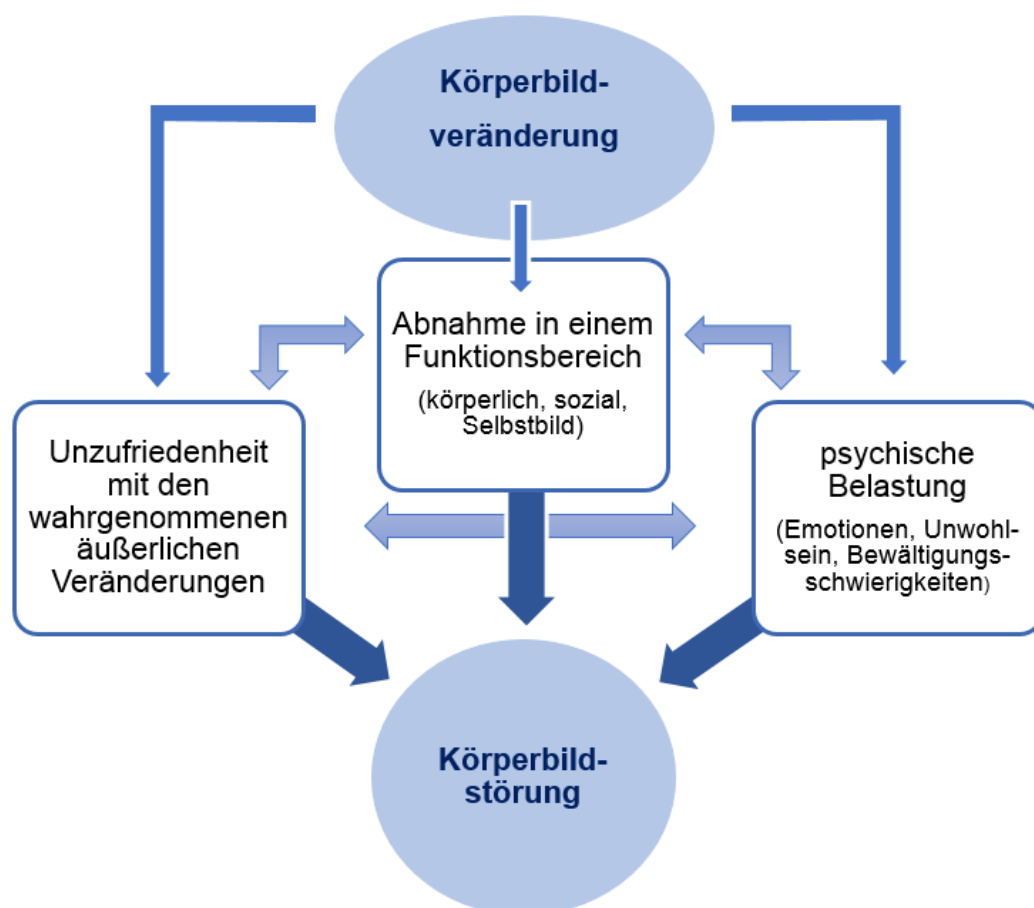


Abbildung 1: Merkmale von Körperbildstörungen nach Rothen (2016)

2.1.2 Erfassung des Körperbildes

Das Körperbild sowie Veränderungen dessen können auf unterschiedliche Art und Weise erfasst werden. Es kann projektiv, verbal oder beobachtend vorgegangen werden (Küchenhoff & Agarwalla, 2013, S.35). Wichtig ist, dass das Körperbild aufgrund seiner Subjektivität und Wandelbarkeit immer in einem ganzen Bedeutungs- und Erfahrungszusammenhang betrachtet werden muss (Küchenhoff & Agarwalla, 2013, S.38). Außerdem sollte berücksichtigt werden, dass das körperliche Erleben infolge einer Erhebung immer einer zweifachen Deutung unterliegt. Einerseits durch die Verbalisierung, die die zu befragende Person vornehmen muss, und andererseits durch die erfassende Person (Küchenhoff & Agarwalla, 2013, S.35). Dabei kann sich die Einschätzung der Betroffenen, von der der erhebenden Person unterscheiden (Zettl, 2017, S.508).

Die projektiven Erhebungsmethoden sollen vor allem dazu dienen, die unbewussten Anteile des Körperbildes durch kreative Aufgaben erschließen zu können (Küchenhoff & Agarwalla, 2013, S.45). Sie finden im Bereich der Forschung aufgrund fehlender Nachweise der Güte keine Verwendung (Küchenhoff & Agarwalla, 2013, S.45). Daher sollen sie auch in dieser Arbeit nicht weiter thematisiert werden.

Unter der verbalen Vorgehensweise wird die Verwendung von standardisierten Fragebögen zur normativen Erfassung des Körperbildes verstanden (Küchenhoff & Agarwalla, 2013, S.38). Im internationalen Raum liegen einige anerkannte, den psychometrischen Gütekriterien entsprechende Instrumente vor (Muzzatti & Annunziata, 2017, S.1028). Das Körperbild kann entweder im Rahmen multidimensionaler Lebensqualitätsfragebögen erfasst werden oder in spezifischen Körperbild-Fragebögen (Hopwood, 1993, S.278). Die einbezogenen Inhalte, wie zum Beispiel Zufriedenheit mit dem Aussehen, Attraktivitätsgefühl, Körperintegrität, Aspekte des Selbstbildes, psychische Belastungen oder Sexualität, variieren je nach Instrument (Hopwood, 1993, S.277ff.; Muzzatti & Annunziata, 2017, S.1020ff.). Die richtige Auswahl des Fragebogens kann durch einen Vergleich des Untersuchungsziels und der Inhalte des Fragebogens vorgenommen werden (Küchenhoff & Agarwalla, 2013, S.41).

Zu den beobachtenden Verfahren zählt das Interview. Der Freiraum, der den Befragenden hier geboten wird, gilt als vorteilhaft. Die Interviewer haben die Möglichkeit, Bedeutungen und Bezüge zu erkennen und in die individuelle Lebenssituation des Betroffenen einzuordnen (Küchenhoff & Agarwalla, 2013, S.59).

2.2 Gesundheitsbezogene Lebensqualität in der Onkologie

Im Folgenden wird der Terminus der gesundheitsbezogenen Lebensqualität definiert und als Konstrukt erläutert. In einem zweiten Schritt soll es darum gehen, die Möglichkeiten der Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität aufzuzeigen. Zudem wird ein kurzer Überblick über den Anwendungsbereich der Lebensqualität in der Forschung gegeben. Diese Aspekte sollen vor allem mit Bezug zum Fachbereich der Onkologie dargestellt werden.

2.2.1 Definition und Beschreibung des Konstruktes

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität (engl. „health-related quality of life“, HRQoL) wird abgeleitet vom Konzept der Lebensqualität. Während sich die Lebensqualität, als unabhängig einer bestimmten Wissenschaftsdisziplin auszeichnet, findet die HRQoL im medizinischen Kontext Verwendung (Kramer, Füre & Stute, 2014, S.120). Zu beiden Begrifflichkeiten existieren keine allgemein gültigen Definitionen (Kramer, Füre & Stute, 2014, S.119f.).

Radoschewski (2000) definiert die HRQoL folgendermaßen: „Gesundheitsbezogene Lebensqualität wird von den strukturellen und funktionalen Auswirkungen des Gesundheitszustandes auf Lebenssituation und Lebensgestaltung, seine Wahrnehmung und Wertigkeit für die Menschen bestimmt“ (S.186). Aus dieser Beschreibung geht die Relevanz der Gesundheit für die Erklärung der HRQoL hervor. Die Überlegungen der World Health Organization (WHO) zum Gesundheitskonzept sind in dieser Hinsicht elementar für das Verständnis (Radoschewski, 2000, S.167).

Werden die dargestellten Auffassungen als konzeptuelle Basis herangezogen, kann die Eigenschaft der Multidimensionalität der Gesundheit auch auf die HRQoL übertragen werden (Kramer, Füre & Stute, 2014, S.120). Die Multidimensionalität

setzt sich aus körperlichen, psychischen, mentalen, sozialen und funktionalen Bestandteilen zusammen. Je nach zugrunde liegender Sichtweise beziehungsweise Theorie werden die einzelnen Dimensionen unterschiedlich ausgeführt. Sie können beispielsweise hinsichtlich individuellem Wohlbefinden, Bedürfnisbefriedigung oder sozialer Rollenfunktion akzentuiert werden (Bullinger, 2014, S.98f.).

Ein weiteres wesentliches Merkmal der HRQoL ist der subjektive Charakter (WHOQOL Group, 1995, S.1405). Die individuelle Wahrnehmung der HRQoL ist deshalb so bedeutend, weil sich auch die Verständnisse von Gesundheit und Krankheit, die Leidenserfahrungen und der Umgang mit diesen von Individuum zu Individuum unterscheiden (Kipke, 2016, S.67f.). Zudem werden sie kulturell und gesellschaftlich beeinflusst (Radoschewski, 2000, S.168). Mögliche Einflussfaktoren sind bereits 1995 in der Definition der WHO zur Lebensqualität wie folgt beschrieben worden: „individuals' perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns“ (WHOQOL Group, 1995, S.1405).

Zusammengefasst werden kann an dieser Stelle, dass die Komplexität der HRQoL es zwar schwierig macht, diese eindeutig zu definieren, hinsichtlich der aufgeführten Merkmale aber eine weitgehende Übereinstimmung besteht (Radoschewski, 2000, S.174; Bullinger, 2014, S.98f.).

2.2.2 Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität

Es gibt mehrere Möglichkeiten die HRQoL zu messen. Eingesetzt werden können Fragebögen oder Interviews. In bestimmten Fällen kann auch eine objektive Einschätzung durch medizinisches Personal oder Zugehörige erfolgen (Bullinger & Schmidt, 2006, S.2506). Trotzdem sollte eine subjektive Einschätzung durch die zu Befragenden vorgezogen werden (Bullinger, 2014, S.99). Aufgrund dessen wurden in den Anfängen der Einführung der HRQoL eher Interviews genutzt. Dahingegen werden heute verbreitet standardisierte Fragebögen verwendet (Bullinger, 2014, S.99). Im internationalen Kontext liegen viele dieser Fragebögen zur Erfassung der HRQoL vor. Voraussetzung für den Gebrauch der Erhebungsinstrumente ist die Erfüllung der psychometrischen Gütekriterien (Bullinger & Schmidt, 2006, S.2507f.).

Es kann zwischen krankheitsspezifischen und krankheitsübergreifenden Instrumenten unterschieden werden. Erstere fokussieren die HRQoL in einer festgelegten Patientengruppe. Diese können hinsichtlich spezieller Symptome, Erkrankungsmerkmale oder Therapiemaßnahmen bestimmt werden. Die krankheitsübergreifenden Maße erfassen die HRQoL unabhängig einer Erkrankung oder damit zusammenhängenden Besonderheiten (Patrick & Deyo, 1989, S.217f.). Unter den generischen, standardisierten Fragebögen finden in der heutigen Zeit vor allem der Short-Form-36 Health Survey (SF-36; Ware & Sherbourne 1992) und der WHOQOL-Fragebogen (Szabo 1996) breite Anwendung (Bullinger, 2016, S.179). Die krankheitsspezifischen Maße bestehen primär für den onkologischen Fachbereich. Neben einer Menge weiterer Fragebögen, werden diesbezüglich insbesondere der European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire für krebskranke Erwachsene (EORTC QLQ-C30; Aaronson et al. 1996), sowie der Functional Assessment of Cancer Treatment (FACT; Cella & Bonomi 1996) verwendet (Bullinger, 2016, S.179). Diese beiden Instrumente umfassen inhaltlich zunächst detailliert die Dimensionen des Konstruktes der HRQoL. Über zusätzliche Module können erweiterte Merkmale bezogen auf die HRQoL, wie zum Beispiel erkrankungs-, therapie- und symptombedingte Besonderheiten, erhoben werden (Leitlinienprogramm Onkologie, 2014, S.34). Diagnosespezifische Module existieren auch für die Diagnose Brustkrebs (EORTC QLQ-BR23, FACT-B) (Nguyen et al., 2015, S.163).

In der Forschung wird die HRQoL zu einer mehr und mehr geschätzten Ergebnisvariablen (Bullinger, 2016, S.182). Der Gegenstandsbereich der Forschung hinsichtlich der HRQoL ist vielseitig (Bullinger & Schmidt, 2006, S.2509f.). Im onkologischen Kontext interessiert vor allem die Analyse der Lebensqualität vor dem Hintergrund einer steigenden Überlebenszeit infolge medizinischer und therapeutischer Weiterentwicklung (Bullinger, 2016, S.181f.).

3 Fragestellungen

Aus der zuvor beschriebenen Problematik und den theoretischen Grundlagen lassen sich im Hinblick auf die bereits in der Einleitung angerissene Zielsetzung dieser Arbeit die beiden folgenden Fragestellungen ableiten:

1. Welche Auswirkungen haben Körperbildveränderungen auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Frauen mit Brustkrebs nach einer Mastektomie?
2. Wie können an Brustkrebs erkrankte Frauen mit Körperbildveränderungen nach einer Mastektomie pflegerisch professionell unterstützt werden?

Bezugnehmend zur ersten Fragestellung sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass sich diese Arbeit explizit auf die Veränderungen des Körperbildes durch den Verlust der Brust im Rahmen einer Mastektomie bezieht. Körperbildveränderungen bedingt durch weitere onkologische Therapien oder potenzielle Komplikationen durch das operative Vorgehen wie zum Beispiel das Lymphödem können im Rahmen dieser Arbeit nicht behandelt werden.

Das Ziel dieser Ausarbeitung ist demnach die Beschreibung von Auswirkungen der Mastektomie auf das Körperbild und die HRQoL sowie die Untersuchung des Zusammenhangs zwischen diesen beiden Variablen. Außerdem sollen daraufhin pflegerische Möglichkeiten zur Unterstützung der Betroffenen bezüglich Körperbildveränderungen und den damit verbundenen Belastungen überprüft werden. Zugleich soll dadurch auch die Bedeutung der Profession Pflege in der Psychoonkologie, die wie zuvor beschrieben zwar erkannt, aber bislang nicht ausreichend konkretisiert wird, ausgeführt werden.

Im folgenden Kapitel wird die Methodik dieser Arbeit detailliert dargestellt. Es folgt der Ergebnisteil, der den aktuellen Forschungsstand zur beschriebenen Thematik abbildet. Im fünften Kapitel werden die Ergebnisse vor dem Hintergrund des methodischen Vorgehens dieser Arbeit interpretiert, verglichen und hinsichtlich ihrer Wertigkeit und Übertragbarkeit für die pflegerische Praxis diskutiert. Die Arbeit schließt mit einem Fazit ab.

4 Methodik

Der methodische Teil dieser Ausarbeitung setzt sich aus einer systematischen Literaturrecherche in internationalen Fachdatenbanken und der Literatursuche in einzelnen Bibliotheken und wissenschaftlichen Zeitschriften zusammen. Nachfolgend werden ausgewählte Suchbegriffe, die Ein- und Ausschlusskriterien sowie die Durchführung und der Prozess der Literaturselektion dargestellt. Dadurch soll eine Nachvollziehbarkeit des methodischen Vorgehens gewährleistet werden.

4.1 Systematik der Literaturrecherche

Anhand des PICO-Schemas (P=Patient, I=Intervention, C=Control, O=Outcome) konnte eine Operationalisierung der Fragestellungen vorgenommen werden. Die Suchkomponente C (Control) blieb aufgrund der nichtvorhandenen Kontrollintervention in den handlungsleitenden Forschungsfragen aus.

P = an Mamma-CA erkrankte Frauen mit Körperbildveränderungen nach Mastektomie



I = Pflege/ pflegerische Maßnahmen

C = /

O = gesundheitsbezogenen Lebensqualität

Aus diesem Schema konnten Schlagwörter für die systematische Literaturrecherche festgelegt werden. Diese wurden in die englische Sprache übersetzt und entsprechende Synonyme wurden identifiziert. Häufig konnten Medical Subject Heading-Terms (MeSH-Terms) verwendet werden. Dieses Vorgehen veranschaulicht Tabelle 1. Anschließend wurden die Begriffe mittels der Boole'schen Operatoren „AND“ und „OR“ miteinander verknüpft.

Tabelle 1: Suchkomponenten der systematischen Literaturrecherche

Schlagwort	Übersetzung	Synonyme	MeSH-Term
Mamma-CA	Mamma-CA	breast cancer, breast carcinoma	Breast Neoplasms 
Mastektomie	mastectomy	breast ablation, breast amputation, Ablatio mammae	Mastectomy 

Schlagwort	Übersetzung	Synonyme	MeSH-Term
Körperbildveränderungen	changes in body image	body-image, body image, self concept, self-image, body experience, body dysmorphic disorder, body image disorder, body dismorphia, body image disturbance	Body Image ●●● Self Concept ●●● Body Dysmorphic Disorder(s) ●●● Body Image Disturbance ●
gesundheitsbezogene Lebensqualität	health-related quality of life, HRQoL	quality of life	Quality of Life ●●●
Pflege	care	nursing, nursing care, medical and health care	Nursing ●● Nursing Care ●●●

Anmerkungen: ● genutzt in Cochrane, ● genutzt in PubMed, ● genutzt in CINAHL,

Die Verwendung der Suchbegriffe zum Schlagwort „Pflege“ führte in allen genutzten Datenbanken zu mangelnden Treffern. Daher wurden diese Begriffe nicht mit in die Recherche einbezogen, sodass sich die Ergebnisse aus der kombinierten Suche der Schlagwörter „Mamma-CA“, „Mastektomie“ „gesundheitsbezogene Lebensqualität“ und „Körperbildveränderungen“ ergaben. Zur Nachvollziehbarkeit können die genauen Suchstrategien in Form von Suchprotokollen für die einzelnen Datenbanken dem Anhang entnommen werden (siehe Anhang 1).

Die Ergebnisse der Recherche wurden zusätzlich durch Filter eingegrenzt. Um eine Aktualität der Forschungsergebnisse sicherzustellen, wurde die Literatursuche auf die letzten fünf Jahre (01.01.2014-01.04.2019) beschränkt. In der Datenbank PubMed wurde sich des Filters „humans“ bedient. In der Datenbank CINAHL konnte der Filter „female“ angewandt werden. Damit sollte eine Übereinstimmung der beschriebenen Zielgruppe erreicht werden. Außerdem wurde die Literatur, bedingt durch die vorhandenen Sprachkenntnisse der Autorin, auf die englische und deutsche Sprache reduziert.

Inhaltliche Einschlusskriterien waren: 1.Frauen mit Brustkrebs (>18Jahre), 2.Erstdiagnose Brustkrebs, 3.primäre, radikale Mastektomie, 4.Körperbild und HRQoL, oder nur Körperbild als Ergebnisvariablen. Für die Studien der zweiten

Fragestellung zählte noch das Kriterium der pflegerischen Intervention (5.pflegerische Intervention). Forschungsarbeiten wurden ausgeschlossen, wenn sie sich mit 1.Brustkrebsrezidiven, 2.ausschließlich BET oder rekonstruktiven, plastischen Maßnahmen, oder 3.prophylaktischen Mastektomien beschäftigten. In Bezug zur zweiten Forschungsfrage führten auch nicht-pflegerische Interventionen, wie beispielsweise psychotherapeutische Interventionen zu einem Ausschluss der Studien (4.nicht-pflegerische Interventionen).

Im Hinblick auf die Studiendesigns wurden nur Einzelfallstudien aussortiert. Auf eine spezifischere Eingrenzung der Publikationen durch die Auswahl von bestimmten Forschungsdesigns musste aufgrund der mangelnden Treffer verzichtet werden.

4.2 Durchführung der Literaturrecherche

Am 01.04.2019 erfolgte die systematische Literaturrecherche in den Fachdatenbanken Cochrane, PubMed und CINAHL. Zusätzlich dazu wurde eine Handsuche in den Bibliotheken der Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg und der Universität Hamburg durchgeführt, um geeignete Fachliteratur zu finden. Auch wurde auf den Webseiten (inter-)nationaler Fachgesellschaften, Verbänden und Zeitschriften nach relevanten Studien recherchiert. Zur Abrundung des Suchvorgangs wurde das Schneeballverfahren angewandt. Das sensitive Rechercheprinzip sollte die Wahrscheinlichkeit erhöhen, möglichst alle relevanten Publikationen bezogen auf die Fragestellungen ausfindig zu machen und die Fragen präzise beantworten zu können.

Insgesamt wurden 47 Treffer durch die systematische Literaturrecherche erzielt, wovon zwei Arbeiten doppelt vorhanden waren. Daraus ergab sich, mit weiteren 14 Treffern infolge der Handrecherche, eine Gesamtzahl von 59 Ergebnissen. Diese wurden durch ein mehrschrittiges Vorgehen vor dem Hintergrund der Fragestellungen selektiert. Der gesamte, im Folgenden beschriebene Prozess der Literaturselektion wird als Überblick an einem Flussdiagramm in Anlehnung an das Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) Flow Diagram nach Moher et al. (2009, S.3) am Ende des Kapitels dargestellt (siehe Abbildung 2).

Im ersten Schritt wurden die Quellen anhand des Titels und des Abstracts ausgewählt. Nach diesem Vorgehen verblieben noch 24 Studien, die dann im zweiten Schritt hinsichtlich der im letzten Unterkapitel aufgeführten Ein- und Ausschlusskriterien überprüft wurden. Von diesen wurden sieben Studien aufgrund fehlender Parallelen zu den Forschungsfragen, einer fehlenden Nachvollziehbarkeit des methodischen Vorgehens oder zu extremen kulturellen Unterschieden ausgeschlossen. Die genauen Ausschlussgründe für die einzelnen Studien ab diesem zweiten Schritt der Selektion können in einer tabellarischen Übersicht im Anhang nachgelesen werden (siehe Anhang 2). Der dritte Schritt der Literaturselektion bestand aus einem gezielten Lesen der 16 übrig gebliebenen Publikationen. Dadurch mussten noch einmal sechs Arbeiten separiert werden. Gründe dafür waren nicht den Forschungsfragen entsprechende Schwerpunkte oder methodische Mängel. Nach diesem Vorgehen verblieben folglich noch zehn Studien, mit denen die Forschungsfragen beantwortet werden sollten. Davon wurden acht Studien für die erste Fragestellung und zwei Studien für die zweite Fragestellung herangezogen. Einen Überblick über die genauen Forschungsarbeiten gibt Tabelle 2.

Tabelle 2: Übersicht über verwendeten Forschungsarbeiten geordnet nach Fragestellung und Studiendesign

Studiendesign	Quellen für 1. Fragestellung	Quellen für 2. Fragestellung
Reviews	Sun et al. 2017	
	Paterson et al. 2016	
Quantitative Studien	Jabłoński et al. 2018	Freysteinson et al. 2014
	Türk & Yılmaz 2018	Hamed et al. 2019
	Słowik et al. 2017	
	Bagheri & Mazaheri 2014	
Qualitative Studien	Jørgensen et al. 2015	
	Koçan & Gürsoy 2016	

Die Forschungsarbeiten wurden intensiv gelesen und bewertet. Die Bewertung wurde mittels gültigen, den Studiendesigns entsprechenden Bewertungsassessments des Joanna Briggs Institute (JBI) vollzogen. In Tabelle 3 sind diese aufgeführt. Die einzelnen Checklisten sind im Anhang einzusehen (siehe Anhang 3).

Tabelle 3: Übersicht über die entsprechenden Bewertungsassessments

Studiendesign	Checkliste
Querschnittstudien	JBI - Critical Appraisal Checklist for Analytic Cross Sectional Studies
randomisiert kontrollierte Studien (RCT)	JBI – Critical Appraisal Checklist for Randomized Controlles Trials
quasi-experimentelle Studien	JBI – Critical Appraisal Checklist for Quasi-Experimental Studies (non-randomized experimental studies)
qualitative Studien	JBI – Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research
systematische Reviews, Metaanalysen	JBI – Checklist for Systematic Reviews and Research Synthesen

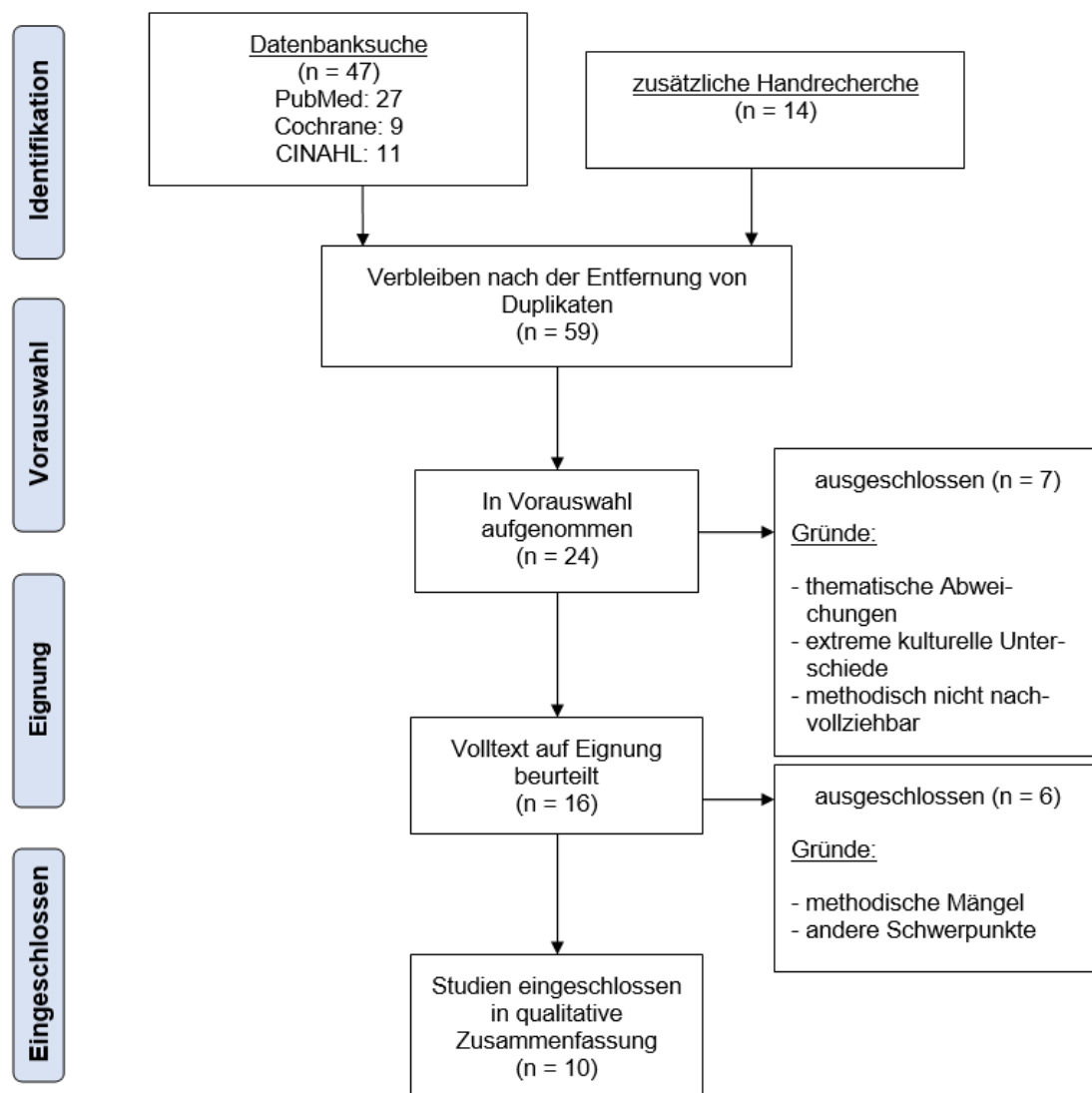


Abbildung 2: Flussdiagramm zur Literaturselektion (in Anlehnung an Moher et al., 2009, S.3)

5 Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse, die aus den Forschungsarbeiten der systematischen Recherche gewonnen wurden, zusammengefasst. Im ersten Teil des Kapitels werden das Körperbild und die HRQoL bezugnehmend zur ersten handlungsleitenden Fragestellung beleuchtet. Im zweiten Teil werden die pflegerischen Maßnahmen dargestellt. Zuletzt soll ein Überblick über die methodische Qualität der verwendeten Studien und Reviews gegeben werden.

5.1 Körperbild und gesundheitsbezogene Lebensqualität

Für die Beantwortung der ersten Forschungsfrage konnten vier Querschnittstudien (Bagheri & Mazaheri 2014; Słowik et al. 2017; Türk & Yılmaz 2018; Jabłoński et al. 2018), ein systematisches Review (Paterson et al. 2016), eine Meta-Synthese (Sun et al. 2017) und zwei qualitative Studien (Jørgensen et al. 2015; Koçan & Gürsoy 2016) berücksichtigt werden.

Zuerst werden die Ergebnisse der quantitativen Studien und des systematischen Reviews dargestellt, die die erste Fragestellung normativ beantworten werden. Daraufhin folgen die Ergebnisse der qualitativen Forschungsansätze. Diese werden aufgrund der Relevanz der Subjektivität des Körperbildes, wie bereits im theoretischen Hintergrund herausgestellt wurde, noch einmal explizit beleuchtet. Eine Aufteilung der Ergebnisse im Kontext der qualitativen Forschungsdesigns wird in Anlehnung an die Konzeptanalyse von Rothen (2016) vorgenommen. Die Ergebnisse werden den von ihr dargestellten drei Schlüsseigenschaften körperbildbezogener Probleme (Wahrnehmung von Veränderungen des Erscheinungsbildes, Auswirkungen auf funktionaler Ebene, Auswirkungen auf psychischer Ebene) zugeordnet.

Zur besseren Verständlichkeit wird den Ergebnissen an sich jeweils eine kurze Darstellung der verwendeten Forschungsarbeiten vorangestellt. Während das systematische Review nur im Fließtext erläutert wird, werden alle weiteren Studien und die Metaanalyse auch in einer Ergebnistabelle mit den wichtigsten inhaltlichen und methodischen Aspekten dargestellt. Es wurde eine Tabelle für die quantitativ ausgerichteten Studiendesigns und eine für die qualitativen Forschungsarbeiten angefertigt, die im Anhang beigefügt sind (siehe Anhang 4.1).

5.1.1 Merkmale der quantitativen Studien

Die Vorstellung der Studien erfolgt in zeitlicher Reihenfolge nach dem Publikationsjahr.

Bagheri und Mazaheri (2014, S.286) untersuchten in ihrer Querschnittstudie den Zusammenhang zwischen dem Körperbild und der HRQoL. Sie verglichen dafür 50 Frauen mit Brustkrebs, die mit einer Mastektomie behandelt wurden, mit 50 gesunden Frauen.

Das aus den USA stammende systematische Review von **Paterson et al.** (2016, S.3) fasst Forschungsergebnisse zu den Auswirkungen von Körperbildproblemen bei Frauen mit Brustkrebs unabhängig einer bestimmten Therapieform zusammen. Anhand einer umfassenden Literaturrecherche konnten insgesamt 36 Studien aus den Jahren 2000-2014 in das Review eingeschlossen werden (Paterson et al., 2016, S.3f.). Aufgrund ungenügender Literatur zur eigentlichen Zielgruppe der jungen Frauen mit Brustkrebs wurden letztendlich Studien bezüglich jeder Altersgruppe mit altersspezifischen Ergebnissen in die Synthese eingeschlossen (Paterson et al., 2016, S.3). Nahezu alle Studien sind quantitativ ausgerichtet. Aus den eingeschlossenen Studien ergibt sich eine Gesamtanzahl von 9.343 Teilnehmerinnen, die in der Zeit zwischen kurz nach der Behandlung bis zu fünf Jahren später befragt wurden (Paterson et al., 2016, S.4f.). Die Anzahl der Teilnehmerinnen in den einzelnen Studien variiert zwischen vier und 2.208 Personen (Paterson et al., 2016, s.17ff.). Die Ergebnisse beziehen sich auf den Einfluss des Alters und unterschiedlicher Behandlungspfade, sowie auf psychische Auswirkungen und Veränderungen in Bezug zur Sexualität und Partnerschaft (Paterson et al., 2016, S.4).

Das Ziel der prospektiven Studie von **Słowik et al.** (2017, S.872) war die Erforschung der HRQoL, des Körperbildes, der sexuellen Funktionsfähigkeit und der Zukunftsperspektiven vor dem Hintergrund verschiedener operativer Methoden (BET und Mastektomie). Dabei wurden rund 45% der insgesamt 42 Teilnehmerinnen mit einer Mastektomie behandelt (Słowik et al., 2017, S.873f.). Die Studie stellt einen Teil eines größeren polnischen Forschungsprojektes zum Körperbild in der gynäkologischen Onkologie dar (Słowik et al., 2017, S.872).

Die Querschnittstudie von **Jabłoński et al.** (2018, S.861) ist ebenfalls in dieses größere Forschungsprojekt eingebettet. Das Körperbild von insgesamt 104 Frauen wurde unter anderem hinsichtlich des Einflusses der operativen Methode (BET und Mastektomie) analysiert (Jabłoński et al., 2018, S.160). Auch in dieser Studie gab es eine Vergleichsgruppe von gesunden Frauen (Jabłoński et al., 2018, S.161).

Türk und Yılmaz (2018, S.206) befassten sich in ihrer Querschnittstudie aus der Türkei mit den Auswirkungen einer Mastektomie auf das Körperbild und die HRQoL von Frauen mit Brustkrebs. Außerdem untersuchten sie das Verhältnis zwischen diesen beiden Variablen. Insgesamt wurden 57 Frauen rekrutiert (Türk & Yılmaz, 2018, S.206).

5.1.2 Auswirkungen der Mastektomie auf das Körperbild

Bagheri und Mazaheri (2014, S.286) verglichen das Körperbild von erkrankten Frauen nach Mastektomie mit dem Körperbild gesunder Frauen. Das Körperbild wurde mittels des Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire (MBSRQ; Cash 1997) erfasst. Die erhobenen Daten wurden zuerst deskriptiv und danach mit Pearsons-Korrelation und T-Tests ausgewertet (Bagheri & Mazaheri, 2014, S.287). Es stellte sich heraus, dass der Mittelwert für das Körperbild in der Gruppe der Frauen mit Mamma-CA ($M=109.94$) im Vergleich zu den gesunden Probandinnen ($M=120.20$) niedriger war. Dieser Unterschied war statistisch signifikant ($p=.01$) (Bagheri & Mazaheri, 2014, S.288). Auch in allen Subskalen des Körperbildfragebogens (*appearance evaluation, appearance orientation, fitness evaluation, fitness orientation, subjective weight, body part satisfaction*) konnten in der gesunden Vergleichsgruppe bessere Ergebnisse festgestellt werden. Statistisch signifikante Differenzen fanden sich aber nur in der Bewertung der körperlichen Fitness, der kognitiven und verhaltensbezogenen Orientierung an körperlicher Fitness, der subjektiven Wahrnehmung des Gewichtes und der Zufriedenheit mit spezifischen Körperbereichen ($p<.01$). Somit waren in den Kategorien der Beurteilung des körperlichen Aussehens und der Orientierung am äußeren Erscheinungsbild zwar schlechtere Ergebnisse in der Gruppe der von Brustkrebs betroffenen Frauen zu verzeichnen, diese hatten jedoch keine statistische Signifikanz ($p>.01$) (Bagheri & Mazaheri, 2014, S.288). Bagheri und Mazaheri

(2014, S.289) schließen aus ihren Ergebnissen, dass Frauen mit Brustkrebs nach einer Mastektomie ein schlechteres Körperbild als gesunde Frauen haben.

Auch die polnische Studie aus dem Jahr 2018 zog einen Vergleich zwischen Frauen nach einer Brust-Operation (Mastektomie und BET) und gesunden Frauen in Bezug auf das Körperbild. Sie kamen zu ähnlichen Ergebnissen. Zudem wurden Unterschiede in Abhängigkeit der beiden operativen Methoden untersucht (Jabłoński et al., 2018, S.860f.). Die Forschenden nutzten den J-C Questionnaire (Body-Self Questionnaire) (Mirucka 2005) zur Erhebung des Körperbildes ihrer Teilnehmerinnen. Dieser setzt sich aus den Subskalen *Body acceptance*, *Experiencing intimacy with the opposite sex*, *Manifesting femininity* und *Attitude to food and body weight* zusammen (Jabłoński et al., 2018, S.861f.). Zusätzlich dazu bewerteten die erkrankten Frauen das Aussehen ihrer Narben infolge der Operationen auf einer Skala von 0-3 (0-gut; 1-mittelmäßig; 2-schlecht; 3-neutral) (Jabłoński et al., 2018, S.864). Für die statistische Auswertung wurden einseitige Varianzanalysen durchgeführt (2018, S.863). Jabłoński et al. (2018, S.865) stellten signifikante Unterschiede in der Körperakzeptanz ($\eta^2=.25$) und in Bezug zum Erleben einer innigen Beziehung zum anderen Geschlecht ($\eta^2=.13$) zwischen den betroffenen und gesunden Frauen fest. Die bedeutend niedrigeren Punkte der Frauen nach operativer Behandlung in diesen beiden Kategorien deuten darauf hin, dass die Frauen mit Brustkrebs ihre neue körperliche Erscheinung negativ wahrnehmen und Probleme haben, diese zu akzeptieren. Zudem scheint es, als fühlten sie sich mit Intimität und Sexualität nicht wohl (Jabłoński et al., 2018, S.865ff.). Eine Erklärung dafür kann laut Jabłoński et al. (2018, S.867) sein, dass die Frauen ihren Körper nicht als Teil ihres Selbst empfinden. Auch in puncto der Offenbarung von Weiblichkeit ($\eta^2=.40$) konnten statistisch signifikante Ergebnisse nachgewiesen werden. In der Gruppe der erkrankten Frauen waren hier hingegen wesentlich höhere Werte zu verzeichnen (Jabłoński et al., 2018, S.865). Diese höheren Werte könnten dadurch erklärt werden, dass die Frauen ihrer veränderten körperlichen Erscheinung mit weiblichen Charakteristika entgegenwirken wollen (Jabłoński et al., 2018, S.867f.). Im Hinblick auf die Subskala der Einstellung zum Essen und Körpergewicht unterschieden sich die beiden Gruppen nicht wesentlich voneinander (Jabłoński et al., 2018, S.865). Die Bewertung der Narben stand nicht in einem Zusammenhang zum Körperbild (Jabłoński et al., 2018, S.866). Auch die

Untersuchung der Differenzen zwischen dem chirurgischen Vorgehen der BET und der Mastektomie erbrachte weder im Gesamtvergleich noch im Vergleich der einzelnen Subskalen des Fragebogens bedeutende Unterschiede (Jabłoński et al., 2018, S.865f.). Somit kommen die Forschenden zu dem Schluss, dass die operative Behandlung im Allgemeinen signifikant mit der subjektiven Wahrnehmung des Körpers der Frauen mit Brustkrebs in Beziehung steht. Schließlich sind aber beide OP-Methoden im gleichen Ausmaß risikobehaftet für ein verringertes Selbstbild und Probleme in der Sexualität (Jabłoński et al., 2018, S.868).

Słowik et al. (2017, S.872+877) untersuchten das Körperbild von Frauen mit Brustkrebs drei Monate nach operativer Brustkrebs-Therapie mittels des EORTC QLQ-BR23. Sie verglichen ebenfalls unterschiedliche chirurgische Verfahren. Bedeutende Unterschiede konnten in diesem Zusammenhang nicht festgestellt werden (Słowik et al., 2017, S.883).

Eine Studie aus der Türkei erfasste das Körperbild von Frauen mit Mamma-CA zwischen ein und zwölf Monaten nach einer Mastektomie anhand der Body Cathexis Scale (BCS; Secord & Jourard 1953) (Türk & Yılmaz, 2018, S.206). Für das Körperbild insgesamt konnte ein Mittelwert von 121.61 berechnet werden. Dieser durchschnittliche Wert spricht für ein mäßiges Körperbild (Türk & Yılmaz, 2018, S.208f.). Türk und Yılmaz (2018, S.209) folgern, dass das Vorgehen der Mastektomie nachteilige Konsequenzen auf das Körperbild betroffener Frauen hat und bekräftigen somit die Ergebnisse der anderen Studien. Ein Zusammenhang zwischen Körperbild und Alter konnte nicht ermittelt werden (Türk & Yılmaz, 2018, S.208).

Es kann zusammengefasst werden, dass die Mastektomie das Körperbild betroffener Frauen negativ beeinflussen kann (Bagheri & Mazaheri, 2014, S.289; Jabłoński et al., 2018, S.868; Türk & Yılmaz, 2018, S.209). Auch das systematische Review kommt zu diesen Erkenntnissen (Paterson et al., 2016, S.11). Im Gegensatz zu den Feststellungen von Słowik et al. (2017) und Jabłoński et al. (2018) konnten Paterson et al. (2016, S.9) jedoch herausstellen, dass sich die Auswirkungen der verschiedenen Arten der Behandlung auf das Körperbild signifikant unterscheiden. Angesichts dessen stellte die Mastektomie eine größere Belastung für die Frauen dar. Ebenso konnte in der Synthese festgehalten werden, dass Körperbildstörungen

mit starken psychischen, sexuellen und partnerschaftlichen Beeinträchtigungen einhergehen (Paterson et al., 2016, S.9). Diese Erkenntnisse stützen die Resultate von Jabłoński et al. (2018). Zuletzt gibt es aber widersprüchliche Ergebnisse hinsichtlich des Einflusses des Alters der betroffenen Frauen. Paterson et al. (2016, S.7) verzeichneten einen Zusammenhang zwischen dem Körperbild und dem Alter und stellten stärkere Belastungen bei jüngeren Frauen fest. Diese Feststellung steht im Gegensatz zu der von Türk und Yılmaz (2018).

5.1.3 Auswirkungen der Mastektomie auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität

Im Vergleich der HRQoL, die von Bagheri und Mazaheri (2014, S.287f.) mittels des SF-36 erfasst wurde, konnten ebenfalls signifikante Unterschiede zwischen den Frauen nach der Mastektomie ($M=73.38$) und der gesunden Vergleichsgruppe ($M=82.42$) ($p=.001$) identifiziert werden. In allen Subskalen des SF-36 (Physical function, Social function, Physical role functioning, Emotional role functioning, Psychological health, Vitality, Body Pain, General Health) wurden niedrigere Werte in der Gruppe der erkrankten Frauen verzeichnet.

Türk und Yılmaz (2018) kamen zu ähnlichen Ergebnissen. Sie maßen anhand des FACT-B in ihrer Stichprobe einen Mittelwert von 68.47 für die HRQoL ein bis zwölf Monate nach der Operation. Die HRQoL wurde demnach als sehr niedrig beschrieben. Besonders belastet waren die Frauen nach der Mastektomie in ihrem körperlichen und emotionalen Wohlbefinden (Türk & Yılmaz, 2018, S.208). Im Bereich des sozialen und familiären Wohlbefindens fühlten sich die Frauen durchschnittlich am wenigsten beeinträchtigt, was laut den Autor*innen auf die große Bedeutung der Familie in der türkischen Kultur zurückgeführt werden kann (Türk & Yılmaz, 2018, S.208).

Słowik et al. (2017, S.872) erhoben die HRQoL von Frauen mit Brustkrebs drei Monate nach der Operation anhand des EORTC QLQ-C30 und des -BR-23. Sie berechneten einen Mittelwert von 59.52 für die allgemeine Lebensqualität. Die Frauen waren vor allem in der emotionalen und sexuellen Funktionsfähigkeit sowie der Rollenfunktionsfähigkeit beeinträchtigt (Słowik et al., 2017, S.876f.). Die Forschenden konnten jedoch keine signifikanten Unterschiede zwischen der Mastektomie und der BET bestimmen und leiten aus ihren Ergebnissen ab, dass

die Art der Operation die HRQoL der Betroffenen nicht unterschiedlich stark beeinflusst (Słowik et al., 2017, S.885).

5.1.4 Zusammenhang zwischen Körperbild und gesundheitsbezogener Lebensqualität

Bagheri und Mazaheri (2014, S.289) untersuchten die Korrelation zwischen dem Körperbild und der HRQoL bei den Frauen mit Brustkrebs nach einer Mastektomie. Dafür wurden mehrfache Regressionsanalysen durchgeführt. Sie fanden bezüglich der beiden Variablen Körperbild und HRQoL einen direkten signifikanten Zusammenhang ($p < .01$). Die Signifikanz konnte für jeweils alle erfassten Subskalen der beiden eingesetzten Fragebögen nachgewiesen werden. Demnach führt ein besseres Körperbild zu einer Erhöhung der HRQoL (Bagheri & Mazaheri, 2014, S.289).

Auch Türk und Yilmaz (2018, S.207) prüften den Zusammenhang zwischen dem Körperbild und der HRQoL mittels linearer Regressionsanalysen. Es konnte eine starke signifikante Verbindung zwischen diesen beiden Ergebnisvariablen identifiziert werden ($p = 0.000$). Dieses Ergebnis stützt somit die Erkenntnisse von Bagheri und Mazaheri (2014). Der Effekt des Körperbildes war in nahezu allen Subskalen des FACT-B, bis auf das soziale und familiäre Wohlbefinden zu erkennen (Türk & Yilmaz, 2018, S.207f.).

Daneben wurde auch in der Studie von Słowik et al. (2017) ein Hinweis auf den Zusammenhang zwischen Körperbild und HRQoL aufgedeckt. Die Forschenden nutzten ebenfalls multiple Regressionsanalysen zur statistischen Auswertung (Słowik et al., 2017, S.880). Es wurde eine signifikante positive Korrelation zwischen der emotionalen Funktionsskala des EORTC QLQ-C30 und dem Körperbild ($p = .007$) sowie der Bewertung der Zukunftsperspektiven ($p = .011$) erkannt (Słowik et al., 2017, S.880). Słowik et al. (2017, S.885) schlussfolgern, dass ein höheres Risiko für Körperbildstörungen bei Frauen mit starken emotionalen Beeinträchtigungen, wie zum Beispiel ausgeprägtem mentalen Stress oder der Neigung zur Besorgtheit, besteht. Zwischen dem Körperbild und der körperlichen, kognitiven und sozialen Funktionsfähigkeit sowie der Rollenfunktionsfähigkeit und den Symptomsubskalen des EORTC QLQ-C30 konnte keine Korrelation festgestellt

werden ($p > .05$) (Słowik et al., 2017, S.881). In dieser Studie konnte zudem beobachtet werden, dass die postoperative Bewertung der Narben bei Frauen, die ihre kognitive, emotionale und soziale Funktionsfähigkeit niedriger einschätzten, auch schlechter ausfiel. Diese Zusammenhänge waren statistisch signifikant ($p < .05$) (Słowik et al., 2017, S.878f.).

5.1.5 Merkmale der qualitativen Studien

Nachdem in den vorangegangenen Unterkapiteln die Auswirkungen der Mastektomie auf das Körperbild und die HRQoL sowie der Zusammenhang zwischen diesen Ergebnisvariablen nachgewiesen worden ist, sollen die folgenden Unterkapitel, die subjektive Sichtweise betroffener Frauen beleuchten. Die kurze Beschreibung der Studien erfolgt auch in diesem Kontext in zeitlicher Reihenfolge nach dem Publikationsjahr.

In der phänomenologisch-hermeneutisch ausgerichteten, dänischen Forschungsarbeit von **Jørgensen et al.** (2015, S.613) wurden zwölf Frauen mit Brustkrebs und chirurgischer Behandlung in halbstrukturierten Interviews befragt. Der Interviewinhalt bezog sich auf das individuelle Erleben in der Zeit zwischen Diagnosestellung und Beginn der adjuvanten Therapie. Auch die Datenerhebung fand in diesem Zeitraum statt (Jørgensen et al., 2015, S.613). Jørgensen et al. (2015, S.614) identifizierten den Verlust von Identitäten als einen Hauptaspekt des Erlebens.

Die deskriptiv qualitative Studie von **Koçan und Gürsoy** (2016) trägt ebenfalls zu einem besseren Verständnis der Folgen einer Mastektomie für das Körperbild und das Wohlbefinden von Frauen mit Mamma-CA bei. Die Forscherinnen führten halbstrukturierte Interviews mit 20 betroffenen Frauen durch (Koçan & Gürsoy, 2016, S.146). Die Inhalte konnten in vier Themen zusammengefasst werden, die sich auf die Bedeutung der Brust und der Mastektomie für die Frauen, ihr Körperbild und die Auswirkungen auf soziale Interaktionen beziehen (Koçan & Gürsoy, 2016, S.147f.).

Die Metasynthese von **Sun et al.** (2017, S.2) zur Thematik des Erlebens eines Brustverlustes infolge einer Mastektomie bezieht sich einerseits auf die Auswirkungen auf betroffene Frauen und andererseits auf ihre Bewältigungs-

strategien. Das Review gibt einen Überblick über die qualitativen Forschungsergebnisse zur dargestellten Thematik im Zeitraum von 2000 bis 2015. Inhaltlich wurden zwei Themen identifiziert: „changes in identity“ und „coping with the changes in identity“ (Sun et al., 2017, S.3).

5.1.6 Subjektive Wahrnehmung von Veränderungen des Erscheinungsbildes

Sun et al. (2017, S.8) konnten herausstellen, dass das Fehlen der Brust für viele Frauen als deformierend für ihren Körper angesehen wurde. Dies konnten auch Koçan und Gürsoy (2016, S.147) feststellen. Die Teilnehmerinnen dieser Studie drückten sich in Bezug zu ihrem Aussehen überwiegend negativ aus und verwendeten Begriffe wie „wretched, horrible, scary, ugly, crooked, collapsed shape“ (Koçan & Gürsoy, 2016, S.147).

Ein Gefühl der Unvollkommenheit wurde von vielen Frauen mit ihrem Aussehen verbunden. Die Beschreibung einer Teilnehmerin macht dies deutlich: „I look at myself and think that a part of my body is nonexistent. To be honest (Smiling), I have never thought that I would be in this situation. I look in a mirror and the result is deformity. Nothing, but just deformity“ (Koçan & Gürsoy, 2016, S.147). Zudem wird von vielen Frauen ein Verlust der Weiblichkeit erlebt, da die Brust häufig als ein Symbol des Frauseins betrachtet wird (Jørgensen et al., 2015, S.616; Sun et al., 2017, S.8). Bedingt dadurch fühlten sich die meisten Frauen auch gleichzeitig weniger attraktiv (Koçan & Gürsoy, 2016, S.147).

Die negativen Bewertungen der äußerlichen Veränderungen erklären Sun et al. (2017, S.8) mit einem Ungleichgewicht zwischen der körperlichen Wahrnehmung und dem inneren Erleben, wodurch das Wohlbefinden der Frauen beeinträchtigt werden kann. Die Überzeugung von bestimmten gesellschaftlichen Vorstellungen und Idealen können verstärkend auf dieses Ungleichgewicht wirken (Sun et al., 2017, S.9).

5.1.7 Auswirkungen auf funktionaler Ebene

Aufgrund der Bedeutungsvielfalt der Brust kann ihre Entfernung die Betroffenen auch in der Funktionsfähigkeit beeinträchtigen (Koçan & Gürsoy, 2016, S.147).

In allen qualitativen Forschungsarbeiten konnten Auswirkungen auf die Identität herausgestellt werden. Die Äußerung einer Teilnehmerin der dänischen Studie soll dies verdeutlichen: „To find out that you are discharged as another person than you felt before. The world just keeps going and the neighbour does as usual, but I come home as another person“ (Jørgensen et al., 2015, S.615). Die Identitätsveränderungen wurden von betroffenen Frauen häufig als beschwerlich betrachtet (Jørgensen et al., 2015, S.615; Koçan & Gürsoy, 2016, S.147; Sun et al., 2017, S.8). Diese Frauen konnten sich nicht mehr mit ihrem Selbstbild identifizieren und fühlten sich gehemmt in ihren alltäglichen Aufgaben (Koçan & Gürsoy, 2016, S.147).

Des Weiteren berichteten einige Frauen davon, dass sich das veränderte Aussehen und die veränderte Identität auch auf ihr Sozialleben auswirkten (Jørgensen et al., 2015, S.616; Koçan & Gürsoy, 2016, S.148; Sun et al., 2017, S.9). Aufgrund von Grübeleien und einer Besorgnis über ihr verändertes Aussehen zogen sich viele Frauen immer weiter aus ihrem sozialen Netzwerk zurück. Dies konnte bis zu einem gänzlichen Vermeidungsverhalten (Koçan & Gürsoy, 2016, S.148) oder sogar einer direkten Ablehnung von Unterstützungsangeboten führen (Sun et al., 2017, S.7).

Im Falle vorhandener Partnerschaften oder Kinder waren auch in diesen Bereichen nicht selten Auswirkungen von den Betroffenen zu spüren. In Beziehungen war vor allem ein Einfluss auf die Sexualität zu erkennen (Jørgensen et al., 2015, S.616; Koçan & Gürsoy, 2016, S.148; Sun et al., 2017, S.9). Die Frauen reagierten mit einer Abnahme sexueller Bedürfnisse oder sogar kompletter Ablehnung (Sun et al., 2017, S.7). Eine Teilnehmerin der Studie von Jørgensen et al. (2015) äußerte: „I don't think that I'm, let me say, attractive anymore...I don't feel I have energy for a sexual life...or dare to take off my clothes in front of my husband, even if we know each other very well and he is my husband [...]“ (S.616, Auslassung: C.B.). An dieser Stelle soll nicht unerwähnt bleiben, dass bezüglich des Sexuallebens kulturelle Differenzen festgestellt werden konnten. Die dargestellten Auswirkungen traten vor allem in westlichen Kulturen auf (Sun et al., 2017, S.9).

In Bezug zu den Auswirkungen auf die Beziehung zu den eigenen Kindern konnten bei Müttern Sorgen über einen potenziell negativen Einfluss ihrer Veränderungen auf das Wohlbefinden der Kinder ermittelt werden (Jørgensen et al., 2015, S.615; Koçan & Gürsoy, 2016, S.148). Ein weiterer Aspekt war, dass durch den Verlust der Brust eine Erinnerung an das Stillen der Kinder verloren ging. Das Zitat einer Mutter macht dies deutlich: „I have three children. I breastfed them. It also reminds me of breastfeeding“ (Kocan & Gürsoy, 2016, S.147). Diese Erkenntnisse können Sun et al. (2017, S.7) bestärken, die auch die Veränderungen der Mutter-Rolle erkannten. Diese Problematik war besonders für jüngere Frauen von Bedeutung (Sun et al., 2017, S.9).

5.1.8 Auswirkungen auf psychischer Ebene

In vielen Fällen wurden durch die Veränderungen des Aussehens und des Selbstbildes starke und belastende Emotionen hervorgerufen (Sun et al., 2017, S.9). Die erste Konfrontation mit dem Operationsbereich wurde von einem großen Teil der Frauen als sehr einschneidend empfunden (Koçan & Gürsoy, 2016, S.147). Die Betroffenen spürten Emotionen wie Angst und fühlten sich unwohl. „I didn't want to see the operation area at all [...]. Before seeing it, I knew that I was going to feel the emptiness but when I saw it, I felt very different (crying), words are never enough to explain“ (Koçan & Gürsoy, 2016, S.147, Auslassung: C.B.).

Außerdem schämten sich viele Frauen für ihr neues Aussehen und hatten das Gefühl, das Fehlen der Brust verdecken zu müssen. Einige Frauen versuchten ihr verändertes Körperbild mit einer Anpassung des Kleidungsstils zu bewältigen (Koçan & Gürsoy, 2016, S.147f.). Für manche Frauen waren diese Gedanken so präsent, dass sie selbst im geschützten Umfeld nicht dazu in der Lage waren, die Veränderungen zu akzeptieren. Das Zitat einer Teilnehmerin zeigt dies: „I cannot bear this condition even when I am alone. I try to hide it when I am alone, too“ (Koçan & Gürsoy, 2016, S.148). Der Aspekt einer Anpassung der Kleidung war in einigen Fällen wieder mit einer Bedrohung der Identität verbunden, da der Kleidungsstil mit dem Selbstbild assoziiert wurde (Jørgensen et al., 2015, S.616)

Trotz dieser möglichen Schwierigkeiten bei der Verarbeitung der Erkrankung und der Behandlungsfolgen gab es Frauen, die die Veränderungen ihres Körpers und ihrer Identität bewältigen konnten (Sun et al., 2017, S.7). Sie fokussierten sich auf

die Zukunft und deuteten den Brustverlust als Erlösung und Befreiung. Auch einige Teilnehmerinnen der Studie von Koçan und Gürsoy (2016, S.147) betrachteten die Mastektomie als unausweichlich für ihr Überleben.

5.2 Pflegerische Unterstützungsmöglichkeiten

In diesem Unterkapitel werden die Ergebnisse zur zweiten handlungsleitenden Fragestellung dargelegt. Dafür wurden eine Machbarkeitsstudie (Freysteinson et al. 2014) und eine quasi-experimentelle Studie (Hamed et al. 2019) herangezogen, die im Folgenden in dieser Reihenfolge dargestellt werden. Auch in diesem Kontext soll eine Ergebnistabelle einen Überblick über die beiden Studien ermöglichen (siehe Anhang 4.2).

5.2.1 Präoperative Vorbereitung

Die Machbarkeitsstudie von Freysteinson et al. aus dem Jahr 2014 überprüfte die Wirksamkeit einer präoperativen, von Pflegenden durchgeführten Maßnahme zur Information und Aufklärung von Frauen mit Brustkrebs und bevorstehender Mastektomie. Insgesamt wurden 19 Frauen in die Studie eingeschlossen, die anhand der Intervention auf die erste Konfrontation mit ihrem Spiegelbild nach der Operation vorbereitet werden sollten. Abgeleitet wird die Maßnahme von einer vorangegangenen Studie von Freysteinson et al. aus dem Jahr 2012 (Freysteinson et al., 2014, S.2). In dieser vorangegangenen qualitativen Studie konnten die Forschenden die Bedeutung einer postoperativen Spiegelerfahrung herausstellen (Freysteinson et al., 2012, S.368).

Die Interventionsgruppe erhielt eine präoperative Aufklärung durch eine Pflegefachkraft. Die Kontrollgruppe wurde wie gewöhnlich umsorgt (Freysteinson et al., 2014, S.4). Inhaltlich umfasste das pflegerische Aufklärungsprogramm Aspekte wie Unterstützung bei der Entscheidung für oder gegen eine postoperative Spiegelkonfrontation und die Vorbereitung auf eine solche Erfahrung. Es wurden Vorteile, aber auch Risiken einer postoperativen Spiegelerfahrung besprochen. Die Frauen wurden dazu ermutigt, ihre Bedürfnisse und Sorgen in dieser Zeit und auch speziell hinsichtlich der ersten Konfrontation nach der Mastektomie im Spiegel gegenüber dem Pflegepersonal zu äußern. Weiterhin wurden die Frauen durch eine Beschreibung des postoperativen Aussehens der Brust und der Drainagen auf die

bevorstehende Zeit vorbereitet. Es wurde auch auf den positiven Einfluss einer vertrauten Person während einer Spiegelkonfrontation hingewiesen. Bei Bedarf wurden den Frauen auch Rekonstruktionsmaßnahmen und der Einsatz von Prothesen erläutert. Zu diesem Aufklärungsgespräch wurde jeder Frau ein schriftliches Handout ausgehändigt (Freysteinson et al., 2014, S.3f.).

Nach der Operation wurden das Körperbild, Depressionssymptome und das Wohlbefinden der Teilnehmerinnen beider Gruppen mittels der Body Image Scale (BIS; Hopwood et al. 2001), des Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) und der Subskala *emotionales Wohlbefinden* des SF-36 erhoben (Freysteinson et al., 2014, S.4). Die Ergebnisse der Studie liefern keine statistisch signifikanten Ergebnisse. Eine Tendenz besserer Werte in der Interventionsgruppe im Hinblick auf das Körperbild und Wohlbefinden war jedoch zu erkennen. Sie zeigten sich in Gesprächen über die Spiegelerfahrung außerdem offener und erlebten die erste Konfrontation fast doppelt so häufig in Begleitung wie die Frauen der Kontrollgruppe (Freysteinson et al., 2014, S.5). Dennoch war die Entscheidung, die Spiegelerfahrung in Begleitung oder allein durchzuführen, ausgeglichen (Freysteinson et al., 2014, S.4).

5.2.2 Postoperatives psychoedukatives Programm

Hamed et al. (2019, S.50) testeten die Wirkung eines zwölfwöchigen psychoedukativen Programmes in einer quasi-experimentellen Studie. Die Wirkung wurde im Hinblick auf das Körperbild und die mentale Anpassung an die Erkrankung an einer Stichprobe von 44 Frauen mit Brustkrebs nach einer Mastektomie untersucht. Das Körperbild wurde mit der BIS erfasst und die mentale Anpassung mittels der Mental Adjustment to Cancer scale (mini-MAC; Czerw, Marek & Deptała 2015). Das Programm wurde von dem Autorenteam, das sich aus zwei Pflegewissenschaftlerinnen, einer Psychologin und einem Onkologen zusammensetzte, durchgeführt (Hamed et al., 2019, S.49f.). Es fand jeweils eine Sitzung von 45 bis 60 Minuten in einer Gruppe von ungefähr vier bis sechs Teilnehmerinnen pro Woche statt. Eine Stunde war aufgebaut aus einer Begrüßung, mit einem Austausch über das Wohlbefinden und einer Zielsetzung für die jeweilige Einheit sowie der Besprechung von Hausaufgaben und der Behandlung der zuvor gesetzten Ziele anhand verschiedener didaktischer Methoden (Hamed et al., 2019, S.50). Die Inhalte der

Stunden basierten auf der kognitiven Verhaltenstherapie und umfassten beispielsweise Psychoedukation, kognitive Umstrukturierung, Prinzipien der Selbstachtung, Verbesserung des Körperbildes, Kommunikationsstrategien, Bewältigung negativer Gefühle und Entspannungstechniken (Hamed et al., 2019, S.50f.). In der spezifischen Körperbild-Einheit sollte vor allem an einer positiveren Körperwahrnehmung gearbeitet werden, um dadurch das Selbstwertgefühl zu stärken und wieder mehr Vertrauen in sich zu finden (Hamed et al., 2019, S.51).

Die Ergebnisse der Studie zeigen eine statistisch signifikante Verbesserung der beiden Ergebnisvariablen nach der beschriebenen Maßnahme ($p < .001$) (Hamed et al., 2019, S.53+55). Während vor dem psychoedukativen Programm rund 80% der Teilnehmerinnen eine starke Beeinträchtigung des Körperbildes aufwiesen ($M=23.95$), befanden sich nach der Intervention alle Teilnehmerinnen in einem niedrigen bis moderaten Bereich ($M=11.09$) (Hamed et al., 2019, S.51f.+55). Auch die mentale Anpassung konnte durch das Programm signifikant verbessert werden ($p < .001$) (Hamed et al., 2019, S.53).

5.3 Methodische Qualität

Die für die erste Fragestellung eingeschlossenen Studien und Reviews weisen eine sehr unterschiedliche methodische Qualität auf. Während die qualitativ ausgerichteten Studiendesigns ein überwiegend nachvollziehbares Vorgehen offenlegen, sind bei den quantitativen Studien einige Mängel zu erkennen. Teilweise werden Ein- und Ausschlusskriterien nicht spezifisch formuliert oder Ausschlusskriterien erst gar nicht genannt (Bagheri & Mazaheri, 2014, S.286; Türk & Yılmaz, 2018, S.206). Die Beschreibung der Teilnehmenden ist in manchen Studien nicht ausreichend geschildert (Bagheri & Mazaheri, 2014, S.287; Türk & Yılmaz, 2018, S.207). In den Studien von Bagheri und Mazaheri (2014) und von Jabłoński et al. (2018) fehlen zudem Angaben zum Zeitpunkt der Datenerhebung. Positiv ist hingegen anzumerken, dass in nahezu allen Querschnittstudien potentielle Störfaktoren erkannt wurden (Słowik et al., 2017, S.873f.; Jabłoński et al., 2018, S.863f.; Türk & Yılmaz, 2018, S.207f.). Jedoch wurden diese nur in einer der Studien mittels Regressionsanalysen überprüft (Türk & Yılmaz, 2018, S.208). Ein weiterer Kritikpunkt bezieht sich auf die Güte der standardisierten Erhebungsinstrumente. Zwar werden in fast allen Studien valide und reliable

Fragebögen verwendet (Bagheri & Mazaheri, 2014, S.287; Słowik et al., 2017, S.875f.; Türk & Yılmaz, 2018, S.204), aber deren Gütekriterien werden nicht immer ausreichend dargestellt (Słowik et al., 2017, S.875f.). Die statistische Auswertung der Daten war in allen Fällen grundlegend geeignet, aber die Angabe der Ergebnisse oftmals nicht nachvollziehbar und übersichtlich (Bagheri & Mazaheri, 2014, S.287ff.; Türk & Yılmaz, 2018, S.207). Auch das systematische Review von Paterson et al. (2016) weist eindeutige Mängel auf. Die Formulierung einer konkreten Forschungsfrage wurde nicht vorgenommen. Dennoch lässt sich das PICO-Schema in der Problembeschreibung erkennen. Auch die Suchstrategie ist durch ungenaue Angaben wenig nachvollziehbar. Ein weiterer kritischer Aspekt ist die Datenextraktion, die von nur einem Forscher unabhängig durchgeführt wurde (Paterson et al., 2016, S.3f.). Eine Bewertung der Studien fehlt gänzlich. Die Anzahl und die Gründe für den Ausschluss von Studien wurden genannt und in einem Flussdiagramm dargestellt (Paterson et al., 2016, S.4+16). Paterson et al. (2016, S.4f.+9ff.) beschreiben eine Heterogenität ihrer verwendeten Studien, legen jedoch keine Informationen zur Synthese der Ergebnisse offen. In den Limitationen wird das Risiko eines Publikationsbias erwähnt, der letztendlich aber nicht statistisch überprüft wurde (Paterson et al., 2017, S.10).

Im Gegensatz zu Paterson et al. (2016) ist in der Metasynthese von Sun et al. (2017) ein sehr transparentes und schlüssiges methodisches Vorgehen zu erkennen. Es werden zwei klare Fragestellungen formuliert. Die Einschlusskriterien sind auf diese abgestimmt und die umfassende Literaturrecherche wurde mit allen notwendigen Informationen dargelegt (Sun et al., 2017, S.2). Die Studienauswahl wird anhand eines Flussdiagramms dargestellt (Sun et al., 2017, S.8). Die ausgeschlossenen Studien werden jedoch auch in diesem Review nicht explizit genannt. Dennoch werden der Datenextraktionsprozess sowie die kritische Bewertung der Studien, nachvollziehbar beschrieben, wobei die Bewertung der Studien von zwei Autoren unabhängig voneinander vorgenommen wurde (Sun et al., 2017, S.3).

In der phänomenologisch-hermeneutischen Studie von Jørgensen et al. (2015) ist durchgängig eine Transparenz bezogen auf den Forschungsprozess zu erkennen. Eine Beispieltabelle zur Strukturanalyse der erhobenen Daten verdeutlicht die Auswertung der Interviews (Jørgensen et al., 2015, S.615). Das Vorgehen entspricht in allen Phasen dem gewählten qualitativen Ansatz. Ein negativer Aspekt

ist, dass der Forschungsbericht keine Darstellung der Überzeugungen und Werte der Forschenden, welche einflussnehmend auf die Studie gewesen sein könnten, erhält. Die qualitative Studie von Koçan und Gürsoy (2016) ist hingegen weniger nachvollziehbar. Als negativ stellt sich die mangelhafte Beschreibung zu theoretisch-philosophischen Voraussetzungen für die Methodik heraus (Koçan & Gürsoy, 2016, S.155). Eine explizite Nennung des qualitativen methodischen Ansatzes ist ein bedeutender Kritikpunkt, da so auch die Kongruenz zum weiteren durchgeführten Prozedere der Forscherinnen nicht eindeutig abgeschätzt werden kann. Dennoch entsprechen die Durchführung und Analyse der Datenerhebung sowie die Ergebnisdarstellung den Merkmalen qualitativer Forschung. Auch werden kulturelle und religiöse Rahmenbedingungen thematisiert (Koçan & Gürsoy, 2016, S.149).

Die methodische Qualität der beiden Studien, die für die Bearbeitung der zweiten Fragestellung genutzt wurden, ist ebenfalls sehr unterschiedlich. Freysteinson et al. (2014, S.4) beschreiben das Design ihrer Machbarkeitsstudie als randomisiert kontrolliert. Eine Randomisierung wird zwar erwähnt, jedoch nicht näher erläutert. Weiterhin gibt es keine Hinweise auf eine Verblindung. Es kann außerdem nicht nachvollzogen werden, ob sich die Frauen im ausreichenden Maße ähnelten (Freysteinson et al., 2014, S.4f.). Die Outcomes wurden in beiden Gruppen mit denselben reliablen Instrumenten gemessen (Freysteinson et al., 2014, S.4). Jedoch fehlen Erläuterungen zu den psychometrischen Gütekriterien. Auch mangelt es an einer Beschreibung der Datenauswertung. Insgesamt ist die Qualität der Studie als sehr gering und das gewählte randomisiert kontrollierte Design als ungeeignet zu beurteilen. Die quasi-experimentelle Studie von Hamed et al. (2019) kann qualitativ insgesamt als akzeptabel beschrieben werden. Die Intervention und die Ergebnisvariablen wurden eindeutig aufgezeigt und detailliert beschrieben. Intervention, Ergebnisvariablen und Erhebungsinstrumente waren für alle Teilnehmerinnen gleich. Die Fragebögen werden zu Beginn nachvollziehbar bezüglich ihrer Güte beschrieben (Hamed et al., 2019, S.49f.). Die Ähnlichkeit der Teilnehmerinnen kann jedoch aufgrund fehlender spezifischer Angaben nur bedingt eingeschätzt werden. Zudem gab es enorme Unterschiede bezüglich der vergangenen Zeit nach der Mastektomie, die von einem bis zwei Jahren nach Operation bis zu fünf Jahren später reichte (Hamed et al., 2019, S.55).

6 Diskussion

Dieser Teil der Arbeit dient zur Interpretation und Diskussion der zuvor beschriebenen Ergebnisse vor dem Hintergrund bisheriger Erkenntnisse zur Thematik. Außerdem soll im besonderen Maße die Bedeutung für das pflegerische Handeln herausgearbeitet werden. Anschließend wird das methodische Vorgehen der Autorin kritisch reflektiert und die Aussagekraft der Resultate dieser Arbeit eingeschätzt. Zum Schluss wird ein Fazit gezogen und ein Ausblick für die pflegerische Praxis und Forschung gegeben.

6.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Im Folgenden werden die zentralen Ergebnisse dieser Arbeit zusammengefasst, mit den Ergebnissen anderer Forschungsarbeiten verglichen und vor dem Hintergrund der methodischen Qualität diskutiert. Dabei wird dieses Unterkapitel für eine bessere Übersichtlichkeit nach den beiden Fragestellungen unterteilt.

Körperbild und gesundheitsbezogene Lebensqualität

Die Forschungsergebnisse deuten auf einen negativen Einfluss der Mastektomie auf das Körperbild und die gesundheitsbezogene Lebensqualität hin. Das Körperbild der Frauen mit Brustkrebs war nach einer Mastektomie beeinträchtigt (Bagheri & Mazaheri, 2014, S.289; Paterson et al., 2016, S.11; Jabłoński et al., 2017, S.868; Türk & Yılmaz, 2018, S.209). Auch konnte eine Abnahme der HRQoL festgestellt werden (Bagheri & Mazaheri, 2014, S.288f.; Słowik et al. 2017, S.876; Türk & Yılmaz, 2018, S.208f.). Die Ergebnisse differieren bezüglich des Ausmaßes der Einschränkungen in den einzelnen Dimensionen der HRQoL. Türk und Yılmaz (2018, S.207f.) konnten vor allem Einschränkungen im körperlichen und emotionalen Wohlbefinden der Betroffenen verzeichnen (Türk & Yılmaz, 2018, S.207f.). Słowik et al. (2017, S.876f.) ermittelten eine starke Belastung in der emotionalen und sexuellen Funktionsfähigkeit sowie der Rollenfunktion. In der Vergangenheit wurden bereits ähnliche Ergebnisse verzeichnet. So zum Beispiel auch in einer deutschen Studie, die Frauen mit Brustkrebs nach einer Mastektomie oder einer BET im Hinblick auf ihr Körperbild und ihre HRQoL im Langzeitverlauf untersuchte. Das Körperbild und die HRQoL waren nach vier Jahren noch in einem moderaten Maße belastet (Härtl et al., 2003, S.447f.).

In Bezug auf den Einfluss der Operationsmethode sind die Studienergebnisse dieser Arbeit inkonsistent. Dabei konnte von Paterson et al. (2016, S.9+11) eine stärkere Belastung durch eine Mastektomie im Vergleich zu anderen operativen Verfahren festgestellt werden. Słowik et al. (2017, S.877) konnten keine Unterschiede zwischen den operativen Methoden und den Auswirkungen auf das Körperbild und die HRQoL erkennen. Auch Härtl et al. (2003, S.449f.) eruierten die Unterschiede zwischen verschiedenen operativen Verfahren. Sie konnten keine Differenzen in der HRQoL feststellen. Jedoch wurde nachgewiesen, dass angesichts des körperlichen Erlebens eine stärkere Belastung durch eine Mastektomie verursacht wird, die auch vier Jahre nach der Operation für die Betroffenen von Bedeutung war (Härtl et al., 2003, S.449f.).

Bei Betrachtung des Einflussfaktors des Alters sind die Ergebnisse ebenso widersprüchlich. Paterson et al. (2016, S.7) konstatierten, dass bei jüngeren Frauen das Risiko für Störungen des Körperbildes und der Sexualität erhöht sei. Einen Zusammenhang zwischen dem Körperbild sowie der HRQoL und dem Alter konnten von Türk und Yilmaz (2018, S.208) jedoch nicht bestätigt werden. Auch die deutsche Studie kam nicht zu eindeutigen Ergebnissen. Es konnten keine signifikanten altersabhängigen Unterschiede beobachtet werden. Im Vergleich zu älteren Frauen wurde aber eine Tendenz für eine stärkere psychische Belastung durch die Körperbildveränderungen unter jüngeren Frauen wahrgenommen (Härtl et al., 2003, S.451).

Außerdem konnte ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Körperbild und der HRQoL erkannt werden (Bagheri & Mazaheri, 2014, S.289; Türk & Yilmaz, 2018, S.207). Słowik et al. (2017, S.880) fanden eine signifikante Korrelation zwischen dem Körperbild sowie der Beurteilung der Zukunftsperspektiven und der HRQoL. Sie schlussfolgern daraus, dass ein höheres Risiko für Körperbildstörungen bei Frauen mit starken emotionalen Beeinträchtigungen besteht. Körperbildprobleme gingen vor allem mit psychischen Belastungen einher. Zudem konnten Auswirkungen auf die sexuelle Funktionsfähigkeit und sexuelle Bedürfnisse beobachtet werden (Paterson et al., 2016, S.9; Jabłoński et al., 2018, S.868).

Das Erleben der Frauen nach einer Mastektomie und die Bedeutung des Brustverlustes waren sehr individuell. Häufig konnten negative Wahrnehmungen des veränderten Aussehens festgestellt werden. Veränderungen und Verluste der Identität wurden aufgedeckt (Jørgensen et al., 2015, S.615f.; Koçan & Gürsoy, 2016, S.147; Sun et al., 2017, S.8f.). Die negativen Auswirkungen auf das Körper- und Selbstbild werden auch von anderen Forschenden erkannt. In einer qualitativen Studie aus Deutschland wurden Frauen mit Brustkrebs nach chirurgischer Behandlung zu ihren Belastungen befragt (Remmers, Holtgräwe & Pinkert, 2010, S.12). Die veränderte Selbstwahrnehmung wurde auch hier als bedeutendes belastendes Ereignis identifiziert.

Aufgrund der Bedeutungsvielfalt der Brust beschrieben die Frauen auch Einschränkungen auf funktionaler Ebene. Es wurde von einem sozialen Rückzug sowie Veränderungen in Partnerschaften und der Sexualität berichtet (Jørgensen et al., 2015, S.616; Koçan & Gürsoy, 2016, S.148; Sun et al., 2017, S.9). Ein Einfluss des kulturellen Hintergrundes wurde in Bezug auf die Sexualität beobachtet (Sun et al., 2017, S.9). Des Weiteren wurde ein Verlust der Mutter-Rolle verzeichnet (Jørgensen et al., 2015, S.615; Kocan & Gürsoy, 2016, S.147; Sun et al., 2017, S.7).

Es wurden verschiedene Emotionen beschrieben, die von Angst, über Scham bis hin zu Erleichterung reichen (Koçan & Gürsoy, 2016, S.147; Sun et al., 2017, S.7ff.). Als besonders belastend wurde die erste Konfrontation mit dem Operationsgebiet erlebt (Koçan & Gürsoy, 2016, S.147). Dies konnten Remmers, Holtgräwe und Pinkert (2010, S.13) ebenso herausstellen. Trotz alledem konnte auch aufgedeckt werden, dass die Mastektomie für Frauen eine Befreiung darstellen kann. Diese Frauen empfanden positive Gefühle und waren dadurch in der Lage die Wiedererlangung ihre Gesundheit in den Fokus zu rücken. Somit konnten die Veränderungen des Körper- und Selbstbildes von ihnen bewältigt werden (Sun et al., 2017, S.9).

In Anbetracht der im vorherigen Kapitel herausgearbeiteten methodischen Mängel der Forschungsarbeiten muss berücksichtigt werden, dass die Ergebnisse dieser Arbeit nicht besonders repräsentativ sind. Das liegt zum einen an dem Forschungsdesign der Querschnittstudien an sich, da immer nur eine

Momentaufnahme geboten werden kann, und zum anderen an der methodisch schlechten Qualität der Studien. Zudem sind auch die Stichprobengrößen nicht entsprechend groß, um aussagekräftige Ergebnisse liefern zu können. Auch in dem systematischen Review wurde methodisch nicht gut und nachvollziehbar gearbeitet. Die Forschenden berichten selbst in vielerlei Hinsicht von einer Heterogenität ihrer eingeschlossenen Studien, die die Aussagekraft der Ergebnisse limitieren (Paterson et al., 2016, S.9f.). Die qualitativen Studien und die Metasynthese konnten hingegen mit einem transparenten Vorgehen und einer überwiegend qualitativ hochwertigen Arbeit überzeugen. Sie offenbaren einen interessanten und vielseitigen Einblick in das Erleben der Frauen mit Brustkrebs, die sich einer Mastektomie unterziehen. Besonders der Aspekt, der positiven Wahrnehmung des Brustverlustes als eine Art Befreiung und Chance eines Neuanfang negieren den Eindruck der ausschließlich schlechten Auswirkungen der Mastektomie auf das Körperbild, der durch die quantitativen Studien gewonnen wurde.

Pflegerische Unterstützungsmöglichkeiten

In Bezug auf die pflegerische Unterstützungsmöglichkeit zur Vorbereitung der Frauen auf eine Konfrontation mit dem Operationsareal konnte eine Tendenz zur Verbesserung des Körperbildes erkannt werden (Freysteinson et al., 2014, S.5). Ein postoperatives, psychoedukatives Gruppenprogramm über zwölf Wochen zeigte eine signifikante Verbesserung des Körperbildes und der Anpassung an die Veränderungen der Erkrankung (Hamed et al., 2019, S.53f.).

Es muss auch in diesem Zusammenhang bedacht werden, dass die Ergebnisse der Machbarkeitsstudie von Freysteinson et al. (2014) aufgrund des Forschungsdesigns nicht aussagekräftig sind, was durch die auffallend schlechte methodische Qualität noch verstärkt wird. Die Studie von Hamed et al. (2019) kann methodisch zwar als akzeptabel bewertet werden, jedoch fehlt ein Effektnachweis der Ergebnisse, um die Wirksamkeit der Intervention eindeutig zu bestätigen. Dennoch wird mit Bezug auf die Ergebnisse zur ersten Fragestellung deutlich, dass die Interventionen an sich geeignet wären. Die erste Konfrontation nach der Operation, die als besonders beschwerlich und emotional betrachtet wird, sowie die vielseitigen Auswirkungen der Körperbildprobleme auf Gedanken, Emotionen und Verhalten könnten mit Interventionen solcher Art angegangen werden.

6.2 Relevanz für das pflegerische Handeln

Aus den Ergebnissen im Vergleich zu vorherigen Forschungserkenntnissen geht eindeutig die Wichtigkeit des Körperbildes und der HRQoL für die betroffenen Frauen hervor. Bereits in der systematischen Literaturrecherche wurde ein Defizit an Forschungsarbeiten zu pflegerischen Maßnahmen bei Körperbildproblemen von Frauen mit Brustkrebs nach einer Mastektomie erkannt. Es existieren zwar zahlreiche Studien zu psychotherapeutischen oder bewegungstherapeutischen Interventionen, die bereits in Reviews analysiert wurden, aber die Berufsgruppe der Pflegenden wird darin nicht erwähnt. Auch, wenn im Hinblick auf die zweite handlungsleitende Fragestellung nur wenig experimentelle Studien vorliegen, die zudem keine eindeutigen Effektnachweise liefern, konnten in den anderen Forschungsarbeiten Hinweise für die Pflege erkannt werden. Nahezu alle behandelten beobachtenden Studien, die für die erste Fragestellung genutzt wurden, zogen aus ihren Ergebnissen Schlüsse für das pflegerische Handeln. Es werden beispielsweise multiprofessionelle Versorgungsansätze, die präoperative Aufklärung und Begleitung der Patientinnen sowie postoperative Beratungs- und Unterstützungsangebote gefordert (Kocan & Gürsoy, 2016, S.149). Dadurch werden die Ansätze der untersuchten Interventionsstudien von Freysteinson et al. (2014) und Hamed et al. (2019) noch einmal in ihren Grundgedanken bestärkt. Mehrfach wird auch eine Berücksichtigung der Individualität betont. Die Frauen sollten als Individuen in ihrer ganz persönlichen Lebenssituation gesehen und verstanden werden (Jørgensen et al., 2015, S.616f.; Kocan & Gürsoy, 2016, S.149; Sun et al., 2017, S.9). Dafür sind laut Jørgensen et al. (2015, S.614) Kommunikationskompetenzen und eine vertrauensvolle Bezugspflege unerlässlich. Paterson et al. (2016, S.11) sehen in Pflegenden die Personen, denen durch die alltägliche Begleitung der Patientinnen die Voraussetzungen geboten werden, Körperbildveränderungen und die damit einhergehenden Belastungen mit den Betroffenen zu besprechen und sie bei der Bewältigung zu unterstützen.

Auch bei Betrachtung der Bedürfnisse und Erwartungen der Patientinnen an die Berufsgruppe der Pflegenden, die in einer Studie von Remmers, Holtgräwe und Pinkert (2010, S.12) erfragt wurden, wird der Berufsgruppe der Pflege ein Vertrauen im Hinblick auf die Problematik entgegengebracht. Aus den Interviews mit den befragten Teilnehmerinnen konnten fünf zentrale Bedürfnisse und Erwartungen an

die Pflege herausgestellt werden: geschätzt werden, emotionale Unterstützung, soziale Kompetenz, Vertrauenswürdigkeit und Professionalität (Remmers, Holtgräwe & Pinkert, 2010, S.13ff.). Als Voraussetzung dafür wurden sichere kommunikative Fähigkeiten beschrieben, die auch auf die Problembereiche des Körperbildes und der Sexualität abzielen sollten (Remmers, Holtgräwe & Pinkert, 2010, S.15). Der dringende Interventionsbedarf ist somit nicht zu verkennen.

Freysteinson et al. stellten schon vor circa sieben Jahren das Potential der Spiegeltherapie in der Begleitung der Patientinnen heraus, entwickelten dafür das präoperative Vorbereitungsprogramm und planten ein weiteres Forschungsvorhaben (Freysteinson et al., 2014, S.5f.). Darüber liegen zum heutigen Zeitpunkt noch keine neueren Informationen vor. Auch wurde im Jahr 2003 eine Fallstudie zu der Anwendung des Briefeschreibens zur Bewältigung von Körperbildveränderungen veröffentlicht. Eine Pflegende hatte die Aufgabe, dabei unterstützend zu wirken und in Beratungseinheiten mit der Betroffenen über diese Briefe zu sprechen (Rancour & Brauer, 2003, S.841). Die Patientin beschrieb in ihrem Brief Gedanken und Emotionen bezüglich der Veränderungen des Körpers und der damit zusammenhängenden Belastungen und berichtete positiv über diese Erfahrung. Sie verhalf ihr bei der Annahme der Veränderungen und der Offenheit mit ihren Problemen (Rancour & Brauer, 2003, S.845). Im Zuge der Digitalisierung kann zur heutigen Zeit anstelle der Intervention des Briefeschreibens eher ein Trend in Richtung des Verfassens von Blogs verzeichnet werden. Bisher wurden dies aber eher dahingehend untersucht, dass es den Pflegenden zu einem Verständnis der Frauen verhelfen kann (Costa Vargens & Berterö, 2017, S.3f).

Interventionen solcher Art wurden bisher nicht in größeren Studien überprüft, obwohl ein vielversprechendes Potential besteht. Es wäre also sinnvoll, die Intervention in einem randomisiert kontrollierten Rahmen zu testen.

Neben diesen spezifischen Maßnahmen für die Bewältigung von Körperbildproblemen sind auch die kommunikativen Kompetenzen in vielen der Forschungsarbeiten gefordert worden. Eine Studie zu der Sichtweise der Pflegenden liefert Informationen, dass Problematiken des Körperbildes und der Sexualität in der Praxis von Pflegenden nicht thematisiert werden. Als Gründe dafür wurden eine Unsicherheit mit der Thematik oder eine fehlende Anerkennung zu ihrem Aufgabebereich vermutet (Holtgräwe, Pinkert & Remmers, 2007, S.79). In einer anderen

Studie zeigte sich hingegen, dass die Mehrheit der Pflegenden diese Problematiken bei den Frauen wahrnehmen und sich auch in der Verantwortung sehen diesbezüglich unterstützend zu wirken. Dennoch agierten nur etwa ein Drittel aufgrund von ungenügend empfundener Ausbildung, Überforderung, zeitlicher und kulturellen Barrieren tatsächlich (Krouwel et al., 2015, S.712). Daneben wurden auch seitens der Patientinnen Hemmnisse in der Ansprache ihrer Belastungen und Sorgen bezogen auf das Selbstbild und die Sexualität nachgewiesen (Landmark et al., 2008, S.198f.). Es scheint, als würden nicht nur spezifische pflegerische Maßnahmen fehlen, sondern auch eine generelle Unsicherheit in der Kommunikation von Körperbildproblemen und den damit verbundenen Belastungen bestehen. Dies könnte auch eine Begründung, für die nicht gefestigte Rolle der Pflegenden in der Psychoonkologie darstellen. Ohne ein fehlendes Selbstvertrauen und Verantwortungsgefühl der Pflegenden, kann diesbezüglich auch keine Entwicklung vorangetrieben werden.

Zusammengefasst werden kann an dieser Stelle, dass eine pflegerische Unterstützung bezüglich der Bewältigungsprobleme der Körperbildveränderungen und den damit verbundenen Auswirkungen auf die HRQoL in der Forschung zurzeit noch nicht häufig berücksichtigt werden. Es mangelt an evidenzbasierten pflegerischen Interventionen. Dabei bestehen bereits potenzielle Ansätze, die bislang aber nicht weiter fokussiert wurden. Zudem wirkt eine Unsicherheit in der Kommunikation von Körperbildproblemen und Problemen der Sexualität und Partnerschaft seitens der Patientinnen und der Pflegenden hemmend. Daraus kann geschlussfolgert werden, dass Pflegende in Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie auf akademischer Ebene besser in der Kommunikation diesbezüglicher Belange geschult werden müssen. Zudem ist eine Stärkung des pflegerischen Selbstverständnisses notwendig, um einerseits die Frauen mit Brustkrebs und Körperbildproblemen kompetent begleiten und beraten und andererseits pflegerische Maßnahmen empirisch überprüfen zu können.

6.3 Limitationen

Neben den beschriebenen Mängeln der verwendeten Studien, gibt es auch einige Punkte bezogen auf das methodische Vorgehen dieser Arbeit, die die Repräsentativität und Übertragbarkeit der Ergebnisse einschränken

Zum einen ist es das Konstrukt des Körperbildes an sich, welches die Messbarkeit so schwierig gestaltet. Aufgrund der vielfältigen Interpretationsmöglichkeiten des Begriffes ist es notwendig, eine Definition dessen für das Forschungsvorhaben als Grundlage festzulegen. Einige der Studien, die in dieser Arbeit herangezogen wurden, legen im Vorhinein keinen Rahmen für ihr Verständnis von Körperbild fest. Dies wirkt sich auch negativ auf die Erfassung aus, da viele verschiedene Fragebögen für die Erhebung des Körperbildes verwendet wurden. Diese fokussieren unterschiedliche Aspekte des Körpererlebens. Das Problem zeigt sich ebenso bei der Messung der HRQoL. Insgesamt führte die große Variation an Messinstrumenten in den Studien und die teilweise fehlende Offenlegung des Verständnisses des Körperbildes zu einer erschwerten Vergleichbarkeit der Ergebnisse. In Zukunft sollten daher die bestehenden elementaren Arbeiten für einheitliche Forschungsvorgehen, wie die von Radoschewski (2000), Röhrich et al. (2004) oder Rothen et al. (2016) herangezogen werden. Auch ist es von Bedeutung, die existierenden standardisierten Fragebögen zu überdenken und zu bearbeiten, anstatt die Übersichtlichkeit über diese durch eine fortschreitende Entwicklung von weiteren Instrumenten noch zusätzlich zu erschweren.

Zum anderen differierten die Messzeitpunkte in den Forschungsarbeiten. Während die betroffenen Frauen in einigen Studien in der Zeit unmittelbar nach der Mastektomie befragt wurden, lag in dem systematischen Review eine Spanne der Messzeitpunkte zwischen ein bis fünf Jahren nach der Operation und Abschluss der gesamten Therapie vor. In zwei Studien fehlten sogar gänzliche Angaben zum Zeitpunkt. Auch diese enormen Unterschiede gestalteten den Vergleich der Ergebnisse schwierig. Des Weiteren können sie zu einer Verschiebung der Ergebnisse geführt haben. Außerdem muss angemerkt werden, dass die Erkenntnisse aufgrund der Herkunftsländer der Studien nur bedingt übertragbar sind. Die verschiedenen gesundheitswirtschaftlichen sowie kulturellen Rahmenbedingungen sind mit dem deutschen Gesundheitssystem und der westlichen Kultur teilweise nicht vergleichbar. Die beiden letzteren Punkte konnten jedoch durch den Mangel aktueller Forschungsarbeiten nicht umgangen werden.

Im Gesamten fällt eine Heterogenität der Studien auf, die unter anderem durch die Eingrenzung der Forschungsergebnisse auf die letzten fünf Jahre bedingt sein könnte. Insgesamt konnten viele Treffer erzielt werden, aber die zeitliche

Eingrenzung reduzierte die Anzahl enorm. Zudem bezogen sich die Forschungsergebnisse hauptsächlich auf die BET und Rekonstruktionsmaßnahmen. Dies könnte jedoch auch mit dem durch den medizinischen Fortschritt verbundenen Versuch der Umgehung einer Mastektomie als chirurgischen Maßnahme zusammenhängen.

6.4 Fazit

In dieser Arbeit wurden die Auswirkungen einer Mastektomie auf das Körperbild und die HRQoL von Frauen mit Mamma-CA, sowie der Zusammenhang zwischen diesen beiden Variablen untersucht. Ein weiteres Ziel war auch die Analyse pflegerischer Interventionen bezüglich des Körperbildes. Die beiden Fragestellungen konnten anhand des aktuellen Forschungsstandes beantwortet werden. Die Mastektomie kann betroffene Frauen in ihrem Körperbild und der HRQoL beeinträchtigen. Dennoch wird der Brustverlust sehr individuell erlebt und muss nicht zwingend zu Problemen bei der Bewältigung der Veränderungen des Körper- und Selbstbildes führen. Im Falle einer vorhandenen Belastung durch das Körperbild können die Frauen aber in ihren Emotionen, Gedanken und ihrem Verhalten beeinträchtigt werden, was zu weitreichenden Folgen in ihrem alltäglichen Leben führen kann. Aufgrund der geringen Aussagekraft und Übertragbarkeit der Ergebnisse dieser Arbeit bedarf es jedoch weiterer Forschung.

Es besteht ein ausdrücklicher pflegerischer Interventionsbedarf, der zurzeit nicht gedeckt werden kann, da Pflegemaßnahmen in diesem Zusammenhang bislang kaum erforscht sind. In Zukunft muss die Pflegeforschung dieser Thematik mehr Beachtung schenken, um diesem Defizit entgegenzuwirken. Dies wird auch besonders durch das Potenzial der Pflege, das nicht nur aus wissenschaftlicher Perspektive, sondern ebenfalls aus Patientensicht betont wird, gerechtfertigt.

Neben einer Sicherstellung ausreichender Schulung in Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie auf akademischer Ebene, muss ein Umdenken im beruflichen Selbstverständnis der Pflegenden stattfinden. Es bedarf eines größeren Selbstvertrauens, um die Körperbildprobleme und die damit verbundenen Belastungen in der HRQoL auch in der pflegerischen Praxis angehen zu können. Nur so kann die Versorgungsqualität der Frauen mit Brustkrebs nach einer Mastektomie optimiert werden.

7 Literaturverzeichnis

- Ackermann, U. (2017). Psychoonkologische Probleme nach Krebserkrankungen der Frau. Empirische Datenlage und Konsequenzen für die Praxis. *Der Gynäkologe*, 50 (5), 327-332.
- Aromataris, E., Fernandez, R., Godfrey, C., Holly, C., Kahlil, H. & Tungpunkom, P. (2015). Summarizing systematic reviews: methodological development, conduct and reporting of an Umbrella review approach. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 13 (3), 132-40.
- Bagheri, M. & Mazaheri, M. (2014). Body Image and Quality of Life in Female Patients with Breast Cancer and Healthy Women. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 3 (1), 285-292.
- Bartholomeyczik, S. (2014). Pflegeforschung: Entwicklung, Themenstellungen und Perspektiven. In D. Schaeffer & K. Wingenfeld (Hrsg.), *Handbuch Pflegewissenschaft* (S.67-94). München: Juventa.
- Bullinger, M. (2014). Das Konzept der Lebensqualität in der Medizin - Entwicklung und heutiger Stellenwert. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 108 (2-3), 97-103.
- Bullinger, M. (2016). Zur Messbarkeit von Lebensqualität. In L. Kovács, R. Kipke & R. Lutz (Hrsg.), *Lebensqualität in der Medizin* (S.175-188). Wiesbaden: Springer.
- Bullinger, M. & Schmidt, S. (2006). Methoden zur Lebensqualitätsbewertung in der Onkologie. In H.-J. Schmoll, K. Höffken & K. Possinger (Hrsg.), *Kompodium Internistische Onkologie. Standards in Diagnostik und Therapie* (4. Aufl., S.2505-2516). Heidelberg: Springer Medizin.
- Costa Vargens, da O.M. & Berterö, C.M. (2017). Young women with breast cancer using the healing tool; writing blogs. *Nursing and Palliative Care*, 2 (4), 1-5.
- Dujmović, A., Marčinko, D., Bulić, K., Kisić, H., Duduković, M. & Mijatović, D. (2017). Quality of Life and Depression among female patients undergoing surgical treatment for breast cancer: A prospective study. *Psychiatria Danubina*, 29 (3), 345-350.

- Freysteinson, W.M., Deutsch, A.S., Davin, K., Lewis, C., Sisk, A., Sweeney, L., Wuest, L. & Cesario, S.K. (2014). The Mirror Program: Preparing Women for the Postoperative Mastectomy Mirror-Viewing Experience. *Nursing Forum*, 50 (4), 1-6.
- Freysteinson, W.M., Deutsch, A.S., Lewis, C., Sisk, A., Wuest, L. & Cesario, S.K. (2012). The Experience of Viewing Oneself in the Mirror After a Mastectomy. *Oncology Nursing Forum*, 39 (4), 361-369.
- Härtl, K., Janni, W., Kästner, R., Sommer, H. & Stauber, M. (2003). Gesundheitsbezogene Lebensqualität, Körpererleben und Angst bei Brustkrebspatientinnen im Langzeitverlauf. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 63 (5), 446-452.
- Hamed, S.G.A., El-Etreby, R.R., Mahgoub, N.A., El-Boraie, O.A. & Esmail, M.E. (2019). Impact of Psycho-educational Program on Body Image Concerns and Mental Adjustment among Post Mastectomy Women. *International Journal of Nursing Didactics*, 9 (1), 48-57.
- Holtgräwe, M., Pinkert, C. & Remmers, H. (2007). Belastungen und Bewältigungsstrategien von Frauen mit Brustkrebs in der Phase der chirurgischen Primärtherapie - die Sicht der Pflegenden. *Pflege*, 20 (2), 72–81.
- Hopwood, P. (1993). The Assessment of Body Image in Cancer Patients. *European Journal of Cancer*, 29 (2), 276-281.
- Huang, J. & Chagpar, A.B. (2018). Quality of Life and Body Image as a Function of Time from Mastectomy. *Annals of Surgical Oncology*, 25 (10), 3044–3051.
- Jabłoński, M.J., Streb, J., Mirucka, B., Słowik, A.J. & Jach, R. (2018). The relationship between surgical treatment (mastectomy vs. breast conserving treatment) and body acceptance, manifesting femininity and experiencing an intimate relation with a partner in breast cancer patients. *Psychiatria Polska*, 52 (5), 859-872.
- Jørgensen, L., Garne, J.P., Søgaaard, M. & Laursen, B.S. (2015). The experience of distress in relation to surgical treatment and care for breast cancer: An interview study. *European Journal of Oncology Nursing*, 19 (6), 612-618.

- Kipke, R. (2016). Was ist Lebensqualität in der Medizin? Zur Klärung ihres Verhältnisses zu Gesundheit und gutem Leben. In L. Kovács, R. Kipke & R. Lutz (Hrsg.), *Lebensqualität in der Medizin* (S.63-74). Wiesbaden: Springer.
- Koçan, S. & Gürsoy, A.A. (2016). Body Image of Women with Breast Cancer After Mastectomy: A Qualitative Research. *The Journal of Breast Health*, 12 (4), 145-150.
- Kowalczyk, R., Nowosielski, K., Cedrych, I., Krzystanek, M., Glogowska, I., Streb, J., Kucharz, J. & Lew-Starowicz, Z. (2018). Factors Affecting Sexual Funktion and Body Image of Early-Stage Breast Cancer Survivors in Poland: A Short-Term Observation. *Clinical Breast Cancer*, 19 (1), 1-10.
- Kramer, L., Füre, J. & Stute, P. (2014). Die gesundheitsbezogene Lebensqualität. *Gynäkologische Endokrinologie*, 12 (2), 119-123.
- Krouwel, E.M., Nicolai, M.P.J., Steijn-van Tol, van A.Q.M.J., Putter, H., Osanto, S., Pelger, R.C.M. & Elzevier, H.W. (2015). Addressing changed sexual functioning in cancer patients: A cross-sectional survey among Dutch oncology nurses. *European Journal of Oncology Nursing*, 19 (6), 707-715.
- Küchenhoff, J. & Agarwalla, P. (2013). *Körperbild und Persönlichkeit* (2. Aufl.). Heidelberg: Springer Medizin.
- Landmark, B.T., Bøhler, A., Loberg, K. & Wahl, A.K. (2008). Women with newly diagnosed breast cancer and their perceptions of needs in a health-care context. A focus group study of women attending a breast diagnostic centre in Norway. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness in association with Journal of Clinical Nursing*, 17 (7b), 192–200.
- Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V [AWMF]) (2014). *S3-Leitlinie Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten*. Langversion 1.1. AWMF-Registernummer: 032/051OL.
- Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF) (2018). *S3-Leitlinie Früherkennung, Diagnose, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms*. Version 4.1. Registernummer: 032-045OL.

- Lewis-Smith, H., Diedrichs, P.C., Rumsey, N. & Harcourt, D. (2018). Efficacy of psychosocial and physical activity-based interventions to improve body image among women treated for breast cancer: A systematic review. *Psycho-Oncology*, 27 (12), 1-14.
- Lockwood, C., Munn, Z., Porritt, K. (2015). Qualitative research synthesis: methodological guidance for systematic reviewers utilizing meta-aggregation. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 13 (3), 79–187.
- Marquard, S. (2016). Brustkrebs – es geht an die Substanz. In A. Uschok (Hrsg.), *Körperbild und Körperbildstörungen. Handbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe* (1. Aufl., S.179-195). Bern: Hogrefe.
- Martin, A. & Svaldi, J. (2015). Körperbild und Körperbildstörungen. *Psychotherapeut*, 60 (6), 475-476.
- Matthews, H., Grunfeld, E.A. & Turner, A. (2017). The efficacy of interventions to improve psychosocial outcomes following surgical treatment for breast cancer: a systematic review and meta-analysis. *Psycho-Oncology*, 26 (5), 593–607.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J. & Altman, D.G., The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med*, 6 (7), 1-6.
- Moola, S., Munn, Z., Tufanaru, C., Aromataris, E., Sears, K., Sfetcu, R., Currie, M., Qureshi, R., Mattis, P., Lisy, K. & Mu, P.-F. (2017). Chapter 7: Systematic reviews of etiology and risk. In E. Aromataris & Z. Munn (Hrsg.), *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. Zugriff am 20.05.2019 unter <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>
- Muzzatti, B. & Annunziata, M.A. (2017). Body image assessment in oncology: an update review. *Supportive Cancer Care*, 25 (3), 1019-1029.
- Nguyen, J., Popovic, M., Chow, E., Cella, D., Beaumont, J.L., Chu, D., DiGiovanni, J., Lam, H., Pulezas, N. & Bottomley, A. (2015). EORTC QLQ-BR23 and FACT-B for the assessment of quality of life in patients with breast cancer: A literature review. *Journal of Comparative Effectiveness Research*, 4 (2), 157-166.

- Paterson, C., Lengacher, C.A., Donovan, K.A., Kip, K.E. & Tofthagen, C.S. (2016). Body Image in Younger Breast Cancer Survivors: A Systematic Review. *Cancer Nursing, 39* (1), 1-29.
- Patrick, D.L. & Deyo, R.A. (1989). Generic and Disease-Specific Measures in Assessing Health Status and Quality of Life. *Medical Care, 27* (3), 217-232.
- Peerawong, T., Phenwan, T., Mahattanobon, S., Tulathamkij, K. & Pattanasattayavong, U. (2019). Body image transformation after breast cancer diagnosis and treatment in southern Thai women. *SAGE Open Medicine, 13* (7), 1-6.
- Pierrisnard, C., Baciuchka, M., Mancini, J., Rathelot, P., Vanelle, P. & Montana, M. (2018): Body image and psychological distress in women with breast cancer: a French online survey on patients' perceptions and expectations. *Breast Cancer, 25* (3), 303-308.
- Quintard, B., Constant, A., Lakdja, F. & Labeyrie-Lagardère, H. (2014). Factors predicting sexual functioning in patients 3 months after surgical procedures for breast cancer: The role of the Sense of Coherence. *European Journal of Oncology Nursing, 18* (1), 41-45.
- Radoschewski, F.M. (2000). Gesundheitsbezogene Lebensqualität - Konzepte und Maße. Entwicklungen und Stand im Überblick. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 43* (3), 165-189.
- Rahman, M.M., Hossain, A.A., Ahsan, A., Monalisa, N.N., Rahman, K. & Azad, S.A. (2015). Moving Beyond Cancer: Immediate Impact on the Health-Related Quality of Life of Breast Cancer Patients After Mastectomy. *Bangladesh Medical Research Council Bulletin, 41* (2), 52-58.
- Rancour, P. & Brauer, K. (2003). Use of Letter Writing as a Means of Integrating an Altered Body Image: A Case Study. *Oncology Nursing Forum, 30* (5), 841-846.
- Recio-Saucedo, A., Gilbert, A.W., Gerty, S., Cutress, R.I., Eccles, D. & Foster, C. (2018). "It's Like We Don't Exist": Tailoring Education for Young Women Undergoing Surgery for Early Stage Breast Cancer. *Oncology Nursing Forum, 45* (2), 165-175.

- Remmers, H., Holtgräwe, 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 (1), 11-16.
- Robert Koch-Institut (RKI) & die Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (GKID) (Hrsg) (2017). *Krebs in Deutschland für 2013/2014* (11. Ausgabe). Berlin.
- Röhricht, F., Seidler, K.-P., Joraschky, P., Borkenhagen, A., Lausberg, H., Lemche, E., Loew, T., Porsch, U., Schreiber-Willnow, K. & Tritt, K. (2004). Konsensuspapier zur terminologischen Abgrenzung von Teilaspekten des Körpererlebens in Forschung und Praxis. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 54, 1-8.
- Rothen, B.A. (2016). Body image disturbance in adults treated for cancer – a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 72 (5), 1001-1011.
- Rothen, B.A. (2017). Conceptual Issues Surrounding Body Image for Oncology Nurses. *Oncology Nursing Forum*, 44 (5), 534-536.
- Salibasic, M. & Delibegovic, S. (2018). The Quality of Life and Degree of Depression of Patients Suffering from Breast Cancer. *Medical Archives - Journal of Academy of Medical Sciences of Bosnia and Herzegovina*, 72 (3), 202-205.
- Satinder, K. & Hemant, S.K. (2015). Body Image Disturbances and Well Being among Post Mastectomy Patients. *International Journal of Nursing Education*, 7 (2), 49-51.
- Słowik, A.J., Jabłoński, M.J., Michałowska-Kaczmarczyk, A.M. & Jach, R. (2017). Evaluation of quality of life in women with breast cancer, with particular emphasis on sexual satisfaction, future perspectives and body image, depending on the method of surgery. *Psychiatria Polska*, 51 (5), 871-888.
- Spatuzzi, R., Vespa, A., Lorenzi, P., Miccinesi, G., Ricciuti, M., Cifarelli, W., Susi, M., Fabrizio, T., Ferrari, M.G., Ottaviani, M., Giulietti, M.V., Merico, F. & Aieta, M. (2016). Evaluation of Social Support, Quality of Life, and Body Image in Women with Breast Cancer. *Breast Care*, 11 (1), 28-32.

- Sun, L., Ang, E., Ang, W.H.D. & Lopez, V. (2017). Losing the breast: A meta-synthesis of the impact in women breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 27 (2), 1-10.
- The World Health Quality of Life Group (WHOQOL Group) (1995). The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41 (10), 1403-1409.
- Türk, K.E. & Yılmaz, M. (2018). The Effect on Quality of Life and Body Image of Mastectomy Among Breast Cancer Survivors. *European Journal of Breast Health*, 14 (14), 205-210.
- Tufanaru, C., Munn, Z., Aromataris, E., Campbell, J. & Hopp, L. (2017). Chapter 3: Systematic reviews of effectiveness. In E. Aromataris & Z. Munn (Hrsg.), *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. Zugriff am 20.05.2019 unter <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>
- Wani, S.Q., Khan, T., Wani, S.Y., Teli, M.A., Khan, N.A., Mir, L.R., Lone, M.M. & Afroz, F. (2018). Breast specific functional and symptom analysis in female breast cancer survivors. *Journal of Cancer Research and Therapeutics*, 14 (3), 521-526.
- Weis, J. & Faller, H. (2017). Psychosoziale Folgen bei Langzeitüberlebenden einer Krebserkrankung. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 55 (4), 501-508.
- White, C.A. (2000). Body Image dimensions and cancer: a heuristic cognitive behavioral model. *Psycho-Oncology*, 9 (3), 183-192.
- Zettl, S. (2017). Veränderungen des Körperbildes. In A. Margulies, T. Kroner, A. Gaisser & I. Bachmann-Mettler (Hrsg.), *Onkologische Krankenpflege* (6. Aufl., S.505-511). Berlin: Springer.

Anhang

Anhang 1: Protokolle der systematischen Literaturrecherche	A
Anhang 1.1 Datenbank Cochrane	A
Anhang 1.2 Datenbank PubMed	C
Anhang 1.3 Datenbank CINAHL	E
Anhang 2: Ausgeschlossene Studien	G
Anhang 3: Checklisten für die Bewertung der Literatur	I
Anhang 3.1: Checkliste für die Bewertung von Querschnittstudien.....	I
Anhang 3.2: Checkliste für die Bewertung von Reviews	J
Anhang 3.3: Checkliste für die Bewertung von qualitativen Studien	K
Anhang 3.4: Checkliste für die Bewertung von RCTs	L
Anhang 3.5: Checkliste für die Bewertung von quasi-experimentellen Studien .	M
Anhang 4: Ergebnistabellen	N
Anhang 4.1: Ergebnistabellen für die erste Fragestellung.....	N
Anhang 4.2: Ergebnistabelle für die zweite Fragestellung	Q

Anhang 1: Protokolle der systematischen Literaturrecherche

Anhang 1.1 Datenbank Cochrane

Tabelle 4: Suchprotokoll Cochrane

Nr.	Begriff	Limits	Treffer
#1	„Breast Neoplasms“[MeSH]		11.500
#2	Mamma-CA		2
#3	#1 OR #2		11.502
#4	„Mastectomy“[MeSH]		1.483
#5	breast amputation		30
#6	breast ablation		246
#7	Ablatio mammae		10
#8	#4 OR #5 OR #6 OR #7		1.749
#9	„Body Dysmorphic Disorders“[MeSH]		55
#10	body dysmorphia		25
#11	„Body Image“[MeSH]		646
#12	body-image		1.699
#13	„Self Concept“[MeSH]		6.503
#14	self image		1.758
#15	#11 OR #12 OR #13 OR #14		8.428
#16	change		148.173
#17	changes		158.785
#18	#16 OR #17		261.266
#19	disturbance		6.871
#20	disturbances		7.411
#21	#19 OR #20		13.492
#22	#18 OR #21		270.122
#23	#22 AND #15		2.912
#24	changes in body-image		383
#25	change in body-image		374
#26	changes in body image		846

#27	change in body image		811
#28	#24 OR #25 OR #26 OR #27		1.158
#29	body-image disturbance		87
#30	body-image disturbances		67
#31	body image disturbance		132
#32	body image disturbances		109
#33	#29 OR #30 OR #31 OR #32		212
#34	#33 OR #28		1.248
#35	body experience		6.166
#36	body experiences		1.260
#37	#35 OR #36		6.850
#38	#37 OR #34 OR #9 OR #10		9.855
#39	„Quality of Life“[MeSH]		21.161
#40	quality of life		101.817
#41	#39 OR #40		101.817
#42	#41 AND #38 AND #8 AND #3		16
#43	„Nursing“[MeSH]		3.147
#44	„Nursing Care“[MeSH]		1.669
#45	care		226.613
#46	medical and health care		40.263
#47	#44 OR #45 OR #46 OR #47		227.721
#48	#47 AND #42		8
#49	#48	2014-2019	8
#50	#42	2014-2019	9

Anhang 1.2 Datenbank PubMed

Tabelle 5: Suchprotokoll PubMed

Nr.	Begriff	Limits	Treffer
#1	"Breast Neoplasms"[MeSH]		274.126
#2	Mamma-CA		1 (da unpassend Ausschluss)
#3	"Mastectomy"[MeSH]		29.409
#4	breast amputation		416
#5	breast ablation		2.003
#6	Ablatio mammae		15
#7	#3 OR #4 OR #5 OR #6		31.525
#8	"Body Dysmorphic Disorders"[MeSH]		864
#9	changes in body image		5.268
#10	"Body Image"[MeSH]		16.422
#11	"Self Concept"[MeSH]		103.102
#12	self-image		126.808
#13	body experience		31.571
#14	body experiences		8.166
#15	#10 OR #11 OR #12		126.808
#16	change		1.022.141
#17	changes		1.940.890
#18	#16 OR #17		2.683.854
#19	disturbance		73.965
#20	disturbances		108.173
#21	#19 OR #20		174.025
#22	#18 OR #21		2.821.336
#23	body dysmorphia		182
#24	#22 AND #15		20.520
#25	#13 OR #14		37.354
#26	#25 OR #24 OR #23 OR #9 OR #8		61.177
#27	#26 AND #7 AND #1		260

#28	"Quality of Life"[MeSH]		173.763
#29	quality of life		356.684
#30	#28 OR #29		356.684
#31	#27 AND #30		89
#32	"Nursing"[MeSH]		246.268
#33	"Nursing Care"[MeSH]		131.317
#34	care		2.351.790
#35	medical and health care		616.541
#36	#35 OR #34 OR #33 OR #32		2.611.179
#37	#36 AND #31		30
#38	#37	2014-2019, humans, english+german	10
#39	#31	2014-2019, humans, english+german	27

Anhang 1.3 Datenbank CINAHL

Tabelle 6: Suchprotokoll CINAHL

Nr.	Begriff	Limits	Treffer
#1	(MH "Breast Neoplasms")		69.802
#2	breast carcinoma		5.377
#3	Mamma-CA		1
#4	#1 OR #2 OR #3		71.203
#5	(MH "Mastectomy")		4.672
#6	breast ablation		79
#7	breast amputation		14
#8	Ablatio mammae		0
#9	#5 OR #6 OR #7		4.759
#10	(MH "Body Dysmorphic Disorder")		555
#11	(MH "Body Image Disturbance (NANDA)")		26
#12	(MH "Body Image Disturbance (Saba CCC)")		1
#13	body image disturbance		400
#14	changes in body image		493
#15	body image disorders		285
#16	body experience		1.423
#17	(MH "Body Image")		9.688
#18	(MH „Self Concept“)		27.416
#19	self-image		1.432
#20	change		414.716
#21	disturbance		21.000
#22	#20 OR #21		432.092
#23	body-image		11.272
#24	#19 OR #18 OR #17 OR #23		36.914
#25	#22 AND #24		5.360
#26	#25 OR #16 OR #15 OR #14 OR #13 OR #12 OR #11 OR #10		7.328

#27	#26 AND #9 AND #4		43
#28	(MH "Nursing Care")		17.372
#29	nursing		600.144
#30	care		1.166.471
#31	medical and health care		110.101
#32	#28 OR #29 OR #30 OR #31		1.529.956
#33	#32 AND #27		18
#34	#33	2014-2019, english, female	6
#35	#27	2014-2019, english, female	11

Anmerkungen:

MH = Major Headings

NANDA = North American Nursing Diagnosis Association

SABA CCC = SABA Clinical Care Classification

Anhang 2: Ausgeschlossene Studien

Tabelle 7: Ausgeschlossene Studien mit Begründung

Autor*innen + Jahr	Titel	Ausschlussgrund
im zweiten Schritt ausgeschlossen:		
Dujmović et al. 2017	Quality of Life and Depression among female patients undergoing surgical treatment for breast cancer: A prospective study	Fokus auf BET
Huang & Chagpar 2018	Quality of Life and Body Image as a Function of Time from Mastectomy	Fokus auf Einfluss des Faktors Zeit nach OP
Lewis-Smith et al. 2018	Efficacy of psychosocial and physical activity-based interventions to improve body image among women treated for breast cancer: A systematic review	alle Brustkrebsstadien und Behandlungsformen
Peerawong et al. 2019	Body image transformation after breast cancer diagnosis and treatment in southern Thai women	zu extreme kulturelle Unterschiede
Pierrisnard et al. 2018	Body image and psychological distress in women with breast cancer: a French online survey on patients' perceptions and expectations	alle Arten, Stadien und Behandlungsformen von Brustkrebs
Quintard et al. 2014	Factors predicting sexual functioning in patients 3 months after surgical procedures for breast cancer: The role of the Sense of Coherence	Intervention: Schönheitsbehandlung
Recio-Saucedo et al. 2018	"It's Like We Don't Exist": Tailoring Education for Young Women Undergoing Surgery for Early Stage Breast Cancer	Intervention zur einfacheren Entscheidungsfindung für OP
Satinder & Hemant 2015	Body Image Disturbances and Well Being among Post Mastectomy Patients	methodisch nicht überzeugend
Wani et al. 2018	Breast specific functional and symptom analysis in female breast cancer survivors	methodisch nicht überzeugend
im dritten Schritt ausgeschlossen:		
Kowalczyk et al. 2018	Factors Affecting Sexual Function and Body-Image of Early-Stage Breast Cancer Survivors in Poland: A Short-Term Observation	Fokus auf sexueller Funktionsfähigkeit

Matthews, Grunfeld & Turner 2017	The efficacy of interventions to improve psychosocial outcomes following surgical treatment for breast cancer: a systematic review and meta-analysis	psychotherapeutische Interventionen
Rahman et al. 2015	Moving Beyond Cancer: Immediate Impact on the Health-Related Quality of Life of Breast Cancer Patients After Mastectomy	methodisch nicht nachvollziehbar
Salibasic & Delibegovic 2018	The Quality of Life and Degree of Depression of Patients Suffering from Breast Cancer	keine Erfassung des Körperbildes
Spatuzzi et al. 2016	Evaluation of Social Support, Quality of Life, and Body Image in Women with Breast Cancer	Widersprüchlichkeit in den Ergebnissen

Anhang 3: Checklisten für die Bewertung der Literatur

Anhang 3.1: Checkliste für die Bewertung von Querschnittstudien



JBI Critical Appraisal Checklist for Analytical Cross Sectional Studies

Reviewer _____ Date _____

Author _____ Year _____ Record Number _____

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the study subjects and the setting described in detail?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were objective, standard criteria used for measurement of the condition?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were confounding factors identified?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were strategies to deal with confounding factors stated?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was appropriate statistical analysis used?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

Anhang 3.2: Checkliste für die Bewertung von Reviews



JBI Critical Appraisal Checklist for Systematic Reviews and Research Syntheses

Reviewer _____ Date _____

Author _____ Year _____ Record Number _____

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is the review question clearly and explicitly stated?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the inclusion criteria appropriate for the review question?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the search strategy appropriate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were the sources and resources used to search for studies adequate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were the criteria for appraising studies appropriate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Was critical appraisal conducted by two or more reviewers independently?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were there methods to minimize errors in data extraction?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Were the methods used to combine studies appropriate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Was the likelihood of publication bias assessed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Were recommendations for policy and/or practice supported by the reported data?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Were the specific directives for new research appropriate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

Anhang 3.3: Checkliste für die Bewertung von qualitativen Studien

**JBI Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research**

Reviewer _____ Date _____

Author _____ Year _____ Record Number _____

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Are participants, and their voices, adequately represented?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

Anhang 3.4: Checkliste für die Bewertung von RCTs



JBI Critical Appraisal Checklist for Randomized Controlled Trials

Reviewer _____ Date _____

Author _____ Year _____ Record Number _____

	Yes	No	Unclear	NA
1. Was true randomization used for assignment of participants to treatment groups?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Was allocation to treatment groups concealed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Were treatment groups similar at the baseline?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were participants blind to treatment assignment?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were those delivering treatment blind to treatment assignment?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were outcomes assessors blind to treatment assignment?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were treatment groups treated identically other than the intervention of interest?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analyzed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Were participants analyzed in the groups to which they were randomized?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Were outcomes measured in the same way for treatment groups?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Were outcomes measured in a reliable way?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Was appropriate statistical analysis used?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Was the trial design appropriate, and any deviations from the standard RCT design (individual randomization, parallel groups) accounted for in the conduct and analysis of the trial?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

Anhang 3.5: Checkliste für die Bewertung von quasi-experimentellen Studien



JBI Critical Appraisal Checklist for Quasi-Experimental Studies (non-randomized experimental studies)

Reviewer _____ Date _____

Author _____ Year _____ Record Number _____

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is it clear in the study what is the 'cause' and what is the 'effect' (i.e. there is no confusion about which variable comes first)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the participants included in any comparisons similar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Were the participants included in any comparisons receiving similar treatment/care, other than the exposure or intervention of interest?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Was there a control group?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were there multiple measurements of the outcome both pre and post the intervention/exposure?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analyzed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes of participants included in any comparisons measured in the same way?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Were outcomes measured in a reliable way?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Was appropriate statistical analysis used?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

Anhang 4: Ergebnistabellen

Anhang 4.1: Ergebnistabellen für die erste Fragestellung

Tabelle 8: Ergebnistabelle für die quantitativen Forschungsdesigns

Autor*innen (Jahr) + Land	Schwerpunkt	Methodik	Stichprobe	Ergebnisse
Bagheri & Mazaheri (2014) Iran	Bewertung und Vergleich der Beziehung zwischen Körperbild und HRQoL bei Frauen mit Brustkrebs und gesunden Frauen	Querschnittstudie <u>Datenerhebung:</u> MBSRQ-AS, SF-36 <u>Zeitpunkt:</u> keine Angabe	N=50 Alter: $M=32J.$ betroffene Frauen: $n=50$ gesunde Frauen: $n=50$	- statistisch signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen hinsichtlich des Körperbildes ($p=.01$) und der HRQoL ($p=.001$) - signifikanter direkter Zusammenhang zwischen dem Körperbild und der HRQoL ($p<.01$)
Słowik et al. (2017) Polen	HRQoL bei Frauen mit Brustkrebs nach operativer Behandlung (Mastektomie & BET im Vergleich) unter besonderer Berücksichtigung des Körperbildes und der Zukunftsperspektiven	Querschnittstudie <u>Datenerhebung:</u> EORTC QLQ-C30 & -BR23, <u>Zeitpunkt:</u> 3 Monate post-OP	N=42 Alter: 36-68J. ($Md=56$)	- in Abhängigkeit der OP-Methode gab es keine signifikanten Unterschiede in der HRQoL und im Körperbild - positive Korrelation der emotionalen Funktionsvariablen mit der Beurteilung der Zukunftsperspektiven ($p=.011$) und des Körperbildes ($p=.007$)

Autor*innen (Jahr) + Land	Schwerpunkt	Methodik	Stichprobe	Ergebnisse
Jabłoński et al. (2018) Polen	Vergleich des Körpererlebens zwischen Frauen mit Brustkrebs und operativer Behandlung und gesunden Frauen (+ Vergleich zweier OP-Methoden: Mastektomie & BET)	Querschnittstudie <u>Datenerhebung:</u> J-C Questionnaire <u>Zeitpunkt:</u> keine Angabe	N=104 Alter: 32-65J. (M=52) betroffene Frauen: - BET n=26 - Mastektomie n=24 gesunde Frauen: n=54	- statistisch signifikante Unterschiede in 3 Aspekten zwischen betroffenen und gesunden Frauen: • geringere Werte in den Kategorien <i>Körperakzeptanz</i> ($\eta^2=.25$) und <i>Erleben einer innigen Beziehung</i> ($\eta^2=.13$) bei den Betroffenen • höhere Werte in der Kategorie <i>Weiblichkeit zeigen</i> ($\eta^2=.40$) bei den Brustkrebspatientinnen → operative Behandlung steht signifikant mit dem Körperbild betroffener Frauen in Beziehung - keine signifikanten Unterschiede zwischen den OP-Methoden
Türk & Yılmaz (2018) Türkei	Wirkung der Mastektomie auf das Körperbild und die HRQoL von Frauen mit Brustkrebs, sowie die Beziehung zwischen Körperbild und HRQoL	Querschnittstudie <u>Datenerhebung:</u> BCS, FACT-B <u>Zeitpunkt:</u> 1-12 Monate post-OP	N=57 Alter: mind. 20J. (M=49)	- zwischen Körperbild und LQ besteht eine starke positive Korrelation (mit Ausnahme des sozialen/familiären Wohlbefindens) ($p=.000$) - die Mastektomie hat einen negativen Einfluss auf das Körperbild und die HRQoL - es besteht kein Zusammenhang zwischen Alter und dem Körperbild beziehungsweise der HRQoL

Tabelle 9: Ergebnistabelle für die qualitativen Forschungsdesigns

Autor*innen (Jahr) + Land	Schwerpunkt	Methodik	Stichprobe	Ergebnisse
Jørgensen et al. (2015) Dänemark	Leidenserfahrungen von Frauen mit Brustkrebs nach operativer Behandlung	phänomenologisch-hermeneutischer Ansatz <u>Datenerhebung:</u> halbstrukturierte Interviews <u>Zeitpunkt:</u> zwischen OP + adjuvanter Therapie	N=12 Alter: 37-87J.	- es werden Identitätsveränderungen und Rollenverluste erlebt - das Körperbild steht in Verbindung mit Identität, Selbstwertgefühl, Attraktivität, Kleidungsstil und sexueller Funktionsfähigkeit
Koçan & Gürsoy (2016) Türkei	Einfluss einer Mastektomie auf das Körperbild bei Frauen mit Brustkrebs	qualitativ deskriptiv <u>Datenerhebung:</u> halbstrukturierte Interviews <u>Zeitpunkt:</u> 2.Woche post-OP	N=20 Alter: 32-58J. (M=46)	- Bedeutung der Mastektomie für das Körperbild war individuell und unterschiedlich: positiv und negativ - Teilnehmerinnen empfanden ein Entfremdungsgefühl - negative Veränderungen in Partnerschaften und anderen sozialen Beziehungen möglich - eine Mastektomie kann betroffene Frauen im Hinblick auf Körperbild und Selbstbild negativ beeinflussen
Sun et al. (2017) Singapur	Zusammenfassung der Ergebnisse qualitativer Studien zum Einfluss des Brustverlustes bei Frauen mit Brustkrebs und deren Bewältigungsstrategien	Systematisches Review und Meta-Synthese <u>eingeschlossene Studien:</u> 12 Studien von 2000-2015 <u>Zeitpunkt:</u> keine Angabe	Spanne(N): 7-21 insgesamt: N=181 Alter: 30-77J. (M=42-58)	- individuelle Erfahrungen mit dem Brustverlust: negative und positive - Brustverlust wird als Entstellung und als Identitätsveränderung betrachtet → entsteht aus der Diskrepanz zwischen dem Selbst und dem gesellschaftlichen Bild der Frau - bei Überwindung dieser Diskrepanz gelang den Frauen die Bewältigung der Identitätskrise

Anhang 4.2: Ergebnistabelle für die zweite Fragestellung

Tabelle 10: Ergebnistabelle für die experimentellen Studien

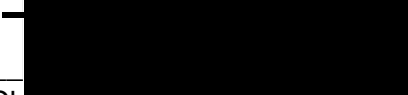
Autor*innen (Jahr) + Land	Schwerpunkt + Intervention	Methodik	Stichprobe	Ergebnisse
Freysteinson et al. (2014) Amerika	Präoperative Aufklärung und Vorbereitung der Frauen mit Brustkrebs im Hinblick auf eine postoperative Spiegelkonfrontation durch Pflegende zur Verbesserung des Körperbildes und der HRQoL (Kontrollgruppe erhält keine präoperative Aufklärung und Vorbereitung)	Machbarkeitsstudie <u>Datenerhebung:</u> BIS, SF-36, CES-D <u>Zeitpunkt:</u> prä-OP + 1-2 Wochen post-OP	N=19 Alter: 40-83J. Interventions- gruppe: n=10 Kontrollgruppe: n=9	- Tendenz, dass sich Interventions- gruppe im Körperbild und HRQoL verbesserte → keine statistische Signifikanz
Hamed et al. (2019) Ägypten	Untersuchung des Einflusses eines zwölfwöchigen postoperativen psycho- edukativen Programmes hinsichtlich Körperbild und mentaler Anpassung bei Frauen mit Brustkrebs und Mastek- tomie (ohne Kontrollgruppe)	quasi-experimentelle Studie <u>Datenerhebung:</u> BIS, mini-MAC <u>Zeitpunkt:</u> 1-5 Jahre post-OP	N=44 Alter: 20-60J.	- das Körperbild und die mentale Anpassung der Teilnehmerinnen verbesserten sich nach der Maßnahme signifikant ($p < .001$)

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Hamburg, 03.06.2019

Ort, Datum


Charlotte Burger